

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA CLASSE ATIVIDADE/ EXERCÍCIO EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

NURSING DIAGNOSES IN THE ACTIVITY/EXERCISE CLASS WITH STROKE PATIENTS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE LA CLASE ACTIVIDAD/EJERCICIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Ana Railka de Souza Oliveira^I
Alice Gabrielle de Sousa Costa^{II}
Rafella Pessoa Moreira^{III}
Tahissa Frota Cavalcante^{IV}
Thelma Leite de Araujo^V

RESUMO: O estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), edição de 2008, em pacientes com acidente vascular cerebral (AVC). Estudo exploratório, desenvolvido em unidades de reabilitação de Fortaleza-CE, no período de 2007 a 2008, por meio de entrevista e exame físico. Os dados foram compilados no *Excel* e analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* versão 16.0. Adotou-se o nível de significância de 5%. As recomendações éticas foram seguidas. Avaliaram-se 121 pessoas, com idade média de 62,1 anos, sendo 52,3% homens, com média de 1,5 episódios de AVC em 3,4 anos. Em média, os participantes apresentaram 6,7 diagnósticos de enfermagem, com 25,1 características definidoras e 4,6 fatores relacionados. Todos os diagnósticos da classe em estudo foram identificados. O estudo permitiu o conhecimento aprofundado da classe atividade/exercício da NANDA em portadores de AVC.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem; acidente vascular cerebral; exercício; atividade motora

ABSTRACT: The study surveyed North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 2008 edition, activity/exercise class nursing diagnoses among stroke patients. This exploratory study was conducted at rehabilitation units in Fortaleza from 2007 to 2008, through interviews and physical examination. Data were compiled in *Excel* and analyzed using *Statistical Package for the Social Sciences* version 16.0. A 5% level of significance was adopted. The ethics recommendations were followed. Participants evaluated totaled 121; mean age was 62.1 years; 52.3% were men; and mean stroke events was 1.5 in 3.4 years. Participants displayed a mean of 6.7 nursing diagnoses, besides 25.1 defining characteristics and 4.6 related factors. All the diagnoses studied were identified. The study provided in-depth knowledge of NANDA activity/exercise class diagnoses in stroke patients.

Keywords: Nursing diagnosis; stroke; exercise; motor activity

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo identificar los diagnósticos de enfermería de la clase actividad/ejercicio de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), edición 2008, en pacientes con accidente vascular cerebral (AVC). Estudio exploratorio, desarrollado en unidades de rehabilitación, de 2007 hasta 2008, en Fortaleza-CE-Brasil, por medio de entrevista y examen físico. Los datos fueron compilados en el *Excel* y analizados por el programa *Statistical Package for the Social Sciences* versión 16.0. El nivel de significación fue de 5%. Las recomendaciones éticas fueron seguidas. Participaron 121 personas, con edad media de 62,1 años, 52,3% eran varones, con media de 1,5 episodios de AVC en 3,4 años. En media, los participantes tenían 6,7 diagnósticos de enfermería; 25,1 características definitorias y 4,6 factores relacionados. Todos los diagnósticos de la clase en el estudio fueron identificados. El estudio permitió un conocimiento detallado de la clase actividad/ejercicio de la NANDA en pacientes con AVC.

Palabras clave: Diagnóstico de enfermería; accidente vascular cerebral; ejercicio; actividad motora.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) apresenta-se como enfermidade de alto potencial incapacitante, presente, sobretudo, nos grupos etários de 60 anos a mais. Para esses indivíduos, por sua vez, somam-se as

alterações fisiológicas inerentes à idade, como diminuição da força muscular e dos reflexos tendinosos profundos, além de dificuldade no equilíbrio corporal e mudanças na marcha.

^IEnfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - nível Doutorado, da Universidade Federal do Ceará. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior. Ceará, Fortaleza, Brasil. E-mail: railkaufc@yahoo.com.br

^{II}Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - nível Doutorado, da Universidade Federal do Ceará. Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Ceará, Fortaleza, Brasil. E-mail: alicegabrielle@yahoo.com.br

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Fortaleza. Ceará, Fortaleza, Brasil. E-mail: rafaellapessoa@hotmail.com.

^{IV}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Regional do Cariri. Ceará, Fortaleza, Brasil. E-mail: tahissafrc@yahoo.com.br

^VEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - níveis Mestrado/Doutorado, da Universidade Federal do Ceará. Ceará, Fortaleza, Brasil. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

Nesse âmbito, a contínua investigação das necessidades de saúde dessa clientela reveste-se de considerável importância. Destaca-se, assim, a etapa diagnóstica do processo de enfermagem, com vistas à identificação das principais características definidoras e elaboração posterior de um plano de ações eficaz e individualizado.

Logo, em virtude dos inúmeros problemas na mobilidade que acometem esses pacientes, surgiram os seguintes questionamentos: Quais os diagnósticos de enfermagem (DEs) da classe atividade/exercício mais presentes em clientes com AVC na fase de reabilitação? Quais são as características definidoras e os fatores relacionados desses diagnósticos?

Diante desse quadro clínico e da escassez de trabalhos sobre diagnósticos de enfermagem em clientes que sobreviveram ao AVC realizados no Brasil, estudar os DEs, mais especificamente da classe atividade/exercício em sobreviventes de AVC, reveste-se de importância para a enfermagem, uma vez que diagnosticar e cuidar dos clientes na fase aguda não significa diagnosticar e cuidar das incapacidades resultantes. Destarte, o objetivo do estudo foi analisar os diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício em clientes com acidente vascular cerebral no período de reabilitação.

REFERENCIAL TEÓRICO

Face à complexidade clínica apresentada pelos clientes acometidos por AVC, percebe-se a necessidade e a importância de um instrumento para guiar a prática profissional da enfermagem. Assim, o processo de enfermagem é o instrumento metodológico que possibilita à equipe de enfermagem identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como os clientes respondem aos problemas reais ou potenciais de saúde e determinar as intervenções de enfermagem inerentes às respostas encontradas^{1,2}.

Na sua organização, deve-se incluir a obtenção de toda a informação necessária, sua análise e síntese para a elaboração dos DEs. Estes constituem o elemento central para a consecução das outras fases do processo de enfermagem³. Logo, os DEs são os focos clínicos da ciência de enfermagem, e a atividade diagnóstica aproxima os enfermeiros de seus clientes, possibilitando-lhes conhecer melhor suas respostas físicas e emocionais⁴.

Atualmente são encontrados sistemas diversos de classificação de DEs, como a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). A edição de 2008, utilizada no estudo em discussão, contempla a estrutura taxonômica II, com 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos de enfermagem. Entre os domínios está o de atividade/repouso, que possui cinco classes. Uma de suas classes é denomi-

nada de atividade/exercício, com 11 diagnósticos de enfermagem aprovados. São eles: intolerância à atividade; risco de intolerância à atividade; risco de síndrome do desuso; risco de quedas; fadiga; mobilidade no leito prejudicada; mobilidade física prejudicada; mobilidade com cadeira de rodas prejudicada; capacidade de transferência prejudicada; deambulação prejudicada; estilo de vida sedentário⁵.

Assim, o enfermeiro deve trabalhar com o processo de enfermagem nas mais diversas situações de saúde e doença e, dessa forma, deve utilizá-lo no cuidado ao cliente com AVC. De modo geral, os portadores dessa doença apresentam, entre as incapacidades, a mobilidade afetada. Esta é vista dentro de uma perspectiva funcional, pela inabilidade do indivíduo em se mover livremente. Embora a limitação física possa se manifestar de forma súbita ou lentamente, conforme sua extensão e duração, pode ser um fator contribuinte para uma série de problemas de saúde, variáveis desde o déficit do autocuidado à interação social prejudicada.

METODOLOGIA

Estudo transversal, realizado em unidades de reabilitação, com os dados coletados de novembro de 2007 a março de 2008, na cidade de Fortaleza/Ceará, Brasil. Os participantes atenderam aos seguintes critérios: ter apresentado pelo menos um episódio de AVC; ter idade acima de 18 anos e encontrar-se em fase de reabilitação.

Os dados foram coletados na sua totalidade com a fonte de tipo primário. Para isso, utilizou-se um formulário que foi submetido à validação de conteúdo com dois enfermeiros especialistas no cuidado aos clientes com AVC e a um pré-teste com uma cliente similar, com escopo de verificar a sua adequação aos objetivos estabelecidos no estudo. O instrumento no pré-teste foi aplicado a 10 clientes.

Parte desse formulário foi construída com base num instrumento anterior que já havia sido submetido à validação de conteúdo⁶. Além desse instrumento, acrescentaram-se outros, de forma a se obter informações mais acuradas. Os dados foram coletados pela autora do estudo e por mais nove estudantes de graduação em enfermagem. Todos os alunos que ajudaram na coleta de dados passaram por um treinamento realizado pela pesquisadora.

Para preenchimento do formulário, cada cliente foi avaliado em entrevista e exame físico. A entrevista permitiu a obtenção de dados de identificação e história de doenças anteriores. É imperioso destacar que, para aqueles que estavam impossibilitados ou tinham dificuldade de comunicarem-se verbalmente e/ou com diminuição da capacidade cognitiva, os dados da entrevista foram obtidos com o seu acompanhante.

No exame físico, investigaram-se o nível de consciência; a presença e tipo de paralisia; existência de tremores; a força muscular; amplitude do movimento; equilíbrio e coordenação; reflexos tendinosos profundos e superficiais; capacidade de execução de atividades motoras finas, como desenhar, recortar, encaixar e apreender objetos; sensibilidade; tipo de marcha; inatividade física e a presença de dor. Aplicaram-se, também, o Índice de Barthel e o cálculo do Índice de Massa Corporal.

Para investigar o nível de consciência, foram utilizadas as diretrizes propostas por estudo anterior⁷. Em relação à paralisia, esta se classificou como presente ou ausente; local ou disseminada; simétrica ou assimétrica; transitória ou permanente; e espástica ou flácida. E também de acordo com a localização e a gravidade: paraplegia (algumas vezes, paralisia transitória das pernas), quadriplegia (paralisia permanente dos braços, das pernas e do corpo abaixo do nível da lesão espinhal) ou hemiplegia (paralisia unilateral de gravidade e permanência variáveis)⁸.

O tremor foi observado no movimento reflexo rápido e involuntário, bem visível nas extremidades. A força muscular foi testada pela avaliação da capacidade do cliente de flexionar ou estender os membros contra uma resistência. Para classificação dessa força, utilizou-se uma escala de seis pontos: nenhuma contração (0); força contrátil mínima (1); capacidade de mover, mas não de superar a força da gravidade (2); força apenas suficiente para superar a força da gravidade (3); força adequada, mas não total (4); força plena de contração (5)².

Para mensurar a amplitude, o movimento de cada articulação do corpo era examinado ao longo de sua plena extensão em um dos três planos: sagital, frontal e transversal⁹. O equilíbrio foi avaliado através do teste de Romberg e a coordenação pelo teste *index nariz*.

Para avaliação dos reflexos tendinosos profundos do biceps, do tríceps, da braquiorrádial, do patelar, do quadríceps e o reflexo do tendão de Aquiles, realizou-se um estímulo súbito com martelo de reflexo tipo Buck, que causa o estiramento do músculo. Seguiu-se, então, a classificação da resposta mediante a seguinte escala: impulsos ausentes (0); impulsos diminuídos (+1); impulsos normais (+2); impulsos aumentados, mas que podem ser normais (+3); impulsos hiperativos (+4). Os reflexos superficiais foram testados por meio da estimulação da pele ou das membranas mucosas⁷.

A inatividade física foi identificada quando o cliente demonstrava exercer somente as atividades da vida diária (AVDs) e as atividades operacionais da vida diária (AOVDs) e não realizava exercícios físicos, no mínimo três vezes por semana, por pelo menos 30 minutos, de forma regular. As AVDs relacionam-se ao autocuidado, cujas características específicas são as ações requeridas para manter o desempenho das atividades cotidianas em um dia normal. Incluem as ta-

refas básicas, como comer, vestir, banhar. As AOVDs são as atividades realizadas em um dia normal, como fazer compras, lavar roupa, ir ao banco, preparar comidas, e as atividades do trabalho^{10,11}. Foram considerados sedentários os indivíduos que não praticavam atividade física menos que três vezes por semana e/ou com duração inferior a 30 minutos.

Utilizou-se o Índice de Barthel para avaliar a mobilidade dos clientes. Essa escala foi validada e mede a independência funcional e a mobilidade em doentes com patologias crônicas, como o acidente vascular encefálico¹².

Para o cálculo de massa corporal foi adotado o Índice de Massa Corporal, que classifica os valores em: baixo peso < 18,5; normal - 18,5 a 24,9; sobrepeso - 25 a 29,9; obesidade grau I - 30 a 34,9; obesidade grau II - 35 a 39,9; obesidade grau III (obesidade extrema) e" 40¹³.

Após a coleta de dados, realizou-se o processo de elaboração e inferência dos diagnósticos segundo as etapas: coleta, interpretação/agrupamento das informações e nomeação das categorias¹⁴. Porém, no caso do estudo só foram formulados os diagnósticos da classe: Atividade/Exercício. Para nomear os diagnósticos de enfermagem, adotou-se como referência a Taxonomia II da NANDA⁵.

Os dados foram compilados no *software Excel*, em forma de planilhas, e a análise estatística realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 16.0. Na análise de diferença de médias foram utilizados os Testes de Kolmogorov-Smirnov para verificação de normalidade dos dados, e o teste de Levene para verificação de homocedasticidade entre os grupos. Com base nos resultados desses testes, aplicou-se o teste T ou de Mann-Whitney para verificação de diferença de média/mediana entre os grupos. Foram considerados os seguintes pontos de corte para análise das associações: os diagnósticos de enfermagem que apresentaram frequência acima de 50%; as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco acima do percentil 75.

Para análise de associação dos dados, utilizaram-se testes estatísticos como o Qui-Quadrado de Pearson, na ocorrência de frequências esperadas maiores que 5 e menores que 20 nas tabelas 2x2, e o Teste Exato de Fisher, quando as frequências esperadas eram menores que 5. Para verificar a força da associação, foi utilizada a Razão de Chance (OR). A Razão de Chance não foi calculada nas caselas com frequência igual a zero.

Em face dos aspectos administrativos e éticos da pesquisa científica, o trabalho iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo da Universidade Federal do Ceará (COMPEPE), cumprindo as recomendações da Resolução 196/96 referentes às pesquisas desenvolvidas com seres humanos¹⁵, sob o número de protocolo 211/7.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 121 participantes que haviam apresentado pelo menos um evento de acidente vascular cerebral e estavam em reabilitação. Houve predominância do sexo masculino (52,9%), com média de idade de 61,6 anos ($\pm 12,4$). As variáveis quantidade de AVCs, tempo do último AVC e tempo de frequência na reabilitação apresentaram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$), ou seja, metade da amostra estudada havia sofrido apenas um AVC, num período anterior de 12 meses, e frequentava a unidade de reabilitação havia, no máximo, sete meses.

As vítimas do AVC são afetadas por incapacidades que limitam suas atividades em diversos campos, desde os relacionais até os físicos referentes à mobilidade. A velocidade da recuperação dessas incapacidades e o grau da adaptação variam de indivíduo para indivíduo e dependem da gravidade das lesões e do engajamento em processos de reabilitação eficientes¹⁶.

Assim, adentrar nesses programas deve ser estimulado logo após a estabilização clínica do cliente. O atraso no seu início pode ter consequências funcionais graves. No entanto, a entrada precoce tem contribuído significativamente para diminuir os danos causados pela doença¹⁶.

No estudo, os clientes apresentaram a totalidade dos 11 diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício da NANDA e metade da amostra do estudo

teve até sete diagnósticos presentes ($p < 0,05$). Sete diagnósticos de enfermagem apresentaram frequência acima de 50%: risco de queda (95,9%); mobilidade física prejudicada (90,1%); deambulação prejudicada (85,1%); estilo de vida sedentário (83,5%); risco de síndrome do desuso (80,2%); risco de intolerância à atividade (76,9%) e capacidade de transferência prejudicada (69,4%).

Foram identificadas 68 características definidoras nos clientes estudados e a média das características definidoras foi de 25,1 ($\pm 15,4$). Dezesete manifestações estavam acima do percentil 75 e apresentaram frequência acima de 58%; entre elas, destacam-se como mais frequentes a verbalização da preferência por atividades com pouco exercício físico, capacidade prejudicada de andar em aclone, capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias e dificuldade para virar-se, segundo visto na Tabela 1.

Nos participantes que haviam apresentado o AVC havia menos tempo, maiores foram as incapacidades encontradas e a frequência de características definidoras e fatores relacionados da classe atividade/exercício. Entre as possíveis causas da mobilidade física prejudicada, destacam-se: redução da capacidade aeróbica máxima da força muscular (redução da força física); diminuição da tolerância ao esforço físico; dores; perdas do domínio cognitivo; alterações nas funções neuromusculares; enfraquecimento muscular; doenças crônico-degenerativas¹⁷. Algumas dessas manifestações estiveram bastante frequentes nos clientes incluídos neste estudo, os quais eram na maioria idosos e, além disso, portadores de AVC.

TABELA 1: Distribuição das características definidoras e dos fatores relacionados apresentados pelos clientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2008

Características Definidoras	f	%
Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico (VPACPEF)	113	93,4
Capacidade prejudicada de andar em aclone (CPAA)	103	85,1
Capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias (CPPDN)	11	83,5
Dificuldade para virar-se (DV)	97	80,2
Tempo de reação diminuído (TRD)	95	78,5
Capacidade prejudicada de subir e de descer calçadas (meio-fio) (CPSDC)	93	76,9
Escolha de uma rotina diária sem exercícios físicos (ERDSEF)	92	76,0
Capacidade prejudicada de andar em declive (CPAD)	91	75,2
Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares (CPASI)	91	75,2
Movimentos não-coordenados (MNC)	91	75,2
Incapacidade de transferir-se da cadeira para a posição de pé (ITCPP)	86	71,1
Incapacidade de transferir-se do chão para a cadeira (ITCC)	85	70,2
Incapacidade de transferir-se da posição de pé para o chão (ITPPC)	85	70,2
Incapacidade de transferir-se da posição do chão para a posição de pé (ITPCPP)	85	70,2
Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para outro (CPVLO)	84	69,4
Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física (IMNHAF)	82	67,8
Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas (CLDHMF)	71	58,7
Fatores Relacionados		
Força muscular insuficiente (FMI)	112	92,6
Prejuízo neuromuscular (PN)	112	92,6
Equilíbrio prejudicado (EP)	69	57,0
Prejuízo sensorio-perceptivos (PSP)	53	43,8
Contraturas (C)	22	18,2

Quanto aos fatores relacionados, foram encontrados 21, evidenciando-se a média de $4,6(\pm 2,4)$ fatores por pessoa. A maior parte desses fatores estava presente em menos de 40% dos clientes. Força muscular insuficiente e prejuízo neuromuscular (92,6%) foram os mais presentes, conforme apresentado na Tabela 1.

Os clientes que apresentaram a característica de verbalizar preferência por atividades com pouco exercício físico tiveram acima de seis vezes mais chance de apresentarem risco de intolerância à atividade, risco de queda, deambulação prejudicada, mobilidade física prejudicada, estilo de vida sedentário, risco de síndrome do desuso e capacidade de transferência prejudicada. Quem apresentou a característica de incapacidade de manter o nível habitual de atividade física possuía aproximadamente três vezes mais chance (OR=2,720) de ter o diagnóstico risco de intolerância à atividade.

Os clientes com capacidade prejudicada de andar em acalve tiveram três vezes mais chance de desenvolver mobilidade física prejudicada, deambulação prejudicada, risco de síndrome do desuso e capacidade de transferência prejudicada. O valor da Razão de Chance tão elevado, quando associada à capacidade prejudicada de andar em acalve com o estilo de vida sedentário (OR = 1734,000),

deve-se provavelmente ao fato de essa característica ser específica deste diagnóstico de enfermagem. Destaca-se que este foi o maior valor de Razão de Chance encontrado entre as características definidoras e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem.

Em relação à capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias, os clientes que tinham a característica presente se mostraram com chance superior a três vezes de terem mobilidade física prejudicada, estilo de vida sedentário, risco de síndrome do desuso e capacidade de transferência prejudicada.

Ao analisar a característica definidora dificuldade para virar-se, observa-se que os clientes tiveram acima de cinco vezes a chance de risco de queda, deambulação prejudicada, risco de síndrome do desuso e capacidade de transferência prejudicada.

Essas características definidoras foram as mais prevalentes entre os pacientes com acidente vascular cerebral. Outras características também foram observadas e apresentaram associação estatística com os diagnósticos da classe atividade/exercício, com percentil acima de 75 e os diagnósticos de enfermagem com frequência acima de 50%, conforme a Tabela 2.

TABELA 2: Distribuição das associações entre as características definidoras e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem apresentadas pelos clientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2008

Características Definidoras	RQ	MFP	DP	EVS	RSD	RIA	CTP
VPACPEF Valor p OR	0,035 ^(*) 12,222	0,032 ^(*) 6,933	0,002 ^(*) 12,821	0,000 ^(*) 53,846	0,008 ^(*) 8,246	0,016 ^(*) 6,522	0,001 ^(*) 19,367
CPAA Valor p OR	0,000 ^(*)	0,000 ^(*) 19,800	0,000 ^(*) 1734,000	0,077 ^(*) 3,179	0,049 ^(*) 3,219	0,562 ^(*) 1,338	0,000 ^(**) 12,174
CPPDN Valor p OR	0,000 ^(*)	0,000 ^(*) 16,167	0,000 ^(*)	0,005 ^(*) 4,944	0,027 ^(*) 3,542	0,243 ^(*) 2,051	0,000 ^(**) 15,238
DV Valor p OR	0,005 ^(*) 19,200	0,000 ^(*)	0,000 ^(*) 7,946	0,073 ^(*) 2,661	0,000 ^(*) 9,240	0,186 ^(**) 1,925	0,000 ^(**) 5,682
TRD Valor p OR	0,000 ^(*)	0,000 ^(*) 68,933	0,000 ^(*) 18,000	0,136 ^(*) 2,324	0,001 ^(*) 4,626	0,606 ^(**) 1,298	0,001 ^(**) 4,525
CPSDC Valor p OR	0,000 ^(*)	0,000 ^(*) 59,529	0,000 ^(*)	0,019 ^(*) 3,531	0,003 ^(**) 3,982	0,437 ^(**) 1,460	0,000 ^(**) 8,796
ERDSEF Valor p OR	0,010 ^(*)	0,000 ^(*) 23,684	0,000 ^(*)	0,007 ^(*) 4,316	0,005 ^(**) 3,714	0,248 ^(**) 1,729	0,000 ^(**) 12,469
CPAD Valor p OR	0,001 ^(*)	0,000 ^(*) 22,250	0,000 ^(*)	0,009 ^(*) 4,050	0,015 ^(**) 3,474	0,127 ^(**) 2,028	0,000 ^(**) 10,938
CPASI Valor p OR	0,001 ^(*)	0,000 ^(**) 22,250	0,000 ^(*)	0,009 ^(*) 4,050	0,015 ^(**) 3,474	0,127 ^(**) 2,028	0,000 ^(**) 10,938
MNC Valor p OR	0,013 ^(*) 13,846	0,000 ^(*)	0,015 ^(*) 3,905	0,096 ^(*) 2,394	0,001 ^(**) 4,389	0,977 ^(**) 1,014	0,002 ^(**) 3,810
ITCPP Valor p OR	0,024 ^(*) 10,968	0,000 ^(*) 38,958	0,000 ^(**) 13,667	0,005 ^(**) 3,921	0,011 ^(**) 3,217	0,064 ^(**) 2,283	0,000 ^(**)
CPTCC Valor p OR	0,027 ^(*) 10,500	0,000 ^(*) 36,960	0,000 ^(*) 12,886	0,001 ^(**) 4,812	0,015 ^(**) 3,042	0,084 ^(**) 2,156	0,000 ^(**)
ITPPC Valor p OR	0,027 ^(*) 10,500	0,000 ^(*) 36,960	0,000 ^(**) 12,886	0,001 ^(**) 4,812	0,015 ^(**) 3,042	0,084 ^(**) 2,156	0,000 ^(**)
ITPCP Valor p OR	0,027 ^(*) 10,500	0,000 ^(*) 36,960	0,000 ^(**) 12,886	0,001 ^(**) 4,812	0,024 ^(**) 3,042	0,084 ^(**) 2,156	0,000 ^(**)
CPVLO Valor p OR	0,030 ^(*) 10,061	0,000 ^(*)	0,000 ^(**) 6,240	0,039 ^(**) 2,741	0,005 ^(**) 3,595	0,501 ^(**) 1,358	0,045 ^(**) 2,286
IMNHAF Valor p OR	0,037 ^(*) 9,257	0,054 ^(*) 3,369	0,004 ^(**) 4,209	0,000 ^(**) 7,093	0,000 ^(**) 6,435	0,022 ^(**) 2,720	0,032 ^(**) 2,395
CLDHMF Valor p OR	0,011 ^(*)	0,000 ^(*)	0,000 ^(**) 36,061	0,001 ^(**) 5,657	0,154 ^(**) 1,916	0,803 ^(**) 0,896	0,000 ^(**) 8,768

^(*) Teste Exato de Fischer. ^(**) Teste Qui-Quadrado. OR (Razão de Chance com Intervalo de Confiança de 95%). A Razão de Chance não foi calculada nas caselas com frequência igual a zero.

Ao analisar a associação entre os fatores relacionados e os diagnósticos de enfermagem, encontrou-se que os fatores relacionados força muscular diminuída e prejuízo neuromuscular tiveram associação semelhante com todos os diagnósticos de enfermagem analisados, como observado na Tabela 3. Destaca-se que estes fatores relacionados são duas das principais consequências do AVC.

Esses fatores apresentaram associação estatística significativa com todos os diagnósticos analisados, com exceção do risco de intolerância à atividade ($p = 0,210$). Assim, os clientes com esses fatores presentes apresentaram oito vezes mais chance de terem risco de queda, deambulação prejudicada, estilo de vida sedentário e risco de síndrome do desuso.

A força muscular insuficiente, somada ao prejuízo neuromuscular, 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 garrafa¹⁷. Dessa forma, os clientes passam a depender de outras pessoas, perdem sua autonomia e qualidade de vida. Estudo sobre diagnóstico de enfermagem do domínio atividade/repouso em unidades hospitalares mostrou que alguns idosos sentiam dificuldades e dores ao trocar de passo e em determinados momentos apoiavam-se nas superfícies de mobiliários ou nas pessoas¹⁸.

A redução da força aliada à instabilidade ou pouco controle postural, redução da amplitude da passada e da velocidade do andar têm sido associados à queda em idosos. Clientes com AVC apresentam grande dificuldade na deambulação e na capacidade de transferir-se, por exemplo, do chão para a cadeira, desta para posição em pé, do chão para posição em pé. O comprometimento mais evidente é a tendência de manter-se em uma posição de assimetria postural, com distribuição de peso menor sobre o hemicorpo parético. Essa assimetria e a dificuldade em transferir o peso para o lado afetado interferem na capacidade de manter o controle postural, impedindo a orientação e estabele-

dade para realizar movimentos com o tronco e membros, podendo ocasionar quedas¹⁹.

A diminuição da capacidade de mover-se também pode ser explicada pelo encurtamento dos músculos que acontece no desuso². Essa limitação, bem como a diminuição da flexibilidade podem levar à incapacidade para realizar as Atividades da Vida Diária. A perda da capacidade funcional leva à incapacidade para realizar as atividades da vida diária e as atividades operacionais da vida diária. No estudo, a média da pontuação da Escala de Barthel foi de 68,42, cuja classificação é de dependência severa para realização das atividades da vida diária. Em relação às atividades operacionais da vida diária, observou-se que a maioria dos clientes não realizava mais as atividades como: fazer compras, ir ao banco, preparar comidas e atividades do trabalho, devido às sequelas do AVC.

A musculatura flácida decorrente da ausência do controle motor e da inatividade do membro na fase inicial do AVC proporciona susceptíveis graus de lesões, como o estiramento de suas estruturas². A imobilização de um segmento leva à fraqueza e hipertrofia 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 imobilização²⁰.

Os reflexos constituem uma resposta neurológica específica a determinado estímulo, sem interferência da vontade. No estudo, observou-se que a maioria dos clientes apresentou normalidade na resposta à pesquisa dos reflexos tendinosos profundos do lado direito e esquerdo, porém alguns clientes apresentaram ausência, diminuição ou aumento da resposta dos reflexos. Em pacientes com AVC podem ocorrer alterações dos reflexos tendinosos profundos, levando a pessoa a realizar movimentos descontrolados².

Outras manifestações do déficit da ativação neural das unidades motoras são a lentidão dos movimentos e o tempo requerido para o seu início. Tem

TABELA 3: Distribuição das associações entre os fatores relacionados e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos clientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2008

Fatores relacionados	RQ	MFP	DP	EVS	RSD	RIA	CTP
FMD	Valor p OR	0,000 ^(*) 88,800	0,000 ^(*) 81,600	0,000 ^(*) 8,083	0,006 ^(*) 19,559	0,000 ^(*) 2,933	0,210 ^(*) 0,000 ^(*)
PN	Valor p OR	0,000 ^(*) 88,800	0,000 ^(*) 81,600	0,006 ^(*) 8,083	0,000 ^(*) 19,559	0,210 ^(*) 2,933	0,000 ^(*)
EP	Valor p OR	0,013 ^(*) 14,889	0,000 ^(**) 0,000 ^(**)	0,008 ^(**) 3,868	0,090 ^(**) 2,174	0,392 ^(**) 1,447	0,000 ^(**)
PSP	Valor p OR	0,067 ^(*) 10,035	0,009 ^(**) 17,333	0,000 ^(**) 1,205	0,708 ^(**) 7,447	0,001 ^(**) 2,344	0,083 ^(**) 5,188
C	Valor p OR	0,583 ^(*) 2,625	0,693 ^(*) 2,625	0,041 ^(*) 0,867	0,759 ^(*) 1,000 ^(*)	1,000 ^(*) 0,762	0,587 ^(**) 0,710 ^(**)

(*) Teste Exato de Fischer. (**) Teste Qui-Quadrado. OR (Razão de Chance com Intervalo de Confiança de 95%). A Razão de Chance não foi calculada nas caselas com frequência igual a zero.

sido mostrado que, após o AVC, os indivíduos encontram dificuldades de gerar a força necessária para se moverem em altas velocidades. Em movimentos alternados, a lentidão do movimento parece estar associada com a redução da sincronização das unidades motoras².

Importa destacar que estes fatores relacionados são específicos de alguns dos diagnósticos com frequência acima de 50%, como a deambulação prejudicada, o que pode justificar o valor alto da Razão de Chance para esta associação (OR=81,600). Também são específicos para os diagnósticos mobilidade física prejudicada e capacidade de transferência prejudicada, que, por apresentarem caselas com frequência igual a zero, não possibilitaram o cálculo da Razão de Chance.

A recuperação completa das sequelas do AVC está associada a vários fatores, como área cerebral atingida, idade, tempo entre os sinais de AVC e atendimento, e, após a fase aguda, ao tempo de início das atividades reabilitativas²¹. Há inter-relação entre vários fatores, alguns de difícil controle, para determinar o que leva algumas pessoas a uma total recuperação e outras à severa dependência.

CONCLUSÃO

Observa-se que, mesmo quando não é mortal, o AVC leva a maioria dos casos a deficiências parciais ou totais do indivíduo, com graves repercussões para ele, sua família e a sociedade. Porém, há uma escassez de trabalhos da enfermagem sobre os DEs e menos ainda sobre a mobilidade. Por isso, é necessário que a enfermagem se aproprie dos diagnósticos mais frequentes nesses clientes para que as intervenções possam ser implementadas de maneira efetiva.

O enfermeiro tem o dever de planejar e implementar um plano de cuidados que contemple todas as necessidades apresentadas por este cliente para colaborar com a sua reabilitação. No entanto, atenção especial deve ser dada ao fato de não haver enfermeiros participando das atividades de reabilitação nos locais em que o estudo foi realizado. Dessa forma, esses clientes estão deixando de ter os cuidados de enfermagem que são imprescindíveis em todos os níveis de atenção.

Diante do exposto, este estudo permitiu conhecer de forma aprofundada os DEs, as características definidoras e os fatores relacionados da classe atividade/exercício manifestados pelos clientes com AVC na fase de reabilitação. No entanto, ele limitou-se por seus pacientes serem acompanhados por unidades de reabilitação. Ser acompanhado nestes programas não constitui a realidade da maioria dos pacientes acometidos por AVC. Isto, de certa forma, pode ter provocado menor problema de mobilidade.

Espera-se que outros trabalhos possam ser realizados nesta mesma perspectiva, para aumentar o número de pesquisas na área e contribuir com os enfermeiros assistenciais no cuidado ao cliente que sobreviveu a um AVC.

REFERÊNCIAS

1. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, Cupello AJ, Souza SROS, Machado WCAA. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 37-63.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Princípios e práticas da reabilitação. In: Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. v. 1, p. 166-98.
3. Torres Esperón JM, Pérez Sánchez A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. Rev Cuba Salud Pública [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2002 [citado em 11 jun 2009]. 28:3. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08644662002000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es.
4. Silva AGI. Ensinando e cuidando com o processo diagnóstico em enfermagem. Belém (PA): Smith Produções Gráficas; 2001.
5. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
6. Pereira MA. Mobilidade física prejudicada em clientes hospitalizados e uma proposta de intervenções de enfermagem. [dissertação de mestrado]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba, 1997.
7. Andris DA. Semiologia: bases para a prática assistencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
8. Baikie P, coordenador. Sinais e sintomas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan/LAB; 2006.
9. Jana L, Weindel D. Mobilidade e Imobilidade. In: Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 101-125.
10. Martínez MM, Custey MMA, Casado FMA, Ferrer AC, Flores BE, Arcala GMJ, VAQUE HARM. Validación de una clasificación de diagnóstico de enfermería en atención primaria. Enfermería Clínica. 1996; 6(1):1-10.
11. Guirã-Goris JA, Moreno P, Martínez C. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera "sedentarismo". Enferm Clínica. 2000; 11(4):135-40.
12. Azeredo Z, Matos E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. Rev Fac Med Lisb. 2003; 8(4):199-204.
13. Burke LE. Hipertensão arterial. In: Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU. Enfermagem em cardiologia. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2005. p. 1007-18.
14. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3ª ed. New York: McGraw-Hill Book; 1994.
15. Conselho Nacional de Saúde (Br). Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.33 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 supl.):15-25.

16. Rabelo DF, Néri AL. Bem estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular encefálico: uma revisão. *Est Psicol.* 2006; 11(2):169-77.
17. Bachion MM, Araújo LAO, Santana RF. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem "Mobilidade Física Prejudicada" em idosos: uma contribuição. *Acta Paul Enferm.* 2002; 15:66-72.
18. Guedes HM, Nunes DF, Nakatani AYK, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso em idosos admitidos em hospital. *Rev enferm UERJ.* 2010; 18:513-8.
19. Ikai T, Takehara I, Nishi M, Miyano S. Dynamic postural control in patients with hemiparesis. *Am J Phys Med Rehabil.* 2003; 82(6):463-9.
20. Saad M. *Análise da Marcha: Manual do CAMO-SBMFR.* Comitê de Análise de Movimento da Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. São Paulo: Ed. Lemos-Editorial; 1997.
21. Guedes HM, Santos WL, Nakatani AYK, Chianca TCM. Diagnóstico de enfermagem na admissão e alta hospitalar de idosos. *Rev enferm UERJ.* 2011; 19:564-70