

de Sousa Costa, Alice Gabrielle; de Souza Oliveira, Ana Railka; Coelho Alves, Felipe Emmanuel; Resende Chaves, Daniel Bruno; Pessoa Moreira, Rafaella; Leite de Araujo, Thelma

Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 44, núm. 3, septiembre, 2010, pp. 753-758

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033305028>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,

ISSN (Versão impressa): 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico*

NURSING DIAGNOSIS: IMPAIRED PHYSICAL MOBILITY IN PATIENTS WITH STROKE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA: MOVILIDAD FÍSICA DISMINUIDA EN PACIENTES AFECTADOS POR ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Alice Gabrielle de Sousa Costa¹, Ana Railka de Souza Oliveira², Felipe Emmanuel Coelho Alves³, Daniel Bruno Resende Chaves⁴, Rafaella Pessoa Moreira⁵, Thelma Leite de Araujo⁶

RESUMO

O estudo teve como objetivo investigar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada em pacientes com AVE. Estudo exploratório, desenvolvido em unidades de reabilitação, de novembro de 2007 a março de 2008, por meio de entrevista e exame físico. A Taxonomia II da NANDA foi utilizada para a identificação do diagnóstico. Foram avaliados 121 indivíduos, com idade média de 62,1 anos, 52,3% homens, com média de 1,5 episódio de AVE em 3,4 anos. O diagnóstico esteve presente em 90%, com média de 5,8 características definidoras. Dificuldade para virar-se foi a característica mais presente, e 3,4 fatores foram relacionados por paciente, com destaque para a Força muscular diminuída, além de Prejuízos neuromusculares (100%). Destaca-se a necessidade de focar-se esse diagnóstico no planejamento das intervenções após o AVE, com vistas à promoção da saúde desses pacientes.

DESCRIPTORES

Diagnóstico de enfermagem.
Acidente cerebral vascular.
Atividade motora.

ABSTRACT

The study aimed to investigate the occurrence of Nursing Diagnosis Impaired Physical Mobility in patients with stroke. This exploratory study was developed at rehabilitation units from November 2007 to March 2008, through an interview and physical examination. Nursing diagnoses were made using NANDA Taxonomy II. A total 121 patients were evaluated. Subjects' average age was 62.1 years, 52.3% were males with an average 1.5 stroke events in 3.4 years. The diagnosis was present in 90%, with an average of 5.8 defining characteristic. Difficulty turning was the most present characteristic and there were 3.4 related factors per patient, and most reported decreased strength and endurance besides neuromuscular impairment (100%). There should be a closer look towards this diagnosis when planning interventions after a stroke with aiming at health promotion for these patients.

KEY WORDS

Nursing diagnosis.
Stroke.
Motor activity.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo investigar la ocurrencia del diagnóstico de enfermería Movilidad física disminuida en pacientes con AVE. Estudio exploratorio, desarrollado en unidades de rehabilitación, desde noviembre de 2007 a marzo de 2008, a través de entrevistas y exámenes físicos. Para la identificación del diagnóstico se utilizó la Taxonomía II de la NANDA. Fueron evaluados 121 individuos, con edad media de 62,1 años, 52,3% hombres, con un promedio de 1,5 episodios de AVE en 3,4 años. El diagnóstico se verificó en el 90%, con una media de 5,8 características distintivas. La dificultad para darse vuelta fue la característica más presente, con 3,4 factores relacionados por paciente, con relevancia de la fuerza muscular disminuida, además de trastornos neuromusculares (100%). Se destaca la necesidad de enfocarse ese diagnóstico en el planeamiento de las intervenciones posteriores al AVE, en vistas a la mejoría de la salud de dichos pacientes.

DESCRIPTORES

Diagnóstico de enfermería.
Acidente cerebrovascular.
Actividad motora.

* Extraído da dissertação "Acidente vascular encefálico: análise dos diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício", Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, 2008. ¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES. Fortaleza, CE, Brasil. alice_gabrielle@yahoo.com ² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES. Fortaleza, CE, Brasil. Ceara_railkaufc@yahoo.com.br ³ Enfermeiro Assistencial do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Fortaleza, CE, Brasil. filipeemmanuel@yahoo.com.br ⁴ Enfermeiro Assistencial do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Fortaleza, CE, Brasil. dbresende@yahoo.com.br ⁵ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. rafaellapessoa@hotmail.com ⁶ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) apresenta-se como enfermidade de alto potencial incapacitante, presente, sobretudo, nos grupos etários de 60 anos a mais. A este grupo, por sua vez, somam-se as alterações fisiológicas inerentes à idade, como diminuição da força muscular e dos reflexos tendinosos profundos, além de dificuldade no equilíbrio corporal e mudanças na marcha.

No Brasil, o número de indivíduos acometidos por AVE é significativo. Nesse âmbito, a contínua investigação das necessidades de saúde dessa clientela reveste-se de considerável importância. Destaca-se, assim, a etapa diagnóstica do processo de enfermagem, com vistas à identificação das principais características definidoras e elaboração posterior de um plano de ações eficaz e individualizado.

Ressalta-se a escassez de trabalhos realizados no país sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes que sobreviveram a essa patologia. Estudar diagnósticos de enfermagem, mais especificamente mobilidade física prejudicada em sobreviventes desse agravo de saúde, denota importância e contribui para a prática da enfermagem baseada em evidências.

OBJETIVOS

Investigar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, em pacientes com acidente vascular encefálico, no período de reabilitação e identificar as principais características definidoras e fatores relacionados de tal diagnóstico.

REVISÃO DA LITERATURA

O processo de enfermagem tem representado o principal instrumento metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional. Por diagnóstico de enfermagem, entende-se uma etapa desse processo, responsável por fornecer meios para propor intervenções de responsabilidade exclusiva do enfermeiro quanto aos problemas de saúde detectados. Além de ser instrumento de trabalho desses profissionais, proporciona o uso de linguagem própria e facilita a comunicação com os pacientes⁽¹⁾.

Atualmente são encontrados sistemas diversos de classificação de Diagnósticos de Enfermagem (DE), como a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). A edição da NANDA (2008), utilizada no estudo em discussão, contempla a estrutura taxonômica II, com 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos de enfermagem.

Desses domínios, o Atividade/Repouso possui cinco classes. Uma dessas é denominada Atividade/Exercício e con-

grega onze diagnósticos de enfermagem aprovados. Essa classe é definida como mover partes do corpo (mobilidade), realizar trabalho ou desempenhar ações com frequência (mas não sempre) contra resistência⁽²⁾.

Entre os diagnósticos dessa classe, inclui-se o de Mobilidade física prejudicada, conceituado como uma limitação no movimento físico corporal, seja independente ou voluntário, de uma ou mais extremidades⁽²⁾.

De modo geral, a mobilidade afetada é vista, dentro de uma perspectiva funcional, pela inabilidade do indivíduo em se mover livremente. Essa inabilidade pode variar entre indivíduos em condições semelhantes e, em um mesmo indivíduo, em épocas diferentes. Embora a limitação física possa se manifestar de forma súbita ou lentamente, conforme sua extensão e duração, pode ser um fator contribuinte para uma série de problemas de saúde, variáveis desde o déficit do autocuidado à interação social prejudicada.

A presença do diagnóstico Mobilidade física prejudicada implica problemas como a mudança na marcha, que pode gerar um risco aumentado para quedas, além da maior dependência quanto às atividades de vida diária, impossibilidade de retorno às atividades laborais, dificuldade para movimentar-se no próprio domicílio, assim como no entorno de casa e para outros locais⁽³⁾.

Nesse contexto, uma das doenças que geralmente interferem na mobilidade do paciente é o acidente vascular encefálico, considerado um dos graves problemas de saúde pública, em razão da sua magnitude, transcendência e contribuição à letalidade de adultos e geração de incapacidades graves e dependência⁽⁴⁾.

Especificamente, o AVE é uma doença dos neurônios motores superiores e pode resultar na perda do controle voluntário em relação aos movimentos motores. Como os neurônios motores superiores decussam (cruzam), um distúrbio do controle motor voluntário em um lado do corpo pode refletir a lesão dos neurônios motores superiores no lado oposto do cérebro. Neste caso, a disfunção motora mais comum é a hemiplegia, em decorrência da lesão do lado oposto do cérebro. Outro sinal é a hemiparesia ou fraqueza de um lado do corpo⁽⁵⁾.

MÉTODO

Estudo transversal com análise quantitativa, realizado em oito sedes da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR), localizadas na cidade de Fortaleza, com os dados coletados de novembro de 2007 a março de 2008.

Na seleção dos participantes foram atendidos os seguintes critérios: ter apresentado pelo menos um episódio de acidente vascular encefálico, com diagnóstico confirmado

Estudar diagnósticos de enfermagem, mais especificamente mobilidade física prejudicada em sobreviventes [de AVE], denota importância e contribui para a prática da enfermagem baseada em evidências.

por médico; não estar em fase de hospitalização; ter idade acima de 18 anos; aceitar participar do estudo de forma voluntária e, após o esclarecimento dos objetivos, haver assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram incluídos todos os pacientes que atenderam aos critérios propostos.

Os dados foram coletados com a fonte de tipo primário, diretamente com o paciente sempre que este estivesse em condições de fornecer todas as informações e, em caso contrário, com o acompanhante.

Para isso, utilizou-se um formulário, o qual foi submetido anteriormente à opinião de dois enfermeiros especialistas no cuidado aos pacientes com acidente vascular encefálico, para aparência e conteúdo, incorporando as sugestões apresentadas. Os pacientes foram avaliados por entrevista e exame físico. A entrevista permitiu a obtenção de dados sociodemográficos e a investigação dos indicadores de risco.

No exame físico investigaram-se a força muscular, reflexos tendinosos profundos e capacidade de execução de atividades motoras finas, como desenhar, recortar, encaixar e apreender objetos. Utilizaram-se também o Índice de Barthel e o cálculo de massa corporal.

Em relação à análise dos dados, a força muscular foi testada pela avaliação da capacidade do paciente de flexionar ou estender os membros contra uma resistência. Para classificação desta força, utilizou-se uma escala de cinco pontos: nenhuma contração (0); força contrátil mínima (1); capacidade de mover, mas não de superar a força da gravidade (2); força apenas suficiente para superar a força da gravidade (3); força adequada, mas não total (4); força plena de contração (5)⁽⁶⁾.

Para avaliação dos reflexos tendinosos profundos realizou-se um estímulo súbito com martelo de reflexo tipo Buck que causa o estiramento do músculo. Seguiu-se, então, a classificação da resposta mediante a seguinte escala: impulsos ausentes (0); impulsos diminuídos (+1); impulsos normais (+2); impulsos aumentados, mas que podem ser normais (+3); impulsos hiperativos (+4)⁽⁷⁾.

O Índice de Barthel, especificamente o item subir escadas, classificado como: incapaz (0); precisa de ajuda verbal, física, ou de suporte (5); independente (10), também foi utilizado para avaliar a mobilidade dos pacientes. Esse índice foi validado e mede a independência funcional e a mobilidade em doentes com patologias crônicas, como no acidente vascular encefálico⁽⁸⁾.

Para o cálculo de massa corporal foi adotado o Índice de Massa Corporal, que classifica os valores em: Baixo peso < 18,5; Normal - 18,5 a 24,9; Sobrepeso - 25 a 29,9; Obesidade grau I - 30 a 34,9; Obesidade grau II - 35 a 39,9; Obesidade grau III (obesidade extrema) ≥ 40 ⁽⁹⁾.

Os dados coletados nas entrevistas e exames físicos possibilitaram a elaboração do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, que possui as seguintes ca-

racterísticas definidoras: Amplitude limitada do movimento; Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas; Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas; Dificuldade para virar-se; Dispnéia ao esforço; Engaja-se em substituições de movimentos; Instabilidade postural; Movimentos descontrolados; Movimentos lentos; Movimentos não-coordenados; Mudanças na marcha; Tempo de reação diminuído e Tremor induzido pelo movimento⁽²⁾.

Além das características definidoras, a NANDA propõe, para este diagnóstico, os seguintes fatores relacionados: Ansiedade; Atraso de desenvolvimento; Conhecimento deficiente quanto ao valor da atividade física; Contraturas; Controle muscular diminuído; Crenças culturais em relação à atividade apropriada para a idade; Descondicionamento; Desconforto; Desnutrição; Desuso; Diminuição da massa muscular; Dor; Enrijecimento das articulações; Estado de espírito depressivo; Estilo de vida sedentário; Falta de suporte socioambiental (por exemplo: físico ou social); Índice de massa corporal acima dos 75% apropriados para a idade; Intolerância à atividade; Medicamentos; Metabolismo celular alterado; Perda de integridade de estruturas ósseas; Prejuízo cognitivo; Prejuízos musculoesqueléticos; Prejuízos neuromusculares; Prejuízos sensorio-perceptivos; Relutância em iniciar o movimento; Resistência cardio-vascular limitada; Resistência diminuída e Resistências prescritas de movimento⁽²⁾.

No processo de inferência diagnóstica, os dados coletados na entrevista e no exame físico foram individualmente avaliados e discutidos pelos pesquisadores, buscando-se o consenso. Depois foram preenchidos dois instrumentos, um referente às características definidoras e à presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem e outro referente aos fatores relacionados. Os dados foram, então, compilados no software Excel, em forma de planilhas, apresentados em tabelas e analisados descritivamente, com base na literatura pertinente.

Em face dos aspectos administrativos e éticos da pesquisa científica, o trabalho iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), cumprindo as recomendações da resolução 196/96 referentes às pesquisas desenvolvidas com seres humanos⁽¹⁰⁾, sob o número de protocolo 211/7.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e compromissos dos pesquisadores em relação ao sigilo, justiça, beneficência e não-maleficência e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, concordando em participar de forma voluntária do estudo.

RESULTADOS

No presente estudo foram avaliados 121 pacientes que sobreviveram ao acidente vascular encefálico e realizavam atividades de reabilitação. Desses, 109 (90%) apresentaram

o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada e seus dados foram analisados no estudo, como ilustra a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes com DE Mobilidade física prejudicada segundo os dados sociodemográficos, quantidade de AVE, tempo do último AVE e tempo de acompanhamento na ABCR - Fortaleza - 2008

| Variáveis | N | % |
|---|--------------|-----------------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 57 | 52,3 |
| Feminino | 52 | 47,7 |
| Estado civil | | |
| Com companheiro | 58 | 53,2 |
| Sem companheiro | 51 | 46,8 |
| Situação ocupacional | | |
| Aposentado/pensionista | 75 | 68,8% |
| Desempregado | 10 | 9,1% |
| Autônomo | 2 | 1,8% |
| | Média | DP¹ |
| Idade | 62,1 | 11,9 |
| Escolaridade | 5,6 | 4,4 |
| Renda familiar | 1017 | 889 |
| Quantidade de AVE ² | 1,5 | 1,1 |
| Tempo do último AVE ² | 41,2 | 88,8 |
| Tempo que frequenta a ABCR ³ | 27,7 | 61,2 |

¹ DP - Desvio Padrão. ² AVE - Acidente Vascular Encefálico. ³ ABCR - Associação Beneficente de Reabilitação.

Conforme os dados, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (52,3%), com idade média de 62,1 anos ($\pm 11,9$), possuía companheiro (53,2%), encontrava-se sem ocupação (77,9%) ou não referiu esse dado (20,1%). 86,2% referiram ainda a presença de algum tipo de cuidador.

A seguir, a Tabela 2 mostra a distribuição das características definidoras do referido diagnóstico presente nos pacientes com acidente vascular encefálico.

Tabela 2 - Distribuição das características definidoras encontradas nos pacientes com DE mobilidade física prejudicada - Fortaleza - 2008

| Características Definidoras | N | % |
|---|-------------------------|------|
| Dificuldade para virar-se | 97 | 88,9 |
| Tempo de reação diminuído | 95 | 87,1 |
| Movimentos não-coordenados | 91 | 83,5 |
| Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas | 71 | 65,1 |
| | P 75¹ | |
| Tremor induzido pelo movimento | 62 | 56,9 |
| Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas | 54 | 49,5 |
| Dispneia aos esforços | 52 | 47,7 |
| | P 50² | |
| Movimentos descontrolados | 32 | 29,3 |
| Mudanças na marcha | 31 | 28,4 |
| Amplitude limitada de movimento | 27 | 24,8 |
| | P 25³ | |
| Engaja-se em substituições de movimentos | 16 | 14,7 |
| Movimentos lentos | 4 | 3,7 |

¹P75 - Percentil 75. ²P50 - Percentil 50. ³P25 - Percentil 25.

Tabela 3 - Distribuição dos fatores relacionados ao DE Mobilidade física prejudicada identificados nos pacientes com acidente vascular encefálico - Fortaleza - 2008

| Fatores Relacionados | N | % |
|---|-------------------------|------|
| Força muscular diminuída | 109 | 100 |
| Prejuízos neuromusculares | 109 | 100 |
| | P 75¹ | |
| Prejuízos sensorio-perceptivos | 52 | 47,7 |
| Contraturas | 21 | 19,3 |
| | P 50² | |
| Enrijecimento das articulações | 18 | 16,5 |
| Prejuízo cognitivo | 16 | 14,7 |
| Desuso | 13 | 11,9 |
| Controle muscular diminuído | 12 | 11 |
| Diminuição da massa muscular | 8 | 7,3 |
| | P 25³ | |
| Estilo de vida sedentário | 3 | 2,7 |
| Ansiedade | 2 | 1,8 |
| Resistência diminuída | 2 | 1,8 |
| Descondicionamento | 1 | 0,9 |
| Prejuízos musculoesqueléticos | 1 | 0,9 |
| Dor | 1 | 0,9 |
| Índice de massa corporal acima dos 75% apropriados para a idade | 1 | 0,9 |

¹P75 - Percentil 75. ²P50 - Percentil 50. ³P25 - Percentil 25.

De acordo com a tabela, observou-se média de 5,8 características definidoras por paciente. Destas, sobressaíram as seguintes: Dificuldade para virar-se (88,9%), Tempo de reação diminuído (87,1%), Movimentos não-coordenados (83,5%) e Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas (65,1%). Quanto à característica Instabilidade postural, não foi identificada em nenhum dos pacientes. Na Tabela 3, consta a distribuição dos fatores relacionados ao DE Mobilidade física prejudicada nos pacientes com AVE.

Dentre os trinta fatores relacionados que compõem o diagnóstico estudado, identificou-se a presença de dezesseis, com média de 3,4 por paciente. A maior parte desses fatores foi identificada em menos de 40% dos pacientes. Força muscular diminuída (100%), Prejuízos neuromusculares (100%) e Prejuízos sensorio-perceptivos (47,7%) foram os fatores relacionados mais presentes na população com o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada.

DISCUSSÃO

O alto percentual encontrado do diagnóstico de enfermagem foi corroborado por estudo realizado em Goiânia sobre a presença dos diagnósticos de enfermagem do Padrão Mover em 75 idosos atendidos pelo Programa de Saú-

de da Família. Neste, alguns indivíduos apresentaram o acidente vascular encefálico, a média de diagnósticos de enfermagem foi de 7,43, dos quais Mobilidade física prejudicada foi o mais frequente (92,2%)⁽¹¹⁾.

Em estudo sobre validação clínica do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada em dez idosos institucionalizados, a diminuição da capacidade de mover-se significativamente no ambiente foi identificada. Tal fato pôde ser explicado levando-se em conta as mudanças fisiológicas no aparelho muscular esquelético decorrentes do envelhecimento e passíveis de ser acentuadas na presença de patologias que tenham implicações na área motora ou do desuso⁽¹²⁾.

Quanto às características definidoras mais observadas, alguns autores abordam o fato segundo o qual pacientes com AVE podem evidenciar reflexos tendinosos profundos hiperativos, diminuição ou ausência dos reflexos superficiais e presença de reflexos patológicos, levando o indivíduo a executar movimentos não-coordenados e descontrolados. Esta diminuição dos reflexos superficiais da clientela acarreta também um tempo de reação diminuído quando na existência de determinado estímulo. Assim, há demora na manifestação de reação⁽⁵⁾.

Por sua vez, a presença de movimentos não-coordenados, lentos ou descontrolados, pode ainda ocasionar alterações no equilíbrio de um indivíduo. Tais alterações no equilíbrio foram apontadas em estudo como problemas relativamente comuns na população idosa. Essas alterações levam a importante limitação na realização das atividades de vida diária e são a principal causa de quedas nessas pessoas⁽¹³⁾.

Vale ressaltar que em virtude de um processo fisiológico, a mobilidade física encontra-se prejudicada mesmo nos idosos saudáveis. Contudo, a ocorrência de um acidente vascular encefálico pode intensificar esse déficit motor.

Diante das alterações neurológicas já mencionadas, o paciente também pode sentir dificuldade para desempenhar as atividades motoras finas, como desenhar, recortar, encaixar, fazer a preensão dos objetos, assim como desempenhar as atividades motoras grossas, pois custa-lhe manter controle cefálico (levantar a cabeça) e movimentar-se. Além disso, seus movimentos são lentificados⁽⁵⁾.

Em decorrência das disfunções motoras como hemiplegia e hemiparesia, estes indivíduos podem manifestar fraqueza progressiva e desenvolver atrofia por desuso, fato capaz de aumentar as dificuldades resultantes do próprio déficit motor e gerar incapacidade adicional até para virar-se no leito. Isto ainda propicia outros agravos, como úlcera de pressão, quando a mudança de decúbito não é feita de forma adequada⁽⁶⁾.

A coordenação motora resulta da integridade neuromuscular. Conseqüentemente, a falta de integridade do sistema nervoso e/ou muscular reduz a capacidade de executar movimentos voluntários e produtivos⁽⁵⁾. Dessa forma, o

fator relacionado ao AVE, prejuízos neuromusculares, pode levar à capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas e/ou grossas do indivíduo, características definidoras componentes do diagnóstico investigado.

Como observado, a força muscular diminuída foi um fator relacionado encontrado em 100% da população do estudo. Tal fator pode tornar árdua ou impossível a execução de tarefas como levantar o próprio corpo de uma cadeira, sentar-se no vaso sanitário, sair da cama, carregar compras e até mesmo destampar uma garrafa⁽¹⁴⁾.

Dessa maneira, os pacientes podem passar a depender de outras pessoas para desempenhar atividades básicas, e ficarem susceptíveis à perda de sua autonomia e qualidade de vida. Nesse caso, para evitar atrofiamento dos músculos, exige-se a realização de exercícios.

As propriedades dos músculos dependem da função neurológica intacta. Quando ocorre lesão do neurônio motor superior, o treinamento muscular será necessário para melhorar tanto a eficiência e a capacidade da geração de força dos músculos fracos, como a função motora. Aumentos da força por meio de programas de treinamentos resistidos nos membros inferiores são associados com a melhora da velocidade da marcha, das tarefas funcionais como sentar e levantar, subir escadas, fazer caminhadas e atividades manuais, além de ter efeito, também, nas funções psicológicas, sempre com vistas à recuperação do paciente⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A recuperação completa das seqüelas do AVE está associada a vários fatores, como área cerebral atingida, idade, tempo entre os sinais de AVE e atendimento, e, após a fase aguda, o tempo de início das atividades de reabilitação. Há inter-relação entre vários fatores, alguns de difícil controle, para determinar o que leva alguns casos a uma total recuperação e outros, a severa dependência.

Assim, o enfermeiro deve atuar e proporcionar uma assistência voltada às necessidades dessa clientela, com ações como orientar e ensinar, levando em consideração as limitações decorrentes da patologia, assim como as relativas às possíveis mudanças nos hábitos de vida. Esse profissional deve, ainda, estar atento ao estabelecimento de diagnósticos de enfermagem acurados, correspondentes aos reais problemas apresentados pelo paciente, no intuito de tornar possível a realização das atividades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde, tendo em vista a promoção de sua saúde.

CONCLUSÃO

Como evidenciou-se, o diagnóstico Mobilidade física prejudicada foi encontrado em 109 (90%) participantes, dos quais 52,3% eram do sexo masculino, com idade média de 62,1 anos ($\pm 11,9$), em sua maioria possuíam companheiro (a), no momento encontravam-se sem ocupação e com presença de cuidador.

As características definidoras mais observadas foram: Dificuldade para virar-se, Tempo de reação diminuído, Movimentos não-coordenados e Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas. Vale ressaltar que a característica Instabilidade postural não foi verificada em nenhum dos pacientes.

Quanto aos fatores relacionados, Força muscular diminuída e Prejuízos neuromusculares foram identificados em 100% da população do estudo.

Concluído este artigo, sugere-se a realização de estudos nos quais se priorizem as necessidades desses indivíduos, e voltados, sobretudo, a um atendimento individualizado,

com consultas mais focadas, que culminem em ações mais eficazes centradas na reabilitação.

Destaca-se, enfim, a importância da etapa diagnóstica do processo de enfermagem, com vistas à identificação das principais características definidoras e à elaboração de um plano de ações eficaz e individualizado.

Para o estabelecimento de intervenções passíveis de produzir resultados adequados, urge a formação de parcerias que incluam desde o âmbito familiar e o profissional, assim como o político, com a finalidade de buscar condições destinadas a beneficiar esses indivíduos, no intuito de maximizar suas capacidades funcionais e garantir sua dignidade e auto-estima.

REFERÊNCIAS

1. Lira ALBC. Diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados renais de um hospital universitário de Fortaleza-Ceará. 2005 [dissertação]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2005.
2. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004;4(1):95-102.
4. Ramírez MH. Condições de vida e saúde de idosos com acidente vascular cerebral. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
5. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares cerebrais; v. 2, p.1996-2020.
6. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Princípios e práticas da reabilitação; v. 1, p. 166-98.
7. Andris DA. Semiologia: bases para a prática assistencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
8. Azeredo Z, Matos E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. Rev Fac Med Lisboa. 2003;8(4):199-204.
9. Burke LE. Hipertensão arterial. In: Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU. Enfermagem em cardiologia. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2005. p. 1007-18.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.
11. Araújo LAO, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 39(1):53-61.
12. Bachion MM, Araújo LAO, Almeida AAMC, Santana RF. Estudo preliminar de validação clínica do diagnóstico de enfermagem "mobilidade física prejudicada" em idosos institucionalizados. Rev Eletr Enferm [periódico na Internet]. 2001 [citado 2009 jul. 7]; 3(2). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/preliminar.html.
13. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. Rev Bras Cienc Mov. 2005; 13(1):37-44.
14. Bachion MM, Araújo LAO, Santana RF. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem "Mobilidade Física Prejudicada" em idosos: uma contribuição. Acta Paul Enferm. 2002;15(4):66-72.
15. Morris SL, Dodd KJ, Morris ME. Outcomes of progressive resistance strength training following stroke: a systematic review. Clin Rehabil. 2004;18(1):27-39.
16. Guimarães RM, Pereira JS, Batista LA. Fortalecimento do músculo solear: impacto na cinemática da marcha de indivíduos hemiparéticos. Fisiot Mov. 2007;20(3):11-6.