



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**RENAN ALVES SILVA**

**SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA EM PORTADORES DE ACIDENTE  
VASCULAR ENCEFÁLICO: ANÁLISE DE CONCEITO**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2014**

**RENAN ALVES SILVA**

**SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA EM PORTADORES DE ACIDENTE VASCULAR  
ENCEFÁLICO: ANÁLISE DE CONCEITO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Dra. Álissan Karine Lima Martins

**CAJAZEIRAS – PB**

**2014**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

S586s Silva, Renan Alves  
Sentimento de impotência em portadores de acidente vascular encefálico: análise de conceito. / Renan Alves Silva. Cajazeiras, 2014.  
115f. : il.  
Bibliografia.

Orientadora: Álissan Karine Lima Martins.  
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Acidente vascular cerebral. 2. Acidente vascular cerebral - depressão. 3. Acidente vascular cerebral – formação de conceito. 4. Acidente vascular cerebral – diagnóstico de enfermagem. I. Martins, Álissan Karine Lima. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616.831-005

**RENAN ALVES SILVA**

**SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA EM PORTADORES DE ACIDENTE VASCULAR  
ENCEFÁLICO: ANÁLISE DE CONCEITO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Álissan Karine Lima Martins (ORIENTADORA)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UAENF/ UFCG)

---

Profa. Ms. Kennia Sibelly Marques Abrantes (MEMBRO)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UAENF/ UFCG)

---

Prof. Ms. Cecília Danielle de Oliveira Bezerra (MEMBRO)  
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS (ETSC/UFCG)

**CAJAZEIRAS-PB**

**2014**

*Aos meus pais, que continuam me amando incondicionalmente que me ajudaram em tudo, muito obrigado por todos os sacrifícios realizados ao meu favor; vocês serão para sempre a esperança do meu viver!!!*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me acompanhar em todos os momentos e direcionar o caminho certo a seguir. Minha vida está em tuas mãos, conduz-me nos teus belos caminhos a cada passo dado.

À Nossa Senhora Salete, minha mãe, por ser o caminho mais curto para Deus me ouvir e por falar sempre ao meu coração.

Aos meus pais, Wilson e Roza de Lourdes; minhas avós: Neuza e Alcides, meus irmãos: Wilker e Walkíria que continuam me amando incondicionalmente e concretizando o sonho dessa caminhada. Sem vocês, eu não teria chegado ao final desse curso, e nem seria o quem eu sou.

À professora Dra. Álissan Karine por seus ensinamentos e pelas orientações fornecidas na construção desse trabalho e para a construção do meu crescimento profissional e pessoal. Obrigado por continuar confiando em mim na hora que mais precisei.

Aos membros da banca, Kênnia e Cecília pelas contribuições essenciais no aprimoramento desse estudo.

Aos professores do Curso de Graduação em Enfermagem por terem acreditado em mim e me ajudaram a ser feliz, em especial a professora Dra Maria do Carmo, por ter me cooperado na formação científica e metodológica da pesquisa por meio do Programa de Bolsa Institucional de Iniciação Científica – PIBIC.

Aos meus amigos do Curso de Graduação em Enfermagem: Thaynara, Islânia, Aline e Irla por ter sido parceiras nos momentos de dificuldades e alegrias.

Aos Religiosos da Sagrada Face, pelo apoio fornecido nos momentos dos quais necessitei, sendo capazes de propagar, reparar e restabelecer as minhas dificuldades e limitações apresentadas ao longo desse tempo, nas pessoas do Ir. Silvio e Marcolino, André, Dannilo, Leonardo e João Kleber.

À minha prima Veruscka Pedrosa Barreto e Tia Luzimar, duas mães dadas por Deus; ambas, referência familiar de superação dos obstáculos vencidos na vida. Muito obrigado pelos conselhos, pelo acolhimento fornecido em sua casa.

A casa de Tio Trajano e Tia Maria, lugar na qual tive o privilégio de conviver por dois anos, muito obrigado por ter dividido o espaço de vocês, fazendo me sentir como mais um filho daquela família, que Deus os recompense!

Aos amigos encontrados na caminhada de Igreja: Rafael Fonseca, Anderson Baggio, Rosy Gomes, Flávia Lamonielle, George Fran pelo amor incondicional.

Enfim, a todas as pessoas que cooperaram no meu processo formativo de graduação.

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

*Beata Madre Maria Pía Mastena*

## RESUMO

SILVA, Renan Alves. Sentimento de impotência em portadores de acidente vascular encefálico: análise de conceito. 117f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2014.

O estudo tem por objetivo revisar o diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência (DESI) em portadores de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Nesse estudo foi realizada a primeira etapa de validação diagnóstica proposto por Walker e Avant. Para a execução da primeira etapa utilizou-se da revisão integrativa de literatura partir de três bases de dados (PUBMED, CINAHL e LILACS) com as seguintes combinações de descritores e equivalentes em língua inglesa e espanhola: Depressão *and* Acidente Vascular Encefálico e Sentimento de Impotência *and* Acidente Vascular Encefálico. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 35 estudos que subsidiaram a análise conceitual. O processo de análise de conceito conduziu aos seguintes resultados: modificação da definição do DESI, de nomeação de alguns indicadores clínicos e acréscimo de outros. Frente à definição do DESI construiu-se uma nova etiqueta para o DESI como a resposta emocional percebida frente o processo de enfrentamento da doença ou deficiência física, apresentando fragilidade, desamparo, falta de controle e poder para atingir os resultados propostos durante a recuperação funcional a partir do descritor-controlado depressão por apresentar associação com o sentimento de impotência. A proposta final recomenda-se a reformulação de três fatores por não ter sido evidenciado na literatura e o acréscimo de 11 fatores: gravidade da lesão, curso imprevisível, falta de apoio da lesão, tipo da lesão, localização da lesão, falta de participação social, oferecimento de cuidados insatisfatórios, limitação da mobilidade física, baixa da autoestima, falta de motivação e falta de interesse. Com relação às características definidoras foram evidenciadas 14 consequentes do DESI: dependência dos outros, depressão pela deterioração física, relato de dúvida em relação ao desempenho do papel, relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades básicas de vida diária, relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades instrumentais de vida diária, relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades avançadas de vida diária, fadiga, prejuízo cognitivo a tempo e progressivo, tempo de reabilitação física e motora, nível de participação na reabilitação, dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos e decidir sobre o seu estado de saúde, tentativas suicidas, propósito de vida e relato de vergonha. Desse modo, considera-se que o processo de revisão subsidiou uma direção para a eficiência diagnóstica de indicadores clínicos do DESI, contribuindo no refinamento e o aprimoramento desse diagnóstico e de seus componentes.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral. Depressão. Formação de Conceito. Diagnóstico de Enfermagem. Enfermagem.

## ABSTRACT

SILVA, Renan Alves. Powerlessness in patients with stroke: concept analysis. 117f. **Course's Conclusion Work** (Graduation in Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2014.

The study aims to review the nursing diagnosis of powerlessness (DESI) in patients with cerebrovascular accident. In this study the first stage of diagnostic validation proposed by Walker and Avant was performed. For the implementation of the first stage we used an integrative review of the literature from three databases (PubMed, CINAHL and LILACS) with the following combinations of descriptors and equivalent in English and Spanish: Depression *and* Stroke and Powerlessness *and* Stroke. After applying the inclusion and exclusion criteria, 35 studies remained that supported the conceptual analysis. The process of concept analysis led to the following results: a modification of the definition of DESI, naming some clinical indicators and adding others. Forward the definition of DESI we constructed a new label for the DESI as emotional response against perceived the process of coping with the disease or disability, with weakness, helplessness, lack of control and power to achieve the proposed results during functional recovery from the descriptor-controlled depression present association with the feeling of helplessness. The final proposal is recommended reformulation of three factors have not been evidenced in the literature and the addition of 11 factors: severity of injury, unpredictable course, lack of support from the injury, type of injury, location of injury, lack of social participation, offering unsatisfactory care, limitation of physical mobility, low self-esteem, lack of motivation and lack of interest. With respect to the defining characteristics of the resulting 14 DESI were evidenced: dependence on others, depression by physical deterioration, report of doubt regarding the performance of the role, reporting frustration at the inability to perform basic activities of daily living, reports of frustration at the inability to perform instrumental activities of daily living, reports of frustration at the inability to perform advanced activities of daily living, fatigue, cognitive impairment and progressive in time, while physical rehabilitation and motor, level of participation in rehabilitation, difficulty verbally expressing thoughts and decide on your health, suicide attempts, life purpose and reporting of shame. Thus, it is considered that the review process has subsidized a direction to the diagnostic efficiency of clinical indicators of DESI, contributing to the improvement and refinement of this diagnosis and its components.

**Keywords:** Stroke. Depression. Concept Formation. Nursing Diagnosis. Nursing

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Diagrama 1</b>	Processo de seleção da base de dados no PUBMED, Cajazeiras- PB, 2014.....	49
<b>Diagrama 2</b>	Processo de seleção da base de dados na LILACS, Cajazeiras- PB, 2014.....	49
<b>Diagrama 3</b>	Processo de seleção da base de dados no CINAHL, Cajazeiras- PB, 2014.....	50
<b>Quadro 1</b>	Classificação dos níveis de evidência clínica para avaliação de estudos.....	50
<b>Quadro 2</b>	Definições evidenciadas na literatura do conceito “sentimento de impotência” em portadores de acidente vascular encefálico. Cajazeiras, 2014.....	56
<b>Quadro 3</b>	Fatores relacionados e características definidoras encontradas na análise dos estudos. Cajazeiras-PB, 2014 .....	61
<b>Quadro 4</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Gravidade da lesão”. Cajazeiras, 2014 .....	61
<b>Quadro 5</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Curso imprevisível”. Cajazeiras, 2014.....	62
<b>Quadro 6</b>	Escala de Rankin modificada.....	63
<b>Quadro 7</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Falta de apoio social”. Cajazeiras, 2014.....	64
<b>Quadro 8</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “tipo da lesão”. Cajazeiras, 2014.....	66
<b>Quadro 9</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Localização da lesão”. Cajazeiras, 2014 .....	67
<b>Quadro 10</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Falta de participação social”. Cajazeiras, 2014.....	69
<b>Quadro 11</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Oferecimento de cuidados insatisfatórios”. Cajazeiras, 2014 .....	71
<b>Quadro 12</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “limitação da mobilidade corpórea”. Cajazeiras, 2014.....	73
<b>Quadro 13</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado característica definidora “baixa da autoestima”. Cajazeiras, 2014.....	75
<b>Quadro 14</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “falta de motivação e falta de interesse”. Cajazeiras, 2014.....	77
<b>Quadro 15</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “dependência dos outros”. Cajazeiras, 2014.....	78
<b>Quadro 16</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “depressão pela deterioração física”. Cajazeiras, 2014.....	79
<b>Quadro 17</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “relato de dúvida em relação ao desempenho do papel”. Cajazeiras, 2014.....	81
<b>Quadro 18</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades básicas da vida diária”. Cajazeiras, 2014.....	82
<b>Quadro 19</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “relato de frustração quanto à capacidade de realizar atividades	

	instrumentais da vida diária”. Cajazeiras, 2014.....	83
<b>Quadro 20</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “relato de frustração quanto à capacidade em realizar atividades avançadas de vida diária”. Cajazeiras, 2014.....	84
<b>Quadro 21</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “fadiga”. Cajazeiras, 2014.....	86
<b>Quadro 22</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “prejuízo cognitivo existente a tempo ou progressivo”. Cajazeiras, 2014.....	87
<b>Quadro 23</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “aumento no tempo de reabilitação física e motora”. Cajazeiras, 2014.....	89
<b>Quadro 24</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “nível de participação no processo de reabilitação” Cajazeiras, 2014.....	90
<b>Quadro 25</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos e decidir sobre o seu estado de saúde (p. ex.: afasia, disfasia, aprasia, dislexia)”. Cajazeiras, 2014.....	92
<b>Quadro 26</b>	Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “Tentativas suicidas”. Cajazeiras, 2014.....	93

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição dos artigos conforme o continente, ano de publicação, área de estudo, sujeitos e cenário. Cajazeiras, 2014.....	53
<b>Tabela 2</b>	Distribuição dos estudos, segundo o delineamento e a força de evidência. Cajazeiras, 2014.....	54

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AVEh</b>	Acidente Vascular Encefálico hemorrágico
<b>AVEi</b>	Acidente Vascular Encefálico isquêmico
<b>AVD's</b>	Atividade de Vida Diária
<b>DCV</b>	Doenças Cardiovasculares
<b>DE</b>	Diagnóstico de Enfermagem
<b>DESI</b>	Diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência
<b>DPA</b>	Depressão pós-AVE
<b>EADE</b>	Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem
<b>EASL</b>	Escala de Apoio Social de Lubben
<b>ECT</b>	Escala de Comprometimento do Tronco
<b>EGB</b>	Escala de Equilíbrio de Berg
<b>EEAE</b>	Escala de Estado de Autoestima
<b>EI- AVE</b>	Escala de Impacto de AVE
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>ERm</b>	Escala de Rankin modificada
<b>GEDIRE</b>	Grupo de Estudos de Diagnóstico, Intervenções e Resultados de Enfermagem
<b>HD</b>	Hemisfério Direito
<b>HE</b>	Hemisfério Esquerdo
<b>IC</b>	Intervalo de Confiança
<b>IE</b>	Intervenção de Enfermagem
<b>MMSE</b>	Mini Mental State Examination
<b>NANDA-I</b>	Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem Internacional
<b>NIC</b>	Classificação Intervenções de Enfermagem
<b>NIHSS</b>	National Institutes of Health Stroke Scale
<b>NOC</b>	Classificação dos Resultados de Enfermagem
<b>OR-</b>	<i>Odds Ratio</i>
<b>PBE</b>	Prática Baseada em Evidência
<b>PE</b>	Processo de Enfermagem
<b>QMS</b>	Questionário Multidimensional de Saúde
<b>QNPV</b>	Questionário de Nível de Propósito de Vida
<b>RE</b>	Resultados de Enfermagem
<b>RR</b>	Risco Relativo
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SI</b>	Sentimento de Impotência
<b>WSAS</b>	Word and Social Adjustment Social
<b>DataSUS</b>	Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>CDD</b>	Comitê de Desenvolvimento de Diagnóstico
<b>QNPV</b>	Questionário de Nível de Propósito de Vida

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	19
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
3.1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO .....	20
3.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM E IMPLICAÇÕES PARA AS RESPOSTAS EMOCIONAIS E PSICOSSOCIAIS .....	24
3.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E SUA INTERFACE NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO .....	31
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b> .....	<b>38</b>
4.1 VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM .....	38
4.2 MODELO DE VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE WALKER E AVANT .....	40
4.2.1 Seleção do conceito .....	40
4.2.2 Objetivo da análise .....	41
4.2.3 Identificação dos usos do conceito .....	42
4.2.4 Determinação dos atributos definidores .....	43
4.2.5 Identificação do caso modelo .....	43
4.2.6 Identificação de casos adicionais .....	44
4.2.8 Definição de referências empíricas .....	44
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>46</b>
5.1. IDENTIFICAÇÃO DO TEMA OU QUESTIONAMENTO DA REVISÃO INTEGRATIVA: .....	47
5.2. AMOSTRAGEM OU BUSCA NA LITERATURA: .....	47
5.3 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS: .....	51
5.4 AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA: .....	52
5.5 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: .....	52
5.6 SÍNTESE DO CONHECIMENTO EVIDENCIADO NOS ARTIGOS ANALISADOS OU APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA: .....	52
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>53</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA.....	53
6.2 ANÁLISE DO CONCEITO DE DEPRESSÃO .....	55
6.2.1 Identificação dos possíveis usos do conceito .....	55
6.2.2 Atributos críticos ou essenciais do conceito “sentimento de impotência” .....	55
6.2.3 Construção de um caso modelo .....	58
6.2.4 Construção de um caso contrário .....	59
6.2.5 Identificação dos fatores relacionados do SI e suas definições conceituais e referências empíricas.....	60
6.2.6 Identificação das características definidoras do SI e suas definições conceituais e referências empíricas .....	78
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	<b>98</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>114</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é um déficit neurológico, podendo ser transitório ou definitivo em uma área cerebral secundário a uma lesão vascular, frequentemente súbito (MONTEIRO et al., 2012). O AVE pode ainda ser considerado uma condição anormal, em área localizada do cérebro, devido a um fluxo sanguíneo inadequado. Podendo ser classificados em dois tipos principais de AVE: o hemorrágico e o isquêmico.

Segundo Curioni et al. (2009), cerca de 15% a 20% dos AVE's são hemorrágicos, divididos entre hemorragia subaracnoide ou intracerebral primária. Com isso, a maior parte dos AVE's (por volta de 80%) é isquêmica por natureza; quando a condição é revertida rapidamente em menos de 24 horas, com o tratamento adequado, denomina-se ataque isquêmico transitório.

Para tanto, esse transtorno vascular cerebral é um problema grave de saúde pública em todo o mundo por ser uma das maiores causas de mortalidade, morbidade e incapacidade adquirida. Em alguns aspectos, podem ser apontados entre eles, a relação do grau de desenvolvimento socioeconômico, uma vez que cerca de 85% ocorre em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e um terço dos casos atinge a parcela economicamente ativa da população. O prognóstico epidemiológico do AVE torna-se ainda mais sombrio ao passar dos anos, uma vez que trará como consequência a baixa produtividade de mercado e de trabalho (BRASIL, 2013).

Em relação às estatísticas brasileiras, ele é a causa mais frequente de óbito na população adulta, concentrando-se em 10% dos óbitos e consiste no diagnóstico de 10% das internações hospitalares públicas. Com isso, observa-se que a mortalidade nos primeiros 30 dias é de 10%, atingindo 40% no primeiro ano pós-evento. A maioria dos sobreviventes necessita de reabilitação para as sequelas neurológicas consequentes, sendo que aproximadamente 70% não retornam ao seu trabalho e 30% necessitam de auxílio para caminhar (BRASIL, 2013).

Smeltzer et al. (2009) destacam que o AVE pode causar uma grande variedade de déficits neurológicos, dependendo da localização da lesão, do tamanho da área de perfusão inadequada e da quantidade de fluxo sanguíneo colateral. Desse modo, o indivíduo com sequelas dessa condição clínica podem apresentar inicialmente qualquer um desses sintomas: dormência ou fraqueza da face, do braço ou da perna, especialmente de um lado do corpo; confusão mental ou alteração do estado mental; dificuldade de falar ou de compreender a fala;

distúrbios visuais, dificuldade de caminhar, tonteiras ou perda do equilíbrio ou da coordenação e cefaleia intensa súbita.

As autoras ainda destacam que inúmeras são as perdas provocadas pelo AVE, dentre as quais estão a perda motora e da comunicação, diminuição da sensopercepção e alterações cognitivas, repercutindo negativamente sobre o modo de vida desses indivíduos desencadeando distúrbios psíquicos ou efeitos sobre os comportamentos sociais.

Nessa perspectiva, Potter e Perry (2009) vislumbram que frequentemente os AVE's prejudicam a capacidade funcional dos sequelados, bem como seu modo de viver independente, principalmente no que diz respeito às atividades que até então eram suas, como banhar-se, vestir-se, realizar a higiene pessoal e íntima, transferir-se de um lugar para outro, controlar os esfíncteres da micção e da defecação, e alimentar-se, desenvolvendo agora muitas dessas atividades com ajuda de cuidadores.

A partir da vivência enquanto cuidador informal com portadores de AVE, percebeu-se que quando alguém desenvolve uma atividade por outro devido a uma condição limitante, na maioria das vezes surge um comportamento de menos valia, provocando no ser cuidado certo constrangimento, pensamentos negativos a respeito do próprio eu, tendências a se acidentar ou até mesmo ideias suicidas. Isso gera um comportamento de debilidade ou de impotência, onde a vida passa a ter um sinônimo de fracasso.

Essas observações foram frutos de experiências exitosas do pesquisador enquanto cuidador informal. Constatou-se ainda que, a utilização do Processo de Enfermagem (PE) permite uma melhor resolubilidade das comorbidades que surge durante o processo do adoecimento.

Lessmann et al. (2011) endossam que a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na reabilitação neurológica é um processo dinâmico, na qual identifica-se fenômenos em todos os sentidos: físico, mental, espiritual e social; lançando base para construir intervenções que auxiliem os indivíduos doentes e/ou com incapacidades a obterem uma melhor recuperação e qualidade de vida por meio da independência funcional.

Desse modo, o PE propicia o levantamento de necessidades tanto físicas quanto psíquicas, por meio da formulação dos diagnósticos de enfermagem (DE). Smeltzer et al. (2009) os conceituam como os problemas de saúde, reais ou potenciais do cliente que são receptivos a ações de enfermagem independentes da busca de resultados. Frente ao processo de cuidar em reabilitação pós-AVE, inúmeras são as necessidades devido às incapacidades físicas provocando manifestações psíquicas e emocionais.

Andrade et al. (2013) vislumbram que inúmeros são os estudos realizados com diagnósticos de enfermagem na reabilitação física, independente da condição clínica, como lesão medular, e trauma crânio-encefálico. No entanto, um dos DE mais evidenciado é o sentimento de impotência. No tocante a prevalência desse diagnósticos, inúmeros são os estudos realizados entre eles destacam-se em diabéticos (22,1%) (FREITAS et al., 2011), 58,7% em portadores de Insuficiência Cardíaca (ROCHA; SILVA, 2009), e em prostatectomizados (NAPOLEÃO; CALDATO; PETRILLI FILHO, 2009).

A NANDA-I (2013), conceitua o Diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência (DESI) como a experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado.

Com isso, torna-se essencial identificar a presença desse diagnóstico em portadores de AVE, visto que, ainda é insuficiente estudos abordando essa temática, bem como delinear as características e fatores relacionados a esse julgamento clínico de uma resposta própria do indivíduo. Portanto, percebe-se que esse estudo é factível, inovador, ético e relevante, haja vista que, contribuirá para a prática baseada em evidências científicas para enfermeiros que trabalham com reabilitação física e motora, doenças crônicas e em atenção domiciliar.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral:

- ✓ Evidenciar o conceito, as características definidoras, os fatores relacionados do DESI em portadores de Acidente Vascular Encefálico.

### 2.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Revisar os componentes do sentimento de impotência proposto pela NANDA-I (definição, fatores relacionados e características definidoras), a partir das evidências para indivíduos com acidente vascular encefálico.
- ✓ Construir as definições conceituais e referências empíricas dos fatores relacionados e as características definidoras do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Para a Organização Mundial de Saúde, o AVE é um distúrbio focal na função cerebral desenvolvido rapidamente, perdurando por mais de vinte e quatro horas, sem nenhuma outra origem aparente além da vascular (WHO, 2006).

Smeltzer et al. (2009) ainda conceituam como a perda súbita da função decorrente da desorganização do suprimento sanguíneo a uma parte específica ou generalizada do encéfalo. Ele pode ser classificado em três grupos de acordo com a sua etiologia: acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi), hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnoide.

Nesse sentido, os AVEi podem ser conhecidos por eventos trombóticos, nos quais acontecem em grandes artérias do cérebro por placas ateroscleróticas. Eles constituem cerca de 70 a 87% de todos os casos de AVE. A formação de trombos, bem como a oclusão no local da aterosclerose ocasionam eventos de isquemia e privação de suprimento sanguíneo sobre grandes áreas cerebrais (20%). Existem ainda outros tipos de AVEi como os embólicos (25%), lacunares (20%), criptogênicos (30%) e outros indefinidos (5%) (BIANCHINI, 2010).

Os AVEi de origem embólica se associam a arritmias cardíacas, como é o caso da fibrilação atrial, estando associados a valvulopatias cardíacas e a trombos no ventrículo esquerdo. Os lacunares são ocasionados por enfartes muito pequenos com menos de 1cm cúbico de tamanho, que ocorrem somente onde arteríolas perfurantes se ramificam diretamente de grandes vasos. Os criptogênicos são os que não têm uma causa definida, como o uso de drogas ilícitas, coagulopatias, enxaquecas e dissecação espontânea das artérias carótida ou vertebral (SMELTZER et al., 2009).

Em relação aos Acidentes Vasculares Encefálicos Hemorrágicos (AVEh), estima-se em torno de 15%, dos quais 10% são de origem intraparenquimatosa e 5% subaracnoide (PIRES et al., 2004; SBDCV, 2002). Os de origem subaracnoidea podem ser ocasionados de formação de aneurismas da artéria cerebral média (SANTOS, 2013). Eles tendem a ocorrer mais precocemente do que os AVEi, tendo uma taxa de mortalidade compreendida entre 30 a 50%, são altamente agressivos levando ao falecimento nos dois primeiros dias de pós-AVE (BIANCHINI, 2010).

Esse distúrbio neurológico vem constituindo um grave problema de saúde pública mundial (LOTUFO, 2005; PONTES NETO et al., 2008). Avezum et al. (2009) registram que, de acordo com as projeções mundiais para o ano de 2020, eles serão a principal causa de

mortalidade e incapacitação. Ainda nesse estudo, os autores destacam que esse aumento nas Doenças Cardíacas Vasculares (DCV) são decorrente provavelmente de três fatores: redução da mortalidade por doenças infecto-parasitárias, aumento da expectativa de vida; mudanças socioeconômicas e de estilo de vida resultantes da urbanização e susceptibilidade especial de determinadas populações.

Os processos fisiopatológicos dos AVEs diferem entre si, já que o AVEi ocorre resultante de um ataque isquêmico desencadeando uma desorganização no fluxo sanguíneo cerebral devido a formação de trombos sobre as grandes artérias. Desse modo, a isquemia leva a formação de inúmeros eventos metabólicos celulares, sendo designada de cascata isquêmica. A cascata isquêmica leva a um estágio de insuficiência metabólica, na qual os neurônios não conseguem manter a respiração anaeróbica (SMELTZER et al., 2009).

Com isso, as mitocôndrias geram uma grande quantidade de ácido láctico, reduzindo o pH; o que leva a instala-se um desequilíbrio iônico na tentativa de compensar as trocas metabólicas. Para tanto, no início da cascata há, em torno da área de infarto, uma diminuição acentuada no fluxo sanguíneo cerebral, formando uma região de penumbra (SMELTZER et al, 2009).

Portanto, a cascata isquêmica dificulta a repolarização celular aumentando os níveis de glutamato e de cálcio intracelular. Na medida em que essas substâncias aumentam, ocorre a destruição da membrana celular, gerando radicais livres e diminui conseqüentemente a oferta de aporte sanguíneo, ocasionado a lesão e morte celular (SMELTZER et al., 2009). A partir do conhecimento de cada etapa da cascata isquêmica pode-se intervir visando limitar a extensão das lesões causadas por um acidente vascular encefálico.

O AVEh é causado pelo rompimento de um vaso cerebral, que pode causar um hematoma, em virtude da pressão no tecido adjacente, diminuindo a circulação no local, o que pode levar morte tissular. Dessa forma, ocorre a invasão de sangue no sistema liquórico, hemorragia subaracnoidea, em decorrência da ruptura de aneurisma (POTTER; PERRY, 2009).

No mundo em desenvolvimento, as DCV são as principais causas de morte, sendo o AVE o que lidera o *ranking*, só perdendo para as doenças cardíacas isquêmicas. Segundo os estudos de Redon et al. (2011), não ocorrerão modificações nesse perfil para o ano de 2020. Estimativas da Organização Mundial da Saúde, vislumbra que 15 milhões de pessoas sofrerão um AVE a cada ano em todo o mundo, dentre as quais, cinco milhões morrerão, e outras cinco milhões ficarão incapacitadas de forma permanente (MACKAY; MENSAH, 2004).

Lloyd-Jones et al. (2010) destacam que as estimativas nos Estados Unidos são as piores, nas quais 795.000 pessoas terão um AVE anualmente, morrendo uma pessoa a cada três a quatro minutos.

Em relação aos dados socioeconômicos dos sequelados por AVE, observa-se que o gênero e cor causam impacto na incidência e prevalência do AVE na população mundial. Verifica-se maiores ocorrências de AVE em homens do que em mulheres, embora haja uma maior mortalidade entre elas (LLOYD-JONES et al., 2010). No Brasil, segundo um estudo realizado por meio do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o AVE foi responsável pelas mortes de 8.547 e 7.984 pacientes do sexo masculino e feminino, respectivamente, em que a taxa de mortalidade é maior em mulheres (5%) (SANTOS, 2013).

As altas taxas de mortalidade repercutem negativamente sobre a situação econômica e vigente da atual conjuntura de saúde em que o Brasil se encontra. Abramczuk e Villela (2009) destacam que um paciente nessas condições clínicas custa para o Sistema Único de Saúde (SUS), em média, R\$ 6.000, podendo haver variação de acordo com a gravidade do caso. Nesse sentido, quando ele está na fase aguda decorrente do déficit neurológico terá necessidade de um período de internação curto (de 3 a 5 dias), a um custo de aproximadamente R\$ 640 por dia. Porém, nos casos dos que tiveram sequelas graves podem ficar hospitalizados por mais de um mês, com um custo de R\$ 32.000.

Em um estudo norte-americano verificou-se que os custos diretos e indiretos do AVE foram de 73,7 bilhões de dólares, sendo esse valor decorrente em torno de 70% de internações hospitalares no primeiro ano após o AVE (LLOYD-JONES et al., 2010).

Reconhece-se que inúmeras são as limitações das opções disponíveis para o tratamento dos pacientes em decorrência do AVE. Sendo assim, a medida de reduzir custos à saúde é promover melhor qualidade de vida e prevenir o desencadeamento de doenças primárias. Para tanto, Johnson et al. (2012) destacam que conhecer e reconhecer os fatores de risco é essencial para reduzir os efeitos devastadores da doença. Curioni et al, (2009) afirmam que um controle apropriado dos fatores de risco conhecidos reduz a incidência da doença.

Os fatores desencadeadores do AVE podem ser classificados em não modificáveis, modificáveis ou potencialmente modificáveis. Os fatores identificados como não modificáveis incluem idade, gênero, raça ou etnia e história familiar. Os modificáveis incluem hipertensão, tabagismo, diabetes, nível elevado de colesterol, fibrilação atrial e outras doenças cardíacas, sendo revertidos por meio do tratamento medicamentoso e realização de procedimentos cirúrgicos. Os fatores de risco potencialmente modificáveis estão relacionados com condições

que parecem ser fatores de risco, mas que, para elas, não há base substancial de evidências ainda para confirmar sua relação. Estes fatores incluem obesidade, abuso de álcool e drogas, inatividade física, uso de contraceptivos orais e reposição hormonal (CAVALCANTE et al., 2010; MOREIRA et al., 2010a)

Nesse sentido, caso os fatores de riscos não sejam controlados, desencadeará eventos negativos em virtude da falta de adesão ao regime terapêutico, diminuindo a qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas, a exemplo o AVE (OLIVEIRA, 2011). Desse modo, Coca et al., (2008) destacam que, mesmo em localidades que dispõem de alta tecnologia, 60% morrem ou se tornam dependentes de cuidados clínicos, no qual, requer uma equipe multidisciplinar; seja na fase emergencial aguda ou na fase de reabilitação.

Diante disso, o enfermeiro deve nortear o cuidado tendo por intuito evidenciar as reais ou potenciais necessidades que acometem os portadores de AVE, bem como promover a educação diária ao cliente facilitando a cooperação no seu estado de saúde (JOHNSON et al., 2012).

Deve-se ressaltar que, o processo patológico do AVE causa sérias limitações funcionais que prejudicam suas atividades de vida diária (AVD's) em decorrência dos déficits motores, sensitivos e cognitivos comprometendo a sua qualidade de vida. Santos (2013) apontam que os portadores de AVE sentem-se debilitados e inoperantes durante algumas fases do estágio da doença. Sendo necessário o reconhecimento das características dessas para a saúde do indivíduo.

Rocha (2008) endossa que identificar a fase em que o indivíduo está vivenciando é fundamental para promover melhor recuperação funcional, pois o estágio agudo do AVE, caracteriza-se por flacidez, arreflexia, hemiplegia, hemiparesia e alterações cognitivas podendo ser revertidas rapidamente; esse período dura de quinze a trinta dias. Em seguida, o indivíduo passa a um estágio subagudo que pode durar de um mês a três meses, podendo chegar até seis meses. Após esse período, o cliente entra na fase crônica.

Dessa forma, caso a autoestima do sequelado esteja elevada e cooperativa o mesmo pode ter um enfrentamento adequado mesmo que apresente sequelas para o resto de suas vidas

Depois dos seis meses tem-se o retorno da função motora com o restabelecimento e da amplitude do movimento articular e da coordenação motora tornando-se próxima a do normal. Entretanto, Yozbatiran e Cramer (2006) destacam que 60% dos pacientes permanecem com

disfunções motoras por longo prazo, o que dificulta a execução dos movimentos funcionais e AVD's.

Nesse sentido, Andrade et al. (2010) vislumbram que a reabilitação físico-motora é um componente importante no processo saúde-doença e no cuidado social de pessoas com deficiência. Essa ênfase se dá ao aumento de pessoas com doenças crônico-degenerativas e àquelas sobreviventes de lesões neurológicas. Para tanto, esse processo necessita de *continuum* apoio de uma equipe interdisciplinar atuando de forma holística sobre o cuidar; sendo as unidades especializadas em reabilitação um ambiente propício para tais práticas.

### 3.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM E IMPLICAÇÕES PARA AS RESPOSTAS EMOCIONAIS E PSICOSSOCIAIS

Herdman (2013) endossa que torna-se crucial a identificação de fenômenos relevantes de forma clara, concisa, acurada e eficiente por meio das observações da prática clínica dos enfermeiros. Diante disso, requer que o enfermeiro utilize instrumentos que operacionalize sua prática, sendo o PE um dos meios para o julgamento das necessidades de saúde, pois, permite a construção de diagnósticos de enfermagem, possibilita o alcance de resultados eficazes por meio de intervenções apropriadas aos fatores (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Aguilar e Robles (2009) descrevem o PE como um método científico simplificado, que se caracteriza pela sistematização lógica para predizer o resultado de intervenção de enfermagem no cuidar às respostas humanas da pessoa, família ou comunidade, diante dos reais ou potenciais de saúde.

Garcia e Nóbrega (2009) definem ora como um instrumento tecnológico, ora modelo metodológico. Nesse sentido, é instrumento tecnológico que quando se lança mão para favorecer o cuidado, organizar as condições necessárias à realização e prestação dos cuidados e permitir a documentação da prática profissional. É um modelo metodológico, pois permite identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em decorrência das fases do ciclo vital ou de problemas de saúde, sejam eles reais ou potenciais, possibilitando a intervenção profissional de enfermagem.

Potter e Perry (2009) conceituam como uma abordagem para a solução de problemas que habilita o enfermeiro a organizar e administrar cuidados de enfermagem, ele é um elemento integrante do raciocínio crítico que possibilita fazer julgamentos e ações com base

na razão. Para Almeida et al. (2011) é um método científico e dinâmico das ações sistematizadas e inter-relacionadas no cuidar em enfermagem por meio da identificação, compreensão e descrição das respostas humanas.

Nesse sentido, Almeida e Lucena (2011) referem-se que o PE apresenta-se em cinco fases, sendo adotadas da seguinte forma: levantamento ou coleta de dados, ou ainda anamnese e exame físico; diagnósticos de enfermagem (DE); planejamento da implementação, plano de cuidados ou prescrição de cuidados; implementação ou execução da intervenção; e avaliação da assistência de enfermagem ou evolução de enfermagem. Elas são inter-relacionadas, possibilitando o enfermeiro agir de modo sistemático na organização do cuidar.

A primeira etapa do PE é a coleta de dados ou histórico de enfermagem, fase imprescindível, para que ocorra o sucesso nas demais fases, pois, é nela que o enfermeiro lançará mão de métodos e técnicas para estabelecer uma relação de confiança sobre o tratamento e cuidado do cliente por meio das formas de comunicação, observação e interação. Essa etapa ainda propicia inúmeras informações que irão contribuir com as demais fases do processo, em especial a fase do diagnóstico (SILVA; NÓBREGA; FONTES, 2009).

A segunda etapa é o diagnóstico de enfermagem, fase essa complexa que requer dos profissionais habilidades cognitivas e experiência profissional. Ela é resultante do pensamento crítico, compreendido a partir das decisões de enfermagem visando os resultados para a saúde do cliente. Essa etapa só é possível em decorrência da precisão do levantamento dos dados e interlocução dos achados. Diante disso, envolve uma função intelectual complexa, pois, o enfermeiro deve analisar um conjunto de sinais e sintomas a fim de denominá-los, tendo por base uma taxonomia (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

O uso do PE na prática clínica impulsionou a criação de uma padronização de linguagens de fenômenos, ou seja, diagnóstico, intervenção e resultado dando início as classificações de enfermagem. Assim, com o objetivo de empregar uma taxonomia de termos foi criada a NANDA em 1982 (NANDA-I, 2013).

Essa classificação apresenta uma estrutura multiaxial, permitindo uma melhor flexibilidade de nomenclatura, possuindo sete eixos, sendo que todos apresentam relações mútuas, nas quais compreendem o foco do diagnóstico, o sujeito, o julgamento, a localização, a idade, o tempo e a situação. Destaca-se sua importância como essencial na prática clínica, sendo a primeira taxonomia a ser criada e utilizada no domínio da enfermagem (NANDA-I, 2013).

A atual Taxonomia II organiza-se com 220 DE em 13 domínios e 47 classes. O domínio é uma esfera de conhecimento, estudo ou interesse e a classe trata-se de um grupo, conjunto ou tipo que compartilha atributos comuns (NANDA-I, 2013).

Nesse sentido, um diagnóstico pode ser classificado em real, de risco, de promoção da saúde e síndrome. Um diagnóstico real é aquele que descreve respostas humanas relacionadas a processos vitais e estados de saúde que existem em uma pessoa, família ou comunidade. Ele está apoiado em fatores relacionados e características definidoras (NANDA-I, 2013).

Holanda e Silva (2009) destacam que entre as finalidades que o DE permite para a prática clínica é a de fornecer critérios mensuráveis para a avaliação da assistência prestada; dar suporte e direção ao cuidado; facilitar a pesquisa e o ensino; delimitar as funções independentes de enfermagem; estimular o paciente a participar de seu tratamento e do plano terapêutico; e contribuir para a expansão de um corpo de conhecimentos próprios para a enfermagem.

Herdman (2013) enfatiza que a efetivação do uso da taxonomia requer que os conceitos que operacionalizam o DE sejam melhores compreendidos, e que os critérios para a acurácia dos diagnósticos estejam claramente estabelecidos e sejam precisos para as várias populações nas quais o fenômeno ocorre, levando-se em conta os critérios preditivos a partir da validação clínica, assegurando e apoiando o cuidar baseado em resultados.

Oliveira, Silva e Araújo (2013) apontam que um DE não é apenas um conceito em si. Desse modo, cada diagnóstico é composto por um núcleo conceitual, permitindo o estabelecimento de relações temporais entre fatores que supostamente antecedem denominados de fatores relacionados ou fatores etiológicos para a formulação de um conceito e as consequências de tal formulação denominada de características definidoras ou indicadores clínicos. Ainda vislumbram que são escassos estudos que validem indicadores clínicos e fatores etiológicos de cada diagnóstico.

Albuquerque, Lira e Lopes (2010) endossam que o DE acurado pode contribuir para a redução de riscos de rejeição, aumentando a qualidade de vida e dando credibilidade aos serviços prestadores do cuidar.

A NANDA (2013) destaca que estudo de validação dos diagnósticos de enfermagem, envolvendo conceito, características definidoras ou fatores relacionados são essenciais; uma vez, que a definição desses oferece uma descrição clara e precisa, delineando o seu significado, e ajudando a diferenciá-los de outros diagnósticos compreendidos como similares. Nesse sentido, caso os diagnósticos que contém na atual taxonomia não ocorram

alterações em sua estrutura tornam-se obsoletos, necessitando que estes sejam retirados da sua estrutura; no entanto, as revisões constantes possibilitam que os fenômenos da prática clínica de enfermagem sejam reconhecidos a nível mundial.

Destarte, Monteiro et al. (2013) defendem que a construção de um corpo de conhecimentos sólidos, deve ser realizados por meio de pesquisas que qualifiquem a assistência prestada apresentando-se como um desafio à varias especialidades de enfermagem.

Azzolin (2011) destaca que essa etapa é altamente relevante, pois de acordo com os diagnósticos dependerão os resultados a serem traçados e a escolha das intervenções a serem executadas promovendo um cuidar essencial, por destacar evidencias científicas que garantam grande visibilidade para a prática profissional. Oliveira, Silva e Araújo (2013) apontam que validar os fatores etiológicos e indicadores clínicos são essenciais para reconhecer a presença destes, controlar e eliminar esse fenômeno na prática clínica por meio de intervenções dirigidas a resultados.

Frente ao cuidar de portadores de AVE, poucos são os estudos sobre o diagnóstico de enfermagem nessa condição clínica, entre eles, mobilidade física prejudicada, deambulação prejudicada, estilo de vida, capacidade de transferência prejudicada (COSTA et al., 2010a; 2010b; OLIVEIRA et al., 2012; MOREIRA et al., 2010b; 2013a); comunicação verbal prejudicada (CHAVES et al., 2013); risco de aspiração (CAVALCANTE et al., 2013); risco de quedas (COSTA, 2010; 2014; MORAIS et al., 2012); alteração da percepção sensorial tátil (MORAIS, 2014).

Percebe-se que os diagnósticos estudados limitam-se aos aspectos fisiológicos que a doença repercute sobre a qualidade de vida e o processo de reabilitação, necessitando assim, observar uma etiologia multifacetada como é o caso dos fatores psíquicos e espirituais.

Mais tarde foram criadas outras classificações para as intervenções de enfermagem (IE) como a NIC - *Nursing Interventions Classification* (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010) e os resultados de enfermagem que é NOC - *Nursing Outcomes Classification* (MOORHEAD et al., 2010), surgindo concomitantemente para melhor operacionalização do PE.

A NIC começou a ser estudada em 1987, sendo publicada a primeira edição em 1992. Foi traduzida para o português em 2004 e desde lá vem sendo utilizada pela enfermagem brasileira, na qual tem testado a sua aplicabilidade em pesquisas envolvendo cuidados clínicos pela enfermagem (ALMEIDA et al., 2011).

As IE podem ser definidas como qualquer ação, baseada por meio do julgamento clínico, crítico e no conhecimento do enfermeiro, tendo por intuito melhorar os resultados do cliente, seja na promoção, prevenção de agravos, tratamento de doenças ou reabilitação do cliente alvo da prestação de cuidados (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Elas incluem aspectos fisiológicos e psicossociais, e muitas delas estão destinadas ao cuidado ao indivíduo. Essa classificação tem ao todo 542 IE e mais de 12 mil atividades, o que facilita o trabalho da equipe de enfermagem por suscitar um cuidar personalizado de acordo com as necessidades do cliente, pois para cada IE existe cerca de 10 a 30 atividades que podem e devem ser desenvolvidas de acordo com a capacidade clínica. Ainda, é considerada uma classificação ampla e que representa todas as áreas da prática da enfermagem. As IE ainda podem ser classificadas de acordo com a categoria de enfermagem, bem como as atividades por tempo de desenvolvimento (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; LUCENA; ALMEIDA, 2011).

A NIC está agrupada em sete domínios e em 30 classes, a saber: Fisiológico: Básico; Fisiológico: Complexo; Comportamental; Segurança; Família; Sistema de Saúde; Comunidade. Elas podem incluir assistência direta e indireta; as diretas, são realizadas na interação com o paciente, incluindo ações de enfermagem no âmbito fisiológico e psicossocial; as indiretas estão ligadas ao gerenciamento do ambiente de cuidado, sendo desenvolvidas em benefício do paciente, porém a distância, promovem ainda a colaboração interdisciplinar (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Da mesma forma que a NANDA - I, para cada IE é apresentada um título e a sua definição, bem como a listagem de uma série de atividades consideradas essenciais ou prioritárias e atividades sugeridas como adicionais e optativas dependente da necessidade do cliente, consideradas como compartamentos ou ações específicas feitas por enfermeiras para auxiliar os pacientes a atingirem os resultados idealizados (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010). No entanto, percebe-se que diferente da NANDA que está focada no paciente, a NIC permite a eleição de uma IE independente do DE, pois possibilita o alcance dos resultados esperados (JOHNSON et al., 2012).

Diante disso, a seleção das IE depende dos resultados esperados, das características do diagnóstico, base de pesquisa da intervenção, a exequibilidade para realizar a intervenção, a aceitação do estado de saúde do paciente, e a capacidade de julgamento clínico e crítico da enfermeira (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Frente ao cenário dos cuidados em AVE inúmeros estudos sobre as intervenções da NIC são realizados, entre eles destacam-se: reabilitação motora e funcional, administração de medicamentos, monitoração das funções fisiológicas, cuidado emocional, prevenção de complicações e traumas, cuidados com a pele, avaliação de elementos clínicos e neurológicos, cuidados relacionados às atividades de autocuidado, cateterismo urinário, administração de oxigênio nasal, cuidado oral, posicionamento correto do paciente no leito, cuidados para prevenção de aspiração e controle do peso (CAVALCANTE et al., 2011).

Os autores ainda destacam a escassez de estudos brasileiros sobre esta temática. Sendo assim, observa-se a real necessidade do desenvolvimento de estudos sobre as intervenções de enfermagem com portadores de AVE e a sua aplicabilidade na prática clínica dos resultados como ferramenta para medir a efetividade dos cuidados clínicos.

Silva, Nóbrega e Fontes (2009) destacam que a preocupação em documentar sistematicamente os resultados dos cuidados de enfermagem tem sua origem com a Enfermagem Moderna. Florence Nightingale registrava as ações prestadas a cada soldado com a finalidade de selecionar os cuidados, de acordo com os problemas do paciente. Ao passar dos anos e com a reestruturação do sistema norte-americano de cuidados de saúde, cuja finalidade foi o de aumentar a economia e estabelecer critérios para selecionar os provedores de cuidados, houve uma preocupação com o tipo de cuidado prestado por esses provedores e os seus resultados.

Nesse contexto, a NOC foi criada em 1991, com o intuito de descrever e mensurar os resultados da prática, tendo por intuito definir suas intervenções e resultados para poder manter sua identidade e ser reconhecida pelos sistemas de saúde. Sendo assim, foi realizada uma vasta revisão de literatura com o propósito de identificar os indicadores e resultados do paciente, influenciados pelas ações diretas ou indiretas da enfermagem, sendo esses agrupados e refinados por enfermeiras peritas de diversas especialidades (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2008).

A primeira publicação da NOC foi divulgada em 1997 e continha 190 resultados. A segunda edição data de 2000, já contemplava 260 resultados e a terceira publicação, de 2004, foi ampliada para 330 resultados. A quarta edição, datada de 2008, ainda sem tradução para a língua portuguesa, traz 385 resultados agrupados em 31 classes e sete domínios (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2008).

Para cada domínio há uma definição, conforme demonstrado a seguir: Saúde Funcional – capacidade para o desempenho de tarefas básicas de vida; Saúde Fisiológica – o

funcionamento orgânico; Saúde Psicossocial – o funcionamento fisiológico e social; Comportamento e Conhecimento de Saúde – atitudes, compreensão e ações com relação a saúde e a doença; Saúde Percebida – impressões do indivíduo sobre sua saúde; Saúde da Família – estados de saúde, comportamento ou funcionamento da família como um todo e do indivíduo como membro da família; Saúde da Comunidade – saúde, o bem estar e o funcionamento de um população (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2008).

A NOC compreende os RE's que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente, mensurados ao longo de um *continuum* em resposta ao cuidado prestado. Cada RE possui indicadores a serem avaliados que são compreendidos como estados e comportamentos observáveis que você pode utilizar para avaliar o estado do paciente (WILKINSON; LEUVEN, 2010).

Desse modo, todos os RE's possuem uma escala Likert de cinco pontos para avaliar os indicadores listados. Esse tipo de escala oferece suficientemente opções para a demonstração da variabilidade no estado, no comprometimento ou na percepção do paciente, descrito pelo resultado. Embora as escalas tenham sido usadas em estudos – piloto e testes de campo, há necessidade de uma análise estatística para a estimativa da confiabilidade, validade e sensibilidade, dando destaque as propriedades psicométricas (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2008).

As escalas permitem a mensuração do RE, de modo que, em geral o 1 é o menos desejável e o 5 é o mais desejável em relação ao resultado, facilitando a identificação de alterações do seu estado, por meio de diferentes pontuações, ao longo do tempo.

Souza (2012) destaca que o RE deve ser avaliado antes e após a utilização de uma determinada IE, requerendo que os enfermeiros mensurem ao longo do tempo, considerando o nível que se quer alcançar frente ao tempo determinado da intervenção. Ainda vislumbra que os enfermeiros apresentam dificuldades em mensurar os indicadores dos RE's, visto que, ao tentar mensurar na escala de 5 pontos, estes resultados não apresentam definições operacionais para os seus indicadores e métricas. Sendo assim, esses RE's devem ser utilizados por meio de escalas para o ordenamento de grandezas sejam quantitativas ou qualitativas no cuidar em enfermagem.

Diante disso, o uso da NOC possibilita monitorar a melhora ou a piora do paciente durante um período de cuidado. A NOC tem por propósito o de identificar, rotular, validar e classificar os resultados de enfermagem; testar em campo e validar a classificação; definir e

testar procedimentos e medidas para os resultados ou indicadores usando dados clínicos (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2008).

Quanto à temática em estudo, ainda são insuficientes pesquisas de validação de conteúdo, validação por especialistas e clínica em portadores de AVE. No entanto, estudos iniciais já estão sendo desenvolvidos na Universidade Federal do Ceará no Grupo de Estudos de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (GEDIRE), entre eles destacam-se: comportamento de prevenção no contexto de doença crônica (COSTA et al., 2013); comportamento de prevenção de quedas (COSTA, 2014; VITOR et al., 2010; 2011); estado da deglutição e prevenção da aspiração (OLIVEIRA, 2013); mobilidade (MOREIRA, 2011).

### 3.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E SUA INTERFACE NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

O processo de adoecimento, seja agudo ou crônico, geralmente provoca sentimentos perturbadores, bem como os tipos de tratamentos a elas direcionados. Esses sentimentos estão atrelados à forma como as pessoas pensam e se comportam frente ao adoecer e ao tratamento. Com isso, inúmeras são as respostas evidenciadas ao adoecer, podendo ser categorizadas didaticamente em respostas orgânicas ou psicossociais. Percebe-se que elas são independentes entre si, sendo que as respostas orgânicas são mais visíveis, favorecendo uma atenção mais significativa, bem como a identificação de forma espontaneamente, em virtude das manifestações fisiopatológicas (BRAGA; CRUZ, 2003).

Quanto às de ordem psicossocial são difíceis de serem caracterizadas pois envolvem diversos fatores que se inter-relacionam como, por exemplo, fatores culturais, características da personalidade, experiências passadas frente ao processo de adoecimento, fatores cognitivos e emocionais. Lima et al. (2010) vislumbram que entre as respostas emocionais estão o medo, insônia, ansiedade, irritabilidade, fadiga, crise de choro, estresse, infelicidade e variação de humor. Dessa forma, é essencial identificar esses problemas, visto que, eles prejudicam a adesão e a sua reabilitação posterior.

A etapa do DE é um instrumento de planejamento essencial que possibilita identificar as necessidades de cuidados, sejam elas orgânicas ou psicossociais em situações clínicas específicas, como é o caso de portadores de AVE. Uma dessas necessidades e respostas psicossociais ao adoecer apontada pelos enfermeiros durante a etapa de julgamento clínico e crítico é *Powerlessness* (Impotência).

Esse termo quando traduzido para a língua portuguesa remete à qualidade de falta de força ou poder, indicando estado ou qualidade de fraco ou débil; falta de forças. O termo *powerless*, que significa impotente, é encontrado como adjetivo que significa ineficaz, ausência de poder para tomar atitudes (FERREIRA, 2014).

Segundo o Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa o termo ‘impotência’ é derivado do termo ‘poder’ e se origina do latim *impotentiae* do século XVI. Poder, nesse mesmo dicionário, como verbo transitivo, expressa ‘ter a faculdade de’ ‘ter possibilidade de’; ‘ter força física para’ como substantivo masculino expressa ‘direito de deliberar’, ‘faculdade’ (DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2014).

Corroborando com Braga e Cruz (2009), a acurada identificação do DESI é imprescindível na clínica, porque é uma resposta psicossocial que ocorre nos portadores de AVE e que pode ser modificada por intervenções de enfermagem definidas a partir dos resultados esperados. No entanto, observa-se que a identificação é bastante difícil, pois, trata-se de uma resposta altamente subjetiva, complexa, tendo alto grau de abstração e, além disso, compartilha seus indicadores com outras respostas humanas.

Desse modo, o DESI em portadores de AVE só é verificado após um longo período de fragilidade, onde é comum a identificação de outros diagnósticos muito antes do mesmo que pertence ao domínio de enfrentamento e tolerância ao estresse, como ansiedade; enfrentamento ineficaz; além de baixa da autoestima situacional, baixa da autoestima crônica, imagem corporal perturbada, comunicação verbal prejudicada, déficit no autocuidado e dentre outros (JOHNSON et al., 2012).

O sentimento de impotência envolve a relação de perda de controle sobre uma situação corrente ou um acontecimento imediato. Para tanto, pode-se utilizar o Modelo de Impotência postulado por White e Roberts em 1993, visto que ainda são escassos trabalhos dessa natureza. Os autores pontuam quatro dimensões de perda de controle pessoal: fisiológico, cognitivo, ambiental e decisional (BRAGA, 2004).

A perda de controle fisiológico refere-se à manifestação de sinais e sintomas que muitas vezes impõe limites que a pessoa pode controlar. Em relação, aos sujeitos em estudo, verifica-se a presença de hemiplegia, hemiparesia, ataxia; parestesia e disfagia (SMELTZER et al., 2009).

Quanto à perda de controle cognitivo, está presente quando o sujeito não consegue compreender as sensações físicas que experimenta; envolve a interpretação do indivíduo para com o meio em que o circunda e as conclusões a partir da captação dos órgãos do sentido.

Dessa forma, o controle cognitivo é um dos campos amplos atingidos pelos portadores de AVE, verificando-se prejuízo quanto a sensação e a interpretação do meio (BRAGA, 2004).

Sendo assim, o controle da sensação consiste na percepção do seu poder para criar uma imagem mental a respeito dos eventos que estão ocorrendo para consigo mesmo; ao ponto que, o controle da interpretação, enfoca a atenção ao evento ameaçador, levando-o a buscar pistas sobre um possível dano e enfatizar a qualidade das experiências anteriores. Em relação, aos problemas ligados diretamente a esse campo são comuns estados de disartria; afasia expressiva, receptiva ou mista; perda na memória de curto e longo prazo (SMELTZER et al., 2009).

A perda de controle ambiental é percepção que a pessoa tem de não poder controlar um espaço físico que até então era considerado o seu território. É comum a relação do diagnóstico de enfermagem “síndrome de interpretação ambiental prejudicada” com o sentimento de impotência (SANTOS et al., 2008). Essa evidencia pode ser comprovada no estudo de Gomes (2008), em que os portadores de AVE que tiveram o DESI apresentaram a interpretação ambiental prejudicada. Entre as características definidoras apontadas por essa perda de controle está desorientação constante, estados crônicos de confusão, incapacidade de concentrar-se, incapacidade de seguir instruções simples (NANDA-I, 2013).

A perda de controle decisional ocorre quando a pessoa não tem mais o poder de decidir sobre si e o autocuidado. Nesse sentido, inúmeros são os déficits, as respostas psicossociais e ou emocionais que impedem o controle decisional, entre elas apontam-se perda de autocontrole, labilidade emocional, diminuição da tolerância aos estressores, depressão, retraimento, medo, hostilidade e raiva, bem como sentimentos de isolamento. Com isso, vislumbra-se que a ideia de perda de controle é essencial para identificar a acurácia do DESI, pois, o controle refere-se à capacidade de regular, dirigir ou dominar uma situação ou evento dando a pessoa senso de independência e confiança em si mesmo (BRAGA, 2004).

O conceito do DESI foi sugerido a partir das observações sistemáticas do cuidar desenvolvidas pela enfermeira norte-americana Judith F. Miller que identificou a necessidade de enviar ao Comitê de Desenvolvimento de Diagnóstico (CDD) da NANDA- I para ser reconhecido como diagnóstico, sendo aceito para testes clínicos no cuidar em 1982 (TORNABENI; MILLER, 2008).

Durante a tradução do diagnóstico para a Versão Brasileira da NANDA de 2002, após observações não sistemáticas, os tradutores perceberam que frequentemente esse termo é confundido com resposta pertinente à função sexual, sugerindo ao CDD da NANDA como

“Sentimento de Impotência”, pois o enunciado do título do diagnóstico remete melhor ao conceito para a área psicossocial, distanciando da função sexual (NANDA, 2002).

Destarte, a partir dos estudos clínicos de validação, esse conceito vem sofrendo alterações com o intuito de melhor descrever a prática clínica.

Segundo a NANDA (2002), esse diagnóstico foi definido como o estado no qual o indivíduo tem a percepção de que o que ele pode fazer não altera, significativamente, um resultado; a percepção da falta de controle sobre uma situação corrente ou sobre um acontecimento imediato.

Entre as características definidoras indicadas estão a falta de controle sobre o autocuidado, ou influência sobre a situação ou sobre o resultado, apatia, depressão relacionada à deterioração física que ocorre apesar de o paciente seguir o regime terapêutico, dúvidas com relação ao desempenho do papel, incapacidade de buscar informações relativas ao cuidado, não monitoramento do progresso, passividade, medo de afastamento dos cuidadores, dependência dos outros, não participação no cuidado ou na tomada de decisão quando são oferecidas oportunidades (NANDA, 2002).

Corroborando, Lunney (2008) destaca que é essencial o desenvolvimento de estudos de validação com o intuito de promover a acurácia dos fenômenos observados na prática clínica. A acurácia diagnóstica significa que os dados referidos como críticos pelos avaliadores realmente representam a resposta humana ou a necessidade do paciente que requer o planejamento de intervenções efetivas e conseqüentemente, quando se rever as práticas e os conceitos utilizados permitem a implementação de intervenções adequadas, e seguras, bem como o alcance dos resultados esperados para aquele a quem se destina o julgamento.

Com isso, as classificações dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem requerem validação com o intuito de serem aperfeiçoadas e legitimadas de forma a representarem o que se propõe. Em especial, para que a classificação dos diagnósticos de enfermagem seja útil, é necessário que cada diagnóstico sejam continuamente analisado e refinado quanto ao conceito que quer designar e que represente verdadeiramente a prática clínica. Desse modo, frente ao processo de validação realizada percebe-se que na listagem da NANDA-Internacional, muitos diagnósticos de enfermagem foram aceitos para posteriores testes, validações e refinamento (MELO et al., 2011).

Em relação ao DESI foi realizado o primeiro refinamento no ano de 2012, pela norte-americana Tracy La Rock, por meio de um estudo de validação de conteúdo definindo o SI

como a experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado (NANDA, 2013).

Segundo Lopes, Silva e Araújo (2013) faz-se necessário estabelecer a validade dos indicadores diagnósticos e dos fatores relacionados para que ocorra avanço nos sistemas de classificação em enfermagem. No estudo de La Rock (2012), realizou-se a validação dos indicadores clínicos e dos fatores etiológicos, repercutindo na diminuição das características definidoras e dos fatores relacionados. No entanto, percebe-se que a validade de um determinado diagnóstico deve ser continuamente questionada por que cada diagnóstico representa um conceito e indicadores que evoluem; ao se tratar a temática de estudo com portadores com AVE, observa-se que algumas das características definidoras retiradas são essenciais na acurácia do DESI, como por exemplo, à deterioração física que ocorre apesar de o paciente seguir o regime terapêutico, as dúvidas com relação ao desempenho do papel, e a incapacidade de buscar informações relativas ao cuidado.

Confirmando essas observações, Matos e Cruz (2009) expõem que para o desenvolvimento da acurácia de um diagnóstico o enfermeiro deve ter presença de pistas que confirmem a presença ou ausência daquele DE. Dessa forma, as pistas são as manifestações que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características definidoras; além de que para a afirmação de um julgamento devemos ter um bom número de pistas, em virtude do grande número de DE que possuem características definidoras semelhantes. A relevância das pistas é um indicador importante, bem como a especificidade e a consistência das pistas.

Para tanto, quando vários diagnósticos compartilham alguns indicadores clínicos presentes na situação, possibilita graus de incerteza que são frequentemente altos para diagnósticos pouco acurados.

Nesse sentido, essas análises possibilitaram a construção de um instrumento capaz de avaliar o julgamento clínico e crítico frente à infinidade de DE. A Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem (EADE) permite o aperfeiçoamento dos avaliadores no uso de classificações de diagnósticos clínicos de enfermagem com base nos conhecimentos da área clínica da situação dos pacientes que serão avaliados (MATOS; CRUZ, 2009).

Ao utilizar recursos como a EADE, vislumbra-se que a identificação do DESI aumenta, visto que, ele é um diagnóstico de difícil acurácia, por este ser uma resposta altamente subjetiva e complexa que envolve fatores de alto grau de abstração; além de compartilhar seus indicadores clínicos com outras respostas humanas.

Com isso, percebe-se que a impotência não é dicotômica, mas, por ser um *continuum* possibilita a identificação em qualquer fase do adoecimento, seja agudo ou crônico. Isso se deve ao fato que a cronicidade impõe certo tempo de adaptação, predispondo assim a impotência.

Percebe-se dessa forma que, a falta de controle diminui as forças de poder íntegras entre elas, a resistência, força física, motivação para melhorar a saúde e a adesão aos regimes terapêuticos; outros fatores podem ser identificados como estressores psicológicos como a morte de um familiar em circunstância do mesmo problema de saúde; cuidadores informais que não estimulam a cooperação no autocuidado e o ambiente de assistência a saúde precário (NANDA-I, 2013).

O sentimento de impotência é percebido pelo portador de AVE devido a sua estreita ligação com o controle ambiental, visto que, a realização de cuidados meramente tecnicistas favorece ou de certa forma impõe essa percepção. Estudos apontam que a excessiva preocupação de cuidadores quanto da equipe de enfermagem frente ao cuidar o AVE predis põem o surgimento dos diagnósticos de enfermagem: déficit de autocuidado; capacidade de transferência prejudicada; mobilidade física prejudicada; fadiga; intolerância à atividade física; risco de aspiração; integridade da pele prejudicada e risco de quedas.

Desse modo, vislumbra-se que quando as intervenções não promovem a independência e a autoestima repercutem negativamente levando-os a desencadearem a negligência unilateral; síndrome da interpretação ambiental prejudicada; memória prejudicada; confusão aguda; comunicação prejudicada; baixa da autoestima situacional e crônica; distúrbio da identidade pessoal; risco de solidão; ansiedade, e enfretamento ineficaz. Destarte, os cuidados de enfermagem devem ser elementos importantes e essenciais para que o portador desenvolva maior ou menor percepção de controle da situação vivenciada.

Sendo assim, o diagnóstico é uma estrutura útil para redirecionar a prática de enfermagem; guiar e organizar o conhecimento sobre os cuidados quando fundamentados e desenvolvidos adequadamente, pois, permite aos provedores do cuidar articular várias manifestações dos pacientes a um enunciado, bem como articular outras promovendo a busca por um resultado de enfermagem direcionando as intervenções prioritárias e essenciais aos julgamentos realizados.

Frente ao cuidar de portadores de AVE, podem-se realizar inúmeras intervenções de enfermagem, entre elas as sugeridas para a solução do problema: apoio na tomada de decisão; melhora da autoestima; construção de relação complexa; esclarecimento de valores;

estabelecimento de metas mútuas; facilitação da aprendizagem; facilitação da autorresponsabilidade; intervenção na crise; orientação quanto ao sistema de saúde; presença; redução do estresse por mudança; reestruturação cognitiva; suporte emocional (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Outras intervenções podem ser adicionadas e optadas em circunstância do plano terapêutico, entre elas estão arte-terapia; assistência no autocuidado; contrato com o paciente; controle do ambiente; controle do peso; ensino: indivíduo; facilitação do processo de meditação; facilitação da presença da família; grupo de apoio; orientação antecipada; redução da ansiedade; relaxamento muscular progressivo; terapia com animais; terapia ocupacional; terapia de reminiscências; treinamento assertividade (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Johnson, Maas e Moorhead (2004) destacam que ao se intervir de forma adequada frente ao sentimento de impotência, inúmeros são os resultados a serem alcançados como controle da depressão; nível de depressão; participação da família no cuidado profissional; crenças de saúde; bem como a crenças de saúde: capacidade percebida para o desempenho, controle percebido e recursos percebidos; participação: decisões de cuidados de saúde. Outros resultados associados ao sentimento de impotência são a orientação para a saúde; habilidades de interação social; envolvimento e suporte social.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

### 4.1 Validação de Diagnóstico de Enfermagem

O verbete validação possui diversos significados. Entretanto, nesse estudo adotou-se a concepção de Houaiss et al. (2010), na qual é o “ato ou efeito de validar, de tornar ou declarar algo válido, legítimo; teste que comprova a validade, a correção ou concordância com padrões”. Ainda para este autor, a validade é a qualidade ou condição de algo que se encontra em condições de produzir os efeitos dele esperados.

Pompeo (2012) destaca que a validação é um estado ideal e que pode ser seguido, pois, expressa verdade, realidade, autenticidade, fato, veracidade e valor. Para tanto, validar significa tornar algo legítimo para dada situação clínica, bem como para os profissionais que desempenham aferirem esse resultado. Nesse sentido, os diagnósticos de enfermagem expressam a realidade clínica, necessitando serem continuamente revisados com o intuito de melhorar a prática de enfermagem.

Corroborando Matos (2009) destaca que a validade é o grau em que um instrumento é apropriado para medir o que se propõe medir, possibilitando inferir o quanto os resultados obtidos representam a verdade, ou o quanto não as representam. No entanto, a validade de um instrumento não pode ser provada ou estabelecida, mas sim, apoiada por um grau maior ou menor de evidências.

Pompeo (2012) vislumbra que é crescente a contribuição de estudos de validação de diagnósticos de enfermagem, cuja finalidade é aperfeiçoar e padronizar a utilização da Taxonomia NANDA-I.

Desse modo, Fehring (1987) expõe que a validação de diagnósticos só é válida quando bem fundamentada em evidências capazes de resistir a críticas de enfermeiros. Carvalho et al. (2008) destacam que para garantir a qualidade nas pesquisas, os pesquisadores devem buscar estratégias estruturadas para delinear a metodologia e, assim, permitir amostras ampliadas para formulação dos fenômenos dos diagnósticos em estudos, e, em seguida, analisar o conceito.

Lunney (2008) aponta que a análise do conceito é um dos estudos necessários para o desenvolvimento da taxonomia da NANDA-I. Entretanto, a autora afirma que para a análise conceitual acontecer deve estar pautada em atributos definidores de um conceito. Nesse

sentido, destaca que uma das metodologias que permite esse alcance é o modelo de validação de diagnóstico de enfermagem de Walker e Avant (2011).

Guedes (2011) endossa que a identificação e a formulação de conceitos é uma etapa decisiva constituindo na primeira fase do desenvolvimento de um diagnóstico e do aperfeiçoamento de diagnósticos já aceitos pela taxonomia NANDA-I.

Para Walker e Avant (2011), consideram essa etapa como um exame cauteloso, que envolve a descrição de uma palavra ou termo e seus usos, associada a uma explicação de outras palavras ou termos relacionados.

Nesse sentido, a descrição do conceito de uma palavra está atrelada à compreensão que temos dela e ao uso que faremos posteriormente a sua definição. Mota, Cruz e Pimenta (2005) destacam que o conceito é a expressão da ocorrência da realidade. No entanto, determinado conceito pode apresentar idéias semelhantes ou contrárias para diferentes pessoas ou grupos.

Dessa forma, a análise conceitual consiste em apresentar o uso diverso da palavra em diferentes contextos da vida real. No entanto, para Wilson (2005), esses significados podem apresentar situações reais, repetidas, imaginárias que possam refletir sobre o uso da palavra, obtendo a clareza na formação do conceito.

Walker e Avant (2011) asseveram que todo o diagnóstico de enfermagem é um conceito que precisa ser elaborado por meios sistemáticos. Nesse sentido, a análise conceitual propostas por essas autoras possui uma abordagem filosófica evolucionária, na qual o conceito é considerado uma abstração, expresso de alguma forma.

Destarte, vislumbra-se que o objetivo da análise do conceito é investigar a estrutura e o uso do conceito nas diferentes práticas e disciplinas. Para tanto, a análise conceitual é um processo no qual os elementos básicos do conceito são examinados, distinguindo a semelhança e a diferença entre outros determinados conceitos. Com isso, um dos elementos que se tornam decisivos para análise de conceito é a identificação de características definidoras que decidem quais os fenômenos que são compatíveis ou não com o conceito, representando as categorias de informações que contêm os atributos definidores (WALKER; AVANT, 2011).

Esse método é tido como evolucionário porque os conceitos são constantemente reestruturados levando-se em conta as experiências cotidianas e dos conhecimentos adquiridos na prática clínica.

## 4.2 Modelo de Validação de Diagnóstico de Enfermagem de Walker e Avant

A análise de conceito proposta por Walker e Avant (2011) é composta por oito etapas que se interagem entre si, elas obedecem a uma seqüência lógica que permite o alcance dos objetivos propostos. São elas: selecionar um conceito; determinar os objetivos da análise; identificar todos os usos do conceito que puder descobrir; determinar os atributos definidores; identificar um caso modelo; identificar casos adicionais: *bordeline*, contrário, relacionado, inventado e ilegítimo; identificar antecedentes e consequentes; definir referências empíricas do conceito estudado.

Nesse estudo serão realizadas todas as etapas propostas pelo modelo de Walker e Avant. No entanto, Guedes et al, (2013), Barros (2012) vislumbram que pode-se utilizar o modelo de Walker e Avant com adaptações, considerando os objetivos da análise conceitual que empreenderam.

### 4.2.1 Seleção do conceito

A seleção do conceito deve ser criteriosa; ele deve estar relacionado com o seu trabalho e com a sua necessidade. Geralmente, deve refletir um tópico de grande interesse para o pesquisador e ser importante no programa de pesquisa para o desenvolvimento teórico futuro na sua área de estudo. Conceitos inexplorados ou incompletos podem ser identificados na prática de enfermagem, em pesquisas ou em teorias já existentes em que os conceitos não estão claros e sua análise pode ser útil para a expansão do pensamento (WALKER; AVANT, 2011).

Destarte, o conceito escolhido para análise no presente estudo foi o de “Sentimento de Impotência”, fenômeno relevante à prática de enfermagem com portadores de acidente vascular encefálico, prejudicando assim os modos e hábitos de vida, bem como a qualidade de vida no processo de reabilitação física e motora; repercutindo nos aspectos biopsicossociais da vida dos portadores de AVE.

Essa escolha se fundamenta na relevância do conhecimento desse problema para a enfermagem, considerando seus diferentes contextos de atuação e na crença da necessidade de uma maior abrangência de conhecimento relativo ao mesmo, com vistas a assegurar uma assistência de qualidade aos clientes que vivenciam essa experiência.

Ademais, esse julgamento clínico é apresentado como um diagnóstico de enfermagem da NANDA-I, e sua revisão, contribuirá para estudos futuros de validação desse diagnóstico e para a sua melhor fundamentação por parte dos enfermeiros.

#### **4.2.2 Objetivo da análise**

A segunda etapa é determinar o propósito da análise e possibilitar responder a seguinte questão postulada pelas autores: “Por que estou fazendo essa análise?”. Walker e Avant (2011) vislumbram que o propósito pode ser esclarecer apenas o significado de um conceito já existente para desenvolver uma definição conceitual ou operacional; ou para adicionar um conceito já existente. Para tanto, o propósito sempre deve ser mantido claro na mente do pesquisador enquanto ele trabalha na determinação dos atributos definidores. Nesse sentido, o pesquisador decidiu adicionar outra questão norteadora: Qual a necessidade de modificar o conceito existente?

No momento da procura dos atributos definidores, é útil lembrar o propósito da análise para que a seleção seja sempre relacionada ao uso específico de conceito escolhido pelo pesquisador. O objetivo da análise pode estar relacionado em distinguir o uso da linguagem do conceito, desenvolver uma definição operacional ou rever uma teoria existente (WALKER; AVANT, 2011).

O objetivo da análise do conceito foi clarificar o conceito do diagnóstico de enfermagem “Sentimento de Impotência” conforme apresentado na NANDA-I, além de desenvolver uma definição operacional para esse conceito, atrelado a uma teoria existente.

#### **4.2.3 Identificação do usos dos conceitos**

Walker e Avant (2011) destacam que essa etapa deve ser realizada por meio de consulta a dicionários, enciclopédias, enfermeiros peritos e literatura disponível, deve-se identificar todos os usos possíveis do conceito. Nessa fase inicial, é importante não se limitar a somente um conceito e consultar outras fontes da literatura que não estejam somente na área de saúde como em revistas médicas e de enfermagem, uma vez que isso pode resultar em viés no entendimento da real natureza do conceito.

Dessa forma, ao ignorar os aspectos biológicos de um conceito e focar apenas os psicossociais pode privar o pesquisador de obter informações valiosas. Para tanto, a revisão de

literatura ajudará o pesquisador a sustentar ou validar sua escolha final dos atributos definidores (WALKER; AVANT, 2011).

Para tanto, depois de identificados todos os usos do conceito, tanto os comuns quanto os científicos, deve-se decidir se serão considerados todos os aspectos de seu uso ou somente aqueles pertinentes ao seu uso científico. Os objetivos da análise auxiliam a guiar o pesquisador em relação a essa decisão (WALKER; AVANT, 2011).

No presente estudo, para o desenvolvimento dessa etapa da análise de conceito, levou-se em conta que um importante fator que influenciou a escolha pelo estudo do conceito de sentimento de impotência foi o fato de se tratar de um diagnóstico de enfermagem presente na taxonomia da NANDA-I.

#### **4.3.3 Determinação dos atributos definidores**

Walker e Avant (2011) afirmam que a identificação dos atributos definidores constitui-se o “coração” da análise conceitual.

À medida que o pesquisador examina as diferentes instâncias que o conceito é utilizado, deve realizar anotações das características do conceito que aparece com maior frequência e relevância para esse conceito. A listagem de características denomina-se atributos definidores ou características definidoras, funcionando como um critério para se fazer um diagnóstico diferencial em medicina e na enfermagem (WALKER; AVANT, 2011).

Nesse sentido, os atributos definidores ajudam a nomear as ocorrências de fenômenos específicos e permite um amplo discernimento entre o conceito. No entanto, os atributos definidores podem modificar ao longo do tempo ou dependendo do contexto em que está inserido. Diante disso, depois de buscar os significados possíveis dos exemplos do conceito, é necessário decidir quais serão mais úteis e proporcionarão maior ajuda em relação aos objetivos da análise que estão sendo realizada (WALKER; AVANT, 2011).

Para tanto, observar-se que o esforço está em apresentar grupos de atributos definidores mais frequentes que estão associados com o conceito em estudo e que podem permitir ao pesquisador o mais amplo discernimento sobre o conceito.

Depois de buscar todas as características do conceito, foi absolutamente necessário decidir quais serão mais úteis e proporcionarão maior ajuda em relação aos objetivos da análise. Nesse estudo, decidiu-se considerar o contexto que o conceito será usado será relativo

ao cuidado e a prática clínica de enfermagem, visto que, é um fator importante para a tomada de decisão.

#### **4.2.5 Identificação do caso modelo**

Nessa etapa, o pesquisador apresentará um caso sobre o conceito estudado. O caso modelo é um exemplo do uso do conceito no qual são demonstrados todos os atributos definidores. O caso modelo pode vir em primeiro lugar na análise e pode ser desenvolvido concomitantemente com a busca dos atributos, ou surgir depois que os atributos forem provisoriamente determinados (WALKER; AVANT, 2011).

Segundo Wilson (2005), texto no qual se baseou as autoras Walker e Avant (2011), quando se sente perdido na análise de um conceito, deve-se selecionar um caso modelo, um caso em que diz respeito “Bem, se isso não é um bom exemplo; então nada será”.

O caso modelo pode ser exemplo da vida real, achado na literatura ou até mesmo construído pelo pesquisador. Pode ser um exemplo de situações da enfermagem ou não, o que dependerá do pesquisador. Quando o conceito em estudo é familiar, o caso modelo, frequentemente virá em primeiro lugar, porque, devido à familiaridade com o conceito, as circunstâncias sobre o mesmo são conhecidas e, então, os atributos definidores já conhecidos por experiência são comparados com os identificados.

Walker e Avant (2011) vislumbram que é frequentemente útil, e às vezes, necessário, que um ou dois colegas reflexivos ouçam os exemplos do pesquisador para identificar falhas ou erros na análise dos atributos definidores, não percebidos até então, especialmente se o conceito tem vários sinônimos ou conceitos relacionados que se sobrepõem ao conceito de interesse.

Nesse estudo, optou-se por elaborar um caso real em um portador de acidente vascular encefálico. Esse caso foi evidenciado na prática clínica do pesquisador levando-se em conta a identificação dos atributos definidores identificados por meio da análise dos artigos elegidos para o estudo.

Fernandes et al (2011) destacam que o caso deve ser o mais paradigmático possível. Dessa forma, o caso elaborado foi amplamente discutido com a orientadora, que possui experiência na área de enfermagem médica-cirúrgica e psiquiátrica.

#### **4.2.6 Identificação de casos modelos**

Pode ser difícil escolher os atributos definidores que representam de maneira próxima o conceito de interesse; eles podem sobrepor alguns conceitos relacionados. Assim, inspecionar casos adicionais é considerado outra parte da reflexão comparativa (WALKER; AVANT, 2011).

O propósito básico dos casos adicionais é conseguir decidir o que se considera e o que não se considera como atributos definidores para o conceito em estudo. Os casos sugeridos pelos autores são *bordeline*, relacionado, contrário, inventado e ilegítimo. Esses casos também podem ser exemplos de vida real, podem originar da literatura ou serem construídos pelo pesquisador.

Nesse estudo, optou-se por utilizar um deles que melhor cumprem a meta ora exposta: o caso contrário. Fernandes et al (2011) vislumbram que o caso contrário provê exemplo do "não conceito"; já o caso limítrofe, constitui aquele evento ou instância que contém alguns dos atributos essenciais do conceito sob análise, mas não todos eles.

#### **4.2.7 Identificação de antecedentes e consequentes**

Segundo Walker e Avant (2011), os antecedentes e os consequentes podem enfatizar consideravelmente os contextos sociais nos quais o conceito geralmente é usado. Eles são também úteis no refinamento dos atributos definidores. Os antecedentes são os eventos que ocorrem anteriormente à ocorrência do conceito. Assim, um antecedente não pode também ser um atributo definidor do mesmo conceito.

Por outro lado, os consequentes acontecem como resultado da ocorrência do conceito. Em outras palavras, são resultados do conceito. Elas são úteis para determinar ideias, variáveis ou relações que podem fornecer importantes direcionamentos para novas pesquisas (WALKER; AVANT, 2011).

#### **4.2.8 Definição das referências empíricas**

A etapa final da análise de conceito é determinar as referências empíricas para os atributos definidores. Para as autoras, Walker e Avant (2011) ao iniciar esse tópico afirmando que, quando uma análise de conceito está em fase de conclusão, surge a pergunta: "Se formos medir o conceito ou determinar sua existência no mundo real, como faríamos?"

Por outro lado, afirmam que as referências empíricas são classes ou categorias de um fenômeno real que, por sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do próprio conceito e que em muitos casos os atributos definidores e as referências empíricas serão idênticos (WALKER; AVANT, 2011).

Afirmam ainda que, uma vez identificados são úteis para o desenvolvimento de instrumentos, porque estão ligados às bases teóricas do conceito, assim, contribuindo para a validação de conceito e de construto de um novo instrumento.

Sendo assim, nesta etapa serão apresentados os instrumentos e métodos possíveis de determinação da existência de cada atributo identificado.

## 5 METODOLOGIA

Para a realização desse estudo optou-se pela revisão integrativa de literatura. Polit e Beck (2011) endossam que a busca na literatura bem definida é fundamental e requer habilidade e conhecimento do investigador para identificar e localizar estudos sobre o tópico de interesse escolhido.

Esse método sintetiza os achados científicos que são essenciais para a evolução da ciência e da prática clínica em enfermagem (SEGURA-MUÑOZ, 2002). Ainda, possibilita a partir das análises de estudos um maior suporte que favoreça a tomada de decisão, tendo por intuito melhorar as práticas de cuidado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Pompeo, Rossi e Galvão (2009) apontam que no processo de validação de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem, a revisão integrativa de literatura é uma etapa essencial e indispensável, pois, busca suporte teórico para a efetivação de todas as fases de validação. No entanto, esse movimento está, ainda, em pequena ascensão; percebe-se, escassez de estudos sobre os conceitos diagnósticos, indicadores clínicos e fatores etiológicos, limitando o desenvolvimento de testes válidos e confiáveis que gerem evidências fortes as quais sustentem a prática diagnóstica na enfermagem (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Nesse sentido, a análise conceitual é uma etapa em comum em vários modelos de validação de diagnóstico de enfermagem; entre eles o de Fehring; Hoskins; Rodgers e Knafl; Walker e Avant, sendo ambos realizados por meio da revisão integrativa de literatura, favorecendo a Prática Baseada em Evidência (PBE).

Segundo Cruz e Pimenta (2005), a PBE desenvolveu-se com o propósito de enfrentar a lacuna entre a pesquisa e a prática, aplicando conhecimentos básicos da epidemiologia, sistema de informação em saúde e da bioestatística para avaliar os graus de evidência clínica quanto a sua validade e potencial utilidade. Dessa forma, desenvolver cuidados com base em evidências é integrar as melhores práticas existentes que envolvam a habilidade clínica do profissional e a preferência do paciente.

Destarte, as melhores evidências provêm de estudos clínicos sobre a acurácia e precisão diagnóstica com base na entrevista, exame físico e dados constantes no prontuário, elevando assim o poder de indicadores para o prognóstico, na qual versam sobre a eficácia e segurança das intervenções de enfermagem, seja na reabilitação ou na prevenção (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Desse modo, a revisão integrativa de literatura tem por finalidade buscar, avaliar criticamente e sintetizar evidências disponíveis a respeito do tema investigado, aumentando a capacidade de generalização dos dados acerca de um dado fenômeno (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Corroborando, Whitemore e Knafl (2005) apontam que a revisão integrativa de literatura é um método amplo de pesquisa de revisão, que engloba diversas naturezas de estudo, entre elas as experimentais e não experimentais, para melhor compreensão da questão em estudo, combinando dados empíricos quanto teóricos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Desse modo, o presente estudo irá contribuir para a compreensão das dimensões do conceito de *Sentimento de Impotência*, colaborando na identificação dos indicadores clínicos e os fatores etiológicos para edificação do conhecimento sobre o tema.

Brome (2000) destaca que a revisão integrativa sumariza as pesquisas sobre determinado assunto, possibilitando extração de resultados e conclusões, a partir de vários estudos que investigaram sobre o mesmo tema, permitindo uma análise sobre o conhecimento pré-existente e a sua aplicação e implicação para à prática baseada em evidência.

Mendes, Silveira e Galvão (2008) recomendam que a revisão integrativa de literatura deva ser a etapa inicial nos estudos de validação dos diagnósticos de enfermagem por proporcionar uma compreensão mais ampla a respeito do tema de interesse, podendo ser aplicada ao processo de análise conceitual. Sendo assim, Pompeo, Rossi e Galvão (2009) destacam que esse método de pesquisa tem seis fases distintas, a saber:

## 5.1 IDENTIFICAÇÃO DO TEMA OU QUESTIONAMENTO DA REVISÃO INTEGRATIVA:

O objetivo da revisão foi de apresentar o conhecimento produzido sobre o DESI e seus determinantes em pessoas com Acidente Vascular Encefálico, sob a forma de duas perguntas: Qual é a definição do SI em indivíduos com Acidente Vascular Encefálico? Quais são os componentes desse diagnóstico de enfermagem em portadores de Acidente Vascular Encefálico?

## 5.2 AMOSTRAGEM OU BUSCA NA LITERATURA:

Para a seleção bibliográfica foram utilizadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (Lilacs), National Library of Medicine and National Institutes of Health (Pubmed) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl). Com a utilização dessas diversas bases de dados buscou-se ampliar o âmbito da pesquisa e, dessa forma, minimizar possíveis vieses.

Para o levantamento dos estudos contidos nestas bases de dados foram identificados os respectivos descritores de cada base. Com relação ao Pubmed, a terminologia preconizada por esta base de dados é o vocabulário MeSH – *Medical Subject Headings of U.S. National Library of Medicine (NLM)* em língua inglesa, utilizada para indexar estudos. Para as demais bases de dados foi empregado o vocabulário estruturado e trilingue DeCS – Descritores de Ciências da Saúde, criado para uso de indexação de estudos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados disponíveis pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Vale salientar que na base de dados Lilacs, o termo utilizado para a busca dos estudos é o próprio descritor, enquanto que na Cinahl os descritores são conhecidos como palavras-chave ou termos (BVS, 2007).

Em um levantamento prévio, em ambos os vocabulários, Sentimento de Impotência é considerado um descritor-controlado. No entanto, em circunstância do pequeno número de estudos envolvendo esse descritor, optou-se por utilizar outros descritores não controlados por ser sinônimo na literatura do conceito que se busca clarificar, que no caso foi a depressão.

A escolha desses termos ocorreu por perceber que a *impotência* segundo o conceito diagnóstico é a falta de força ou poder, indicando qualidade de fraco ou débil.

Em relação, à depressão justifica-se por ser caracterizada pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como o estado de rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Além da perda de interesse, a diminuição da capacidade de concentração, fadiga mesmo após um esforço mínimo, problemas do sono e diminuição do apetite (QUINTELLA, 2010).

A depressão se torna fenômeno de interesse para a definição conceitual por apresentar forte relação com o sentimento de impotência, pois, apresenta alta prevalência no pós-AVE, em virtude da falta de poder para ser eficaz uma ação ou incapacidade para captar algo ou deter algo do seu próprio interesse.

Optou-se o descritor controlado *Sentimento de impotência*, bem como seus equivalentes em língua inglesa e espanhola. Além disso, foi acrescido à busca o descritor-controlado *Acidente Vascular Encefálico*.

Para efetuar a busca nas três bases de dados foi realizada uma associação dos descritores adotados na busca. Para tanto, foi utilizado um operador booleano, geralmente empregado para relacionar termos ou palavras em uma expressão de pesquisa. Para ampliar a busca foram realizados dois tipos de associação, utilizando o operador AND: *Powerlessness and Stroke* e *Depression and Stroke*

Os critérios de inclusão foram artigos completos disponíveis eletronicamente; estudos realizados na última década; focalizar o tema da pesquisa em indivíduos acima de 18 anos; abordar o conceito a ser analisado; responder às questões norteadoras; estar escrito nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critérios de exclusão: formato de Editoriais e estudos no formato de Cartas ao editor.

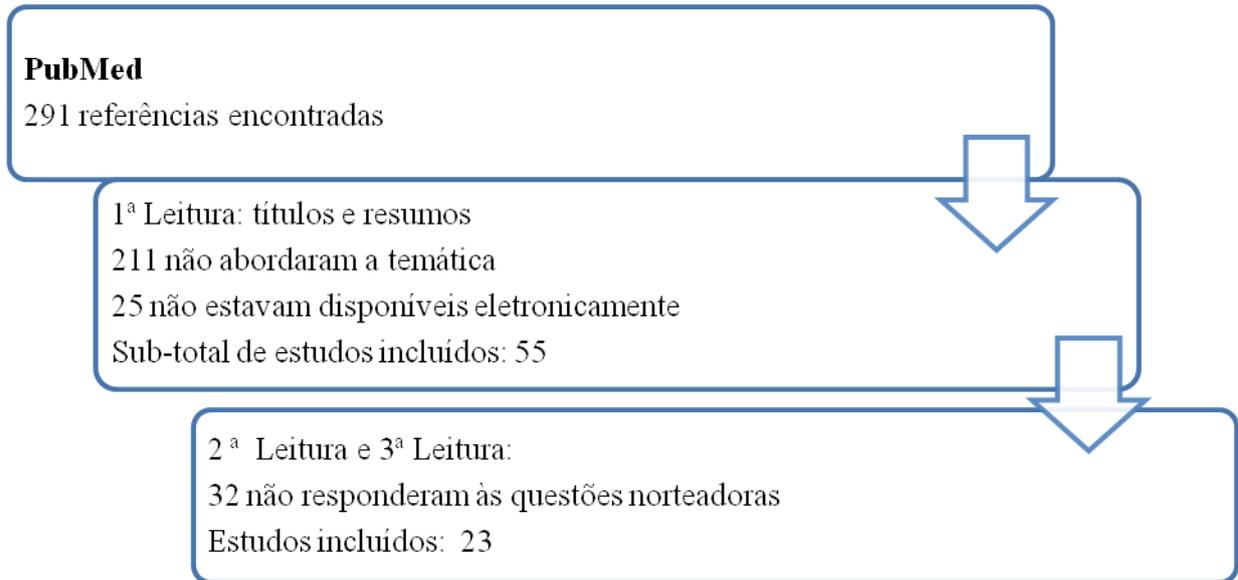
O levantamento ocorreu no mês de junho de 2014. A busca foi realizada em cada base em um único dia, com gravações das páginas encontradas, enquanto a seleção das publicações foi realizada nos dias subsequentes. Para a seleção dos estudos, procedeu-se, inicialmente, com a leitura do título e do resumo para então haver apreciação prévia e a confirmação de que os elementos serviram de base para a análise conceitual pretendida. Na ocorrência de dúvidas se o artigo atende aos critérios de inclusão e exclusão, optou-se por incluí-lo para posterior decisão.

Em seguida, os estudos selecionados foram submetidos a leitura criteriosa e minuciosa para a análise de conteúdo e para ratificar que continham elementos básicos para a abordagem conceitual pretendida. Realizou-se uma terceira leitura, destacando os elementos fundamentais à análise conceitual. Nesse estudo foram excluídos os artigos que apresentaram a depressão como causa para o AVE, observando apenas os que relatavam a depressão como efeito decorrente da presente condição clínica.

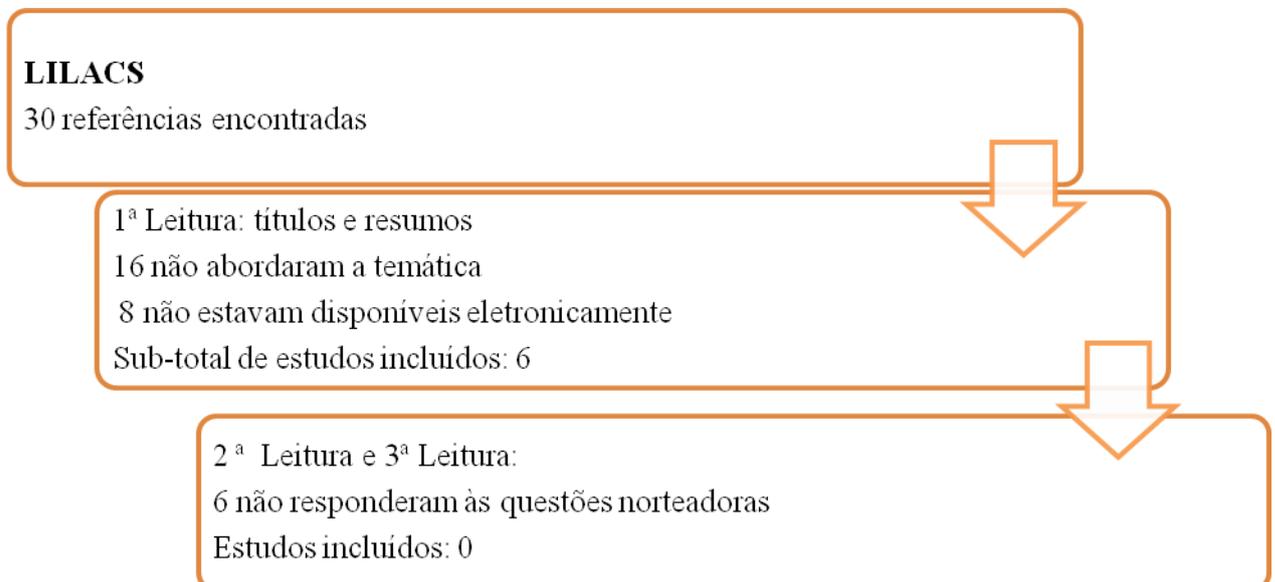
Destaca-se que os artigos que não estiveram disponíveis inicialmente na base de dados no período da coleta de dados foram buscados no portal periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O processo de seleção de artigos nas seis bases de dados foi realizado no período de junho e julho de 2014 e estão dispostos em três diagramas.

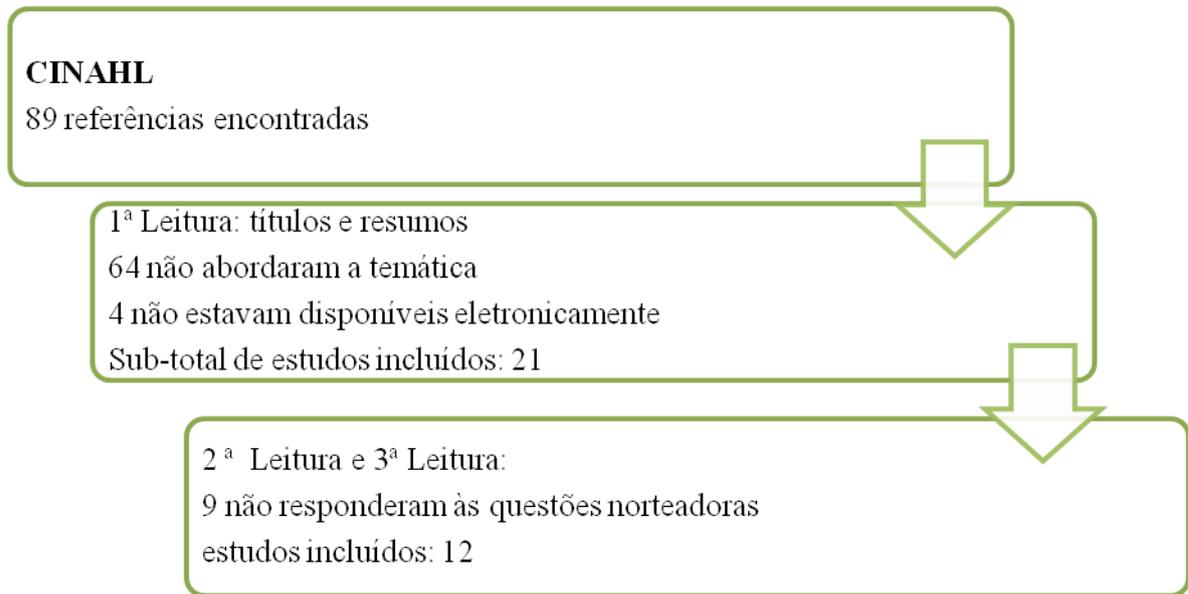
**Diagrama 1** – Processo de seleção da base de dados no PUBMED, Cajazeiras- PB, 2014.



**Diagrama 2** – Processo de seleção da base de dados na LILACS, Cajazeiras- PB, 2014.



**Diagrama 3** – Processo de seleção da base de dados no CINAHL, Cajazeiras- PB, 2014.



### 5.3 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS:

Esta etapa foi executada mediante a classificação de forças de evidências para a avaliação de pesquisas proposta por Melnyk, Fineout- Overholt (2005) exposta no Quadro 1.

Polit e Beck (2011) apontam que o nível de evidência dos estudos deve ser analisado a fim de determinar a confiança nos resultados e fortalecer as conclusões que gerarão o estado de conhecimento atual ao tema investigado

**Quadro 01:** Classificação dos níveis de evidência clínica para avaliação de estudos. Cajazeiras, 2014.

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;	Mais Forte   Menos Forte
Nível 2: as evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado;	
Nível 3: as evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;	
Nível 4: as evidências provenientes de estudo de coorte e de caso-controle bem delineados;	
Nível 5: as evidências originadas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;	
Nível 6: as evidências derivadas de um único estudo descritivo e qualitativo;	
Nível 7: as evidências oriundas da opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas	

Fonte: MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT (2005) citado por GALVÃO. Níveis de evidência. Acta Paul. Enfermagem, v. 19, n. 2, Junho, 2006.

Galvão (2006) vislumbra que a categorização do nível de evidência possibilita subsídios para que o enfermeiro realize uma avaliação crítica de resultados oriundos de pesquisas e, conseqüentemente melhore a tomada de decisão sobre a incorporação das evidências à prática clínica.

#### 5.4 AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA:

Nesta etapa, foram identificadas e documentadas de forma concisa as informações extraídas dos estudos. Para tanto, foi utilizado um instrumento adaptado de Chaves (2008) (APÊNDICE A), o qual possibilitou explorar dados de identificação do estudo, características metodológicas, resultados obtidos e conclusões.

Esta etapa foi construída em conjunto com o processamento das bases de dados, no período de junho a julho de 2014.

#### 5.5 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro sinóptico especialmente construído para esse fim, que contemplaram os seguintes aspectos, considerados pertinentes: título do artigo; nome dos autores; continente; área de pesquisa; ano de publicação; sujeitos da pesquisa; população e amostra do estudos; principais resultados; recomendações/conclusões; grau de força de evidência.

#### 5.6 SÍNTESE DO CONHECIMENTO EVIDENCIADO NOS ARTIGOS ANALISADOS OU APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA:

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática de enfermagem, fornecendo subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão cotidiana no cuidar de portadores de AVE com *Sentimento de Impotência*.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram selecionados 35 estudos que fundamentaram a análise do conceito “Sentimento de impotência” em portadores de acidente vascular encefálico. Os dados compilados estão dispostos em duas tabelas e 24 quadros, contemplando a caracterização dos estudos, a definição do conceito selecionado, a identificação dos atributos críticos dos antecedentes e consequentes do “sentimento de impotência”, bem como as definições conceituais e as referências empíricas.

### 6.1 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A seguir, serão apresentadas nas duas tabelas subsequentes a caracterização dos estudos e a avaliação da qualidade metodológica.

**Tabela 1-** Distribuição dos artigos conforme o continente, ano de publicação, área de estudo, sujeitos e cenário. Cajazeiras, 2014.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Continente</b>		
América do Norte	11	31,4
Ásia	11	31,4
Europa	10	28,6
Oceania	03	8,6
<b>Ano de Publicação</b>		
2003 a 2007	03	8,6
2008	03	8,6
2009	06	17,1
2010	06	17,1
2011	06	17,1
2012	05	14,3
2013	06	17,1
<b>Área</b>		
Medicina	18	51,4
Enfermagem	07	20,0
Multiprofissional	06	17,1
Psicologia	02	5,7
Fisioterapia	01	2,9
Terapia Ocupacional	01	2,9
<b>Sujeitos</b>		
Adultos	01	2,9
Adultos e idosos	28	80,0
Idosos	06	17,1
<b>Cenário</b>		
Hospital	16	45,8
Unidade de reabilitação	13	34,3
Domicílio	04	11,4
Hospital e Unidade de reabilitação	02	5,8
Hospital e Domicílio	01	2,9
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, junho/julho, 2014.

Conforme mostrado na Tabela 01, os artigos foram originados da América do Norte e da Ásia (31,4%) cada um respectivamente; desenvolvidos por médicos (51,4%) seguidos de enfermeiros (20%). Frente à análise dos artigos, observou-se que os Estados Unidos na América apresentaram o maior percentual de produções referente à temática (28,6%, n=10). Pertinentes ao ano de publicação 32 (91,4%) foram publicados a partir de 2008.

Quanto à faixa etária dos sujeitos, percebeu-se que a maioria dos estudos envolveu adultos e idosos (80%, n=20), seguidos de idosos (17,1%) e teve como cenário de pesquisa o ambiente hospitalar (45,8%). Além desse, trezes estudos realizados em unidades de reabilitação nos quais envolveram a relação da depressão com os baixos níveis de participação após o AVE; intervenções do controle de humor, baseado no aumento da mobilidade e da independência funcional dos indivíduos entrevistados.

**Tabela 2-** Distribuição dos estudos, segundo o delineamento e a força de evidência. Cajazeiras - PB, 2014.

<b>Tipo de estudo</b>	<b>Nível de evidência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Revisões sistemáticas/metanálise	I	-	-
Ensaio clínico randomizado, bem delineado	II	06	17,1
Ensaio clínico bem delineado, sem randomização	III	05	14,3
Estudos de coorte e caso-controle, bem delienados	IV	22	62,9
Revisão de estudos descritivos ou qualitativos	V	-	-
Estudo descritivo ou qualitativo	VI	02	5,7
Opinião de autoridades/Relatórios de Comitês de Especialistas	VII		
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>100</b>

Fonte: Melnyk, Fineout-Overholt (2005)

Com relação ao delineamento dos estudos, destacaram-se a natureza de estudos de coorte e caso-controle, bem delineados (62,9%), seguidos de ensaios clínicos randomizados bem delienados. Destarte, a força da maioria dos artigos analisados foi distribuída em II, III e IV, face à demonstração de que houve evidências científicas fortes, visto que, não foi analisada nenhuma revisão sistemática ou metanálises.

A seguir estão expostas as melhores evidências científicas sobre o fenômeno “sentimento de impotência” em portadores de AVE que vivenciam a depressão em decorrência da morbidade clínica, segundo os dados obtidos mediante análise dos estudos selecionados.

## 6.2 ANÁLISE DO CONCEITO DA DEPRESSÃO

### 6.2.1 Identificação dos possíveis usos do conceito

Evidenciou-se nos 35 estudos analisados que os portadores de AVE com depressão vivenciaram um estado emocional ou comportamental semelhante ao descrito na taxonomia da NANDA – I como sentimento de impotência em resposta ao processo de recuperação e/ou adaptação ao evento cerebrovascular. Os estudos analisados, em geral, caracterizam a depressão como uma resposta disfuncional afetiva, comportamental ou emocional frente à resposta de enfrentamento a doença, sendo marcada pela ausência de vigor físico, inibição do comportamento impulsivo, observando atitudes de retraimento social e embotamento afetivo.

A depressão tem sido objeto de contínua investigação não só por médicos psiquiatras ou psicólogos; identificar torna-se uma competência de todos os profissionais envolvidos no cuidar direto e indireto ao portador de AVE, entre eles enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais.

Para Pinho, Custódio e Madkisse (2009) o diagnóstico de depressão em decorrência de uma morbidade clínica, a exemplo o AVE, não é frequente; muitas vezes por pensar que os inúmeros problemas sociais e econômicos dos sequelados, adicionados à progressiva debilidade física, levam muitos profissionais de saúde a concluir que depressão é uma consequência normal desse evento cerebrovascular, por evidenciar queixas somáticas vagas e inespecíficas que podem estar mascarando um transtorno depressivo.

### 6.2.2 Atributos críticos ou essenciais do conceito “sentimento de impotência”

Entre as 35 publicações analisadas, 65,7% (n=23) definiram o conceito de sentimento de impotência baseado na sintomatologia da depressão. No quadro abaixo encontra-se a definição conceitual fornecida por cada autor e seus colaboradores; ambas retiradas das suas experiências frente a esse distúrbio psiquiátrico ou da utilização de instrumentos e escalas de rastreamento ou diagnóstico da depressão utilizados por eles na pesquisa clínica. Destarte, após clareza do conceito serão apresentadas os atributos críticos que definem o sentimento de impotência em portadores de AVE.

**Quadro 2** – Definições evidenciadas na literatura do conceito “sentimento de impotência” em portadores de acidente vascular encefálico. Cajazeiras, 2014.

<b>SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA</b>
É um estado comum vivenciado no processo de adoecimento, decorrente de encargos causados pela mudança do papel social e familiar, apresentando impacto na atuação efetiva da reabilitação e dependência funcional (ZHANG et al 2013).
Resposta emotiva em decorrência da deficiência funcional e cognitiva, com relato de debilidade, ausência de vigor físico para realizar atividades cotidianas, inibição do comportamento impulsivo para participar do processo de reabilitação; apresenta ainda dificuldade em internalizar e aplicar instruções de reabilitação com esforço consistente (SKIDMORE et al 2010).
Baixa capacidade em desenvolver atividades básicas de vida diária, redução na participação social. Apresentando-se mostrando-se indisposto para participar das atividades planejadas, recuperação pobre e reduzida reposta a reabilitação, além de desinteresse em retornar a trabalhar (MITCHELL et al 2009).
Estado de insatisfação com a vida; sendo comuns sentimentos de vazio, tristeza, aborrecimento, desamparo, vergonha, pensamentos suicidas e de inutilidade; gosta de pouco convívio social e não é capaz de completar as atividades na maioria das vezes. (TANG et al 2011).
Demonstra tristeza, desânimo e desespero contínuos; relato de infelicidade e vergonha em decorrência da expressão facial e na postura refletida no discurso; são comuns relatos de cansaço exaustivo e perda de peso. Apresenta ainda limitação da mobilidade, pouca expressividade no falar, não move a cabeça, sempre com olhar fixo no chão, lento para sorrir e a expressão é imutável (MAZAUK et al 2013).
É o estado em decorrência das perdas das funções neurocognitivas, onde percebe-se hemiplegia unilateral da extremidade superior, fraqueza, diminuição da amplitude ativa de movimento e da função dos membros e, conseqüentemente, diminuição da independência na realização de atividades de vida diária (RABIN et al 2012).
É a manifestação da percepção de humor deprimido na maioria do tempo comprometendo a recuperação física e motora e aumentando os riscos de mortalidade nos primeiros anos em consequência da dependência funcional. (WILLEY et al 2010)
É uma disfunção física e psíquica onde verifica-se um estado de regressão mental, apresentando sintomas como agitação, frustração em relação a sua capacidade de desempenhar suas próprias atividades; mostra-se ainda na maioria das vezes com ao caráter alterado e agressividade frente aos cuidadores (KIM; KANG, 2013).
É uma alteração no domínio cognitivo influenciando negativamente o estágio de recuperação funcional e o desempenho das atividades da vida diária, dificultando assim o autocontrole do estado de saúde, como os resultados propostos frente a reabilitação do cliente (KIM et al 2011)
Mudança na expressão facial devido à parestesia facial, demonstrando tristeza e embotamento afetivo; no domínio físico verifica-se diminuição na atividade motora, dificuldade em realizar as atividades de vida diária e baixo engajamento na reabilitação (KONECNY; ELFMARK; URBANEK, 2011).
Reação psicogênica ao estado de doença demarcada por sentimentos de tristeza e de infelicidade que não consegue suportar, desânimo em relação ao futuro, acha que as coisas podem não melhorar, fracasso, empecilho na vida dos outros, insatisfeito e aborrecido com tudo, sente-se culpado, decepcionado consigo mesmos, perdeu o interesse de vida e pouco cooperativo nas práticas de cuidado (BARBOSA et al 2011).
Estado de humor deprimido, desânimo acentuado e infeliz ao longo do dia, pessimismo em relação ao futuro, considera-se sua vida um fracasso, chora e pensa que as pessoas não gostam dele. (OTTENBACHER et al 2012)
Experiência vivida de falta de interesse em atingir resultados positivos frente o processo de recuperação, apresentando-se sem vigor físico para realizar as atividades básicas de vida diária (YANG; KONG, 2013).
Perda de interesse e gosto pelas coisas que faziam antes do evento cerebrovascular além da dificuldade em processar e tomar decisões a respeito da sua vida (KUPTNIRATSAIKUL et al 2009).
Sensação de desconforto físico e mental que impede o engajamento na reabilitação (AYERBE et al 2011)
Manifestação de sensação de culpa, tristeza, desesperança, desânimo, inutilidade, pensamentos suicidas; lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída; perda de energia e cansaço frequente (STUART et al 2009)
Mostra-se aborrecido, pouco cooperativo, zangado ao longo do tempo; insatisfeito com o cuidado fornecido (ASPLUND et al 2011)
Estado de humor deprimido, sendo percebidos pensamentos de punição e ódio por está vivenciando aquela condição limitante em decorrência das seqüelas neurológicas repercutindo com baixa produtividade no ambiente em que vive (CHOI-KWON et al 2013)

Continuação

**Quadro 2** – Definições evidenciadas na literatura do conceito “sentimento de impotência” em portadores de acidente vascular encefálico. Cajazeiras, 2014

É uma resposta comum vivenciada frente ao evento, no entanto com muitas consequências negativas, incluindo tempo de hospitalização e recuperação prolongada e alcance dos resultados funcionais prejudicados em virtude da falta de motivação e de interesse (SCHMID et al 2011).
Reação emocional frente à deficiência física, desencadeando frustração quanto a incapacidade de realizar atividade básicas de vida; desencadeando alterações no domínio cognitivos e desempenho papel social (SCHEPERS et al 2009).
Sensação de pouca energia suficiente para viver e diminuição da maior parte das atividades que lhes causava interesse (OSTWALD et al 2009).
Apresenta-se irritável e apático; podendo manifestar choro, inerte e retraimento social ao longo do dia (HACKETT et al 2010).
Experiência vivida de falta de poder em desempenhar e conduzir a vida pessoal, familiar e social. (KATAYAMA et al 2010)

Ao analisar o conceito de depressão expresso na literatura, configuram-se como atributos críticos: fragilidade, desamparo, falta de controle e de poder para atingir resultados propostos frente ao processo de recuperação.

Na maioria das definições apresentadas no Quadro 2, a fragilidade foi identificada como um atributo essencial para evidenciar o sentimento de impotência entre os portadores de AVE durante a fase de recuperação da doença. Esse termo segundo o estudo de Andrade et al. (2012) e pode ser mensurado por cinco componentes: perda de peso não intencional, maior de 4,5 kg ou superior a 5% do peso corporal no último ano; fadiga autorreferida; diminuição da força de preensão palmar, medida com dinamômetro e ajustada para sexo e índice de massa corporal; baixo nível de atividade física, medida pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o sexo; diminuição da atividade da marcha em segundos: distância de 4,5 m ajustada para sexo e altura.

Quanto ao desamparo, os artigos relataram sentimentos comuns vivenciados frente ao estado de humor depressivo, como desânimo acentuado e infeliz ao longo do dia, pessimismo em relação ao futuro; considera sua vida um fracasso; chora e pensa que as pessoas não gostam mais dele; acha que as coisas podem não melhorar; percebe-se como empecilho na vida dos outros; insatisfeito e aborrecido com tudo; sente-se culpado, decepcionado consigo mesmos (OTTENBACHER et al., 2012; BARBOSA et al., 2011).

Em relação ao atributo “falta de poder e de controle”, percebe-se que eles são indivisíveis no que tange a capacidade de tomar decisões frente ao seu estado de saúde; visto que, decodificando o verbete de forma simples é o antônimo de poder, apresentando significado de: ter a faculdade, ter possibilidade, deliberar. Desse modo, o poder é a

habilidade ou capacidade, real ou potencial, para alcançar objetivos por processos interpessoais.

Tornabeni e Miller (2008) apontam que poder é a habilidade da pessoa para influenciar o que acontece com ela, podendo apresentar cinco tipos de poder: explorador, manipulador, competidor, nutritivo e integrativo. Ao relacionar o poder com o conceito de impotência, destacam que o poder nutritivo assume como relevante o poder de prover e cuidar de si mesmo, dirigindo as outras pessoas no que diz respeito ao próprio autocuidado e emitindo sempre a última palavra nas decisões sobre o autocuidado.

Pinho, Custódio e Makdisse (2009) apontam que os prejuízos funcionais, cognitivos, afetivos e comportamentais resultantes de doenças incapacitantes limita ou impede o desempenho dos papéis do indivíduo.

Frente à análise de conceito e com intuito de clarificar o conceito “sentimento de impotência”, adiante serão exposto um caso modelo e um caso contrário.

### **6.2.3 Construção de um caso modelo**

C.A.V.M, 64 anos, sexo masculino, casado, ex- vereador , acompanhado pela Estratégia de Saúde da Família para realização de atividades de autocuidado diário, cuidados com a pele, cateterismo vesical e administração de oxigênio nasal. Trata-se de um cliente cadastrado no Programa de Atenção Domiciliar ao portador de AVE do tipo hemorrágico, atingindo às áreas dos membros inferiores e superiores, visual e auditiva, além de Wernicke e Broca; lesões identificadas por meio de tomografia computadorizada sem contraste. Realiza cinco vezes na semana atividades intensiva de reabilitação física e motora. Durante a consulta de enfermagem domiciliar, ao ser aplicado um instrumento de avaliação do grau de incapacidade observou-se total dependência na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, sendo constante o relato de frustração e a expressão de insatisfação quanto à incapacidade de operacionalizar as atividades de vida diária. Ele mostra-se indiferente, apático quando desafiado a participar no cuidado e na tomada de decisões próprias ao seu estado de saúde, em especial nas sessões de reabilitação quando se espera grande participação do mesmo. Em decorrência do AVE, apresenta hemiplegia, hemiparesia, hemianopsia homônima afasia, ataxia, disartria, hipotonia, desequilíbrio postural; dificultando exercer a função social incumbida antes do episódio neurológico, demonstrando-se ressentido, raivoso, com sentimento de culpa e tristeza, destacando a todo o tempo a função social que

representava na Câmara Municipal e sua importância para a sua cidade. Ao ser questionada a esposa, quanto à mudança do seu comportamento, relatou duas tentativas de suicídio no último mês. É possível evidenciar ainda idéias suicidas, sentimento de menos valia de forma constante ao longo do dia. Quando questionado ao propósito de vida, percebe-se frustração quanto ao valor dado a mesma. Frente o processo de cuidar domiciliar é muito comum, a presença dos filhos, vizinhos, amigos e correligionários do seu partido político estimulando a cooperação diante das intervenções realizadas pela enfermagem quanto às da equipe multiprofissional do serviço de referência do município, perante essa situação mostra-se envergonhado. O filho mais velho, ajuda nas execuções das atividades de auto-cuidado estimulando-o a escovar os dentes da forma como lhe convier; quando desafiado a realizar esse cuidado, o filho relata que o mesmo apresenta-se agressivo com expressões verbais de calúnia e difamação para o mesmo. Ainda observa-se que C.A.V.M. não consegue atingir o mínimo dos resultados esperados, nem monitorar o progresso frente o processo de cuidar.

#### **6.2.4 Construção de um caso contrário**

M.N.L.V, 58 anos, sexo feminino, professora, divorciada, residente e procedente do município de Nazarezinho –PB, acompanhada pela Estratégia de Saúde da Família para realização de acompanhamento dos níveis pressóricos e glicêmicos, atividades de incentivo ao autocuidado diário, administração de medicamentos, cuidados especiais para a terapia trombolítica contínua e controle do peso. Trata-se de uma cliente cadastrada no Programa de Atenção Domiciliar ao portador de AVE do tipo isquêmico, atingindo às áreas dos membros inferiores e superiores; lesões identificadas por meio de tomografia computadorizada sem contraste e ressonância magnética nuclear. A equipe realiza uma visita domiciliar semanal tendo por intuito identificar e controlar a adesão ao regime terapêutico farmacológico e não farmacológico. Ela se encontra no sexto mês de reabilitação pós-aguda. Durante a consulta de enfermagem domiciliar, foi aplicado um instrumento de avaliação do grau de incapacidade, em que observou-se independência funcional e cognitiva na realização das atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária, sendo constante o relato de motivação para regressar a escola em que leciona e ministrar suas aulas de Literatura e Gramática. Ela mostra-se disposta, entusiasmada para participar das atividades ligadas ao controle do regime terapêutico, descreve ações para a redução dos fatores de risco, expressa desejo em controlar e prevenir o surgimento de sequelas neurológicas e cognitivas, aceita decisões próprias ao seu

estado de saúde, no que diz respeito ao conhecimento sobre as escolhas e consumo dos alimentos saudáveis, ricos em gordura insaturadas, além de seguir um padrão apropriado e rigoroso de alimentação; prática de exercício físico conforme estabelecido pelo médico da ESF, demonstra melhora no condicionamento físico, verbaliza preferência por exercícios que restaure gradativamente a mobilidade e o equilíbrio corporal. Em relação ao propósito de vida, percebe-se satisfação quanto ao valor dado à vida. Ao longo das visitas domiciliares é muito comum, a presença dos filhos, vizinhos, amigos estimulando a cooperação e participação frente às intervenções realizadas tanto pela enfermagem quanto pela equipe multiprofissional do serviço de referência do município, mostra-se alegre e receptiva a todos que a visita.

Nesse caso contrário, fica bastante explícito que M.N.L.V não apresenta o diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência. Neste caso percebeu-se atributos críticos contrários a fragilidade (realiza exercícios que restauram gradativamente a mobilidade e o equilíbrio corporal; apresenta independência funcional e cognitiva na realização das atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária; mostra-se disposta em participar do cuidado); ao desamparo (satisfação com a vida), e a falta de poder e controle (entusiasmada para participar das atividades ligadas ao controle do regime terapêutico, expressa desejo em controlar e prevenir o surgimento de sequelas neurológicas e cognitivas; toma decisões próprias ao seu estado de saúde).

Com base na apreciação das definições de *sentimento de impotência* e dos atributos críticos essenciais a esse conceito evidenciados na literatura, constitui-se a partir dos casos modelo e contrários apresentados uma definição única, objetiva e clara que contempla os resultados desta análise conceitual:

Resposta emocional percebida frente o processo de enfrentamento da doença ou deficiência física, apresentando fragilidade, desamparo e falta de controle e poder para atingir os resultados propostos durante a recuperação funcional.

### **6.2.5 Identificação dos fatores relacionados do Sentimento de Impotência e suas definições conceituais e referências empíricas**

Frente ao estudo foram encontrados 11 fatores relacionados e 14 características definidoras apresentadas no Quadro 3.

**Quadro 3-** Fatores relacionados e características definidoras encontradas na análise dos estudos. Cajazeiras-PB, 2014.

Fatores relacionados	Características definidoras
Gravidade da lesão	Dependência dos outros
Curso imprevisível	Depressão pela deterioração física
Falta de apoio social	Relato de dúvida frente ao desempenho do papel
Tipo de lesão	Relato de frustração quanto à incapacidade de realizar as atividades básicas de vida diária
Localização da lesão	Relato de frustração quanto à incapacidade de realizar as atividades instrumentais de vida diária
Falta de participação social	Relato de frustração quanto à incapacidade de realizar as atividades avançadas de vida diária
Oferecimentos de cuidados insatisfatórios	Fadiga
Limitação da mobilidade física	Prejuízo cognitivo existente a tempo ou progressivo
Baixa da autoestima	Tempo de reabilitação física e motora
Falta de motivação	Nível de participação na reabilitação
Falta de interesse	Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos e de decidir sobre o seu estado de saúde
	Tentativas suicidas
	Propósito de vida
	Relato de vergonha

Serão apresentados nos quadros os fatores relacionados e as características definidoras do DESI, bem como suas definições conceituais e referências empíricas encontradas nas publicações selecionadas. Nos quadros, serão também expostos o número de estudos que identificaram os fatores relacionados e as características definidoras ao sentimento de impotência. Faz-se necessário destacar que dentre esses estudos, nem todos evidenciaram as definições conceituais e referências empíricas para os fatores relacionados e as características definidoras. Adiante, cada fator relacionado terá, ao final, uma definição conceitual, podendo, no entanto, ter mais de uma referência empírica.

**Quadro 4 -** Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Gravidade da lesão”. Cajazeiras, 2014.

Gravidade da lesão		Nº de estudos
		06
<b>Conceito</b>	A gravidade da lesão é variável, dependente da extensão e duração da obstrução e privação de suporte de oxigênio ou extravasamento de sangue comprometendo a função de inúmeros órgãos receptores e motores do indivíduo.	
Referência empírica <sup>1</sup>	O indivíduo apresenta comprometimento de diversos órgãos sendo evidenciada pelas alterações na tomografia computadorizada sem contraste e/ou ressonância magnética.	
Referência básica	ZHANG W. N.; et al. A Prospective Study of the Incidence and Correlated Factors of Post-Stroke Depression in China. <b>PLoS One</b> , v. 8, n. 11, p. 78981; 2013.	
Conceito	-	
Referência empírica <sup>2</sup>	O indivíduo apresenta comprometimento de diversos órgãos podendo ser identificado por meio da NIHSS.	
Referência básica	WILLEY, J. Z. et al; Early Depressed mood after stroke predicts long-term disability: the Northern Manhattan Stroke Study (NOMASS). <b>Stroke</b> . v, 41, n. 9, p. 1896-900; 2010.	
<b>Definição operacional</b>	O indivíduo apresentará comprometimento físico e motor evidenciados pela presença de obstrução, aneurismas, ou rompimento de veias e artérias calibrosas identificadas por meio de recursos como a tomografia computadorizada sem contraste e/ou ressonância magnética	

	nuclear.  Ao ser avaliado quanto à gravidade da lesão, o indivíduo apresentará comprometimento de diversos órgãos, evidenciados por meio da National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), composto de 11 itens do exame neurológico que são comumente afetados pelo AVC, sendo eles: nível de consciência, desvio ocular, paresia facial, linguagem, fala, negligência/extinção, função motora e sensitiva dos membros e ataxia. A NIHSS pode ter sua pontuação variando de 0 (sem evidência de déficit neurológico) a 42 (paciente em coma e irresponsivo).
--	---

Quanto ao antecedente “gravidade da lesão” foi identificada seis artigos que apontavam a grande associação com o DESI. (CHOI-KNOW et al., 2012; MICHELL et al., 2009; TANG et al., 2011; WILLEY et al., 2010; ZHANG et al., 2013) No tocante, a definição conceitual, três estudos contribuíram para a sua construção. (TANG et al., 2011; WILLEY et al., 2010; ZHANG et al., 2013).

Zhang et al. (2013), notaram que entre os sequelados que apresentavam depressão, a NIHSS foi maior que o grupo controle (5,3 versus 4,355;  $p=0,0713$ ). Para Tang et al. (2011), o NIHSS em indivíduos com micro-lesões cerebrais foi de  $5,2 \pm 3,3$  enquanto que o grupo controle, o escore médio foi de  $3,8 \pm 2,7$  ( $p=0,003$ ); verificando um Oddis Ratio (OR) de 1, 126 (IC: 1, 019 – 1, 244) entre os grupos.

Willy et al. (2010) apontam que a gravidade da lesão é um fator decisivo no estado de recuperação do humor deprimido de portadores de AVE. Nesse estudo 41 pacientes apresentaram NIHSS severo, quando submetidos ao acompanhamento sistemático verificou-se que apenas 39% melhoraram o estado de humor após seis meses do AVE.

Choi-Know et al. (2012) observaram forte correlação entre o NIHSS no momento da admissão com as respostas psicossociais, entre elas a incontinência emocional, frente ao internamento hospitalar, prejudicando assim o estado de humor do paciente ( $p<0,05$ ).

No tocante à referência empírica da gravidade da lesão foram propostas duas aceções em discussão do pesquisador com a orientadora apresentadas no Quadro 4.

**Quadro 5** - Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Curso imprevisível”. Cajazeiras, 2014.

Curso imprevisível		Nº de estudos
		06
<b>Conceito</b>	O acidente vascular encefálico apresenta curso imprevisível, pois, é demarcado por incapacidades funcionais e cognitivas que compromete o processo de recuperação neurológica; o desenvolvimento de atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária, reduzindo a capacidade de seguir o regime de reabilitação física e motora e realizar o auto-cuidado requerendo cuidado dependente.	
Referência empírica	O curso imprevisível da doença pode ser avaliada por meio da Escala de Rankin modificada (ERm), é um instrumento utilizado para mensurar o desfecho funcional após o AVE. Esse instrumento consiste de 6 categorias, sendo pontuadas de 0 a 5, sendo que, eventualmente, agrega-se o escore 6, no caso de óbito. A escala avalia a capacidade do indivíduo em realizar	

	as atividades de vida diária, é essencialmente baseada na incapacidade global (em particular a física) e na necessidade de assistência para realizar atividades das básicas e instrumentais de vida diária com ênfase no comprometimento motor.
Referência básica	MITCHELL, P. H. et al. Brief Psychosocial-Behavioral Intervention With Antidepressant Reduces Poststroke Depression Significantly More Than Usual Care With Antidepressant: Living Well With Stroke: Randomized, Controlled Trial. <b>Stroke</b> . v. 40, p. 3073-8; 2009. SCHMID, A. A. et al. Poststroke depression and treatment effects on functional outcomes. <b>Neurology</b> . v.76, n. 11, p. 1000-5; 2011.

No que se refere ao fator relacionado “curso imprevisível”, seis estudos relacionaram o curso da doença com o sentimento de impotência e contribuíram com os aspectos específicos na redação final desse fator relacionado (CHOI-KWON et al., 2012; MITCHELL et al., 2009; SCHMID et al., 2011; ZHANG et al., 2013; HOMMEL et al., 2009; WONG et al., 2013). Quanto à definição conceitual, duas publicações fundamentaram a descrição desse antecedente (MITCHELL et al., 2009; SCHMID et al., 2011).

Zhang et al. (2013) afirmam que o curso da doença é um fator decisivo para a incidência da DPA, pois, é capaz de interferir negativamente nos resultados funcionais e na qualidade de vida, aumentando assustadoramente a taxa de mortalidade nos primeiros anos pós-AVE. Corroborando, Choi-Kwon et al. (2012) em um estudo realizado em Seul, Coreia do Sul, observaram que o curso imprevisível da doença mostrou associação estatística com a DPA após três meses do evento neurológico ( $p < 0,05$ ).

Para tanto, Mitchell et al. (2009) endossam que o impacto do AVE é imprevisível quando medidas como o controle do humor não são tomadas e asseguradas pelo próprio sequelado, amenizando os efeitos da doença, além de restaurar os padrões funcionais de saúde ( $p < 0,001$ ).

Schmid et al. (2011) evidenciaram que entre os sequelados com ERm com escore de 3 à 5, os níveis de depressão foi maior ( $9,78 \pm 7,03$ ) em relação aos com escore entre 0 a 2 ( $8,55 \pm 6,74$ ); variando de depressão leve à moderada. No estudo de Hommel et al. (2009) observou-se que quanto menor os índices de ERm maiores são os escores de desajustamento social e trabalho entre portadores de AVE ( $p = 0,003$ ).

Wong et al. (2013) evidenciaram a correlação entre o ERm no primeiro ano após o AVE com os déficits no domínio cognitivo, percebendo que os indivíduos selecionados que apresentavam menos déficits foram aqueles que apresentaram escores variantes entre 0 a 2 (75%,  $p < 0,001$ ). Em relação aos com escores maiores da ERm apresentaram mais de dois déficits cognitivos.

**Quadro 6** – Escala de Rankin modificada

Grau 0 – Sem sintomas
Grau 1- Nenhuma incapacidade significativa, com capacidade para desempenhar todas as AVDs.
Grau 2 – Incapacidade leve, incapaz de realizar algumas atividades prévias de AVDS, com capacidade de cuidar de suas próprias atividades sem assistência
Grau 3 – Incapacidade moderada, requerendo alguma ajuda mas com capacidade de caminhar sem assistência.
Grau 4 – Incapacidade moderadamente severa, incapacidade de caminhar e para atender a própria necessidade do corpo sem assistência
Grau 5 – Incapacidade severa, confinado ao leito, incontinente e requerendo cuidados e atenção de enfermagem constante.

Quanto a definição empírica, seis estudos apontam que o curso imprevisível da doença pode ser avaliada por meio da ERm. Brito et al. (2013) endossam que ela é de rápida e fácil aplicação e apresenta um índice de confiança satisfatória, não sendo relatadas dificuldades para sua aplicação por pesquisadores.

**Quadro 7** - Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Falta de apoio social”. Cajazeiras, 2014.

<b>Falta de apoio social</b>		<b>Nº de estudos</b>
		06
<b>Conceito</b>	Ações, crenças e atitudes da família e/ou amigos que facilitam/dificultam o controle de poder sobre um resultado esperado.	
Referência empírica	Desempenho inadequado de apoio da família e/ou amigos avaliados pela Escala de Rede Social de Lubben, identificando o tipo, o tamanho, a intimidade e a frequência de contatos atuais do portador de Acidente Vascular Encefálico que facilitará o processo de reabilitação física e motora.	
Referência básica	YANG, S. Y.; KONG, K. H. Level and predictors of participation in patients with stroke undergoing inpatient rehabilitation. <b>Singapore Med J</b> , v. 54, n. 10, p. 564-8; 2013. OTTENBACHER, K. J. et al. Hospital Readmission in Persons With Stroke Following Postacute Inpatient Rehabilitation. <b>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</b> . V. 67, n. 8, p. 875-81; 2012.	
<b>Conceito</b>	-	
Referência empírica	Comportamentos de interação familiar, social e comunitária inadequados, observando a fragilidade de redes de apoio social ao processo de controle de poder do sequelado, evidenciado pelo Inventário ENRICHD Apoio Social	
Referência básica	CHOI-KWON, S. et al. Poststroke depression and emotional incontinence. <b>Neurology</b> . v. 54, n. 9, p. 1805-10; 2000. TANG W. K. et al. Cerebral Microbleeds and Depression in Lacunar Stroke. <b>Stroke</b> . v. 42, p. 2443-2446; 2011.	

Dentre os estudos analisados, sete consideraram que a “falta de apoio social” é um fator relacionado do SI (CHOI-KWON et al., 2011; YANG; KONG, 2013; MAZAUK et al., 2013; OTTENBACHER et al., 2012; SKIDMORE et al., 2010; TANG et al., 2011; ZHANG et al., 2013) Desses, quatro apontaram a definição conceitual desse antecedente. (CHOI-KWON et al., 2011; YANG; KONG, 2013; OTTENBACHER et al., 2012; TANG et al., 2011)

Os estudos supracitados afirmaram que o antecedente “falta de apoio social” são as ações, crenças e atitudes da família e/ou amigos que facilitam/dificultam o controle de poder sobre um resultado esperado.

Zhang et al. (2013) perceberam que quando os seios familiares apresentam níveis elevados de apoio psicológico e formação de redes sociais podem ajudar a reduzir drasticamente a incidência da DPA. No estudo de Skidmore et al. (2010) observaram que o apoio social é um preditor a melhores resultados funcionais nos domínios da cognição e afetividade nos portadores de AVE possibilitando elevado nível de engajamento na reabilitação.

Tang et al. (2011), ao avaliarem o apoio social recebido observou-se que entre os indivíduos com sintomas depressivos, a média dos escores foi menor em relação aos que não apresentavam sintomas depressivos ( $28,4 \pm 7,4$  versus  $32,5 \pm 8,0$ ;  $p < 0,001$ ). Frente a isso, encontrou-se uma razão desse evento acontecer intergrupo de 0.940 (IC: 0.905–0.976;  $p = 0.001$ ).

Ottenbacher et al. (2012) evidenciaram que quanto maior o apoio social fornecido ao portador de AVE frente o controle funcional menor é o número de readmissões hospitalares e maior a chance de recuperação no primeiro ano pós-AVE ( $p = 0,002$ ). Choi-Kwon et al. (2012) verificaram que quanto menor a média dos escores da Escala de Apoio Social de Lubben (EASL) maior a prevalência de depressão em portadores de AVE no momento da admissão e após três meses de acompanhamento ambulatorial ( $p = 0,042$ ).

No tocante à definição operacional, cinco estudos apontaram como mensurar a falta de apoio social em portadores de acidente vascular encefálico com sintomas depressivos. Tang et al. (2011) e Yang e Kong (2013) utilizaram em seus estudos a Escala EASL como método para avaliar a formação de rede social; medindo o nível de apoio social que os pacientes receberam e sua interação social com parentes e amigos. Esse instrumento contém 10 itens e a pontuação máxima é de 50. Nesse sentido, uma pontuação maior indica melhor apoio social.

No entanto, o único estudo que definiu conceitualmente foi o de Yang e Kong (2013) como o tamanho, a proximidade e a frequência de contatos com portadores de AVE, sendo distinguido o nível de apoio percebido e recebido pela família e dos amigos.

O estudo de Willey et al. (2010) possibilitou a construção de outra definição empírica desse antecedente, permitindo avaliar o estado civil e o isolamento social do sequelado. Para tanto, os autores definiram o isolamento social quando-se tem menos do que três pessoas ou amigos para visitar durante o processo de recuperação.

Ottenbacher et al. (2012) aponta outro método de mensurar o apoio social por meio dos 11 itens do Índice de Apoio Social e Funcional da Duke – Universidade da Carolina do Norte destinado a identificar as pessoas em risco de isolamento. Para tanto, cada item é avaliado em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, com escores que variam de 0 a 55, onde a soma com pontuação mais alta indica maior apoio social. Os autores classificaram o apoio social em três (baixo = 0-48, médio = 49-54 e alto = 55).

Choi-Kwon et al. (2012) também apontou a necessidade de se avaliar o apoio social com o Enrichd Social Support Instrument, composto por seis itens, com pontuação de 1 a 5 cada, com um item relacionado ao estado marital. Para tanto, este instrumento mede o apoio estrutural, instrumental e emocional, podendo os escores variarem de 8-34, com escores mais altos indicando maior apoio social. Nesse estudo, o  $\alpha$  de Cronbach (consistência interna) foi de 0,80.

**Quadro 8** - Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “tipo da lesão”. Cajazeiras, 2014.

Tipo da lesão		Nº de estudos
		09
Conceito	O tipo da lesão está diretamente ligado a perda súbita da função decorrente da desorganização do suprimento ou extravasamento sanguíneo a uma parte específica ou generalizada do encéfalo, sendo classificada em isquêmico e hemorrágico.	
Referência empírica	O indivíduo apresenta sinais e sintomas de obstrução no suprimento sanguíneo: fraqueza ou adormecimento em apenas um lado do corpo, dificuldade para falar e/ou entender coisas simples, engolir, andar e enxergar, tontura, perda da força da musculatura do rosto ficando com a boca torta, dor de cabeça intensa e perda da coordenação motora.  O indivíduo apresenta sinais e sintomas de extravasamento sanguíneo, sendo sempre súbitos: fraqueza de um lado do corpo, perda da sensibilidade ou do campo visual de um ou ambos os olhos, tontura, dificuldade para falar ou para compreender palavras simples e até mesmo a perda da consciência ou crises convulsivas.	
Referência básica	OTTENBACHER, K. J. et al. Hospital Readmission in Persons With Stroke Following Postacute Inpatient Rehabilitation. <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> . V. 67, n. 8, p. 875-81; 2012. HOMMEL, M. et al. Cognitive determinants of social functioning after a first ever mild to moderate stroke at vocational age. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatry</i> . v. 80, n. 8, p. 876-80; 2009. KUPTNIRATSAIKUL, V. et al. Main outcomes of stroke rehabilitation: a multi-centre study in Thailand. <i>J Rehabil Med</i> , v. 41, p. 54-8; 2009.	

No tocante ao antecedente “tipo de lesão”, nove estudos apontaram como algo que está diretamente ligado a perda súbita da função decorrente da desorganização do suprimento ou extravasamento sanguíneo a uma parte específica ou generalizada do encéfalo, sendo classificada em isquêmico e hemorrágico. (HOMMEL et al., 2009; KUPTINIRATSAIKUL et al., 2009; KIM et al., 2011; KONG; YANG, 2006; KONECNY et al., 2011, BARBOSA et al.,

2011; OTTENBACHER et al., 2012; KIM; KONG, 2013). No entanto, três estudos fundamentaram a definição conceitual (HOMMEL et al., 2009; KUPTINIRATSAIKUL et al., 2009; OTTENBACHER et al., 2012).

Nos estudos de Hommel et al. (2009), Kuptiniratsaikul et al. (2009) e Kim et al. (2011) identificaram uma prevalência de AVE isquêmico respectivamente de 93%, 71,9% e 55,5% entre os indivíduos selecionados. Em um estudo realizado em Cingapura, Kong e Yang (2006) evidenciaram que o tipo de AVE isquêmico é mais freqüente 62% (n=62).

Konecny et al. (2011) correlacionaram a paresia facial sobre o impacto do estado mental com o tipo de AVE, observando que entre os 99 casos avaliados 77,7% (n=77) eram isquêmico. No estudo de Barbosa et al. (2011) verificaram que 78,6% era do tipo isquêmico, tendo forte relação com a depressão (n=19), no entanto, não se verificou associação estatística (p = 0,639). Ottenbacher et al. (2012) viram a relação entre o tipo de AVE e readmissões hospitalares, percebendo que é maior o número de hospitalizações por AVE isquêmico.

Quanto à prevalência de AVE hemorrágico no estudo de Kim e Kong (2013) foi de 78,5%, obtendo maior percentual que o isquêmico.

Diante dos estudos apresentados, apenas o estudo de Kuptiniratsaikul et al. (2009) apresentou forte associação estatística do tipo de AVE com a presença de depressão. Nesse sentido, evidenciou-se que nos sequelados por AVE isquêmico maior foi o índice de depressão (p=0,032), percebendo que o AVE hemorrágico constitui-se fator de proteção para a depressão.

Poucos são os estudos que apontam os motivos que o AVE isquêmico desencadeia a depressão. No entanto, observa-se que os déficits neurológicos ocasionado por esse tipo são maiores e repercutem sobre o controle da fala e da mecânica corporal.

Frente análise dos artigos foi possível identificar duas definições empíricas frente ao antecedente “tipo da lesão”; sendo que cada uma está relacionada ao tipo correspondente de AVE.

**Quadro 9** - Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Localização da lesão”. Cajazeiras, 2014.

Localização da lesão	Nº de estudos
05	
<b>Sugestão de definição conceitual e referência empírica*</b>	
<b>Definição conceitual:</b> Área delimitada demarcada por alterações celulares em decorrência do aumento, diminuição, cessação do fluxo sanguíneo para os tecidos, coagulação sanguínea no leito vascular, aparecimento na circulação de substâncias que não se misturam ao sangue e causam oclusão vascular, saída de sangue do leito vascular e alterações das trocas de líquidos entre o plasma e o interstício.	
<b>Referência empírica:</b> Ao ser avaliado por meio da NIHSS, pode-se relacionar a pontuação com a localização	

da lesão por meio dos pontos diretamente ligados com a linguagem (orientação 2, comandos 2, afasia 3) e a negligência (2 pontos). Desse modo, o hemisfério esquerdo é dominante para as funções da linguagem em 99% dos indivíduos destros (90-95% da população) e 60% dos indivíduos sinistros, com isso, a NIHSS pode medir a severidade de extensão das lesões no hemisfério direito diferentemente do esquerdo. Assim, considera-se que a escala tende a subestimar a extensão da lesão no hemisfério cerebral direito (cerca de 6 pontos a menos) em relação ao hemisfério esquerdo. Diante disso, a pontuação mínima basal para lesão extensa do hemisfério esquerdo é 20 e do direito é 15.

\*Sugerida a partir da definição conceitual, considerando a localização da lesão na literatura

Quanto ao antecedente “localização da lesão”, cinco estudos apontaram que esse fator relacionado prediz a DPA desencadeando o sentimento de impotência entre os portadores de AVE (VICKERY, 2006; HOMMEL et al., 2009; THOMAS et al., 2012). Entre os estudos selecionados, verificou-se que a definição conceitual não foi descrita pelos estudiosos. Diante disso, o pesquisador conjuntamente com a orientadora definiu o antecedente “localização da lesão”.

Frente a análise dos estudos selecionados percebeu-se que a localização de lesão onde se deu o AVE é uma das características que tem sido correlacionadas a uma maior frequência e maior gravidade da depressão pós-AVE.

Os estudos de Thomas et al. (2012) relataram que pacientes com AVE no hemisfério esquerdo (HE), quando comparados com os do hemisfério direito (HD), apresentavam em maior frequência depressão, de forma mais grave e, apresentando significativamente nível de consciência neurológico reduzido, referindo menos vigor físico, diminuição da comunicação e aumento de mal humor. Vickery (2006) aponta que a presença de distúrbio de linguagem, a exemplo da afasia expressiva ou receptiva no HE pode ter influenciado negativamente os níveis de autoestima

Mitchell et al. (2009), observou-se a maior prevalência de AVE no HD (62,5%). McGilton et al. (2010) identificaram que os sequelados nesse mesmo hemisfério mostraram maior prejuízo cognitivo. Ainda, a respeito desse hemisfério, Vickery (2006) evidenciou que pacientes acometidos no por AVE no HD tendem a apresentar mais baixa da autoestima; desencadeando níveis elevados de ansiedade e sofrimento emocional.

Zhang et al. (2013) constataram discreta associação entre a lesão no HE perto do pólo frontal com o grau da DPA. Em um estudo de revisão sistemática de Terroni et al. (2003) demonstraram também que a proximidade do AVE ao pólo frontal no HE, indicou uma relação significativa com a depressão maior, na sua frequência e na presença de sintomatologia mais grave, sendo responsável por 50% a 70% dos sintomas.

Corroborando, Fleten et al. (2005), registram que os déficits neurológicos e psicossociais dependem decisivamente da localização da lesão, pois, esta perda é decorrente das artérias obstruídas ou rompidas.

Percebe-se, então que, o comprometimento das estruturas anatômicas acometidas pelo AVE têm confirmado a associação entre o acometimento do HE e uma frequência da depressão mais elevada, no período pós-AVE agudo. Nesse sentido, as artérias cerebrais irrigam mais o HE, sendo observado a associação dos sintomas de afasia; dislexia; disgrafia; déficits de campo visual; hemiparesia contralateral; déficit sensorial contralateral; alteração do nível de consciência; cefaleias; fraqueza; paralisia; alterações sensoriais e déficits visuais; sopro nas carótidas; disfasia e ptose por atingir as artérias cerebral como a média e carótida interna (FLETEN et al., 2005).

No entanto, a artéria cerebral anterior irriga o HD, tendo controle de diversos sistemas corpóreos, em especial o da mobilidade, ocasionando sintomas como fraqueza; parestesia; paralisia do pé e da perna contralaterais; queda do pé; incontinência; perda da coordenação; depressão das funções sensoriais; alterações da personalidade; confusão e redução da capacidade de manter atenção (FLETEN et al., 2005).

Frente a literatura, salienta-se que a depressão pode acontecer em sequelados no HD mais tardiamente, em decorrência da limitação da mobilidade. Terroni et al. (2003), expõem que no sexto mês pós-AVE, os pacientes acometidos no HD apresentavam um risco seis vezes maior de ficarem deprimidos e quatro vezes maior de desenvolverem depressão maior, do que os pacientes com AVE no HE.

Quanto, a definição empírica conforme apresentada no Quadro 9 sugere-se a utilização do NIHSS, como exposta no quadro, pois, ela é um instrumento preditor para identificar a localização da lesão quando não se tem acesso a exames neuroradiológicos, em virtude da associação dos sintomas com a localização das áreas e circuitos cerebrais envolvidos.

**Quadro 10** - Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Falta de participação social”. Cajazeiras, 2014.

Falta de participação social		Nº de estudos
		03
<b>Conceito</b>	É incapacidade de retornar as atividades de forma adequada, tanto dentro de casa quanto na comunidade, que até então eram desenvolvidas.	
Referência empírica	O indivíduo relatará incapacidade de retornar as atividades até então desenvolvidas de forma adequada, tanto dentro de casa quanto na comunidade, podendo ser avaliado pela Escala de Impacto 3.0.	
Referência básica	MITCHELL, P.H. et al. Brief Psychosocial-Behavioral Intervention With Antidepressant Reduces Poststroke Depression Significantly More Than Usual Care With Antidepressant: Living Well With Stroke: Randomized, Controlled Trial. <i>Stroke</i> . v. 40, p. 3073-8; 2009.	

SMITH, P. S.; THOMPSON, M. Treadmill training post stroke: are there any secondary benefits? A pilot study. <i>Clin Rehabil</i> , n. 22, p. 11, p. 997-1002; 2008
---

Dentre os estudos analisados, três estudos consideraram que a “participação social deficiente” pode favorecer os sentimento de impotência e fundamentaram consistentemente a definição conceitual e a referência empírica (MITCHELL et al., 2009; SMITH; THOMPSON, 2008; AYERBE et al., 2011).

Desse modo, Smith e Thompson (2008) em um estudo clínico randomizado bem, controlado apontaram que a utilização de aparelhos ergométricos, como a esteira, estimula a recuperação do indivíduo por meio da melhoria da velocidade da marcha, contribuindo significativamente ao retorno da capacidade de desenvolver atividades de forma adequada, bem como desloca-se dentro e fora de casa. Destarte, Ayerbe et al. (2011) apontam que a baixa participação social desempenha impacto na vida do portador de AVE pois predispõem acentuadamente a DPA.

Mitchell et al. (2009) observaram o impacto da depressão em portadores de AVE; no que diz respeito na participação social evidenciou-se dificuldade em se comunicar, bem como querer voltar a trabalhar ( $p=0,005$ ) e participar de recreações ( $p<0,001$ ).

Nesse sentido, vislumbra-se que o grau de interesse pela participação social é algo extremamente relevante de ser identificado na avaliação frente aos portadores de AVE. Smith e Thompson (2008) perceberam menor impacto sobre o humor e menores as dificuldades de reintegração em seus papéis dentro de casa e na comunidade nos participantes com maior interesse pela busca excessiva da participação social.

Para tanto, existe evidências que o suporte por meio da esteira promova melhora na participação social por aumentar a velocidade da marcha, desencadeando aumento do desempenho do papel e controle da saúde, repercutindo significativamente na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos. (SMITH; THOMPSON, 2008)

No tocante a definição empírica sugerida para o fator relacionado exposto no Quadro 6 foi norteado pela definição conceitual exposta no quadro.

Frente a definição empírica, verifica-se a utilização da Escala de Impacto de AVE 3.0 (EI-AVE 3,0), que já se encontra validada para aplicação na língua portuguesa (CAROD-ARTAL et al., 2008), sendo composta por oito domínios (força, função manual, mobilidade, atividades de vida diária e instrumentais de vida diária, memória, comunicação, emoção e participação social). Os escores de cada domínio variam de 0 a 100, sendo que altos escores indicam melhor qualidade de vida.

Na escala de participação social são questionados os tipo de atividades que costumava fazer, o grau de importância e a percepção do sentimento de felicidade dada a essa atividade. Dessa forma, ela é composta de 8 itens, avaliados a partir de uma escala do tipo Likert, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Os itens avaliados são: seu trabalho (assalariado, voluntário, outros); suas atividades sociais?; atividades recreativas tranquilas (artes, leitura); atividades recreativas ativas (esporte, passeios, viagens)? ; seu papel como membro da família e/ou amigo?; sua participação em atividades espirituais, religiosas?; sua capacidade de controlar a vida como você deseja?; sua capacidade de ajudar os outros?

Conforme apresentados nos itens dessa escala, percebe-se a importância dada as atividades realizadas anteriormente ao AVE o quanto os ajudava a ser feliz.

Os resultados do estudo de validação no Brasil mostraram que a reprodutibilidade e consistência interna da EI-AVE 3,0, com  $\alpha$  de Cronbach de 0,94, variando de 0,49 a 0,94, o coeficiente intraclassa e pelo coeficiente de alfa de Cronbach, foi de 0,47 a 0,62 e de 0,82 para a participação social. Os autores concluíram que a escala é uma boa preditora para investigar o grau de participação social dos portadores e apresentam fidedgnidade adequada e validade moderada (CAROD-ARTAL et al., 2008).

**Quadro 11** - Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “Oferecimento de cuidados insatisfatórios”. Cajazeiras, 2014.

Oferecimento de cuidados insatisfatórios		Nº de estudos
		04
<b>Conceito</b>	A insatisfação dos cuidados oferecidos é um resultado adverso de cuidados ineficazes, levando às vezes à frustração para pacientes e profissionais de saúde envolvidos nos cuidados de longa duração.	
Referência empírica	O indivíduo relatará insatisfação frente os cuidados diretos e indiretos prestados pela equipe de saúde, podendo apresentar desconfiança a respeito dos cuidados desenvolvidos pela equipe de saúde, mostrando-se propensos a riscos como não seguir o regime terapêutico prescrito.	
Referência básica	ASPLUND, K. et al. Patient dissatisfaction with acute stroke care. <i>Stroke</i> . v. 40, p. 3851-6; 2009.	

Frente o fator relacionado “oferecimento de cuidados insatisfatórios” percebe-se que o mesmo favorece o sentimento de impotência em decorrência da DPA. (ASPLUND et al., 2009; AYERBE et al., 2011; SAXENA et al., 2006; JUN; HWA; KIM, 2012), No entanto, apenas o estudo de Asplund et al. (2009) forneceu subsídios suficientes para a construção da definição conceitual e da referência empírica.

Asplund et al. (2009) endossam que a insatisfação dos cuidados está ligada à desconfiança na equipe de saúde ou no sistema. Dessa forma, os doentes que estão com descontentamento são menos propensos a cumprir com as orientações dos profissionais

envolvidos bem como seguir o regime terapêutico prescrito. Ainda, apontam que existe a necessidade de se investigar a insatisfação com o cuidado na fase inicial do AVE.

Os autores supracitados observaram a estreita associação da insatisfação de cuidados com a autopercepção de saúde como muito ruim/péssima (OR: 2,64; IC: 2,39 – 2,91) e que sentiam-se sempre ou na maioria das vezes depressivo (OR: 1,87; IC: 1,69- 2,07). Outra variável destacada foi o número de leitos hospitalares ( $p < 0,0001$ ); a unidade de atendimento ( $p < 0,0001$ ) e unidade de referência para a reabilitação ( $p < 0,001$ ) e a participação do paciente no planejamento do tratamento e da reabilitação após alta ( $p < 0,001$ ).

No estudo de Ayerbe et al. (2011), verificou-se a existências de inúmeros fatores contribuintes e preditores para a ocorrência de DPA ligados ao oferecimento de cuidados. Entre os resultados apontados, a necessidade de cuidados constantes e imediatos foi verificada, com o controle da disfagia (OR: 1,5; IC: 1,01 – 2,23) e incontinência urinária (OR: 2,07; IC: 1,44 – 2,98) foram identificadas como estritamente propensos a desencadear a DPA acentuadamente ao longo dos primeiros cinco anos.

Corroborando, Saxena et al. (2006) ressaltaram que a necessidade de cuidados de enfermagem estão relacionados a altas taxas de depressão apresentando estreita relação com a dependência funcional durante a admissão hospitalar em pacientes que utilizam o tubo endotraqueal, em especial o tipo Rule ( $p < 0,001$ ; OR: 4,06; IC: 2,01 - 8,17), disfagia ( $p < 0,001$ ; OR: 3,88; IC: 1,94 – 7,75), incontinência urinária ( $p < 0,001$ ; OR: 9,07; IC: 2,16 – 37,93).

Nesse sentido, percebe-se que os indivíduos precisam ser motivados a demonstrarem comportamentos positivos no controle e melhora do humor e da depressão. Destarte, a reabilitação de forma eficaz e atempada é um componente crítico essencial no cuidado em AVE.

Jun, Hwa e Kim (2012) evidenciaram que, caso esse problema não seja resolvido em tempo hábil, pode-se provocar deficiência sensorial e motora contralateral envolvendo a extremidade superior e a face, tronco e membros inferiores. Para compensar esse efeito, percebe-se que os pacientes tendem a usar a extremidade do seu membro superior não afetado, porque ao usar a do membro afetado ocorre desconforto na região. Por isso, essa espiral de desuso contribui para uma maior deficiência do braço e mão afetada.

Nesse sentido, quando a reabilitação diária é enfatizada, maximiza-se a função física residual dos pacientes com AVE, melhora as atividades diárias, diminuindo o número de deficiências emocionais. No entanto, verifica-se que a reabilitação precoce pode não restaurar

completamente o estado pré-AVE, mas pode evitar o agravamento do distúrbio neurológico (tais como deformação do corpo).

Frente a isso, Jun, Hwa e Kim (2012) endossam que a música e a movimentação corporal é uma terapia eficaz no controle dos distúrbios físicos e psicológicos nos portadores de AVE. Diante dessa intervenção verificou-se aumento da amplitude do movimento do ombro ( $p=0,03$ ), da articulação do cotovelo ( $p=0,04$ ) e da flexão conjunta do quadril no lado afetado de indivíduos ( $p=0,05$ ), ocorrendo melhora significativa da depressão ( $p=0,048$ ). (JUN; HWA; KIM, 2012)

**Quadro 12** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “limitação da mobilidade corpórea”. Cajazeiras, 2014.

Limitação da mobilidade corpórea		Nº de estudos
		05
Conceito	É o prejuízo na capacidade motora de utilizar os membros superiores e inferiores na execução e tomada de decisão das atividades de vida diária e instrumentais, bem como o deslocamento e a manipulação do meio.	
Referência empírica	O indivíduo apresentará prejuízo na capacidade motora de utilizar os membros superiores e inferiores na execução e tomada de decisão (independência funcional) nas atividades de vida diária e instrumentais, bem como o deslocamento do indivíduo e a manipulação do meio, podendo ser avaliados pelo Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6), a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e a Escala de Comprometimento do Tronco (ECT)	
Referência básica	BATCHO, C. S.; STOQUART, G.; THONNARD, J. L. Brisk walking can promote functional recovery in chronic stroke patients. <b>J Rehabil Med</b> , v. 45, p. 854-9; 2013 MITCHELL, P.H. et al. Brief Psychosocial-Behavioral Intervention With Antidepressant Reduces Poststroke Depression Significantly More Than Usual Care With Antidepressant: Living Well With Stroke: Randomized, Controlled Trial. <b>Stroke</b> . v. 40, p. 3073-8; 2009.	
	Diminuição na capacidade de alcance, preensão e pinça; postura, marcha transferência; na capacidade aeróbica e na continência urinária resultando na instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfíncteriana.	
Referência empírica	-	
Referência básica	RABIN, B. A. et al. Integrative rehabilitation of elderly stroke survivors: the design and evaluation of the <i>BrightArm</i> . <b>Disabil Rehabil Assist Technol</b> . v. 7, n. 4, p. 323-35; 2012. CUMMING, T. B. et al. The effect of very early mobilization after stroke on psychological well-being. <b>J Rehabil Med</b> , v. 40, p. 609-14; 2008 STUART, M. et al. Community-Based adaptive physical activity program for chronic stroke: feasibility, safety, and efficacy of the Empoli Model. <b>Neurorehabil Neural Repair</b> . v. 23, n. 7, p. 726-34; 2009.	

Em relação ao antecedente “limitação na mobilidade física”, cinco estudos evidenciaram que esse fator relacionado apresenta grande associação com o sentimento de impotência. Desse, cinco contribuíram para a construção da definição conceitual e empírica (MITCHELL et al., 2009; RABIN et al., 2012; CUMMING et al., 2008; STUART et al., 2009; BATCHO; STOQUART; THONNARD, 2013)

Mitchell et al. (2009) verificaram que a limitação na mobilidade foi um fator determinante para o desencadeamento da DPA durante os 12 primeiros meses, bem como para a remissão desse evento ( $p=0,001$ ).

A respeito da limitação na mobilidade física, Rabin et al. (2012) endossam que podem ocorrer tanto em membros inferiores quanto superiores nos portadores de AVE, sendo perceptível regiões com espasticidade e contraturas, a exemplo dos cotovelos e dedos dificultando o alcance e manejo dos objetos, provocando neles um sentimento de menos valia, inoperável.

Cumming et al (2008) vislumbram que esse efeito se deve na maioria das vezes ao tratamento dispensado no período inicial após o AVE, visto que, é incentivado o repouso no leito ou indicam que eles fiquem relativamente imóvel, gastando mais da metade do dia de repouso na cama. No entanto, os autores ainda salientam que existe pouca evidência científica para repouso no leito como um tratamento eficaz na recuperação dos sintomas. Para tanto, observaram que quando estimulado a mobilização dentro de 24 horas do AVE os resultados funcionais são maiores, além de que tem importante efeito sobre o comportamento psicológico, evitando em especial a depressão.

Os autores supracitados endossam que entre os motivos para a mobilização é que de forma precoce pode reduzir a invalidez física, o que conseqüentemente reduz a depressão e ansiedade. Em segundo lugar, quanto mais cedo e mais atividade física forem desempenhadas mais efeitos fisiológicos podem ser provocados sobre o humor, tais como alterações na concentrações de endorfina e monoamina. Em terceiro lugar, a partir de intervenções de mobilização precoce pode melhorar a auto-eficácia (julgamentos sobre suas próprias capacidades em uma situação específica); particularmente se os ganhos são percebidas pelo paciente.

Stuart et al. (2009) evidenciaram em sequelados de AVE submetidos a um programa de atividade física adaptativa avaliados antes da intervenção por meio do EI-AVE percebeu-se que o grupo tratamento tinha maiores limitações ( $68,9 \pm 2,6$ ) do membro parético que o grupo controle ( $80,7 \pm 3,2$ ).

Corroborando, Batcho, Stoquart e Thonnard (2013) mostraram que a caminhada rápida pode promover a recuperação funcional mais rápida em sequelados crônicos observando melhora significativa no equilíbrio ( $p<0,001$ ); esforço físico ( $p<0,001$ ); auto-atendimento, transferência, mobilidade e habilidade manual ( $p<0,001$ ).

No que se refere a definição empírica proposta no Quadro 8, refere a utilização de instrumentos de avaliação com o intuito de perceber as limitações na mobilidade física.

A EEB avalia o equilíbrio funcional com base no desempenho de 14 tarefas com dificuldades variadas, incluindo atividades variando da posição de sentado a em pé. O desempenho em cada tarefa é classificado de 0 a 4 (0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) (KNORR et al., 2010). As pontuações finais que variam entre 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável, e entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio (SANTOS et al 2005 ). Essa escala encontra-se validada em língua portuguesa, no Brasil em 2008, onde mostrou ter alto coeficiente de correlação intra-classe (ICC=0,84) e consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0,92) (SCALZO et al., 2009).

A ECT foi construída por Fujiwara et al. (2004) e validada em língua portuguesa por Lima et al. (2008), sendo utilizado para mensurar os aspectos quantitativos do comprometimento do tronco do paciente hemiplégico ou hemiparético pós-AVE.

É composta por sete itens: dois avaliam a atividade muscular abdominal e verticalidade; os outros cinco itens avaliam a percepção de verticalidade do tronco, nível de atividade dos músculos que fazem rotação do tronco para os lados afetados e não-afetados e orientação vertical em ambos os lados. A pontuação para cada item varia de 0 a 3 e o melhor resultado corresponde à pontuação total de 21(FUJIWARA et al., 2004).

**Quadro 13** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado característica definidora “baixa da autoestima”. Cajazeiras, 2014.

Baixa da autoestima		Nº de estudos
		03
Conceito	Baixa da autoestima é a disfunção emocional em resposta aos enfrentamentos adaptativos mal-sucedidos e estados funcionais inferiores sobre si mesmo ou suas próprias capacidades.	
Referência empírica	O indivíduo demonstrará comportamento indeciso; comportamento não assertivo; expressões de desamparo; expressões de sentimento de inutilidade; relata verbalmente desafio situacional atual ao seu próprio valor e verbalizações autonegativa, podendo ser avaliado pela Escala Analógica Visual de Autoestima; Escala de Autoestima de Rosemberg e Escala do Estado da Autoestima.	
Referência básica	VICKERY, C. D.; SEPEHRI, A.; EVANS, C.C. Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison. <b>Clin Rehabil.</b> v. 22, n. 2, p. 179-87; 2008. VICKERY, C. D. Assessment and correlates of self-esteem following stroke using a pictorial measure. <b>Clin Rehabil.</b> v. 20, n. 12, p. 1075-84; 2006. CHAU, J. P.; et al. Psychometric properties of the Chinese version of State Self-Esteem Scale: an analysis of data from a cross-sectional survey of patients in the first four months after stroke. <b>J Clin Nurs.</b> v. 21, n. 22, p. 3268-75; 2012.	

No que se refere ao antecedente “baixa da autoestima”, três estudos relacionaram a autoestima com o sentimento de impotência, sendo fator contribuinte para a instalação de

depressão em portadores de AVE e contribuíram com os aspectos específicos a redação final deste fator relacionado. (VICKERY, 2006; VICKERY; SEPEHRI; EVANS, 2008; CHAU et al., 2010)

Vickery, Sepehri e Evans (2008) apontam que o AVE tem um impacto negativo sobre a autoestima influenciando assim na adaptação do problema e nos resultados funcionais, entre eles o motor e o cognitivo.

Chau et al. (2010) destacam que após os doentes sofreram um evento significativo, como um AVE muitas vezes consideram a deficiência resultante como sendo pior de qualquer alteração na aparência física, gerando sentimentos de perda de confiança em si mesmo e do controle físico, ameaçando psicologicamente constantemente o *self*. Nesse quesito, os autores vislumbram que os sequelados requerem atenção especial, pois ela é dependente de domínios como o seu desempenho, a autoestima social e da aparência.

Vickery (2006) conceitua a autoestima como julgamento total dado ao amor próprio, auto-aceitação, ou coloquialmente, como e quanto uma pessoa gosta de si mesma. Para Roach (2009) é o modo como a pessoa se vê; ainda endossa que são inúmeros os elementos que repercute sobre a autoestima entre eles a dependência, a despersonalização, a dificuldade funcional e a falta de controle da pessoa sobre o ambiente podem resultar em perda da autoestima. Destarte, a autoestima está intimamente ligada à independência e a capacidade de cuidar de si mesmo.

Thomas et al. (2012) observaram que os sequelados são mais susceptíveis a depressão, apresentando baixa da autoestima em decorrência da afasia; sendo que essa disfunção emocional acontece devido a gravidade dos problemas de comunicação.

Nesse sentido, Vickery (2006) evidenciou que o estado de depressão em pacientes com baixa autoestima esteve atrelado à baixa acuidade visual ( $p=0,04$ ), diminuição na função cognitiva, déficit visuoperceptual associado a negligência visual esquerda ( $p<0,001$ ) e distúrbio da linguagem ( $r=-0,65$ ;  $p<0,001$ ). Ainda, foi possível analisar os sentimentos frente a esses impactos na autoestima mostrando-se muitos na maioria das vezes zangados, frustrados, tristes e apreensivos.

No tocante a definição empírica encontra-se definida no Quadro 13 apresentando três instrumentos para identificar o fator relacionado “baixa da autoestima”.

**Quadro 14** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente ao fator relacionado “falta de motivação e falta de interesse”. Cajazeiras, 2014.

Falta de motivação	Nº de estudos
	03
<b>Sugestões de definição conceitual e referência empírica</b>	
<p><b>Definição conceitual:</b> estado em que o indivíduo experimenta falta de vontade, falta de impulso interno, falta de persistência para fazer um esforço e alcançar determinadas metas, sendo intrínseca a cada indivíduo podendo ser nociva quando se converte numa tendência recorrente e constante na sua vida, podendo afetar o seu estado de saúde.</p> <p><b>Referência empírica:</b> o indivíduo expressa falta de aspiração para o controle e o poder da sua situação de saúde para atingir resultados positivos, podendo apresentar idéias pessimistas, além de desânimo, desesperança ou angústia perante os obstáculos, que se traduz na perda de entusiasmo, disposição e energia.</p>	
Falta de interesse	Nº de estudos
	01
<b>Sugestões de definição conceitual e referência empírica</b>	
<p><b>Definição conceitual:</b> estado em que o indivíduo demonstra desinteresse sobre uma ação ou atividade que possibilitará resultados positivos. Tal desinteresse refere-se à falta de uma disposição de juízo ou desprovemento de propósito dirigida à participação no processo de autocuidado, bem como para o autocontrole sobre o seu estado de saúde e poder de tomar decisões.</p> <p><b>Referência empírica:</b> o indivíduo verbaliza juízo de valor negativo acerca dos benefícios e da importância de participar do processo de autocuidado, autocontrole sobre o seu estado de saúde e o poder de tomar decisões.</p>	

\*Definidas a partir das idéias de Ricella (2005) e Cabral (2014).

Os fatores relacionados “falta de motivação” e “falta de interesse” estão apresentados e discutidos em conjunto, uma vez que algumas literaturas utilizadas no processo de construção, atrelam a motivação ao interesse. Além disso, nenhum estudo evidenciou aspectos importantes que subsidiassem a construção da definição conceitual e referência empírica. No entanto, tornou-se possível clarificar a diferença entre elas.

Os estudos apresentam que a “falta de motivação” é decorrente do baixo propósito de vida, considerando-se empecilhos para a estrutura familiar e social. Por outro lado, percebe-se que a falta de impulso ou persistência deve ser trabalhada para minimizar a baixa da autoestima diminuindo os riscos para a DPA e conseqüentemente promover o controle do humor. (SKIDMORE et al., 2010; KIM; KANG, 2013; KIM et al., 2011) Nesse sentido, Kim e Kang (2013) apontaram que os indivíduos com falta de motivação tinham dificuldade para perseguir a meta e o propósito de vida.

Quanto à “falta de interesse” os autores defendem que a falta de disposição do sequelado é decisória para participar do processo de reabilitação física e motora; aumentando assim o tempo necessário para recuperar as seqüelas neurológicas, repercutindo negativamente sobre os domínios físicos, cognitivos, emocionais e comportamentais do paciente; além de ocasionar sobrecarga de estresse no cuidador. (KIM et al., 2011).

### 6.2.6 Identificação das características definidoras do SI e suas definições conceituais e referências empíricas

Adiante, serão apresentadas as 14 características definidoras do SI, bem como suas definições conceituais e referências empíricas evidenciadas na literatura. Nos quadros, também o número de estudos que relacionaram os consequentes a depressão.

**Quadro 15** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “dependência dos outros”. Cajazeiras, 2014.

Dependência dos outros		Nº de estudos
		06
<b>Conceito</b>	Dependência dos outros é o estado em que o indivíduo requer que outras pessoas ajudem ou desempenhem atividades que são particularmente suas, ligadas à vida diária.	
Referência empírica	Ao ser questionado sobre a dependência em desempenhar atividades funcionais, o indivíduo deve destacar que necessita de ajuda parcial ou total para a realização das atividades básicas de vida diária avaliado pela Medida de Independência Funcional.	
Referência básica	YANG, S. Y.; KONG, K. H. Level and predictors of participation in patients with stroke undergoing inpatient rehabilitation. <i>Singapore Med J</i> , v. 54, n. 10, p. 564-8; 2013.	
Conceito	É a incapacidade de funcionar e realizar algo com os seus próprios meios em seu ambiente natural e familiar, em decorrência de uma limitação, atingindo sistemas fisiológicos como a mobilidade e comunicação, entre elas repercutindo nas atividades básicas e instrumentais.	
Referência empírica	-	
Referência básica	SCHMID, A. A. et al. Poststroke depression and treatment effects on functional outcomes. <i>Neurology</i> , v.76, n. 11, p. 1000-5; 2011	
Conceito	É a condição que afeta diretamente a qualidade de vida em virtude de uma limitação; seja deficiência, doença ou problema de saúde, em circunstância dos determinantes sociais, econômicos e culturais, em especial as atividades de vida diária básicas.	
Referência empírica	-	
Referência básica	MITCHELL, P.H. et al. Brief Psychosocial-Behavioral Intervention With Antidepressant Reduces Poststroke Depression Significantly More Than Usual Care With Antidepressant: Living Well With Stroke: Randomized, Controlled Trial. <i>Stroke</i> . v. 40, p. 3073-8; 2009.	
Sugestões de definições operacionais		
O indivíduo apresenta comprometimento na mobilidade, na comunicação, na cognição e no humor prejudicando a sua autonomia e funcionalidade diminuindo a sua capacidade de funcionar sozinho, gerir as atividades de vida diária e cuidar de si mesmo.		
O indivíduo apresenta seqüelas neurológicas que compromete o equilíbrio corpóreo no desenvolvimento de todas as atividades de vida diária básicas, inclusive alimentar-se; as atividades instrumentais e as avançadas, requerendo ajuda de um cuidador ou que o mesmo desempenhe em seu lugar, como gerir a vida social e pessoal.		

Conforme apresentado no Quadro 15, seis estudos concordaram que a depressão resulta em um estado de dependência dos outros em indivíduos com Acidente Vascular Encefálico (SAXENA et al., 2006; YANG; KONG, 2013; SCHMID et al., 2011; THOMAS et al., 2012; MICHELL et al., 2009). No entanto, apenas quatro estudos forneceram suporte teórico para as definições do conceito.

Yang e Kong (2013) apontam que a característica definidora “dependência dos outros” é o estado em que o indivíduo requer que outras pessoas ajudem ou desempenhem atividades que são particularmente suas, ligadas à vida diária.

Assim, a partir do consenso entre o autor e a sua orientadora, em relação aos conceitos para a característica definidora exposta no Quadro 15, indica-se uma definição conceitual, sendo a incapacidade de funcionar e realizar algo com os seus próprios meios em seu ambiente natural e familiar, em decorrência de uma limitação, atingindo sistemas fisiológicos como à mobilidade e comunicação, repercutindo nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, necessitando de que outras pessoas ajudem ou desempenhem atividades que são particularmente suas, ligadas à vida diária.

Saxena et al. (2006) vislumbram que a dependência funcional acarreta inúmeras perdas para o indivíduo, entre elas: o retorno constante ao ambiente hospitalar .

No estudo de Schmid et al. (2011) foi possível identificar variáveis correlacionadas a dependência funcional, sendo que 20% dos entrevistados eram dependentes, com idade avançada (6,1 - 6,7,  $p < 0,001$ ); comorbidades médicas (RR: 1,10; IC: 1,04 – 1,17,  $p < 0,001$ ); aumentado a gravidade do AVC (NIHSS) (RR: 1,36; IC: 1,21 – 1,53,  $p < 0,001$ ), além de demonstrarem diminuição da cognição por meio do MMSE (RR: 5, 32; IC: 5, 01 - 5,45,  $p < 0,001$ ). Thomas et al. (2012) , observou correlação estatística entre a dependência funcional e a presença de afasia.

Michell et al. (2009), apontaram em um estudo realizado com portadores submetidos a intervenção psicossocial e comportamental breve associado a antidepressivos menores índices de Barthel ( $81,9 \pm 23,2$ ) em relação aos que realizavam cuidados habituais com antidepressivos ( $83,5 \pm 22,3$ ).

Pertinente a referência empírica, tantos dois estudos contribuíram com a descrição. Possibilitando construir duas definições operacionais frente ao conseqüente “dependência dos outros” expressa no Quadro 15.

**Quadro 16** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “depressão pela deterioração física”. Cajazeiras, 2014.

Depressão pela deterioração física		Nº de estudos
		07
Conceito	A depressão pela deterioração física é decorrente de incapacidades físicas, marcadas pelos prejuízos: físicos, neurológicos e cognitivos, repercutindo em relações pessoais e sociais insatisfatórias levando-a hospitalizações freqüentes mais longas na fase aguda, altas taxas de mortalidade e a um pior prognóstico para reabilitação física e motora.	
Referência empírica	Relato de sentimentos de inutilidade em decorrência de afasia, hemiplegia, hemiparesia, disartria, paralisia facial, ataxia, epasticidade, contraturas, disfagia, nas quais comprometem o	

	desenvolvimento de atividades de autocuidado, instrumentais e avançadas de vida diária que realizavam antes do acidente vascular encefálico, provocando sentimentos de culpa, tristeza, baixa da autoestima, pensamentos de suicídio, evidenciada pela Escala de Rastreamento de Depressão de Hamilton, Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos, Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, Escala de Depressão Geriátrica.
Referência básica	ZHANG W. N. et al. A Prospective Study of the Incidence and Correlated Factors of Post-Stroke Depression in China. <b>PLoS One</b> . v. 8, n. 11, p. 78981; 2013. WILLEY, J. Z. et al; Early Depressed mood after stroke predicts long-term disability: the Northern Manhattan Stroke Study (NOMASS). <b>Stroke</b> . v, 41, n. 9, p. 1896-900; 2010. OSTWALD,S. K. et al. Predictors of resuming therapy within four weeks after discharge from inpatient rehabilitation. <b>Top Stroke Rehabil</b> . v. 16, n. 1, p. 80-91; 2009.

No tocante ao conseqüente “depressão pela deterioração física”, foi evidenciada sete estudos que relatam enquanto característica definidora; sendo que todos fundamentaram a definição conceitual e referência empírica no que tange a proposta conceitual (ZHANG et al., 2013; SHEN et al., 2006; SCHMIND et al., 2011; WILZ et al., 2007; OSTWALD et al., 2009; VICKERY; SEPEHRI; EVANS, 2008; WILLEY et al., 2010)

Em um estudo realizado na China por Zhang et al. (2013), foi observado que a depressão é uma complicação comum do AVE, que interfere negativamente na evolução do paciente; quando apresentam esse desequilíbrio tende a manifestarem mais deficiências funcionais em decorrência dos problemas característicos do AVE, bem como níveis baixo de reabilitação e redução da qualidade de vida.

Para Shen et al. (2006), a depressão pós- AVE (DPA) tem uma alta prevalência entre os pacientes, que vão desde 20% a 50% persistindo de três a seis meses. No estudo de Zhang et al. (2013), a prevalência foi de 27,47% sendo um problema crítico para os profissionais da reabilitação física e motora, como na atenção domiciliar.

Destarte, a DPA apresenta alta taxa de incidência, recorrência e mutilação. Willey et al. (2010) relatam que os principais sintomas dela são decorrentes das inúmeras seqüelas neurológicas que comprometem o estado físicos e cognitivo, alterando o estado de humor negativamente repercutindo em relações pessoais e sociais inadequadas ocasionando hospitalizações freqüentes durante a fase aguda.

Schmid et al. (2011) identificam outras conseqüências negativas, incluindo tempo de hospitalização e recuperação prolongada, aumento da mortalidade, e resultados funcionais prejudicados.

Wilz (2007) observou que quanto maior o grau de comprometimento funcional em pacientes com AVE maior o índice de estado deprimido, desencadeando conseqüentemente o aumento de deficiências cognitivas, bem como a inatividade física repercutindo sobre o estilo de vida.

Ostwald et al. (2009) evidenciou que entre as sequelas neurológicas incapacitantes para a DPA são hemiplegia/hemiparesia (92,4%), prejuízo cognitivo (76,3%), paralisia fasia (64,4%), ataxia (65,7%), dislalia (59,5%), diminuição da sensibilidade (55%), negligência visuao-espacial (51,9%), disfagia (48,1%) espasticidade e dor apresentando os mesmos percentuais (34,4%), afasia (29,8%), apraxia (17,6%), diplopia (7,6%) e labilidade emocional (3,1%).

No modelo adotado por Vickery, Sepehri e Evans (2008) relataram que autoestima é fator decisivo no controle das deficiências, por meio da tomada de decisão ( $p > 0,001$ ), pois, quando isso não acontece é comum sentimentos de culpa, tristeza, e até pensamentos suicidas.

Willey et al. (2010) endossam que a depressão tem um efeito forte sobre a recuperação do AVE, assim como aumenta a probabilidade de morte no acompanhamento a longo prazo em unidades de reabilitação.

Inúmeros são os estudos realizado com a presente temática, no entanto, a prevalência da depressão torna-se difícil em decorrência das limitações metodológicas, bem como a diversidade de instrumentos de rastreamento para a depressão: Escala de Rastreamento de Depressão de Hamilton, Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos, Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, Escala de Depressão Geriátrica.

**Quadro 17** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “relato de dúvida em relação ao desempenho do papel”. Cajazeiras, 2014.

Relato de dúvida em relação ao desempenho do papel
Sugestão de definição conceitual e referência empírica
<p><b>Definição Conceitual:</b> Índice baixo de segurança para desempenhar o papel de promotor do cuidado no processo de reabilitação da fase pós-aguda e crônica do Acidente Vascular Encefálico dificultando o processo de adesão ao regime de controle de saúde</p> <p><b>Definição operacional:</b> O relato de dúvida em relação ao desempenho do papel é verificado quando o portador não desenvolve e não participa das ações de promoção de saúde durante o processo de reabilitação pós-aguda e crônica do AVE, dificultando a adesão ao regime do controle de saúde, avaliado pelo Questionário Multidimensional de Saúde.</p>

\*Conceito e referências definidos por consenso entre o pesquisador e a orientadora a partir do relato de dúvida em relação ao desempenho do papel

De acordo com Quadro 17, apenas um estudo evidenciou que o sentimento de impotência contribui para o “relato de dúvida em relação ao desempenho do papel” (YANG; KONG, 2013). Não obstante, deixou de fazer alusão a definição conceitual e empírica.

Para Yang e Kong (2013), a dúvida em relação ao desempenho do papel é marcado por atitudes e crenças que influenciam diretamente a motivação e a participação dos processos de reabilitação. Destarte, esse estudo avaliou a forma como os profissionais de saúde e

pacientes percebem o envolvimento frente a reabilitação, bem como a maneira em que uns aos outros viam frente às interações médico-paciente se eram capazes de influenciar os resultados da reabilitação.

Dada essa razão, foi proposta a definição conceitual de relato de dúvida em relação ao desempenho do papel, baseado em outras literaturas. O desempenho do papel de controle sobre a situação de saúde é baseado nas atitudes e crenças do paciente sobre o seu papel frente à doença e o processo de reabilitação.

Frente à definição empírica entende-se que o relato de dúvida em relação ao desempenho do papel é verificado quando o portador não desenvolve e não participa das ações de promoção de saúde durante o processo de reabilitação pós-aguda e crônica do AVE, dificultando a adesão ao regime do controle de saúde, avaliado pelo Questionário Multidimensional de Saúde (QMS).

O QMS permite identificar as dificuldades vivenciadas no controle de saúde, sendo composta por 20 sub-escalas: eficácia de saúde, controle do acaso da saúde, sorte, expectativas de otimismo frente à saúde, controle poderoso de saúde e controle de saúde interna.

Cada sub-escala contém cinco itens, no formato Likert de 5 pontos, levando em consideração que cada expressão seja verdadeira. A pontuação total para cada sub-escala será obtido pela soma das avaliações de cada declaração. Para tanto, quanto maior o rating, mais provável adesão do entrevistado para a declaração de crença dessa sub-escala.

**Quadro 18** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades básicas da vida diária”. Cajazeiras, 2014.

<b>Relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades básicas de vida diária</b>		<b>Nº de estudos</b>
		03
<b>Conceito</b>	Baixa aceitação da incapacidade em realizar as atividades básicas de vida diária do indivíduo gerando um sentimento de insatisfação frente à imagem pessoal do indivíduo.	
Referência empírica	Insatisfação ou decepção, independente do motivo, devido forças internas ou externas, provocando baixo desempenho das atividades básicas de vida diária, avaliadas pela Escala das atividades de vida diária de Barthel ou por expressões faciais frente o cuidar desenvolvido em pacientes afásicos.	
Referência básica	MITCHELL, P.H. et al. Brief Psychosocial-Behavioral Intervention With Antidepressant Reduces Poststroke Depression Significantly More Than Usual Care With Antidepressant: Living Well With Stroke: Randomized, Controlled Trial. <b>Stroke</b> . v. 40, p. 3073-8; 2009. WILLEY, J. Z. et al; Early Depressed mood after stroke predicts long-term disability: the Northern Manhattan Stroke Study (NOMASS). <b>Stroke</b> . v, 41, n. 9, p. 1896-900; 2010. MAZAUX; J. M. et al. Communication activity in stroke patients with aphasia. <b>J Rehabil Med</b> , v. 45, p. 341–346; 2013.	

Na construção da definição conceitual da característica definidora “relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades básicas de vida diária” foram utilizadas três publicações (MITCHELL et al., 2009; WILLET et al., 2010; MAZAUK et al., 2013).

O estudo de Mitchell et al. (2009) evidenciou que a depressão tem forte correlação estatística com a incapacidade de realizar atividades básicas de vida diária apresentando limitação na realização de tarefas cotidianas, pois 37% dos portadores de AVE eram depressivos, apresentando média 82,8 ( $\pm 17,8$ ) na Escala de Barthel, com dependência moderada. Para tanto, os participantes desse estudo relataram frustração mesmo realizando uso contínuo de antidepressivos após os três meses de pós-AVE ( $p=0,004$ ).

Willey et al. (2010) observaram significância estatística entre a incapacidade de realizar as atividades de vida diária, classificando-as em sem incapacidade, com incapacidade moderada e incapacidade severa com a depressão nos períodos de um e dois anos, respectivamente. Na medida em que, os anos avançam diminui-se a incidência da depressão nos portadores de AVE em acompanhamento de programas de reabilitação. A frustração quanto a incapacidades das atividades básicas de vida diária teve forte correlação com a incapacidade severa, em comparação aos sem incapacidade.

Os autores supracitados constataram que pacientes que apresentam humor deprimido dentro de uma semana após o AVE eram mais propensos a se encontrarem severamente incapacitados até os 24 meses pós evento. Ainda, perceberam que, quando se aumenta os níveis de independência nas atividades de vida diária diminui o risco de morte em longo prazo.

Para a construção da definição empírica utilizou-se como análise o estudo de Mazaux et al. (2013), pois, perceberam que pacientes com seqüelas mais graves, como a afasia é difícil o relato de frustração quanto a incapacidade em realizar as atividades básicas de vida diária. No entanto, pode-se evidenciar sentimento de insatisfação com o cuidado desenvolvido por meio de alterações nos músculos faciais, pois, deforma a sua autoimagem, mostrando-se, na maioria das vezes, indisposto quando o cuidador intervém frente às necessidades humanas prioritárias.

**Quadro 19** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “relato de frustração quanto à capacidade de realizar atividades instrumentais da vida diária”. Cajazeiras, 2014.

Relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades instrumentais de vida diária		Nº de estudos
		03
<b>Conceito</b>	Baixa aceitação da incapacidade em realizar as atividades instrumentais de vida diária,	

	gerando um sentimento de insatisfação frente aos comportamentos sociais em relação ao ambiente que o cerca.
Referência empírica	Insatisfação ou decepção, independente do motivo, devido forças internas ou externas, provocando baixo desempenho em atividades mais complexas relacionadas as adaptação do ambiente e a mobilidade, que são necessárias para uma vida em comunidade independente, podendo ser avaliado pela escala de atividades instrumentais de vida diária
Referência básica	MAZAUX; J. M. et al. Communication activity in stroke patients with aphasia. <b>J Rehabil Med</b> , v. 45, p. 341–346; 2013

No tocante ao “relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades instrumentais de vida diária, três estudos identificaram como característica definidora do SI (MAZAUK et al., 2013; HUANG et al., 2010; WONG et al., 2013). O estudo de Mazauk et al. (2013) serviu de fundamentação para a proposta de conceito.

Mazauk et al. (2013) evidenciaram nos portadores de AVE que participaram desse estudo a presença de frustração no desempenho das atividades como determinante em outras funções sociais, sendo constatado por meio da utilização da Escala de Comunicação Verbal de Bordeaux, entre elas destacam-se: engajar-se em conversa sobre temas complexos e/ou com estranho (1,71), utilizar o telefone para contactar alguém na resolução de problemas (1,53), uso de cheques e cartões de crédito (1,34), comunica-se durante as atividades sociais (1,51), e escrever documentos administrativos (1,21) foram as mais comprometidas; as menos prejudicada foram falar sobre seus desejos e fins (2,37), expressar sentimentos (2,11), conversar com parentes (2,22), responder ao telefone, tempo dedicado à leitura (2,64), e de ler postagens da família (2,45).

Huang et al. (2010) observaram que os sequelados que apresentavam baixo escores de AIVD apresentaram maiores índices de depressão ( $r = -0,46$ ,  $p < 0,001$ ). Os autores evidenciaram a relação entre dependência total das AIVD com o suporte social oferecido no controle da depressão. ( $r = -0,038$ ,  $p = 0,05$ ).

Destarte, salienta-se que o estudo de Huang et al. (2010) e de Wong et al. (2013) serviram na construção da definição conceitual e referência empírica utilizou como instrumento padrão na identificação desse conseqüente a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton, que se encontra validada na língua portuguesa, possibilitando assim a acurácia e validação dessa nova característica definidora.

**Quadro 20** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “relato de frustração quanto à capacidade em realizar atividades avançadas de vida diária”. Cajazeiras, 2014.

Relato de frustração quanto à capacidade em realizar atividades avançadas de vida diária	Nº de estudos
	01

**Definição conceitual:**

Baixa aceitação da incapacidade em realizar as atividades consideradas complexas, gerando um sentimento de insatisfação frente ao funcionamento independente na vida prática, no lazer, no trabalho e outros papéis sociais e atividades comuns que melhora o nível de qualidade de vida

**Definição empírica:**

O indivíduo relata insatisfação ou decepção devido o baixo desempenho das atividades avançadas de vida diária:

- Dirigir automóveis;
- Praticar esporte;
- Realizar atividades manuais;
- Andar de bicicleta ou motocicleta;
- Tocar instrumento música;
- Viajar;
- Participar de serviço comunitário;
- Participar de diretoria de clubes ou associações
- Desenvolver atividades políticas.

\*Definidas a partir das de Hommel et al 2009

De acordo com o Quadro 20, somente uma publicação evidenciou o “relato de frustração quanto à capacidade de realizar atividades avançadas de vida diária” como um conseqüente do sentimento de impotência (HOMMEL et al., 2009). Não obstante, deixou de fazer alusões a definição conceitual e referência empírica.

Dada essa razão, foi proposta a definição conceitual do relato de frustração quanto à capacidade de realizar atividades avançadas de vida diária em outras literaturas. Para Fonseca e Rizzotto (2008), a incapacidade em desempenhar atividades avançadas de vida diária embora não sejam essenciais para definir a independência, podem contribuir para uma melhor saúde física e mental e por conseqüência ter uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, o declínio dessas habilidades é considerado um indicador precoce de redução da capacidade funcional e logo da capacidade cognitiva.

Destarte, no estudo de Hommel et al., (2009) observaram que portadores de AVE acompanhados em hospitais de reabilitação relataram mudanças nos domínios tais como trabalho, condução e atividades de recreação nos últimos meses após AVE leve. Os autores endossam que 70% (IC: 58% a 80%) dos participantes queixaram-se de prejuízo significativo no trabalho e no funcionamento social, por meio da Word and Social Adjustment Scale (WSAS).

Ainda, vislumbram que o prejuízo as mudanças no ajuste social e do trabalho esteve atrelado à depressão ( $p=0,000$ ); apresentou significância estatística em pelo menos um dos testes do funcionamento cognitivo ( $p=0,0002$ ); da memória ( $p=0,0001$ ); das funções instrumentais ( $p=0,000$ ); das funções executivas fluência categórica ( $p=0,007$ ) e da memória de trabalho ( $p=0,0001$ ). (HOMMEL et al., 2009)

**Quadro 21** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “fadiga”. Cajazeiras, 2014.

Fadiga		Nº de estudos
		03
<b>Conceito</b>	Sensação opressiva e sustentada de exaustão, caracterizada pela capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental ou desempenho não efetivo das tarefas habituais em virtude da diminuição ou restrição da capacidade funcional ou cognitiva.	
Referência empírica	O indivíduo apresenta uma sensação de cansaço a exaustão, criando uma condição geral de falta de alívio que interfere na capacidade de realizar suas habilidades normais de forma não efetiva, em virtude da diminuição da capacidade funcional ou cognitiva, sendo avaliado pela Escala de Severidade de Fadiga.	
Referência básica	YANG, S. Y.; KONG, K. H. Level and predictors of participation in patients with stroke undergoing inpatient rehabilitation. <b>Singapore Med J</b> , v. 54, n. 10, p. 564-8; 2013. BATCHO, C. S.; STOQUART, G.; THONNARD, J. L. Brisk walking can promote functional recovery in chronic stroke patients. <b>J Rehabil Med</b> , v. 45, p. 854-9; 2013. SCHEPERS, V. et al. Prediction of depressive symptoms up to three years post-stroke. <b>J Rehabil Med</b> , v. 41, p. 930-5; 2009.	

Conforme demonstrado no Quadro 21 “fadiga” foi considerado como conseqüente para o sentimento de impotência por meio da depressão em três estudos. (YANG; KONG, 2013; BATCHO; STOQUART; THONNARD, 2013; SCHEPERS et al., 2009)

Yang e Kong (2013) afirmam que essa característica definidora é o fato quando o indivíduo relata uma sensação opressiva e sustentada de exaustão, caracterizada pela capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental ou desempenho não efetivo das tarefas habituais em virtude da diminuição ou restrição da capacidade funcional ou cognitiva. Essa definição conceitual possibilitou a identificação da definição empírica dessa característica definidora, conforme explicitado no Quadro 21.

Apesar da construção da característica ter sido considerado o estudo de Yang e Kong (2013), outros estudos foram sugerido, com o escopo de ampliar as possibilidades da presença de fadiga em indivíduos com AVE que apresentaram depressão na fase pós-aguda.

Yang e Kong (2013) vislumbram que a fadiga é indicador empírico a ser investigado pelos enfermeiros que desenvolvem cuidados em unidades de reabilitação física e motora em indivíduos com o DESI, pois, muitos estão cansados, incapazes de manter rotinas habituais, aumento das necessidades de repouso prejudicando assim o desenvolvimento de cuidados que coopera para a recuperação funcional e emocional do sequelado ( $p < 0,001$ ).

Corroborando, Batcho, Stoquart e Thonnard (2013) expõem que a falta de condicionamento físico piora o nível de dependência funcional, sendo constantes os relatos de desempenho diminuído e de sentimentos de culpa por não cumprir com as suas responsabilidades.

Para Leard et al. (2009) a fadiga é reportada pelos pacientes entre 38 a 77% dos pacientes, onde 40% afirma que trata-se de um dos piores sintomas que acomete o período pós-agudo. A fadiga ainda pode estar relacionada a fatores correlacionais como a idade, a depressão, a diminuição da aptidão física e infartos intratemporais.

No estudo de Schepers et al. (2009), a fadiga foi relatada em 67,2% (n=88) dos portadores de AVE, sendo que destes 22,72% apresentaram sintomas depressivos no primeiro ano, com OR:1,74 (IC: 0,74 – 4,26).

Em relação, à definição empírica do conseqüente “fadiga”, o indivíduo apresentará uma sensação de cansaço à exaustão, criando uma condição geral de falta de alívio que interfere na capacidade de realizar suas habilidades normais de forma não efetiva, em virtude da diminuição da capacidade funcional ou cognitiva, sendo avaliado pela Escala de Severidade de Fadiga. (SCHEPERS et al., 2009; YANG; KONG, 2013)

**Quadro 22** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “prejuízo cognitivo existente a tempo ou progressivo”. Cajazeiras, 2014.

Prejuízo cognitivo existente a tempo ou progressivo		Nº de estudos
		07
Conceito	Dificuldade, diminuição ou incapacidade de apreender e desenvolver novas habilidades cognitivas, apresentando algum tempo ou progressivamente distúrbios como a afasia, disfasia, apraxia, dislexia, afonia, dislalia, disartria, agnosia.	
Referência empírica	Consiste em um estado de lentidão leve, generalizada e perda de precisão, podendo ser medido por testes objetivos que relacionem situações do cotidiano como o Mini Exame do Estado Mental.	
Referência básica	KIM, D. S. et al. Effects of music therapy on mood in stroke patients. <i>Yonsei Med J</i> , v. 52, n. 6, p. 977-981; 2011	

No que se refere à construção da definição conceitual do conseqüente “prejuízo cognitivo existente a tempo ou progressivo sete publicações apontaram a presença dessa característica definidora em relação ao DESI. (KIM et al., 2010; RABIN et al., 2012; KIM; KANG, 2013; AYERBE et al., 2011; TANG et al., 2011; JUN; ROH; KIM, 2012; CHAU et al., 2011).

A definição conceitual foi construída baseado na concepção de Kim et al (2010) para o “prejuízo cognitivo existente à tempo ou progressivo” como a dificuldade, diminuição ou incapacidade de apreender e desenvolver novas habilidades cognitivas, apresentando algum tempo ou progressivamente distúrbios como a afasia, disfasia, apraxia, dislexia, afonia, dislalia, disartria, agnosia.

Rabin et al. (2012) aponta que o AVE provoca alterações cognitivas que prejudica inúmeros domínios cognitivos entre eles: a linguagem executiva, a percepção visuo-espacial, a aprendizagem e a memória provocando alterações cognitivas

Em um estudo realizado com 178 pacientes sequelados com AVE em Cingapura verificou-se que 88,2% apresentaram prejuízo cognitivo associado à depressão e dependência total de cuidados ( $p=0,05$ ; OR: 2,35; IC: 1,02 – 5,42) (KIM; KANG, 2013). Ayerbe et al. (2011) destacam que o prejuízo cognitivo teve forte correlação com os níveis de depressão no primeiro ano pós-AVE, com risco relativo de 2,22 (IC: 1,59 – 3,09).

Tang et al. (2011) evidenciou que esse conseqüente esteve atrelado a micro-hemorragias cerebrais, por meio de estudo clínico randomizado controlado em portadores de AVE quanto a presença ou ausência de PDA. Em relação, aos indivíduos com depressão observaram-se baixas médias de escores ( $25,7\pm 3,1$ ), e nos ausentes níveis mais elevados de cognição ( $26,5\pm 3,3$ ), apresentando discreta associação estatística ( $p=0,021$ ).

No estudo de Jun, Roh e Kim (2012) apontaram que o MMSE de sequelados de AVE, submetidos a intervenções de enfermagem no controle da mobilidade apresentaram níveis elevados ( $23,46 \pm 4,87$ ), em relação aos que não foram submetidos a essa técnica de cuidar ( $21,60 \pm 5,84$ ). Eles ainda apresentaram escores menores em relação ao grupo controle ( $32,06 \pm 11,34$ ;  $p=0,280$ ).

Corroborando Rabin et. al (2012) salientam que o prejuízo cognitivo repercute nos aspectos físicos em especial a mobilidade, pois, o evento agudo pode resultar em hemiplegia unilateral da extremidade superior (UE), fraqueza, diminuição da amplitude ativa de movimento e função do braço e, conseqüentemente, diminui a independência na realização de AVD.

Kim et al. (2011) observaram que pacientes com níveis elevados de cognição tendem a apresentar resultados mais positivos frente ao controle da depressão por meio de intervenções que use o movimento corporal associado à música ( $27,11 \pm 2,02$ ), em relação aos que não realizam esse tipo de cuidado ( $25,44 \pm 2,87$ ).

No estudo de Rabin et al. (2012) com portadores de AVE em uso do BrightArm, submetidos a reabilitação física verificaram que os selecionados apresentavam perdas cognitivas severas, entre elas na atenção visual ( $n=2$ ), atenção verbal ( $n=2$ ), memória visual ( $n=3$ ) e memória verbal ( $n=2$ ). Os indivíduos ainda apresentavam déficit motor comprometido e estado depressivo de leve a moderado.

Quanto a definição empírica, os estudos de Chau et al. (2011); Tang et al. (2011); Rabin et al. (2012) apontaram que o prejuízo cognitivo consiste em um estado de lentidão leve, generalizada e perda de precisão, podendo ser medido por testes objetivos que relacionem situações do cotidiano como o Mini Exame do Estado Mental (MMSE). Esse instrumento permite além de identificá-lo, graduá-lo e propor meios para intervir.

**Quadro 23** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “aumento no tempo de reabilitação física e motora”. Cajazeiras, 2014.

<b>Tempo de realização da reabilitação física e motora</b>		<b>Nº de estudos</b>
		04
<b>Conceito</b>	Tempo de realização da reabilitação física e motora é o período em que o indivíduo necessita para restabelecer ou minimizar as seqüelas neurológicas durante a fase pós-aguda, esse período é marcado pelas intervenções e desenvolvimento de técnicas alternativas para adquirir mobilidade, capacidade para comunicar e trabalhar.	
Referência empírica	O indivíduo relatará que é preciso mais tempo para recuperar ou restabelecer a mecânica corpórea e funcional, tendo por intuito minimizar as seqüelas neurológicas durante a fase pós-aguda. .	
Referência básica	SKIDMORE, E. R. et al. Cognitive and Affective Predictors of Rehabilitation Participation After Stroke. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . v. 91, n. 2, p. 203-7; 2010. BATCHO, C. S.; STOQUART, G.; THONNARD, J. L. Brisk walking can promote functional recovery in chronic stroke patients. <i>J Rehabil Med</i> , v. 45, p. 854-9; 2013. RABIN, B. A. et al. Integrative rehabilitation of elderly stroke survivors: the design and evaluation of the <i>BrightArm</i> . <i>Disabil Rehabil Assist Technol</i> . v. 7, n. 4, p. 323-35; 2012.	
<b>Definição operacional</b>	O indivíduo relatará que requer tempo superior a seis meses para restaurar ou restabelecer a seqüelas neurológicas, como hemiplegia, hemiparesia, afasia, disartria, se necessário, com ajuda ou com dispositivos para ajudarem a executar as suas atividades, como bengala ou moleta.	

No tocante à definição conceitual, três publicações evidenciaram o consequente “tempo de realização da reabilitação física e motora” como o período em que o indivíduo necessita para restabelecer ou minimizar as seqüelas neurológicas durante a fase pós-aguda, esse período é marcado pelas intervenções e desenvolvimento de técnicas alternativas para adquirir mobilidade, capacidade para comunicar e trabalhar (SKIDMORE et al., 2010; BATCHO; STOQUART; THONNARD, 2013; RABIN et al., 2012)

Skidmore et al. (2010), endossam que os portadores de AVE são capazes de participar de um regime de reabilitação intenso, de pelo menos 3 horas diárias, esperando alcançar a melhoria prática significativa durante um curto período de tempo. No entanto, observam que apesar da realização de programas intensivos, muitos continuam a experimentar a deficiência pós-alta, apresentando sentimentos comuns como menos valia e fragilidade.

Batcho, Stoquart e Thonnard (2013) evidenciaram que a reabilitação multidisciplinar em regime de internamento melhora a curto prazo à sobrevida e a capacidade funcional após o AVE; destacam que, a longo prazo não são verificados benefícios suficientes para esta prática.

Para tanto, sugerem que o tratamento deve ser estendido para casa, ao invés de ser interrompida no momento da alta.

No estudo de Rabin et al. (2012), os portadores de AVE submetidos à reabilitação física apresentaram resultados positivos nos domínios: cognitivos, motor e emocional dentro de seis semanas de treinamento. Percebeu-se melhora significativa na cognição nos que se submeteram à reabilitação dentro deste período, nos campos da atenção verbal, atenção visual e memória visual.

Em relação à definição empírica, utilizou-se o estudo de Willey et al. (2010) evidenciando que o indivíduo relatará que é preciso mais tempo para recuperar ou restabelecer a mecânica corpórea e funcional, tendo por intuito minimizar as seqüelas neurológicas durante a fase pós-aguda.

Para Willey et al. (2010), quando o paciente requer um tempo de acompanhamento no processo de reabilitação com tempo superior há seis meses, maiores são os índices de depressão até o 3 anos associados a estado de deficiência severa. (RR: 2,81; IC: 1,33 – 6,99).

Ainda frente aos estudos foi possível construir uma definição operacional para identificar essa característica definidora nos portadores de AVE demonstrada no Quadro 23.

**Quadro 24** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “nível de participação no processo de reabilitação” Cajazeiras, 2014.

Nível de participação no processo de reabilitação		Nº de estudos
		05
Conceito	O Nível de participação no processo de reabilitação é o estado de motivação e engajamento nas atividades em regime de internamento hospitalar, bem como o grau para potencial intervenção.	
Referência empírica	A participação no processo de reabilitação deve ser avaliada segundo o tempo de permanência em determinadas sessões de reabilitação física e motora, observando o risco de rescisão; para tanto deve-se identificar a capacidade de sucesso para progredir no reabilitar e o grau de potencial de intervenção por meio da Escala de Participação Reabilitação Pittsburgh (EPRP)	
Referência básica	<p>YANG, S. Y.; KONG, K. H. Level and predictors of participation in patients with stroke undergoing inpatient rehabilitation. <b>Singapore Med J</b>, v. 54, n. 10, p. 564-8; 2013.</p> <p>MITCHELL, P.H. et al. Brief Psychosocial-Behavioral Intervention With Antidepressant Reduces Poststroke Depression Significantly More Than Usual Care With Antidepressant: Living Well With Stroke: Randomized, Controlled Trial. <b>Stroke</b>. v. 40, p. 3073-8; 2009.</p> <p>MCGILTON, K. et al. Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. <b>Int J Older People Nurs</b>. v. 6, n. 1, p. 13-24; 2011.</p> <p>SKIDMORE, E. R. et al. Cognitive and Affective Predictors of Rehabilitation Participation After Stroke. <b>Arch Phys Med Rehabil</b>. v. 91, n. 2, p. 203-7; 2010.</p> <p>RABIN, B. A. et al. Integrative rehabilitation of elderly stroke survivors: the design and evaluation of the <i>BrightArm</i>. <b>Disabil Rehabil Assist Technol</b>. v. 7, n. 4, p. 323-35; 2012.</p>	

No que diz respeito, ao conseqüente “nível de participação no processo de reabilitação” cinco publicações evidenciaram que a participação na recuperação funcional é

um estado perceptível em portadores do SI. (YANG; KONG, 2013; MITCHELL et al., 2009; MCGILTON et al., 2010; RABIN et al., 2012; SKIDMORE et al., 2010)

McGilton et al. (2010) apontam que 80% dos pacientes sobrevivem ao AVE, sendo que desses 20% vivem em instituições de cuidados de longa permanência. Dessa forma, Yang e Kong (2013) vislumbram que essa porção significativa é hospitalizada em decorrência das deficiências neurológicas e cognitivas, sendo que o nível de participação é crucial no processo de recuperação, mostrando-se determinante para que a reabilitação seja bem sucedida.

Yang e Kong (2013), destaca que os participantes com baixo nível de participação apresentaram piores resultados funcionais, como o NIHSS ( $p < 0,001$ ), FIM ( $p = 0,015$ ), e índices elevados de depressão por meio da CES-D ( $p < 0,001$ ). Skidmore et al. (2010) expõem que o nível de participação é uma das formas de identificar a aprendizagem frente as atividades desempenhadas, bem como o progresso da reabilitação e prognóstico funcional global.

No estudo de Paoluci et al. (2012) envolvendo 362 indivíduos com AVE internados em um hospital de reabilitação, um terço deles tiveram baixa participação, entre os fatores relacionados ao paciente destacam-se a motivação, depressão, cognição, distúrbios de linguagem e fadiga; em relação aos fatores externos encontram-se a expectativa entre a família e a equipe. Outro estudo aponta que a participação na reabilitação apresentou correlação estatísticas com o comprometimento cognitivo e afetivo ( $r = -0,55$ ,  $p < 0,001$ ) e com os sintomas depressivos ( $r = -0,39$ ,  $p = 0,01$ ) (SKIDMORE et al 2010).

A definição empírica, sugerida para a característica definidora sugere que o nível de participação no processo de reabilitação seja avaliado segundo o tempo de permanência durante as sessões de reabilitação, observando o risco de rescisão; identificando a capacidade de sucesso para progredir no reabilitar e o grau potencial para intervir por meio da Escala de Participação Reabilitação Pittsburgh (EPRP).

Yang e Kong (2013) endossam que os participantes com baixa participação tendem a sofrer de risco de solidão, pois, fica difícil manter a interação quando não se está motivado a realizar o que lhes é proposto. Os autores supracitados ainda citam fortes relação entre a motivação e os fatores ambientais que interferem o nível de reabilitação. Um dos fatores é o grau de entendimento em realizar o tratamento e reconhecer o papel dos profissionais frente a sua reabilitação. Outros fatores decisivos são a crença de que os esforços são essenciais para ponderar e alcançar a independência; além de reconhecer a natureza dos exercícios de reabilitação.

Em um estudo realizado por Rabin et al. (2012) os participantes que se envolveram na intervenção realizada verificaram maior nível de participação e recuperação da força do membro afetado, conseguindo levantar pesos de 0,68 a 1,13 kg de frente ou lateralmente; três participantes apresentaram um aumento notável de 419% na força compreensão e tornou-se capaz de beliscar polpa-polpa ou com três dedos pós-treinamento. Destarte, após seis semanas do término da terapia, os ganhos de força foram em grande parte mantido em relação ao pré-treinamento, com exceção de dois participantes que começou com o mais alto nível de comprometimento do grupo. A relação entre o grupo pré-treinamento e pós-treinamento apresentou diferença significantes quanto a média de força no ombro anterior (RR: 6,2; IC 95%: 1,3 - 11,2,  $p = 0,02$ ), bem como a diferença média da força do ombro lateral (RR: 4,9; IC 95%: 0,0, 9,82;  $p = 0,05$ ).

**Quadro 25** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos e decidir sobre o seu estado de saúde (p. ex.: afasia, disfasia, aprasia, dislexia)”. Cajazeiras, 2014.

<b>Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos e decidir sobre o seu estado de saúde (p. ex.: afasia, disfasia, aprasia, dislexia)</b>		<b>Nº de estudos</b>
		08
<b>Conceito</b>	Alteração ou comprometimento da compreensão e da utilização da fala, escrita e/ou outro sistema simbólico, comprometendo o processo de decisão sobre o seu estado de saúde em virtude do desajuste dos canais de comunicação, como forma de linguagem, conteúdo da linguagem; função da linguagem.	
Referência empírica	O indivíduo apresenta alteração ou comprometimento da compreensão e da utilização da linguagem verbal e não-verbal, dificultando o processo de tomada de decisão sobre o autocontrole de saúde, em virtude dos desajustes nas fases do processo de comunicação.	
Referência básica	VICKERY, C. D. Assessment and correlates of self-esteem following stroke using a pictorial measure. <b>Clin Rehabil.</b> v. 20, n. 12, p. 1075-84; 2006. MCGILTON, K. et al. Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. <b>Int J Older People Nurs.</b> v. 6, n. 1, p. 13-24; 2011. BARBOSA, A. C. et al. Factores preditivos de depressão pós-acidente vascular cerebral: estudo retrospectivo numa unidade de reabilitação. <b>Acta Med Port,</b> v. 24, p. 175-80; 2011. THOMAS, S. A. et al. Communication and Low Mood (CALM): a randomized controlled trial of behavioural therapy for stroke patients with aphasia. <b>Clin Rehabil.</b> v. 27, n. 5, p. 398-408; 2013.	
<b>Definição operacional</b>	O indivíduo apresentará dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos e decidir sobre o seu estado de saúde (p. ex.: afasia, disfasia, aprasia, dislexia) em virtude do comprometimento na área cerebral responsável pela compreensão de sinais e símbolos ou pela perda do movimento normal do aparelho motor da fala, ou não-verbal pelo comprometimento muscular facial e motor fino dos membros.  O indivíduo apresentará dificuldades na formação de sons e palavras, de forma não justapostos para comporem as sentenças, em virtude das disfunções nas fases do processo de linguagem: forma, conteúdo e função da linguagem; verbalizando e demonstrando dificuldade em usar a expressão facial e corporal nas tomadas de decisões sobre o seu estado de saúde (afasia).  O indivíduo apresentará desordem neurológica que afeta os aspectos motores da fala, tais como articulação e pronúncia também fonorrespiratorios, entonação, ritmo e fluência verbal (disartria).	

No tocante a “dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos e decidir sobre o seu estado de saúde (p. ex.: afasia, disfasia, aprasia, dislexia)” foi identificado como característica definidora em oito publicações. Os estudos de Vickery (2006); McGilton et al., (2010); Barbosa et al., (2011) e Thomas et al., (2012) serviram de fundamentação para a proposta conceitual. É perceptível que alterações ou comprometimentos da compreensão e da utilização da fala, escrita e/ou outro sistema simbólico, comprometem o processo de decisão sobre o seu estado de saúde em virtude do desajuste dos canais de comunicação, como a forma de linguagem, conteúdo da linguagem; função da linguagem.

Vickery (2006) verificou que os sequelados de AVE com lesão no hemisfério esquerdo apresentaram distúrbios de linguagem, mostrando-se menos alegre ( $p=0,05$ ) e menos confiante ( $p=0,04$ ) em seguir o regime terapêutico prescrito em relação aos sem distúrbios na fala. Barbosa et al., (2011) identificou que 65% dos portadores de AVE que tinha depressão apresentaram afasia concomitante, sendo considerado um fator preditivo para a mesma ( $p=0,02$ ).

Corroborando, McGilton et al., (2010) vislumbram que a dificuldade no processo de comunicação é algo relevante para as práticas de cuidado em enfermagem, necessitando ser identificada precocemente, pois, impede a realização de intervenções de enfermagem. Para tanto, muitos profissionais de enfermagem não possuem competências e habilidades como requisitos para comunicar eficazmente com pacientes que têm deficiência de comunicação. Com isso, torna-se difícil evidenciar as necessidades e prestar uma assistência direcionada aos cuidados pessoais como vestir, ir ao banheiro e transferir do leito pois requer interações freqüentes entre pacientes e a equipe de enfermagem.

Quanto à definição empírica, seis publicações identificaram situações que dificulta o processo de expressão do pensamento e implica diretamente sobre a decisão do seu próprio estado de saúde. Frente a esse conseqüente, foi possível construir três definições operacionais para a acurácia diagnóstica do DESI.

**Quadro 26** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “Tentativas suicidas”. Cajazeiras, 2014.

Tentativas suicidas
<p><b>Definição Conceitual:</b> A tentativa suicida é o ato de tentar retirar à própria vida intencionalmente de forma direta ou indireta por meio de um ato positivo ou negativo da própria vítima, na qual produzirá um resultado; estando atrelado o relato de que a situação da vida lhes parece impossível de enfrentar, buscando alívio para problemas ameaçadores à sua qualidade de vida.</p>
<p><b>Definição Empírica:</b></p>

O indivíduo apresenta ideações freqüentes, intensas e prolongadas; identificar o número de tentativas, os eventos facilitadores, o plano de suicídio, o desejo expresso pela morte e inevitável e o método realizado. Deve-se investigar o relato de sentimentos como vergonha, culpa, vítimas, rejeição, perda ou solidão; apresentando os recursos pessoais e sociais para este fim.

\* Baseado na definição proposta por Katayama et al. (2010)

\*\* Sugerida a partir da definição conceitual, considerando as tentativas de suicídios na literatura

Somente no estudo de Katayama et al. (2010) considerou que “a tentativa de suicídio” pode favorecer o sentimento de impotência. Apesar disso, não forneceu subsídios para a construção da definição conceitual e da referência empírica. Dessa forma, a presente característica definidora não está presente na atual Taxonomia da NANDA-I.

No entanto, outros estudos sinalizam o suicídio como efeito decorrente da depressão em portadores de AVE. Nesse sentido, verifica-se um aumento do número de casos após os seis primeiros meses pós-AVE, com taxa média de suicídio de 83 por 10.000 acometidos. Em relação aos fatores de risco encontrou-se que é maior em homens do que em mulheres (OR: 1,88; IC: 1,66-2,13). As taxas de suicídio foram negativamente associadas com a hospitalização, sendo maior o risco para aqueles com menos dias de hospitalização, e menor para aqueles com dois meses (RR: 1,92; IC: 1,59 - 2,31) (TEASDALE; ENGBERG, 2001).

Katayama et al. (2010), evidenciaram que em seis casos de portadores de AVE tentaram suicídio após os seis primeiros meses do AVEi. Dessa forma, os autores observaram que a taxa de suicídio aumenta após a instalação dessa doença em torno de 75 por 10.000 acometidos. Frente a esse estudo identificou-se que era maior o número de AVE entre o inverno e a primavera, apresentando correlação com as tentativas de suicídio essas estações do ano. Outra correlação contrária ao estudo de Teasdale e Engberg (2001) encontrada com a depressão e as tentativas suicidas foi em relação à duração do tratamento hospitalar é curto, o risco de suicídio é maior; já em relação, quando a duração da internação é prolongada os riscos aumentam em virtude da falta de suporte para o paciente.

**Quadro 27** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “propósito de vida”. Cajazeiras, 2014.

Propósito de vida		Nº de estudos
		01
<b>Conceito</b>	Atitudes relacionadas ao existencialismo, a qual diz respeito o sentido que o indivíduo dá a sua vida, a seleção de valor para com ela e o objetivo de vida.	
Referência empírica	Atitudes relacionadas ao existencialismo, apresentando o sentido que o indivíduo dá a sua vida, por meio da seleção de valor e objetivo; sendo a meta que é mais estável e de longo alcance; resultante de experiências na busca de satisfação pessoal, podendo destina-se a um desejo de fazer um mundo ou assuntos maiores do que auto diferente, sendo sempre dirigida para um fim acabado oposto a frustração existencial, podendo ser avaliado pelo Questionário de Nível de Propósito de Vida (QNPV)	
Referência	KIM, M. K.; KANG, S. D. Effects of art therapy using color on purpose in life in patients with	

básica	stroke and their caregivers. <i>Yonsei Med J</i> , v. 54, n. 1, p.15-20; 2013.
--------	--

Conforme apresentado, no Quadro 27 apenas um estudo concordou que “propósito de vida” foi considerado como consequente do sentimento de impotência (KIM; KANG, 2013). Para estes autores esta característica definidora é fato quando o indivíduo apresenta atitudes relacionadas ao existencialismo, apresentando o sentido que o indivíduo dá a sua vida, por meio da seleção de valor e objetivo; sendo a meta mais estável e de longo alcance resultante de experiência de busca de satisfação pessoal sempre dirigida para um fim oposto a frustração existencial. Essa referência empírica, possibilitou indiretamente a definição conceitual dessa característica definidora, conforme explicitado no Quadro 20.

Frente a referência empírica percebe-se a utilização do Questionário de Nível de Propósito de Vida (QNPV) que foi concebido originalmente por Crumbaugh e Malolick. Este instrumento é utilizado por pesquisadores interessados em estudar a construção do significado, composto de 20 itens, sendo que cada item varia de um a sete, no formato do tipo Likert para ambos quesitos, com uma pontuação de 20 a 140 pontos (KIM; KANG, 2013).

Dessa forma, quanto mais elevada for o somatório maior a percepção do significado. Entre os itens abordados no instrumento estão o entusiasmo; excitação em viver; presença de objetivos de vida claros; significado da vida; novidade à cada dia; desejo de viver mais; atividade após a aposentadoria; objetivo da conclusão da vida; boas coisas da vida; a vida vivida tem sido de que para mim; ter uma razão para estar vivo; mundo sendo significativa; a responsabilidade individual; liberdade na tomada de decisões; estar preparado para a morte; pensamentos suicidas; capacidade para descobrir significados; vida determinado internamente/externamente; contentamento em tarefas diárias; presença pena de propósitos objetivos/vida (SCHULENBERG; SCHNETZER; BUCHANAN, 2011).

Os autores supracitados ainda expõem que em relação as propriedades psicométricas desse instrumento apresentam consistência interna e coeficientes de confiabilidade normalmente variaram acima de 0,70 à 0,90 em todos os itens, e 0,90 respectivamente. Para tanto, esse instrumento não é passível de crítica, visto que, diz respeito à validade das pontuações do QNPV estão associados positivamente com construções como satisfação com a vida, felicidade, auto-aceitação, e estabilidade emocional e são negativamente correlacionados com a depressão e ansiedade.

Para efeito essa escala não se encontra validada para a língua portuguesa no Brasil impossibilitando o seu uso na prática clínica de cuidados com portadores de AVE. No entanto, a utilização desse instrumento é uma realidade concreta utilizada em unidades de

reabilitação física e motora em diversos países, como a Coreia do Sul, por meio de estudo de intervenção como o de King e Kang (2013) sobre os efeitos da arteterapia sobre o propósito de vida. Foi observado que antes da intervenção os pacientes apresentavam baixo propósito em relação pós-intervenção ( $p < 0,05$ ).

No cuidar do AVE, o propósito de vida torna-se algo extremamente necessário, pois, projeta e direciona a meta para a vida; acreditando que o futuro é mais essencial que o passado, fazendo-se necessário para o crescimento pessoal e a formação de relacionamentos positivos ao longo dos anos de recuperação.

**Quadro 28** – Distribuição dos resultados da análise do conceito referente a característica definidora “relato de vergonha”. Cajazeiras, 2014.

Relato de Vergonha
<p><b>Definição Conceitual:*</b> É uma condição psicológica e uma forma de controle negativo, a partir de idéias, estados emocionais e psicológicos alterando o comportamento induzidos pelo conhecimento ou consciência de desonra, desgraça ou condenação.</p>
<p><b>Definição Empírica:**</b> O indivíduo apresentará sentimentos de humilhação em relação a outras pessoas, observados pelos comportamentos de estigma e exclusão social; em decorrência da perda de confiança em relação ao desempenho, autoestima social e aparência. Relatará dificuldade em sair de casa em decorrência do número de deficiências físicas e cognitivas ou reações a restrições físicas como subir de elevador e uso de serviços públicos.</p>

\* Baseado na definição proposta por Chau et al. (2011)

\*\* Sugerida a partir da definição conceitual, considerando o relato de vergonha na literatura

No tocante a definição conceitual, apenas o estudo de Chau et al. (2011) apresentou o “relato de vergonha” como consequente para o DESI. No entanto, os autores não definiram o conceito e propuseram a definição empírica para a acurácia dessa característica definidora.

Em estudos anteriores realizados pela NANDA-I, esse consequente encontra-se entre uma das principais características definidoras para esse diagnóstico. Para Chau et al. (2011), o relato de vergonha é evidenciado por meio da Escala de Estado de Autoestima (EEAE), visto que, vários componentes estão relacionando a esse comportamento emocional, como o desempenho, a autoestima social e aparência.

Referente a definição conceitual, percebe-se o relato de vergonha como uma condição psicológica e uma forma de controle negativo, a partir de idéias, estados emocionais e psicológicos alterando o comportamento induzido pelo conhecimento ou consciência de desonra, desgraça ou condenação. Para tanto, a vergonha nos portadores de AVE podem se manifestar levemente ou severamente, repercutindo no seu bem-estar e nos resultados frente o controle de saúde.

Segundo Chau et al. (2011), os indivíduos podem apresentar vergonha em relação ao desempenho das suas atividades, sentido-se incompetentes para realizar determinadas atividades básicas ou instrumentais de vida diária. O desempenho é considerado por alguns teóricos como o estado de auto-competência física, sendo o mesmo uma convicção pessoal que se tem a capacidade específica de executar um comportamento específico positivo. No que diz respeito a autoestima social é decisiva para enfrentar o sentimento de impotência e está envolvido nas atividades familiares e comunitárias. Em relação, a aparência da autoestima está ligada diretamente a imagem corporal, na qual exerce uma atratividade por outras pessoas.

Frente a EEAE, verifica-se itens ligados diretamente ao conceito de vergonha, como o quesito "eu me sinto satisfeito com a forma como o meu corpo parece agora", "eu me preocupo excessivamente com o controle do meu peso". Destarte, é evidente o relato de vergonha em portadores de AVE, pois, são comuns sentimentos de insatisfação frente aos déficits neurológicos, como a paralisia ou outras alterações na aparência física.

Nesse sentido, a definição empírica foi construída baseada nas experiências do pesquisador e da orientadora demonstrada no Quadro 28.

## 7 CONCLUSÃO

A enfermagem tem buscado compreender as respostas de enfrentamento em decorrência do processo de saúde-doença ao longo dos anos, em especial, no cotidiano dos pacientes acometidos por AVE, demonstrando ser um recurso valioso para a participação no processo de reabilitação; reduzindo assim, os impactos emocionais e promovendo a adaptação fisiológico-psicológica desse evento considerado traumático.

Para tanto, uma das formas para garantir esse avanço é cooperar na identificação e definição conceitual de fenômenos essenciais a prática de cuidados clínicos em enfermagem por meio de evidências científicas consistentes.

Destarte, este estudo, é considerado pioneiro em pesquisar o conceito do DESI vivenciado por portadores de AVE, pois, teve o objetivo de revisar o conceito, os fatores relacionados e as características definidoras do diagnóstico de enfermagem “*sentimento de impotência*”.

A partir dessa análise conceitual foi possível alcançar os seguintes resultados estabelecidos: analisar consistentemente o conceito de SI em portadores de AVE, fornecendo subsídios importantes para a revisão dos componentes do diagnóstico; identificar novas características definidoras e fatores relacionados que sinalizam ou desencadeiam essa resposta humana de enfrentamento a doença e ao tratamento; construir definições conceituais e referências empíricas dos indicadores clínicos necessários para o raciocínio e inferência a um diagnóstico considerado muito subjetivo.

No tocante a análise de conceito a partir dos estudos avaliados identificou-se uma nova etiqueta para o DESI como a resposta emocional percebida diante o processo de enfrentamento da doença ou deficiência física, apresentando fragilidade, desamparo e falta de controle e poder para atingir os resultados propostos durante a recuperação funcional.

Da análise conceitual emergiram onze fatores relacionados e quatorze características definidoras; além das suas respectivas definições conceituais e referências empíricas que, em conjunto, representam o diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência.

Atualmente a Taxonomia da NANDA-I apresenta três fatores relacionados para esse diagnóstico de enfermagem e oito características definidoras. Após a análise conceitual recomenda-se a reformulação dos três fatores por não ter sido evidenciado na literatura e o acréscimo de onze fatores. Assim, a proposta final incorpora, a saber: gravidade da lesão, curso imprevisível, falta de apoio da lesão, tipo da lesão, localização da lesão, falta de

participação social, oferecimento de cuidados insatisfatórios, limitação da mobilidade física, baixa da autoestima, falta de motivação e de interesse.

Pertinente as características definidoras foram evidenciadas quatorze conseqüentes do DESI: dependência dos outros, depressão pela deterioração física, relato de dúvida em relação ao desempenho do papel, relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades básicas de vida diária, relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades instrumentais de vida diária, relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades avançadas de vida diária, fadiga, prejuízo cognitivo a tempo e progressivo, tempo de reabilitação física e motora, nível de participação na reabilitação, dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos e decidir sobre o seu estado de saúde, tentativas suicidas, propósito de vida e relato de vergonha.

Perante do processo de construção desse estudo algumas limitações e dificuldades foram observadas em circunstância dos motivos que rodeiam a análise conceitual. De início, deve-se ter cuidado em extrapolar os achados para a população em geral, pois, as publicações selecionadas estavam direcionadas ao um antecedente considerado principal: o acidente vascular encefálico. Ainda, o fato da busca ter sido executada por um único pesquisador, quando é preconizado dois ou mais juizes; a presença marcante da literatura estrangeira evidenciada na literatura, com poucos artigos na língua materna; algo que poderá interferir na conclusão dos dados apresentados e limitar a generalização para a população brasileira. Outra dificuldade foi a literatura emanada da revisão não ter sido suficiente para o processo de construção das definições conceituais e referências empíricas sendo realizada a busca em outras literaturas como livro-texto e artigos científicos; quando a lacuna ainda persistiu prevaleceram a experiência e a opinião do pesquisador e de sua orientadora.

Diante dos resultados desse estudo, aponta-se a necessidade de seguimento das etapas conseqüentes a validação diagnóstica, entre elas a de conteúdo por especialistas e da validação clínica em portadores de acidente vascular encefálico em indivíduos que realizam reabilitação na fase pós-aguda e crônica da doença, a fim de determinar as características definidoras preditoras para a inferência diagnóstica.

Destarte, esse estudo possibilitou o reconhecimento das melhores evidências científicas a serem confirmadas perante o reconhecimento e inferência desse diagnóstico de enfermagem essencial para a prática de cuidados em AVE, como em outras doenças incapacitantes.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMCZUK, B.; VILLELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. **ComCiência**, n.109, Campinas, 2009. Disponível em:<  
<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=47&id=582>> Acesso: 20 maio 2014.
- AGUILAR, V. M.; ROBLES, A. L. M. **Processo de Enfermagem**. DCL Difusão Cultural, 2009, 207 p.
- ALBUQUERQUE, J. G.; LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, 2010. Disponível em:<  
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a16>> Acesso 22 jul. 2014.
- ALFARO- LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: Promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ALMEIDA, M. A. A.; LUCENA A. F. O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 23-40
- ANDRADE, A. N. Análise do conceito fragilidade em idosos. Revista: Texto & Contexto Enfermagem 2012 21(4). Disponível em:<  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425249004>> Acesso em 22 ago 2014.
- ANDRADE, L. T. et al. Disreflexia autonômica e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP**, v.47, n.1, p. 93-100, 2013. Disponível em:<  
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a12v47n1.pdf>> Acesso: 23 de maio 2014.
- ASPLUND, K. et al. Patient dissatisfaction with acute stroke care. **Stroke**. v. 40, p. 3851-6; 2009. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19850895>> Acesso em 14 jul. 2014.
- AVEZUM, A. et al. Cardiovascular disease in south American: current satatus and opportunities for prevention. **Heart**, v. 95, p. 1475-82, London, 2009. Disponível em:<  
<http://heart.bmj.com/content/95/18/1475.abstract>> Acesso: 20 maio 2014.
- AYERBE, L. et al. Natural history, predictors, and associations of depression 5 years after stroke: the South London stroke register. **Stroke**. v. 42, p. 1907-11; 2011. Disponível em:<  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21566241>> Acesso em 14 jul. 2014.
- AZZOLIN, K. O. **Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar**. 2011, 136f; Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Porto Alegre (RS); 2011.

BARBOSA, A. C. et al. Factores preditivos de depressão pós-acidente vascular cerebral: estudo retrospectivo numa unidade de reabilitação. **Acta Med Port**, v. 24, p. 175-80; 2011. Disponível em:<  
<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1512>> Acesso em 14 jul. 2014.

BARROS, K. M. **Revisão do diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada: uma análise de conceito**. 2012, 137 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. 2012.

BATCHO, C. S.; STOQUART, G.; THONNARD, J. L. Brisk walking can promote functional recovery in chronic stroke patients. **J Rehabil Med**, v. 45, p. 854-9; 2013. Disponível em:<  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23974944>> Acesso em 14 jul. 2014.

BIANCHINI, S. M. **Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa**. Mestrado em Enfermagem do Centro de Pós- Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos (Dissertação), 2009, p. 115. Disponível em:<

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Tutorial de pesquisa bibliográfica**. São Paulo: BIREME, 2007.

BRAGA, C. G. Construção e validação de um instrumento para avaliação do “sentimento de impotência”. 2004, 241f.Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2004.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A resposta psicossocial de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, **Rev Esc Enferm USP**, v.37, n. 1, p. 26-35, 2003. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342003000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342003000100004&script=sci_arttext)> Acesso: 20 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Instrumento de medida do sentimento de impotência para pacientes adultos, **Rev Esc Enferm USP**, v. 43 (Esp.), p. 1063-70, 2009. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000500010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000500010&script=sci_arttext)> Acesso: 22 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 3, p. 350-7, 2005. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000300014&script=sci_arttext)> Acesso: 21 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, p.54. Disponível em:<  
[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rotinas\\_para\\_atencao\\_avc.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf)> Acesso: 27 de maio 2014.

BRITO, R. G. et al. Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. **Rev Neurocienc**, v. 21, n. 4, p. 593-9, 2013. Disponível em:<

<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2104/revisao/850revisao.pdf>>

Acesso em 21 ago 2014.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L., KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications**. Philadelphia: Saunders. 2000.

BULECHEK, G. M; BUTCHER, H. DOCHTERMAN, J. M. **Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CABRAL, G. **Motivação**. Artigo (Adaptado) Disponível

em:<<http://www.brasilecola.com/psicologia/motivacao-psicologica.htm>> Acesso em 12 jul. 2014.

CARMO, L. L. et al. A identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes de uma unidade de clínica médica: fortalecendo práticas e definindo direções rumo à sistematização da assistência de enfermagem, *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, v. 10, Jan./Mar., 2011.

CAROD-ARTAL, F. J. et al. The Stroke Impact Scale 3.0: evaluation of acceptability, reliability, and validity of the Brazilian Version. *Stroke*, v. 39, n. 9, p. 2477-84; 2008. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18635846>> Acesso em 28 jul. 2014.

CARVALHO, E. C. et al. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. *Rev Eletr. Enf.* [Internet], v. 10, n. 1, p. 235-40, 2008.

CAVALCANTE, T. F. et al. Clinical validation of the nursing diagnosis Risk for Aspiration among patients who experienced a cerebrovascular accident. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 21, p. 250-258, 2013. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000700031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700031)> Acesso em 20 maio 2014.

CAVALCANTE, T. F. et al. Demographic Factors and Risk Indicators of Stroke: Comparison Between Inhabitants of Fortaleza Municipal District and the National Profile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 18, p. 703-708, 2010. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000400007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000400007&script=sci_arttext)> Acesso 20 maio 2014.

CAVALCANTE, T. F. et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (Impresso), v. 45, p. 1495-1500, 2011. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/recusp/v45n6/v45n6a31.pdf](http://www.scielo.br/pdf/recusp/v45n6/v45n6a31.pdf)> Acesso em 22 jul. 2014.

CHAU, J. P.; et al. Psychometric properties of the Chinese version of State Self-Esteem Scale: an analysis of data from a cross-sectional survey of patients in the first four months after stroke. *J Clin Nurs*. v. 21, n. 22, p. 3268-75; 2012. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21651632>> Acesso em 22 jul. 2014.

CHAVES, D. B. R. et al. Comunicação verbal prejudicada - investigação no período pós-acidente vascular encefálico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene**, v. 14, p. 877, 2013. Disponível em:< <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1315>> Acesso em 21 maio 2014.

CHAVES, E. C. L. **Angústia espiritual: revisão integrativa de literatura**. 2008; 176 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo: São Paulo, SP; 2008.

CHOI-KWON, S. et al. Poststroke depression and emotional incontinence. **Neurology**. v. 54, n. 9, p. 1805-10; 2000. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10802788>> Acesso em 14 jul. 2014.

COCA, A. et al. Predicting stroke risk in hypertensive patients with coronary artery disease: a report from the INVEST. **Stroke**, v. 39, p. 343-8, 2008. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18162623>> Acesso: 18 maio 2014.

COSTA, A. G. S. et al. Análise do conceito comportamento de prevenção no contexto de doença crônica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, p. 671-676, 2013. Disponível em:< <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10052>> Acesso em 20 maio 2014.

COSTA, A. G. S. et al. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso)**, v. 44, p. 753-758, 2010a. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300029](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300029)> Acesso em 12 maio 2014.

COSTA, A. G. S. et al. Identificação do risco de quedas em idosos após o acidente vascular encefálico. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 14, n. 4, p.684-689, 2010b. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400005)> Acesso 19 maio 2014.

COSTA, A. G. S. **Queda e identificação dos fatores de risco em idosos: estudo de caso-controlado em face de acidente vascular encefálico**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010c.

COSTA, A. G. S. **Resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: validação de indicadores**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M.; Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico, **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.3, p.415-22, maio-jun., 2005. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf)> Acesso: 08 de jun. 2014.

CUMMING, T. B. et al. The effect of very early mobilization after stroke on psychological well-being. **J Rehabil Med**, v. 40, p. 609-14; 2008. Disponível em:<

CURIONI, C. et al. The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 1, p. 9-15, 2009. Disponível em:< [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892009000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892009000100002&script=sci_arttext)>

DICIONÁRIO PRIBERAM, 2014. Disponível em:< <http://www.priberam.pt/DLPO/>> Acesso em 20 maio 2014.

DOCHTERMAN, J.M ; BULECHEK, G. M. **Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FEHRIG, R. J. **Methodos to validate nursing diagnoses**. *Heart & Lung*, v. 16, n. 6, p. 625-9, 1987.

FERNANDES, M. G. M. et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.64, n.6, Nov./Dec.; p.1150-6, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600024>

FERREIRA, A. B. H.. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 6. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004. 1838 p.

FLETEN, B. S. et al. *Geriatría e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Reichmann & Autores Editores, 2005.

FREITAS, R. W. J. F. et al. Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde entre diabéticos. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 365-72, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/10.pdf>> Acesso: 10 maio 2014.

FONSECA, F. B.; RIZZOTTO, M. L. F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto contexto - enferm.** [online], v.17, n.2, p. 365-373, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/20.pdf>> Acesso em 22 jul 2014.

FUJIWARA, T. et al. Development of a new measure to assess trunk impairment after stroke (Trunk Impairment Scale): its psychometric properties. **Am J Phys Med Rehabil**. v. 83, p. 681-8; 2004.

GALVÃO, C. M. Níveis de Evidência. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, editorial, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>> Acesso em 21 ago. 2014.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery**, v. 13, n. 1, p.188-93, 2009. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf) Acesso: 17 jun. 2014.

GUEDES, N. G. **Revisão do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialistas**. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

GUEDES, N. G. et al. Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário em pessoas com hipertensão arterial: análise conceitual. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p.

742-9, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v47n3/0080-6234-reensp-47-3-00742.pdf>> Acesso em 21 ago. 2014.

GOMES, S. R. **Assistência de Enfermagem para a pessoa com Acidente Vascular Cerebral – uma proposta de estudo em Hospital Municipal**. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008. 119 p. Disponível em:< [http://www.bdtd.ndc.uff.br/tde\\_arquivos/32/TDE-2010-10-08T134422Z-2664/Publico/Shirley%20Rangel%20Gomes.pdf](http://www.bdtd.ndc.uff.br/tde_arquivos/32/TDE-2010-10-08T134422Z-2664/Publico/Shirley%20Rangel%20Gomes.pdf)> Acesso: 08 maio 2014.

HACKETT, M. L. et al. Stroke survivors who score below threshold on standard depression measures may still have negative cognitions of concern. **Stroke**. v. 41, p. 478-81; 2010. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20093635>> Acesso em 14 jul. 2014.

HERDMAN, T. H. Uma revisão da literatura neonatal para identificar atributos críticos para diagnósticos de enfermagem de hipotermia. **Rev Rene**, v. 16, n. 6, p. 1242-51, 2013. Disponível em: [www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1502/pdf](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1502/pdf) Acesso: 17 jun. 2014.

HOLANDA, R. H; SILVA, V. M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento hemodialítico. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 37-44, abr./jun.2009. Disponível em:< [http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10\\_2\\_3.html](http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_3.html)> Acesso em 20 jun. 2014.

HOMMEL, M. et al. Cognitive determinants of social functioning after a first ever mild to moderate stroke at vocational age. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**. v. 80, n. 8, p. 876-80; 2009. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19357128>> Acesso em 22 jul. 2014.

HUANG, C. Y. et al. Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. **J Clin Nurs**. v. 19, n. 20, p. 2752-62; 2010. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20846225>> Acesso em 22 jul. 2014.

JOHNSON, M. et al. **Ligações NANDA - NOC - NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p.422.

JUN, E. M.; ROH, Y.H.; KIM, M. J. The effect of music-movement therapy on physical and psychological states of stroke patients. **J Clin Nurs**. v. 22, n. 2, p. 22-31; 2013. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22978325>> Acesso em 22 jul. 2014.

KATAYAMA, M.; et al. Case reports of unexpected suicides in patients within six months after stroke. **Kobe J. Med. Sci.**, v. 56, n. 5, p. 184-94, 2010.

KIM, D. S. et al. Effects of music therapy on mood in stroke patients. **Yonsei Med J**, v. 52, n. 6, p. 977-981; 2011. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22028163>> Acesso em 14 jul 2014.

KIM, M. K.; KANG, S. D. Effects of art therapy using color on purpose in life in patients with stroke and their caregivers. **Yonsei Med J**, v. 54, n. 1, p.15-20; 2013. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23225793>> Acesso em 14 jul. 2014.

KNORR, S., BROUWER, B., GARLAND, S. J. Validity of the Community Balance and Mobility Scale in Community-Dwelling Persons After Stroke. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 91; 2010. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20510980>> Acesso 17 Jun. 2014.

KONECNY, P.; ELFMARK, M.; URBANEK, K. Facial paresis after stroke and its impact on patients' facial movement and mental status. **J Rehabil Med**, v. 43, p. 73-5; 2011. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21174055>> Acesso em 14 jul. 2014.

KUPTNIRATSAIKUL, V. et al. Main outcomes of stroke rehabilitation: a multi-centre study in Thailand. **J Rehabil Med**, v. 41, p. 54-8; 2009. Disponível em :< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19197570>> Acesso em 14 jul. 2014.

LESSMANN, J. C. et al. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n.1, p. 198-202, jan-fev, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a30.pdf>> Acesso: 25 de maio 2014

LIMA, F. E. T. et al. Alterações emocionais presentes nos pacientes que realizaram revascularização do miocárdio. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 4, p. 338-344, 2010. Disponível em:< [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/976/pdf\\_22](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/976/pdf_22)> Acesso em 10 maio 2014.

LIMA, N. M. F. V.; et al. Versão brasileira da Escala de Comprometimento do Tronco: um estudo de validade em sujeitos pós-acidente vascular encefálico. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.15, n.3, p.248-53, jul./set. 2008

LLOYD-JONES et al. Heart disease and stroke statistics 2010 update: a report from the American Heart Association . **Circulation**, v. 121, n. 7, p. 46 -215, 2010. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20019324>> Acesso: 04 jun. 2014.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso)**, v. 66, p. 649-655, 2013. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000500002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000500002&script=sci_arttext)> Acesso em 12 maio 2014.

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected diases. **São Paulo Medical Journal**, v. 123, p. 3-4, 2005. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802005000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802005000100001)> Acesso: 02 jun. 2014.

LUCENA, A. F.; ALMEIDA, M. A. **Classificações de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC no Processo de Enfermagem**. In: SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 35-52.

LUNNEY, M. Critical need to address accuracy of nurses' diagnosis. **Online J Issues Nurs**, v. 13, n. 1, p. 12, 2008. Disponível em:< <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANA->

[Periodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.asas](#)> Acesso: 10 jun. 2014

MACKAY, J.; MENSAH, G. **The atlas of heart disease and stroke**. Geneva, Switzerland : World Health Organization, 2004. Disponível em:<

[http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/)> Acesso: 08 jun. 2014.

MATOS, F. G. O. A.; CRUZ, D. A. L. M. Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43 (Esp), p.1088-97, 2009. Disponível em:<

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000500013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000500013&script=sci_arttext)>

Acesso: 10 jun. 2014.

MATOS, S. S. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico considerado mais característico: angústia espiritual**. 2009; 125f. Tese (Doutorado); Escola de Enfermagem: Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009

MAZAUX; J. M. et al. Communication activity in stroke patients with aphasia. **J Rehabil Med**, v. 45, p. 341–346; 2013. Disponível em:<

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23468019>> Acesso em 14 jul. 2014.

MCGILTON, K. et al. Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. **Int J Older People Nurs**. v. 6, n. 1, p. 13-24; 2011. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21303460>> Acesso em 22 jul. 2014.

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, R. P. et al. Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem, **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n. 2, p. 424-31, abr/jun; 2011. Disponível em:< [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2\\_html\\_site/a26v12n2.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_html_site/a26v12n2.htm)> Acesso: 11 jun. 2014.

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**, Florianópolis v.17, n. 4, p. 758-64, Out-Dez; 2008. Disponível em:<

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>> Acesso: 08 de jun. 2014.

MITCHELL, P. H. et al. Brief Psychosocial-Behavioral Intervention With Antidepressant Reduces Poststroke Depression Significantly More Than Usual Care With Antidepressant: Living Well With Stroke: Randomized, Controlled Trial. **Stroke**. v. 40, p. 3073-8; 2009. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20159122>> Acesso em 14 jul. 2014.

MONTEIRO, E. S. et al. Disfunções sexuais em pacientes após acidente vascular cerebral. **Rev Neurocienc** v, 20, n. 3, p. 462-467, 2012. Disponível em<

<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2003/revisao%2020%2003/704%20revisao.pdf>> Acesso: 28 maio 2014.

MONTEIRO, F. P. M. **Construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde para o crescimento/desenvolvimento: estudo de lactentes**. 2013. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, 936p.

MORAIS, H. C. C. **Alteração da percepção sensorial tátil em portadores de acidente vascular cerebral: análise de conceito**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: Universidade Federal do Ceará (Dissertação): 2014, p. 110.

MORAIS, H. C. C. et al. Identificação do diagnóstico de enfermagem 'risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, v. 33, p. 117-124, 2012. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200017)> Acesso em 10 maio 2014.

MOREIRA, R. P. et al. Acidente vascular encefálico: perfil de indicadores de risco.. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 121-128, 2010a. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_07.pdf)> Acesso em 06 maio 2014.

MOREIRA, R. P. et al. Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnósticos de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 12, n. 3, p. 425-30; 2010b. Disponível em:< [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n3/pdf/v12n3a02.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a02.pdf)> Acesso 11 maio 2014.

MOREIRA, R. P. et al. Validation of the Mobility Nursing Outcome in Stroke Survivors. **International journal of nursing knowledge** <sup>JCR</sup>, v. 24, p. n/a-n/a, 2013a. Disponível em:< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2047-3095.2013.01245.x/abstract>> Acesso 27 maio 2014.

MOREIRA, R. P. **Pacientes com acidente vascular cerebral: validação de definições constitutivas e operacionais construídas para o resultado de enfermagem mobilidade**, 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paul Enferm.** v. 18, n. 3, p. 285-93, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a09v18n3.pdf>> Acesso em 21 jul 2014.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA 2001-2003**. Porto Alegre: Artemed, 2002.

\_\_\_\_\_. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA 2012-2014**. Porto Alegre: Artemed, 2013.

NAPOLEÃO, A. A.; CALDATO, V. G.; PETRILLI FILHO, J. F. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 2, p.286-94, 2009. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>.> Acesso: 22 maio 2014.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Conduas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular encefálico. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 19, p. 107-113, 2011. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/revista/v19n1/v19n1a18.pdf>> Acesso em 24 maio 2014.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Diagnóstico de enfermagem da classe atividade/exercício em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, p. 221, 2012. Disponível em:< <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/4066>> Acesso em 14 maio 2014.

OLIVEIRA, A. R. S. **Validação dos resultados de enfermagem estado de deglutição e prevenção da aspiração em pacientes após acidente vascular cerebral**. 2013. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

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

OSTWALD, S. K. et al. Predictors of resuming therapy within four weeks after discharge from inpatient rehabilitation. **Top Stroke Rehabil.** v. 16, n. 1, p. 80-91; 2009. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748858/>> Acesso em 14 jul. 2014.

OTTENBACHER, K. J. et al. Hospital Readmission in Persons With Stroke Following Postacute Inpatient Rehabilitation. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.** V. 67, n. 8, p. 875-81; 2012. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22389457>> Acesso em 14 jul. 2014.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISS, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 12, n. 1, p. 123-40, 2009. Disponível em:<[www.crde-unati.uerj.br/img\\_tse/v12n1/pdf/art\\_10.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n1/pdf/art_10.pdf)>

PIRES, S. L. et al. Estudos das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 62, p.844-51, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n3b/a20v623b>> Acesso: 19 maio 2014.

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

POMPEO, D. A. **Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato: revisão integrativa**, 2007. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M.; Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 434-8, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>> Acesso: 08 jun. 2014.

PONTES-NETO, O. M. et al. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. **Stroke**, v. 39, p. 292-6, 2008. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18162624>> Acesso: 14 maio 2014.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2009.

QUINTELLA, R. R. Questões acerca do diagnóstico da depressão e sua relação com o campo médico e científico. **Psicol. Argum.** v. 28, n. 60, p. 83-95, jan./mar.; 2010.

RABIN, B. A. et al. Integrative rehabilitation of elderly stroke survivors: the design and evaluation of the *BrightArm*. **Disabil Rehabil Assist Technol.** v. 7, n. 4, p. 323-35; 2012. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22107353>> Acesso em 14 jul. 2014.

REDON, J. et al. Stroke mortality trends from 1990 to 2006 in 39 countries from Europe and Central Asia: implications for control of high blood pressure. **European Heart Journal**, v. 32, p. 1424-31, 2011. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21487117>> Acesso: 12 maio 2014.

RICELLA, R. **O que é motivação**. Artigo Autores, 2005. (Adaptado) Disponível em:< <http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/o-que-e-motivacao/11360/>> Acessado em 18 ago. 2014.

ROACH, S. S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ROCHA, L. A.; SILVA, L. F. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf**, v. 11, n. 3, p. 484-93, 2009. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a04.htm>> Acesso: 24 maio 2014.

ROCHA, P. C. **Qualidade subjetiva do sono e queixa de insônia em pacientes com acidente vascular cerebral**. Mestrado em neurobiologia: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Dissertação), 2008, p.67. Disponível em:< <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/1/7626>> Acesso: 02 jun. 2014.

SANTOS, A. P. et al. Instrumentos de Medida Úteis no Contexto da Avaliação em Fisioterapia. **Revista da ESSA**. v. 1, p.131-156; 2005.

SANTOS, A. S. R.; et al., Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo, **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 141-9. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/16.pdf>> Acesso: 06 jun. 2014.

- SANTOS, I. S. O. **Acidente vascular encefálico: fatores preditores de mortalidade hospitalar e incapacidade**. Doutorado em Ciências: Instituto Dante Pazzanese (Tese), São Paulo: SP, 2013, p.94. Disponível em:<  
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/98/98131/tde-16092013-073028/pt-br.php>> Acesso: 04 jun. 2014.
- SAXENA, S. K. et al. Functional outcomes in inpatient rehabilitative care of stroke patients: predictive factors and the effect of therapy intensity. **Quality in Primary Care**, v. 14, n. 3, p. 145-53; 2006. Disponível em:<  
<http://www.ingentaconnect.com/content/rmp/qpc/2006/00000014/00000003/art00004>> Acesso em 22 jul. 2014.
- SCALZO, P. L. et al. Validação da versão brasileira da Escala de Equilíbrio de Berg para pacientes com a doença de Parkinson. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** [online]. vol.67, n.3b, pp. 831-835, 2009. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2009000500010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2009000500010&script=sci_arttext)> Acesso em 21 ago. 2014.
- SCHEPERS, V. et al. Prediction of depressive symptoms up to three years post-stroke. **J Rehabil Med**, v. 41, p. 930-5; 2009. Disponível em:<  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19841846>> Acesso em 14 jul. 2014.
- SCHMID, A. A. et al. Poststroke depression and treatment effects on functional outcomes. **Neurology**. v.76, n. 11, p. 1000-5; 2011. Disponível em:<  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21403112>> Acesso em 14 jul. 2014.
- SEGURA-MUÑOZ, S. I. Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área de saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002. Ribeirão Preto. **Anais Eletrônico...** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão, 2002. Disponível em:<  
[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200010&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso: 04 jun. 2014.
- SCHULENBERG, S. E.; SCHNETZER, L. W.; BUCHANAN, E. M. The Purpose in Life test-Short Form: Development and psychometric support. **Journal of Happiness Studies**, v. 12, p. 861-76, 2011.
- ILVA, K. L.; NÓBREGA, M. M. L.; FONTES, W. D. Coleta de dados: primeira fase do processo de enfermagem. In: NÓBREGA, M. M. L. ; SILVA, K .L. (Org.). **Fundamento do Cuidar em Enfermagem**. 2ed.Brasília: ABEn, 2009, v. 1, p. 25-40.
- SKIDMORE, E. R. et al. Cognitive and Affective Predictors of Rehabilitation Participation After Stroke. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 91, n. 2, p. 203-7; 2010. Disponível em:<  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20159122>> Acesso em 14 jul. 2014.
- SMITH, P. S.; THOMPSON, M. Treadmill training post stroke: are there any secondary benefits? A pilot study. **Clin Rehabil**. n. 22, p. 11, p. 997-1002; 2008. Disponível em:<  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18955431>> Acesso em 22 jul. 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES (SBDC). Primeiro Consenso Brasileiro para Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo.

**Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 60, p.675-80, 2002. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2002000400032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000400032)>  
 Acesso: 12 jun. 2014.

SOUZA, R. O. **Definições operacionais para o resultado de enfermagem “eficácia da bomba cardíaca” - subsídios para a construção de um instrumento**. 2012, 161f.  
 Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, Niterói: 2012. Disponível em:<  
[http://www.bdttd.ndc.uff.br/tde\\_arquivos/32/TDE-2013-07-24T125932Z-3864/Publico/Rosana%20Oliveira%20de%20Souza.pdf](http://www.bdttd.ndc.uff.br/tde_arquivos/32/TDE-2013-07-24T125932Z-3864/Publico/Rosana%20Oliveira%20de%20Souza.pdf)> Acesso 21 ago. 2014.

STUART, M. et al. Community-Based adaptive physical activity program for chronic stroke: feasibility, safety, and efficacy of the Empoli Model. **Neurorehabil Neural Repair**, v. 23, n. 7, p. 726-34; 2009. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19318465>>  
 Acesso em 14 jul. 2014.

TANG W. K. et al. Cerebral Microbleeds and Depression in Lacunar Stroke. **Stroke**, v. 42, p. 2443-2446; 2011. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21757672>> Acesso em 14 jul. 2014.

TEASDALE, T. W.; ENGBERG, A. W. Suicide after traumatic brain injury: a population study. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 71, p. 436-40, 2001. Disponível em:  
<http://jnnp.bmj.com/content/71/4/436.full> Acesso em 14 ago. 2014.

THOMAS, S. A. et al. Communication and Low Mood (CALM): a randomized controlled trial of behavioural therapy for stroke patients with aphasia. **Clin Rehabil**, v. 27, n. 5, p. 398-408; 2013. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23059701>> Acesso em 22 jul. 2014.

TORNABENI, J.; MILLER, J. F. The power of partnership to shape the future of nursing: the evolution of the Clinical Nurse Leader. **Journal of Nursing Management**, v. 16, p. 608-613; 2008. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18558931>> Acesso: 28 maio 2014.

VITOR, A. F. **Revisão do reultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: análise de conceito e validação por especialistas**. 2010. 210 f. Tese (Doutorado em Enfermagem )- Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

VITOR, A. F.; ARAUJO, T. L. Definições para o resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, p. 1-10, 2011. Disponível em:< <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/14052>>  
 Acesso em 11 maio 2014.

WALKER, L.O.; AVANT, K. C. Concept analysis. In: \_\_\_\_\_. **Strategies for theory construction in nursing**, 5<sup>nd</sup> ed. Pearson, 2011.

VICKERY, C. D. Assessment and correlates of self-esteem following stroke using a pictorial measure. **Clin Rehabil**, v. 20, n. 12, p. 1075-84; 2006. Disponível em:<  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17148519>> Acesso em 22 jul. 2014.

VICKERY, C. D.; SEPEHRI, A.; EVANS, C.C. Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison. **Clin Rehabil.** v. 22, n. 2, p. 179-87; 2008. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18212038>> Acesso em 22 jul. 2014.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. Concept analysis. In: WALKER, L. O.& AVANT, K. C., **Strategies for theory construction in nursing**. Pearson: Prentice Hall, 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>> Acesso: 13 jun. 2014.

WILLEY, J. Z. et al; Early Depressed mood after stroke predicts long-term disability: the Northern Manhattan Stroke Study (NOMASS). **Stroke.** v, 41, n. 9, p. 1896-900; 2010. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20671256>> Acesso em 14 jul. 2014.

WILKINSON, J. M. ; LEUVEN, K. V. **Fundamentos de Enfermagem**. ROCA: São Paulo, SP, 2010, 2300f.

WILSON, J. **Pensar com conceitos**. Tradução de Waldéa Barcellos. 2. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2005.

WILZ G. Predictors of subjective impairment after stroke: influence of depression, gender and severity of stroke. **Brain Inj**, v. 21, n. 1, p. 39-45; 2007. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17364518>> Acesso em 22 jul. 2014.

WONG, G. K. et al. Cognitive domain deficits in patients with aneurysmal subarachnoid haemorrhage at 1 year. **J Neurol Neurosurg Psychiatry.** v. 84, n. 9, p. 1054-8; 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23606736> Acesso em 22 jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEP wiser approach to stroke surveillance**. Geneva, 2006.

YANG, S. Y.; KONG, K. H. Level and predictors of participation in patients with stroke undergoing inpatient rehabilitation. **Singapore Med J**, v. 54, n. 10, p. 564-8; 2013. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24154581>> Acesso em 14 jul. 2014.

YOZBATIRAN, N.; CRAMER, S. C. Image motor recovery after stroke. **NeuroRX**, v.3, p.482-8, 2006.

ZHANG W. N. et al. A Prospective Study of the Incidence and Correlated Factors of Post-Stroke Depression in China. **PLoS One.** v. 8, n. 11, p. 78981; 2013. Acesso: 21 maio 2014. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0078981> Acesso em 14 jul. 2014.

**APÊNDICE**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA, ADAPTADO DO ESTUDO DE CHAVES (2008)**

1) Identificação do estudo

Título do artigo:

Autores/Formação:

Periódico, volume, número, páginas e ano:

País/Idioma de estudo:

2) Características Metodológicas

a) Objetivo de estudo:

b) Tipo de publicação:

Qualitativa

Etnográfica  Fenomenologia  Teoria Fundamentada  Outras

Quantitativa

Experimental  Quase-experimental  Não-experimental

Estudo de revisão:

narrativa  sistemática  integrativa  meta-análise

Relato de experiência

Reflexão teórica

Outro: \_\_\_\_\_

c) População-alvo:

Amostra:  Aleatória  Conveniência Tamanho inicial: \_\_\_\_ Final: \_\_\_\_

Características: idade média: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Critérios de inclusão  Sim  Não

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

Critérios de exclusão:  Sim  Não

d) Coleta de dados

Instrumento:  Sim  Não Tipo: \_\_\_\_\_

Foco de análise ou variáveis de estudo: \_\_\_\_\_

3) Resultados

a) Descrição:

4) Análise dos dados

Descritiva  Inferencial

a) Descrição

5) Conclusões de estudo

a) Descrição

6) Implicações para a enfermagem

a) Descrição

- 7) O estudo aponta a presença de viés  
( ) Sim ( ) Não
- 8) Níveis de evidencia:  
( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) VI ( ) VII
- 9) Conceito de Sentimento de Impotência  
Atributos críticos:  
Antecedentes:  
Consequentes:  
Definição constitutiva:
- 10) Características definidoras para o Sentimento de Impotência:  
Definição operacional  
Definição constitutiva:
- 11) Fatores relacionados para o Sentimento de Impotência:  
Definição operacional  
Definição constitutiva: