



CENTRO DE SAÚDE DA QUINTA GRANDE

PROGRAMA DE MELHORIA CONTINUA
DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
“CUIDAR DO OMBRO DA PESSOA ACOMETIDA POR AVC”



Enfermeira:

Dulce Rodriguez

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	3
1. Identificar e descrever o problema.....	4
2. Perceber o problema e dimensioná-lo	7
3. Formular objectivos iniciais.....	19
3.1. Objetivo Geral.....	19
3.2. Objetivos específicos	19
4. Perceber as causas.....	21
4.1 Análise de causa e efeito	23
5. Planear e executar as tarefas/atividades	25
5.1 Programa melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem	25
5.2 Fluxograma.....	27
5.3 Cronograma de atividades	28
5.4 Critérios	29
6. Verificar os resultados	31
6.1 Género.....	31
6.2 Faixa etária	32
6.3 Escalas de avaliação da dor.....	33
6.4 Incidência da dor no ombro	33
6.5 Prevalência da dor no ombro.....	34
6.6 Tónus Muscular	35
6.7 Força muscular.....	36
6.8 Amplitude do movimento articular do ombro.....	37
6.9 Nível de dependência segundo Índice de Barthel.....	39
6.10 Evolução do nível de dependência nas AVD's segundo I. Barthel no OD	40
6.11 Evolução do nível de dependência nas AVD's segundo I. Barthel no risco de OD .	42
6.12 Utilização de ajudas técnicas por AC segundo o IB no domínio da prevenção do OD nos utentes com OD	43
6.13 Utilização de ajudas técnicas por AC segundo o IB no domínio da prevenção do OD nos utentes com risco de OD	45
6.14 Conhecimento sobre prevenção do OD e utilização de ajudas técnicas.	46
7. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa	48
8. Reconhecer e partilhar o sucesso.....	49
9. CONCLUSÃO	50
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

0. INTRODUÇÃO

A prevenção de complicações é uma preocupação dos enfermeiros na procura permanente da excelência dos cuidados de enfermagem (Ordem Enfermeiros, 2001).

Neste sentido por termos constatando a elevada incidência do acidente vascular cerebral (AVC) na Freguesia da Quinta Grande, e que deste resultam muitas sequelas, sentimos a motivação para direccionar este projeto para a prevenção de uma grave complicação do AVC denominada de ombro doloroso (OD), dor no ombro do hemicorpo afetado.

Toda a pessoa que é acometida por um AVC carece de cuidados de enfermagem, em todas as vertentes do cuidar, seja preventivo, curativo ou até á adaptação de uma nova situação de vida, tal como afirma Benjamin et al (2000).

O objectivo fundamental deste estudo é prevenir o OD pós AVC, com a finalidade de proporcionar um melhor nível de qualidade de vida ao utente acometido por AVC e família. Pretendemos identificar a incidência do OD pós AVC, aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno em estudo, e prevenir / minimizar e tratar o utente com OD pós AVC.

Este programa de melhora contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem está direccionado para o padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem “a prevenção de complicações”, definido pela Ordem dos Enfermeiros (2001).

Organizaremos o projeto segundo o Esquema PDCA ou de Deming, conforme orientado pelo Concelho de Enfermagem Regional (2014).

Este estudo é de carácter prospectivo, do tipo exploratório descritivo, inserido numa perspectiva quantitativa.

A nossa população alvo foi os utentes acometidos por AVC inscritos no centro de saúde da Quinta Grande, num total de 23 utentes, desde Maio a Dezembro de 2014.

Identificamos variáveis de atributo, género, faixa etária, dor, tónus muscular, força muscular, amplitude articular, grau de dependência segundo o I. Barthel, ajudas técnicas para o autocuidados, conhecimento sobre ajudas técnicas e prevenção do OD. E a variável em estudo, o ombro da pessoa acometida por AVC.

Efectuamos a revisão da literatura através de estudos científicos publicados em bases de dados nomeadamente na EBSCO HOST (Cinahl, Medline, Academic Search Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects,) e Scielo.

Para localizar os estudos na base de dados EBSCO, foram utilizadas as palavras-chave *post stroke shoulder pain*, enquanto na Scielo as palavras-chave foram *ombro doloroso*.

Foram incluídos os estudos que analisavam e descreviam intervenções relativamente à prevenção, reabilitação e tratamento do OD, da problemática da dor no ombro na pessoa acometida por AVC e funcionalidade do membro superior afetado. É de realçar a escassez de estudos encontrados sobre esta temática que contemplassem somente a prática da enfermagem, pelo que os estudos incluídos abordam este tema em conjunto com a visão de outros profissionais de saúde.

A colheita de dados foi contínua desde a primeira consulta, efectuada no centro de saúde ou no domicílio, consoante a capacidade do utente se deslocar ao Centro de saúde. Os dados colhidos na última consulta permitiram observar a evolução obtida.

Os aspectos éticos foram salvaguardados, assegurando cuidados justos e equitativos.

Análise estatística dos dados foi realizada através do programa de tratamento de dados Microsoft Excel 2010.

Identificar e descrever o problema

As sequelas e consequências do AVC são várias, deste resultam várias limitações, sofrimento multidimensional e altos encargos económicos, não só para a pessoa como também para a família, sociedade e sistema de saúde.

A pessoa acometida por AVC está altamente predisposta ao desenvolvimento de problemas secundários e complicações de acordo com a sua condição física e de saúde e com a gravidade da afeção pela qual foi acometida, o que muitas vezes representa um obstáculo à sua reabilitação. Podem também surgir problemas motores e sensoriais secundários à hemiplegia tais como síndrome ombro-mão, ombro doloroso, subluxação e edema da mão (Cancela, 2008).

Piassaroli et al (2012) afirma que a dor no ombro é extremamente comum após o AVC, em 70 a 84% dos casos. Dor associada ao movimento, e em casos graves ao repouso.

Na fase inicial do AVC a musculatura flácida, decorrente da perda do controle motor, torna o ombro muito susceptível a vários graus de lesões, principalmente por estiramento e posicionamento inadequado do membro superior. Alguns doentes têm dificuldade em manter o posicionamento orientado (Horn et al, 2003).

O OD é provavelmente a complicação musculoesquelética mais frequente pós AVC (Santos & Festas, 2008), assim vários tipos de comprometimento nas atividades de vida diária podem ser identificados na pessoa pós AVC, como a alimentação, higiene, vestir e despir, pela ausência ou diminuição da força e alteração do tônus muscular, além da presença de sinergismo patológico que dificulta o movimento adequado do membro superior para a realização dessas atividades (Valente et al, 2006).

Segundo a OMS (2003), no período inicial após o AVC o movimento do lado afetado é difícil, e às vezes impossível. Inclui o movimento dos músculos da face, língua, tronco e dos membros. Esclarece que o ombro doloroso não está relacionado com a subluxação do ombro, mas sim com a distensão dos músculos e ligamentos, resultante de posicionamento incorreto e forma de levantar/transferência inadequadas, combinados com um omoplata imóvel, um plano alterado da articulação entre o omoplata e úmero, fraqueza muscular e ligamentos frouxos, pinçamento do manguito rotador e o não-alinhamento das superfícies ósseas entre o omoplata e úmero, afirmação também compartilhada por Bertineli e Scotti (2005).

Enfatiza ainda que, mesmo que a pessoa fique com paralisia é importante ter um braço móvel. Um braço espático e doloroso prejudicam as reações de equilíbrio, assim como todos os movimentos do corpo, nas suas atividades de vida diária.

Nesta sequência de ideias O'Sullivan (2003) afirma que a manipulação inadequada e o mau posicionamento do membro superior plégico estão implicadas na produção de microtraumas articulares e dor, que comprometem de forma significativa a capacidade que a pessoa tem de se movimentar e de adquirir independência nas actividades de vida diária (AVD)

Jesse e Jupiter (1997) citam que o facto de o ombro ser um complexo articular superior à de todas as articulações, é submetido a uma grande variedade de tensões e como tal, está sujeito ao desenvolvimento de dor e incapacidade funcional na situação de AVC. Afirmam que estas são das queixas músculo-esqueléticas mais frequentes e incapacitantes para as pessoas em processo de reabilitação. Referem ainda que o síndrome ombro-mão, também conhecido como distrofia simpática reflexa pode surgir após traumatismo, ou outras patologias como é o caso do AVC.

Segundo Denegar e Donley (2003) o periósteo e a cápsula articular são as estruturas mais sensíveis aos estímulos nocivos, seguindo-se o osso subcondral, os tendões e os ligamentos, e por último o músculo e a cartilagem articular entre outras. Nesta sequência a dor musculoesquelética afeta uma grande área, se não se restringir junto à superfície.

O OD caracteriza-se por dor no ombro e perda progressiva da amplitude do movimento articular devido aos mecanismos de desalinhamento do ombro, movimentação incorreta, manuseio e posicionamento inadequado do braço acometido (Horn et al, 2003).

Uma pessoa com ombro doloroso pós AVC pode ter mais de um tipo de dor desde sensação de queimadura, peso, latejamento e dor tipo pontada (Silva, 2000).

O ombro é um complexo articular, constituído por cinco articulações, que agem num movimento de policentrismo sobre a cavidade glenóide, portanto tão instável como dinâmico. Na opinião de Sousa e Alves (2009) a dor causada pela instabilidade do ombro é comparável em termos de gravidade com a dor do enfarte agudo do miocárdio.

Na opinião de Santos e Festas (2008) a existência de OD Pós AVC está fortemente relacionada com uma maior intensidade da dor e piores níveis de funcionalidade. Referem que a sintomatologia mais comum no ombro doloroso pós AVC é a dor e impotência funcional ao nível do ombro. Informam que o progresso na marcha e recuperação motora do membro superior é bloqueado pela dor no ombro, pelo que é importante a intervenção precoce. Esclarecem que a amplitude articular do movimento ao nível do ombro, é prejudicada em consequência da dor articular.

Quando o OD já está instalado a sua recuperação é difícil, pelo que é fundamental prevenir o problema intervindo o mais precocemente possível (Santos e Festas, 2008; Hanger et al, 2000), pois a instalação da dor na fase aguda pode evoluir para a cronicidade.

O OD pós AVC é uma consequência que pode ocorrer independentemente do género, e de acordo com a severidade do acidente cerebrovascular sofrido e fatores envolventes como os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e cuidadores/família.

Nesta sequência é importante na opinião de Baía (2010) que os enfermeiros, profissionais que mais contribuem na informação facultada aos familiares, orientem sobre a aquisição de equipamentos necessários ao utente, pois estes melhoram não só a qualidade de vida do utente mas também dos familiares e prestadores de cuidados.

Ao constatarmos que alguns utentes acometidos por AVC regressam ao edifício residencial após internamento com a grave complicação do OD, ainda não diagnosticado, ou que a dor no ombro desenvolve-se no domicílio, sentimos a inquietude em realizar este projeto para que a intervenção de enfermagem seja o mais eficaz e precoce possível.

1. Perceber o problema e dimensioná-lo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), relativamente às metas da saúde para todos no século XXI, meta 5 prevê, envelhecer saudavelmente, tendo em conta o aumento da longevidade. Preocupação que é cada vez maior no sector da saúde devido à crescente incidência de doenças incapacitantes e crónicas, como é o caso do AVC.

A recuperação de uma pessoa com hemiplegia é um grande desafio pela Complexidade das funções perdidas assim como pela alta incidência de dor no ombro (Klotz et al, 2006).

Pretendemos analisar os estudos realizados no âmbito deste tema (ombro doloroso pós AVC), com o intuito de conhecer e compreendermos melhor os fatores de risco/causas e que intervenções estão a ser realizadas pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde para a prevenção/minimização e tratamento do OD.

Muitos estudos têm sido realizados relativamente ao problema do OD pós AVC, no sentido de uma melhor compreensão do mesmo. No entanto esta complicação do AVC é uma ocorrência pouco explorada na literatura (Silva et al, 2001), uns autores procuram estudar a incidência e prevalência, as causas, fatores de risco, outros as estratégias fisioterapêuticas de intervenção para a prevenção e tratamento, e outros ainda, avaliar os efeitos de vários métodos de tratamento no processo de recuperação da pessoa com OD pós AVC.

Poucos abordam as intervenções dos enfermeiros. Todos os estudos analisados baseiam-se em descrições ou opiniões obtidas através de entrevistas ou questionários a doentes ou enfermeiros, ou nos resultados de métodos experimentais, correlacionais e descritivos.

Por não termos conseguido apurar resultados de estudos Portugueses faremos uma introdução ao tema com pequeno historial e dados estatísticos sobre o AVC, que nos levarão a apercebermo-nos da dimensão do problema, ou seja podermos deduzir

que muitos são os utentes em risco de contrair OD pós AVC ou já em sofrimento com dor no ombro, uma comum e debilitante complicação (Hanger et al 2000). Seguidamente apresentaremos os resultados dos estudos analisados, divididos em categorias para melhor compreensão da dimensão do problema.

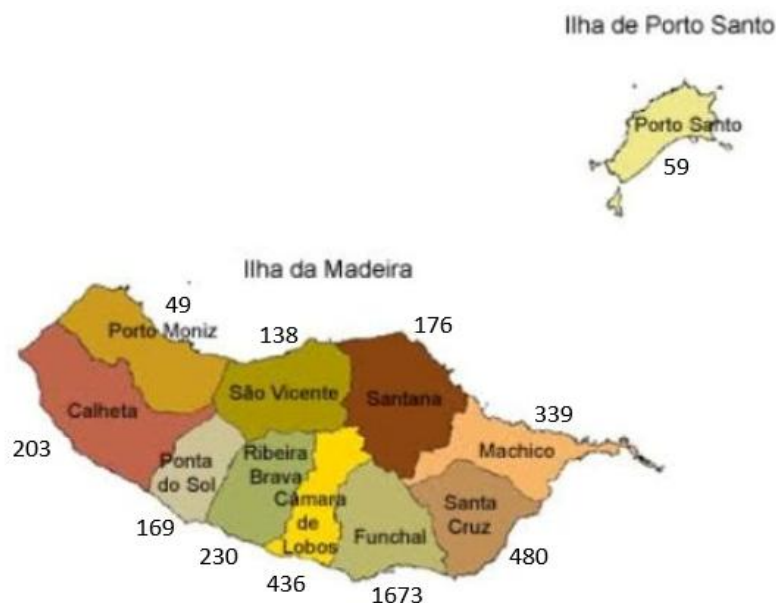
O AVC segundo a OMS (2003), é a segunda principal causa de morte a nível mundial. Conforme Valadas (2007) é uma causa frequente de morbilidade e mortalidade na Europa, sendo a primeira causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas. É um problema incapacitante e com consequências evidentes a nível familiar, social e económico (Cruz, 2007). Constituindo um grave problema para a saúde pública (Santos e Festas, 2008)

Facto confirmado por Lopes (2009), presidente da Sociedade Portuguesa de AVC's, (SPAVC) ao referir que esta patologia continua a ser a primeira causa de morte e de incapacidade em Portugal, colocando-o relativamente à incidência no topo dos mais afetados da Europa.

Visto que a incidência do AVC, na RAM, é igualmente elevada, torna-se um imperativo, uma avaliação profundada da sua causalidade, com fins interventivos no sentido da prevenção da ocorrência e complicações, assim como minimização das suas sequelas.

Segundo dados facultados pelo serviço de estatística do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, podemos observar abaixo a distribuição da incidência do AVC agrupados por concelhos. Constatamos que a evolução da patologia num determinado intervalo de anos continua a ter elevada incidência.

Mapa 1: Distribuição da Incidência de AVC's por Concelho da RAM entre 2010 e 2013



É de referir que o grau da incidência diferencia-se entre os Concelhos de acordo com o índice populacional. Podemos observar no mapa nº1 que ocorreram 436 casos de AVC nas cinco freguesias do concelho de Câmara de Lobos, com uma população de 35.666 habitantes segundo os censos de 2011.

A freguesia da Quinta Grande pertence a este concelho e apresenta uma incidência de 38 casos, com uma população de 2099 habitantes.

De acordo com Hanger et al (2000), o desenvolvimento do OD pós AVC tem sérias consequências, causa desconforto e uma recuperação funcional lenta, redução na amplitude de movimentos, depressão, perturbações do sono, redução na qualidade de vida e possível aumento do tempo de internamento. Na realidade atual os internamentos cada vez mais curtos fazem com que muitas vezes o desenvolvimento do ombro doloroso surja no domicílio, o que vai de encontro ao referido por Ratnasabapathy et al (2003).

Incidência/Prevalência - Ratnasabapathy et al (2003) referem que é comum a existência de OD após a ocorrência de AVC's, especialmente em pessoas com severos deficits sensório-motores e nos que permanecem nas próprias habitações. No seu estudo, à população de Auckland (Nova Zelândia) identificaram 1761 casos de AVC's, estudaram os 1474 sobreviventes. Verificaram que a proporção de pessoas afetadas com OD aumentou de 256 (17%) casos após a ocorrência do mesmo numa semana, para 261 (20%) casos no primeiro mês e para 284 (23%) casos no período de 6 meses após a ocorrência do AVC.

A dor no ombro é extremamente comum após o AVC em 70 a 84 % dos casos, as pessoas começam a referir dor nas 1ª e 2ª semana após a ocorrência do mesmo. (O'Sullivan, 2003).

A elevada prevalência também é referida por Klotz (2006) entre 34% a 85%, valor que vai de encontro ao referido por Silva et al (2000) com uma prevalência de 47% a 72%.

Nesta sequência, Nunes et al (2005) “referem que a prevalência da diminuição da função cognitiva após AVC varia entre 11,6% e 56,3%, demonstrando uma forte influência negativa na sobrevivência e recuperação a longo prazo destes utentes”.

Risco/ Causas - O risco de contrair OD é maior nas pessoas idosas do que nas mais jovens e aumenta com o tempo (Ratnasabapathy et al, 2003). O risco é maior para as pessoas com excesso de peso, aumenta com a gravidade do déficit motor do membro superior e com o passar do tempo, varia com o espaço onde a pessoa reside, seja

domicílio ou instituição, e varia com a gravidade do déficit do membro inferior. Os autores verificaram que nos seis meses após o AVC os doentes cuidados em instituições tiveram um decréscimo significativo no risco de dor no ombro comparativamente com os que se encontravam nas seus domicílios.

O OD após AVC é comum, e levanta problemas para os profissionais devido à fraca compreensão da etiologia (Ratnasabapathy et al, 2003).

São várias as sequelas que podem resultar após o AVC, tais como perda do controlo voluntário dos movimentos normais, perda do tônus muscular normal no lado afectado, problemas sensoriais, de compreensão, psicológicos, emocionais e sociais (OMS, 2003).

Não há consenso acerca dos fatores que causam o OD pós AVC, é altamente provável que a causa seja multifactorial, e com diversos fatores a contribuírem nas diferentes fases da doença. Como por exemplo a flacidez precoce que pode causar subluxação da articulação glenoumeral, que por sua vez causa estiramento da cápsula do ombro e dos ligamentos. Padrões tónicos anormais e encurtamento muscular, combinados com uma fraca mobilização, e os efeitos da imobilização pelo sling contribuem para que a dor se instale (Hanger et al, 2000).

Os autores supracitados referem no seu trabalho, que estudos anteriores citam diferentes causas que contribuem para o OD pós AVC, tais como a debilidade do membro, espasticidade, flacidez, contracturas, artrite, dor talâmica, lesão do plexo braquial, entre outras. No seu estudo, os inquiridos entre 50% a 70% associaram a dor no ombro à ocorrência do AVC ou ao modo de mobilização e tratamento. As pessoas que não tiveram OD no primeiro mês estiveram mais predispostas ao desenvolvimento deste após deixarem precocemente de receber cuidados hospitalares. Possivelmente por várias razões, tais como conhecimento inadequado de técnicas de mobilização, necessidade acrescida de ser independente, maior atividade no domicílio, aumento do déficit sensório-motor ao longo do tempo e não estar a ser reabilitado.

Bertineli e Scotti (2005) informam que podem ocorrer tendinites do bícepete proximal e distal e do flexor do punho, devido ao peso inadequado, e posição pendente do braço com a extensão forçada do cotovelo e uma rotação interna do ombro. Continuando, citam Teixeira et al (2003), que referem que outras causas de instalação de dor no ombro após AVC, podem ser a capsulite do ombro por diminuição do líquido sinovial, fibrose e déficit da elasticidade tecidual e ligamentar; hipersensibilidade e eventos distróficos na extremidade do membro superior; dor no ombro aumentada com

a movimentação; e a tração do plexo braquial, apresentada na fase de paralisia flácida, podendo surgir por posicionamento inadequado e prolongado ou alongamento brusco do ombro durante exercícios ou mudança de decúbito.

A dor no ombro e a perda da amplitude do movimento articular podem estar relacionadas com o desalinhamento do ombro, movimentos incorrectos, imobilidade, mobilização e posicionamento inadequado do membro superior afetado (Santos e Festas, 2008).

Silva et al (2000) verificaram no seu estudo que o aparecimento da dor no ombro após o AVC foi antes da segunda semana, enquanto Klotz et al (2006), verificaram a sua ocorrência na segunda semana.

Prevenção - Apesar dos estudos realizados há falta de prevenção comprovada e estratégias eficazes de tratamento para o OD pós AVC (Ratnasabapathy e tal, 2003; Horn et al, 2003).

A recuperação de uma pessoa com hemiplegia é um grande desafio pela complexidade das funções perdidas assim como pela alta incidência de dor no ombro (Klotz et al, 2006).

As medidas preventivas do OD pós AVC são limitadas, e o tratamento depois deste instalado ainda é mais restrito. Algumas opções de prevenção são o posicionamento adequado, movimentação passiva, suportes como slings e facilitação da movimentação ativa (Hanger et al, 2000).

Salientamos que Johnstone (1987) adverte que nas primeiras 24h não devemos posicionar a pessoa sobre o lado afectado e posicionar sempre em padrão anti-espástico.

Existe uma variedade de métodos de tratamento e prevenção, no entanto falta informação acerca da calendarização destas intervenções (Pomery et al, 2001). Estes autores referem ter encontrado apenas dois estudos descritivos acerca do uso de suportes para ombro no Canadá e a abordagem de Bobath, os quais não fornecem informação compreensiva acerca da prática convencional no Reino Unido.

Uma gestão adequada dos métodos de educação e estratégias de prevenção pode reduzir a taxa de ocorrência de ombro doloroso pós AVC (Ratnasabapathy et al, 2003), assim como um diagnóstico correcto da dor no ombro consegue maximizar as estratégias de prevenção.

Os princípios biomecânicos devem ser realizados criteriosamente durante os exercícios cinesioterapêuticos, evitando assim os mecanismos de fricção, tracção e pinçamento, considerados fatores mecânicos de lesões no ombro pós AVC (Horn et al,

2003). Estes concluíram no seu estudo que a cinesioterapia na fase aguda pós AVC previne o OD e favorece a recuperação motora. Pois antes de iniciar o tratamento todos os utentes apresentavam déficit motor no membro superior e nenhum deles apresentava dor no ombro do hemicorpo acometido pelo AVC. Após o tratamento houve recuperação da força muscular, dos movimentos de elevação, protusão, flexão e abdução do ombro acometido. Também apresentaram melhores movimentos funcionais tais como alternar decúbitos e manter-se sentado. Concluíram ainda que a ausência ou falta de força muscular isolada não foi um fator determinante de dor, em controvérsia com outros estudos.

A cinesioterapia é o procedimento mais utilizado segundo Horn et al (2003); no entanto, informam que os autores por eles consultados referem que nem todos os exercícios são benéficos, mas que os utentes seguidos em programas de reabilitação apresentaram uma incidência menor de dor no ombro.

Valente et al (2006) informam que a reabilitação precoce da pessoa com AVC, previne e reduz alterações musculoesqueléticas secundárias, como a atrofia e dor assim como também reduz a incidência de outras complicações.

Intervenções de Enfermagem - A estabilidade do ombro é de extrema importância para o movimento adequado das articulações mais distais e para a funcionalidade do membro superior nas AVD'S. Assim como para a manutenção do equilíbrio na marcha, pelo balanço do membro superior, sendo um componente ativo na locomoção, em cadeira de rodas e na transferência (Piassarolli et al,2012).

As pessoas que desenvolveram OD pós AVC têm tendência para uma reabilitação mais difícil e um resultado funcional mais comprometido do que aquelas que não desenvolveram (Pomery et al,2001; Santos & Festas, 2008). Em concordância com estes autores Hanger et al (2000) acrescentam que estes doentes frequentemente sofrem de depressão, perturbações do sono e consequente redução na qualidade de vida. Assim como aumento do tempo de hospitalização, facto que também é corroborado por Pomery et al (2001).

É imperativo o cuidado na mobilização do membro superior paralisado, pelos enfermeiros e cuidadores bem como durante o programa de reabilitação (Silva et al, 2000).

Bertineli & Scotti (2005) por considerarem que o OD pós AVC dificulta o processo de reabilitação motora, e a recuperação de funções ligadas à movimentação do membro superior acometido, bem como as mudanças de decúbito e transferências,

principalmente na fase aguda e nas atividades de vida diárias, realizaram um estudo com o objetivo de analisar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre o AVC na Unidade de AVC (UAVC) no Brasil. Referem que os cuidados de enfermagem são fundamentais para a reabilitação das pessoas acometidas por AVC, pois podem diminuir o tempo de hospitalização, minimizar incapacidades funcionais, e aumentar as possibilidades de tratamento e reabilitação futuras.

Pomery et al, (2001) também realizaram um estudo descritivo, com o objectivo de descrever a prática habitual da enfermagem e medidas de prevenção e tratamento do OD pós AVC, e explorar o uso da sua extensão na Inglaterra.

Estes autores referiram no seu trabalho que vários estudos publicados concentraram-se nos efeitos dos suportes do ombro na redução da subluxação embora a relação entre a subluxação e a dor permaneça obscura. Outros estudos testaram uma variedade de intervenções no tratamento de dor incluindo estimulação eléctrica nervosa transcutânea (TENS), ultra-sons, terapia com calor, Estimulação Eléctrica Funcional (FES), terapia normal de movimentação, injeções intra-articulares ou aplicação de gelo. Possivelmente as intervenções mais promissoras são a TENS de alta intensidade, FES, injeções intra-articulares e terapia normal com movimentos, contudo, experiências clínicas sugeriram que as intervenções testadas são representativas de apenas uma pequena parte da prática clínica convencional, a qual não é baseada em evidências mas sim em crenças clínicas,

O estudo de Pomery et al (2001) teve os seguintes objetivos: Identificar, descrever e classificar/codificar intervenções habituais de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional na prevenção e tratamento do ombro doloroso pós AVC; Conhecer a frequência com que estas intervenções são registadas como sendo utilizadas pelos enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas na Inglaterra; Explorar se existem diferenças entre enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas no uso destas intervenções.

Os autores definiram 175 intervenções dentro de cada módulo. As intervenções com maiores percentagens foram as seguintes: posicionamento/postura; manuseamento; mobilização do membro superior; facilitar a circulação do membro superior; atividades de vestir; modalidades sensoriais; suporte de ombro, cintas e talas; o controlo da dor; atividades, educação para o utente; educação para o cuidador informal.

Este estudo descreveu e codificou a prática habitual dos 332 enfermeiros, 332 terapeutas ocupacionais e 332 fisioterapeutas para prevenir e tratar o OD após o AVC. Foi descoberto que estas intervenções são referidas como realizadas e que os três tipos profissionais podem intervir de modo diferente. Aspeto que não é surpreendente ao mostrar diferenças entre os paradigmas dos profissionais. Mais interessante ainda é que os dados concretos para a possibilidade da variação podem existir dentro das profissões. Este estudo demonstrou que existem diferenças entre os grupos profissionais, por exemplo os fisioterapeutas mobilizam mais vezes os membros superiores.

Muitos enfermeiros e terapeutas aparentaram ter dificuldade na descrição do tratamento sem ter um utente para demonstração, pelo que os autores consideram haver a necessidade de descrever práticas competentes e explicar a sua racionalidade. Salientam que as taxas de resposta entre os enfermeiros não variaram significativamente. Verificaram que as 175 intervenções foram utilizadas. O questionário principal determinou que todas as intervenções foram utilizadas pelo menos uma vez por um dos inquiridos e que apenas 22,9% das intervenções foram utilizadas na mesma extensão por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. O que sugere variações no uso entre as profissões. O grande número de intervenções identificadas como sendo relevantes à problemática do OD após AVC foi surpreendente, mas pode ser um reflexo da multiplicidade de causas na origem deste problema de saúde. No entanto os autores advertem que é possível que a utilização real seja diferente (Pomery et al, 2001).

Ratnasabapathy et al (2003) reconhecem que existem limitações no seu estudo uma vez que não confirmaram a causa do OD ou registaram as intervenções utilizadas para a sua prevenção durante o período em que decorreu o estudo. Concluíram perante as evidências que o problema está positivamente associado com o déficite motor, o lado afetado e a gravidade do déficite.

Durante os cuidados é importante manter o membro superior apoiado, ajudando o corpo a se movimentar sobre o mesmo, estes movimentos favorecem a inclinação da pelve para diante, os deslocamentos laterais do peso corporal e passagem para a posição de pé. O apoio sobre o membro superior, obriga as articulações a se movimentarem dentro da amplitude do movimento funcional, além de melhorar o tônus muscular do braço e favorecer a estabilização do segmento proximal. Se o braço permanecer flácido, quando o utente assume a posição de pé, pode tornar-se necessário, o uso do sling, segurando tanto o cotovelo como toda a mão (Bertineli & Scotti, 2005). Os autores

verificaram no seu estudo que, os enfermeiros demonstraram dificuldade em definir e classificar a patologia corretamente, assim como justificar corretamente a importância da mobilização e transferência do leito. Baseados nas evidências apresentadas realizaram um programa de treino para os enfermeiros, esclarecendo a fisiopatologia do AVC, os cuidados adequados dando ênfase à mobilização e posicionamentos correctos, com a finalidade de evitar complicações como o OD, aumento da espasticidade que não foram referidos por nenhum inquirido.

Por outro lado Baía (2010) no estudo intitulado “Doente com AVC: Dificuldades da família”, realizado na cidade do Porto, concluiu que são os enfermeiros os profissionais que mais contribuem na informação facultada aos familiares.

Reabilitação - A reabilitação após um AVC é fundamental para ajudar as pessoas a retomarem a sua função física, psicossocial e profissional, tornando-os produtivos na vida profissional assim como na vida comunitária (Santos & Festas, 2008).

No estudo de Silva (2001) Todos os doentes foram seguidos num programa de reabilitação específico para cada um deles, que incluía mobilização passiva, seguida de mobilização assistida ou ativa livre, posteriormente exercícios para fortalecimento da musculatura da cintura escapular, principalmente abdutora e finalmente alongamentos suaves.

Por verificarem que o OD na fase sub-aguda pós AVC é frequente em pessoas com hemiparésia e hemiplegia, Horn et al (2003), realizaram um estudo com uma amostra de 21 indivíduos, com o objetivo de avaliar os efeitos do tratamento com cinesioterapia em relação à dor e força muscular no ombro acometido, presença ou ausência de movimentos funcionais ativos básicos antes e após o tratamento. Instituíram um programa de exercícios, que consistia em 30 minutos diários de cinesioterapia desde as 48 horas pós AVC. Seguiram um protocolo de tratamento segundo as diretrizes básicas do neuro desenvolvimento do conceito de Bobath. Os principais exercícios utilizados no programa de tratamento aplicado foram os seguintes: com o utente deitado 1) Mobilização da omoplata; 2) Protusão do ombro com flexão anterior e rotação do tronco superior; 3) Flexão do braço; 4) Movimento selectivo do braço; 5) Extensão da anca, descarga e transferência de peso; 6) Passar para o decúbito lateral; 7) Depressão de ombro com flexão lateral de tronco; 8) Passar para sentado; 9) Flexão e extensão com rotação de tronco associado a movimentos do membro superior; 10) Movimentação auto-assistida.

O utente foi orientado a posicionar o ombro acometido em leve protusão com alinhamento entre o úmero e a omoplata e em simetria com o ombro contra lateral, evitar tracionar o braço nas transferências e estar atento ao acompanhamento da omoplata durante a movimentação do membro superior.

Os autores supra citados consideram que grande parte dos estudos encontrados sobre esta problemática não pode ser utilizada como referência devido a numerosas variações como falta de referência em relação à prevenção da dor e movimentos que envolvem o ombro, diferentes critérios de inclusão e falta de descrição detalhada do tratamento.

Segundo Klotz et al (2006) um programa de reabilitação deve ser dirigido à manutenção do tónus postural e simetria corporal, referem que a efetividade do tratamento depende da sua correta combinação. Acrescentam que o tratamento do OD pós AVC deve envolver uma ação multidisciplinar coordenada, no sentido de minimizar o problema e otimizar o processo de reabilitação. Mobilização passiva dando apoio proximal ao ombro afetado, o qual produz efeitos benéficos a curto prazo reduzindo a dor e aumentando a amplitude para a flexão da articulação gleno-umeral; crioterapia; estimulação eléctrica funcional, ultra-som, feedback; aplicação de calor. Na sua opinião devem ser considerados como métodos de tratamento complementares, no entanto recomendam uma avaliação correta para a sua aplicação.

Os exercícios terapêuticos recomendados e realizados por Valente et al (2006) foram: Em decúbito dorsal:

Estimulação da sensibilidade do membro acometido, por aproximadamente 10 segundos com texturas diferentes: algodão, lençol e luva de látex;

Mobilização passiva do membro superior de forma lenta, iniciando pela mobilização da omoplata em protração e elevação posterior da articulação gleno-umeral, evoluindo para mobilizações das articulações restantes (cotovelo, punho e dedos).

O número de repetições ideal para cada utente, depende da quantidade adequada para alcançar o objetivo terapêutico de manutenção das amplitudes de movimento, desta forma, foram realizadas as mobilizações passivas, com repetição mínima de 5 vezes em cada articulação.

Alongamento do membro superior de forma passiva, com protração da omoplata, rotação externa e abdução de ombro a aproximadamente a 90°, extensão do cotovelo,

supinação do antebraço e extensão de punho e dedos. Esta posição era sustentada por quinze a trinta segundos, e repetida cinco vezes.

Na posição de alongamento citada acima, o profissional realiza estímulos lentos de aproximação articular a fim de potencializar aferências proprioceptivas dos músculos e articulações do membro superior.

Em decúbito dorsal elevado a noventa graus (90°):

Automobilização de forma ativa ou assistida: a mão saudável segura a mão acometida, entrelaçando os dedos ou mantendo o antebraço em supinação, cotovelos estendidos, e ombros neutros (sem rotação), e realiza a flexão-extensão de ombros até 90 graus, para manter procurar a simetria corporal, assim como realizar alongamentos musculares.

Treino da função, inicialmente de forma passiva, evoluindo para ativo assistido e por fim ativo livre. Foi dada ênfase a combinações motoras que permitem a concretização de atividades de vida diária:

- a) Levar a mão parética à boca (simulando ou levando algum alimento ou copo) e retornar à posição de repouso de forma lenta;
- b) Levar a mão parética até o topo da cabeça (simulando ou levando o pente de cabelo) e retornar à posição de repouso de forma lenta;
- c) Levar a mão até a orelha contra lateral e retornar à posição de repouso de forma lenta.

Os dois últimos exercícios foram repetidos, no mínimo 6 vezes, até que o utente adquirisse melhor habilidade do movimento, ou seja, melhor velocidade e coordenação dentro das suas limitações motoras, com períodos de descanso sempre que necessário. Evitar a sobrecarga de exercício pode ser benéfico (Pomery et al, 2001).

Continuando com o estudo de Valente et al (2006), os utentes foram orientados a concentrar-se na realização do movimento proposto e olhar para o membro superior, enquanto o profissional assistia nos movimentos manualmente sempre que necessário, estimulando movimentos corretos. A relação entre o número de repetições das intervenções recebidas pelos utentes e recuperação da função motora não foi possível avaliar devido a fatores como confusão, sonolência e déficit de atenção.

Em relação aos procedimentos escolhidos para a reabilitação dos utentes, vale a pena ressaltar a importância da utilização das atividades de vida diária, uma vez que os motiva à aprendizagem e à realização das funções, aumentando a atenção e facilitando o processamento das informações. Além disso, estas atividades habituais estimulam a

memória e facilitam a aprendizagem motora. O tratamento visou ajudar os utentes a moverem-se o mais corretamente possível, e com menor gasto energético, levando-os a cumprir padrões normais de movimento através da constante repetição.

Santos e Festas (2008) concluíram no seu estudo que o início tardio do programa de reabilitação predispõe o surgimento do OD. Verificaram que quanto mais precoce foi o tratamento, menor foi a frequência da sintomatologia dolorosa e perda de função do membro superior. Advertem que é extremamente importante que a intervenção na fase aguda pós AVC seja o mais precoce possível, de forma a prevenir o aparecimento de ombro doloroso.

Piassarolli et al (2012), recomendam no seu estudo que todo o programa de reabilitação deve salvaguardar orientações básicas quanto aos posicionamentos adequados durante o repouso e marcha, assim como para a realização das AVD. Acrescentam ainda que estas orientações devem ser facultadas tanto aos utentes como aos seus familiares/prestadores de cuidados.

Tratamento - Klotz e tal (2006), realizaram uma revisão de literatura, relativa aos métodos fisioterapêuticos utilizados para tratar o OD pós AVC (Brasil), por considerarem que a dor tem um impacto negativo no processo de reabilitação, verificaram que estes integram FES (estimulação eléctrica funcional), TENS (estimulação eléctrica transcutânea), mobilização e posicionamento correcto. A FES foi o recurso fisioterapêutico mais estudado e promissor no tratamento do ombro doloroso, por reduzir a gravidade da subluxação do ombro e da dor, melhorar a função motora e ganho da amplitude articular do movimento do membro superior.

A utilização da terapia farmacológica combinada com a fisioterapia tem vindo a mostrar-se, cada vez mais aceite. A utilização de esteróides injectáveis juntamente com exercícios de mobilização articular aplicados numa fase inicial tem sido indicada para reduzir os sintomas e prevenir futuras complicações (Santos & Festas, 2008). Estes autores relatam que um trabalho realizado na Holanda (2000) mostrou que após a combinação de 54 tipos de tratamento, a primeira escolha incidiu sobre fisioterapia com 32%, seguida da prevenção/ instrução/ educação com 22%, e da medicação oral com 8% entre outros. No seu estudo para a mensuração da dor e da funcionalidade utilizaram a sub-escala da dor e a sub-escala da actividade funcional, Shoulder Pain and Disability Index (SPADI).

Piassaoroli et al (2012) recomendam que os objectivos para o tratamento relativamente à integridade musculoesquelética devem incidir sobre manter ou ganhar

amplitude de movimento, prevenir contracturas e deformidades, aumentar a força muscular, trabalhar a proprioceptividade, melhorar do equilíbrio estático e dinâmico, normalizar o tônus no hemicorpo; providenciar analgesia; treinar atividades de vida diária (AVD's), treinar marcha, treinar memória cinestésica e a reaprendizagem motora.

2. Formular objectivos iniciais

Para que o projecto adquira um significado absoluto definimos os seguintes objectivos:

3.1. Objetivo Geral

O nosso objetivo geral é Cuidar do ombro afetado do utente acometido por AVC com a finalidade Contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

3.2. Objetivos específicos

Para consolidar o objetivo geral, definimos os seguintes objectivos específicos:

- 1- Prevenir o ombro doloroso no utente acometido por AVC
- 2- Promover a capacidade funcional do Membro superior afetado
- 3- Desenvolver competências dos enfermeiros na prevenção/controlo/tratamento da complicação do ombro doloroso pós AVC
- 4- Controlar e tratar o ombro doloroso na pessoa acometida por AVC
- 5- Desenvolver as capacidades do utente acometido por AVC / família / cuidador para prevenção/controlo/recuperação do ombro doloroso pós AVC

Tabela n.º1: Objectivos específicos e respetivas estratégias

Objetivos	Estratégias
Prevenir o ombro doloroso no utente acometido por AVC	<ul style="list-style-type: none">- Conhecer/Identificar população da Freguesia da Quinta Grande acometidos por AVC; avaliar risco de ombro doloroso através das escalas: dor, Tonicidade, força muscular e amplitude do movimento articular;- Aos novos casos de AVC realizar consulta à pessoa nas primeiras 48 horas após alta hospitalar.
Promover a capacidade funcional do Membro superior afetado	<ul style="list-style-type: none">- Identificar situações de dependência funcional através do instrumento de avaliação funcional Índice de Barthel
Desenvolver competências dos enfermeiros na prevenção/tratamento da complicação, ombro doloroso pós AVC	<ul style="list-style-type: none">- Formação em equipa sobre a complicação do ombro doloroso Pós AVC, prevenção, controlo e tratamento (posicionamento no padrão inibidor da espasticidade; atividades terapêuticas, monitorizar evolução através das escalas que evidenciaram risco de dor ou grau de dependência).- Formular planos tipo com os diagnósticos de enfermagem mais prováveis para o utente acometido por AVC /família/cuidador.
Controlar e tratar o ombro doloroso na pessoa acometida por AVC	<ul style="list-style-type: none">- Criar e aplicar um programa de intervenção para a equipa de enfermagem para a prevenção/ minimização/ tratamento do ombro doloroso pós AVC,- Monitorizar evolução através das escalas que evidenciaram risco de dor/dor no ombro ou grau de dependência funcional.
Desenvolver capacidades do utente acometido por AVC / família / cuidador para prevenção e controlo do ombro doloroso pós AVC	<ul style="list-style-type: none">- Sessões de educação em grupo para o utente e família/cuidador.- Providenciar folheto informativo.

3. Perceber as causas

Analizadas as causas referidas na revisão bibliográfica, selecionamos as mais prováveis que podem estar na origem do aparecimento do OD pós AVC.

O facto de o ombro ser um complexo articular superior a todas as articulações, submetido a uma grande variedade de tensões e portanto sujeito ao desenvolvimento de dor e incapacidade funcional na situação de AVC.

O estudo de Matthews (2009) intitulado “Intervenções para reabilitação pós AVC - contribuição da equipa de enfermagem”, realizado na Austrália, concluiu que os enfermeiros têm a oportunidade para terem a responsabilidade primária no tratamento que incide sobre uma específica habilidade funcional, o que causa impacto positivo e directo nos ganhos do utente. Salienta ainda que o conhecimento sobre os efeitos do AVC provê aos enfermeiros uma base para planear e realizar cuidados de enfermagem de reabilitação, o que os torna um membro efectivo da equipa multidisciplinar.

O risco de ombro doloroso é maior nas pessoas idosas do que nas mais jovens, aumenta com o tempo, é maior para as pessoas com excesso de peso, aumenta com a gravidade do déficit motor do membro superior e do membro inferior e com o passar do tempo, varia com o espaço onde a pessoa reside, seja domicílio ou instituição.

A falta de consenso dos autores acerca dos fatores que causam o ombro doloroso pós AVC, leva-nos a inferir a causa seja multifactorial: flacidez precoce (leva ao desalinhamento do ombro); espasticidade (encurtamento muscular/contracturas); fraca mobilização; efeitos de imobilização pela utilização inapropriada do sling; pressão ou lesão do plexo braquial; movimentação incorreta (estiramento) e posicionamento inadequado do membro superior acometido (posição pendente do braço com a extensão forçada do cotovelo e uma rotação interna do ombro); manipulação inadequada (tração do braço/ alongamento brusco do ombro durante exercícios ou mudança de decúbito), entre outras).

É de realçar que a OMS esclarece que o ombro doloroso não está relacionado com a subluxação do ombro, mas sim com a distensão dos músculos e ligamentos, resultante de posicionamento incorreto e forma de levantar/transferência inadequadas, combinados com uma omoplata imóvel, um plano alterado da articulação entre a omoplata e úmero, fraqueza muscular e ligamentos frouxos, pinçamento do manguito rotador e o não-alinhamento das superfícies ósseas entre o omoplata e úmero.

O aparecimento do OD após o primeiro mês da ocorrência do AVC está fortemente relacionado com uma maior intensidade da dor e piores níveis de funcionalidade, de acordo com o deficit sensório-motor do AVC, o que pode justificar o desenvolvimento do OD nos utentes hemiplégicos no domicílio. Possivelmente por várias causas, tais como conhecimento inadequado de técnicas de mobilização, necessidade acrescida de ser independente, maior atividade no domicílio, aumento do déficit sensório-motor ao longo do tempo e não estar a ser reabilitado.

Os enfermeiros devem monitorizar a dor logo após o AVC, de modo a prevenir, detetar, e minimizar a ocorrência de dor. Assim como instruir os outros profissionais que cuidam das pessoas que sofreram um AVC, quanto aos cuidados básicos de movimentação e mobilização do ombro afetado (Ratnasabapathy et al 2003).

A perceção e reposta à dor do ombro, podem ser influenciadas por vários fatores, como a afasia e a paralisia na pessoa acometida pelo AVC, a falta de resposta (expressão verbal) não significa que a dor esteja ausente, a incorreta/falta de avaliação da dor pode ser um fator negativo no agravamento do OD.

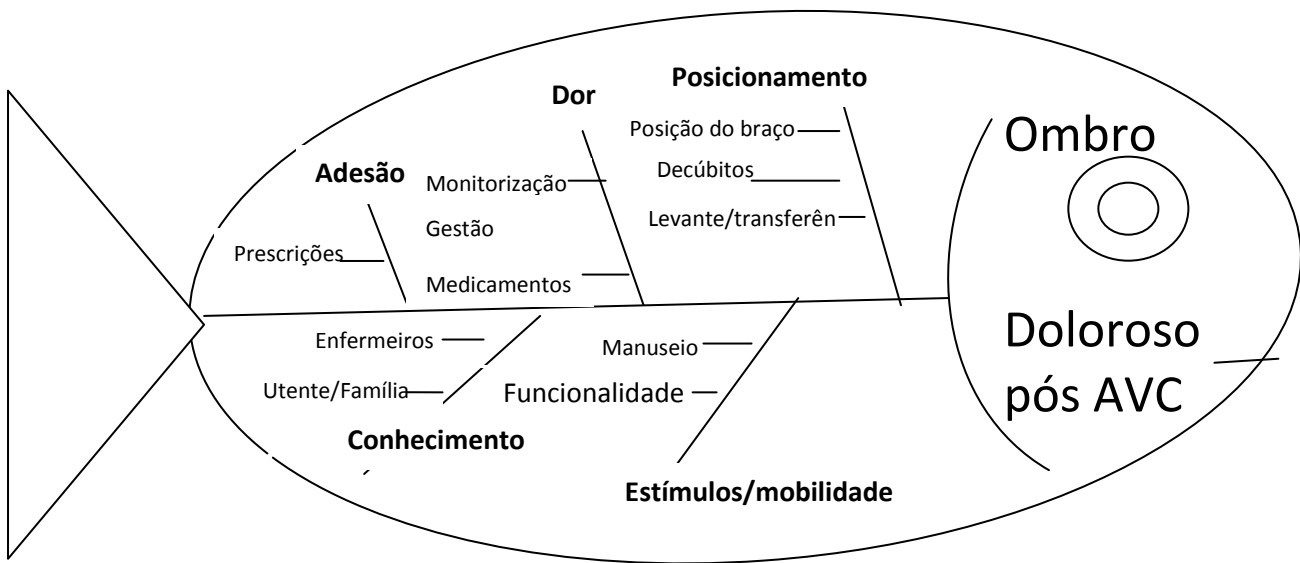
É também motivo de reflexão o facto de que os inquiridos no estudo de Hanger et al, (2000) numa elevada percentagem, entre 50% a 70%, associaram o ombro doloroso à ocorrência do AVC ou ao modo de mobilização e tratamento. Facto que nos levam a questionar, se os enfermeiros estão suficientemente sensibilizados para a complicação do ombro doloroso. Bertineli & Scotti (2005), verificaram no seu estudo que, os enfermeiros demonstraram dificuldade em definir e classificar a patologia corretamente, assim como justificar corretamente a importância da mobilização e transferência do leito.

O que poderá levar-nos a inferir que a reflexão crítica por parte dos enfermeiros durante os cuidados possa ser insuficiente e se repercutir na prática, tal como pensava Nightingale, citada por Collière (1989), serão necessários cuidados específicos e prolongados de reabilitação, assim como, ponderar novas abordagens que passam por melhorar cuidados no ambulatório, e articulação com outras instituições de modo a assegurar e manter uma vida de qualidade (Valadas, 2007).

4.1 Análise de causa e efeito

Para enquadrar localmente o problema realizamos um diagrama e um Brainstorming.

Diagrama Causa – Efeito



Brainstorming

Posicionamento:

Posição pendente do braço

Mudanças de decúbito, levante/transferência incorretos

Uso incorreto do sling

Postura corporal incorreta /falta de alinhamento das superfícies ósseas entre omoplata e úmero /padrão espástico

Pouca vigilância da continuação dos cuidados no domicílio

Dor

Identificação da dor insuficiente/tardia/monitorização insuficiente

Aumento da intensidade da dor/dor não controlada

Dor não controlada

Mobilidade

Funcionalidade do braço diminuída/fraca mobilização

Manuseio incorreto/tração/alongamento brusco/movimentos rápidos

Estímulos nocivos que aumentam a espasticidade/peso/rolo na dentro da mão

Substituição excessiva na realização das AVD pela família

Técnica de movimento músculo articular incorreta ou insuficiente

Desconhecimento sobre os exercícios/atividades dinâmicas na cama para prevenção e ou recuperação do ombro doloroso

Conhecimento

Falta de conhecimento da família sobre as medidas de prevenção do OD pós AVC

Pouco conhecimento dos enfermeiros a problemática do OD pós AVC

Pouco conhecimento da família sobre a gestão medicamentosa

Adesão

Não cumprimento das orientações/ensinos dos enfermeiros

Não aquisição de ajudas técnicas/adaptação do edifício residencial

Não cumprimento do regime medicamentoso

5. Planear e executar as tarefas/atividades

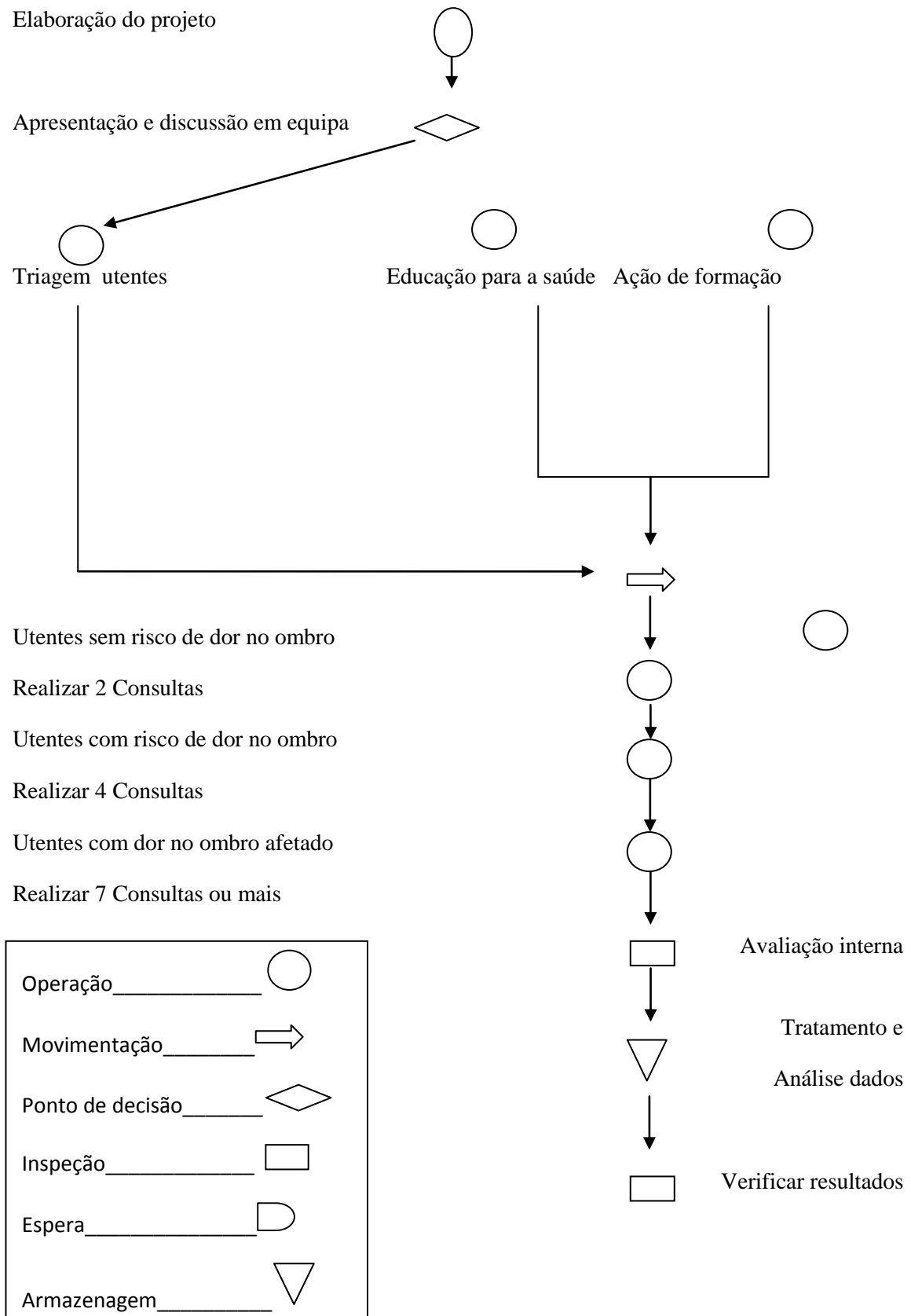
5.1 Programa melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Centro de Saúde da Quinta Grande, Junho – Dezembro 2014

Check list	
Tema	CUIDAR DO OMBRO DA PESSOA ACOMETIDA POR AVC
Dimensão de estudo	Efetividade
Unidade de estudo	Utentes acometidos por AVC, sem e com risco de desenvolvimento de OD/com OD no edifício residencial, entre junho e Dezembro de 2014
Tipos de dados	<p><u>Processo</u></p> <p>% Utentes sem risco de OD</p> <p>% Utentes com risco de OD</p> <p>% Utentes com OD</p> <p>% Utentes com dependência nos autocuidados IB</p> <p>% utilização de ajudas técnicas /dispositivos por tipo AC IB no domínio da prevenção do OD</p> <p><u>Resultado</u></p> <p>% Utentes com ganhos em independência/diminuição do grau de dependência no autocuidado IB</p> <p>% U ganhos em conhecimento sobre utilização de Ajudas técnicas /disp.de suporte AC IB Com pelo menos duas intervenções documentadas</p> <p>Nº de PC com ganhos em conhecimento sobre prevenção do OD (Com pelo menos duas intervenções documentadas)</p> <p>Tx efetividade na prevenção do OD: % utentes com risco de OD e não contraíram OD</p> <p>Tx efetividade diagnóstica do risco: Nº utentes com risco de OD e que desenvolveram OD)</p>
Fonte de dados	Processo clínico
Tipo avaliação	Interna, interpares
Crítérios avaliação	<p>Explícitos – normativos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação do utente sem risco/ com risco OD/com OD - Avaliação e registo da dor (escalas Direcção Geral de Saúde - DGS) - Avaliação e registo da escala de Ashworth - Avaliação e registo da escala da Força muscular de Daniels e Worthingam - Avaliação e registo da amplitude do movimento articular - Avaliação e registo do índice de Barthel - Formulação de diagnóstico de enfermagem de acordo com o estado de saúde/risco - Registo de intervenções de acordo com o estado de saúde/risco - Registos efetuados no programa informático e em suporte de papel (notas evolutivas). - Realização do Nº de consultas de enfermagem aos utentes: sem risco de OD-2, com risco -4 consultas e com OD-1 ou mais mensal, durante este período.

Colheita dados	Enfermeira Especialista em Reabilitação - gestora do projeto
Relação temporal	Prospetiva
Seleção da amostra	Base populacional Utentes acometidos por AVC até dezembro 2014
Intervenção prevista	<p>Medidas educacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação aos enfermeiros sobre o “Ombro doloroso Pós AVC”, Aplicação dos Instrumentos de Medida; Procedimentos de enfermagem na abordagem utente/família/Cuidados; -Reforço à equipa pelo enfermeiro de reabilitação -Sessão de educação à família/cuidador, sobre os cuidados a ter para prevenção/controlo/ e recuperação do OD. <p>Medidas estruturais:</p> <p>Convocar os utentes acometidos por AVC (consulta de enfermagem no edifício residencial, ou no Centro de Saúde, se viável)</p> <p>Fornecer folheto informativo sobre posicionamento anti-espástico/prevenção do OD pós-AVC.</p>

5.2 Fluxograma



5.3 Cronograma de atividades

ANO	2014																												2015							
MÊS	MAIO				JUNHO				JULHO				AGOSTO				SETEMBRO				OUTUBRO				NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO			
<div><div>SEMANAS</div><div>ATIVIDADES</div></div>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pesquisa e planeamento																																				
Triagem do risco de OD																																				
Consulta utentes sem risco																																				
Consulta utente com risco																																				
Consulta utente com OD																																				
Formação enfermeiros																																				
Elaboração de folheto																																				
Educação para a saúde																																				
Avaliação interna																																				
Tratamento/análise dados																																				
Apresentação resultados																																				

5.4 Critérios

Critério para avaliação da dor no ombro afetado pelo AVC

Tendo em conta que grande parte dos utentes acometidos por AVC desenvolve a complicação do ombro doloroso numa fase aguda ou tardia, definimos a avaliação da dor no ombro afetado do seguinte modo:

Utentes sem risco de ombro doloroso

Apresentam os critérios de risco dentro dos parâmetros normais:

- Sem dor;
- Tónus muscular grau I;
- Força muscular grau 5;
- Amplitude articular do movimento normal (flexão e abdução do ombro);
- Índice de Barthel com score entre 90 -95, (o controlo de esfíncteres pode já estar afetado antes do AVC e o utente ter a capacidade para usar o sanitário, mas não atingir o score 100- independente).

Utentes com risco de ombro doloroso

Apresentam um ou mais dos seguintes parâmetros:

- Sem dor no ombro afetado pelo AVC ou já sentiu dor anteriormente
- Tónus muscular \geq a grau II
- Força muscular **entre** o grau 0 e 2
- Amplitude articular do movimento **<normal**/esperado
- Índice de Barthel com score $<$ a 90

Utentes com ombro doloroso

- Dor no ombro afetado pelo AVC

(Dor musculoesquelética que limita o movimento e muitas vezes causa impotência funcional)

Critérios para a implementação do projecto

A triagem dos utentes acometidos por AVC, será realizada pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Aos utentes sem risco de ombro doloroso pós AVC, serão realizadas 2 consultas (cada 6 meses) pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Aos utentes com risco de ombro doloroso pós AVC, serão realizadas 4 consultas (cada 2 meses). A primeira e última consulta serão realizadas pelo especialista em enfermagem de reabilitação, as restantes poderão ser realizadas pelos outros elementos da equipa, mas com monitorização da dor e da funcionalidade no desempenho das AVD, segundo escala da dor personalizada e através do instrumento de avaliação Índice de Barthel respetivamente.

Aos utentes com ombro doloroso pós AVC, serão realizadas 7 consultas (mensal, 1 ou mais SOS). As consultas serão realizadas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. No período de férias deste elemento, na sua indisponibilidade horária/ausência do serviço, ou necessidade de maior vigilância do utente/família as consultas serão realizadas pelos restantes elementos da equipa. A monitorização da dor e da funcionalidade deverá ser realizada em todas as consultas. Os diagnósticos de enfermagem deverão ser atualizados

A colheita de dados deve ser contínua (perceção da situação, necessidade de mais ensinamentos, adesão às prescrições de enfermagem, satisfação, referenciação para outros profissionais de saúde, entre outros)

A Formação para os enfermeiros e Educação para a saúde aos utentes/cuidador/família será realizada pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

O tratamento/análise dos dados e apresentação dos resultados será da responsabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

6. Verificar os resultados

Apresentamos os resultados dos dados obtidos através de quadros, gráficos e tabelas com a respectiva análise descritiva e interpretação, relativamente à caracterização da população alvo e à variável em estudo.

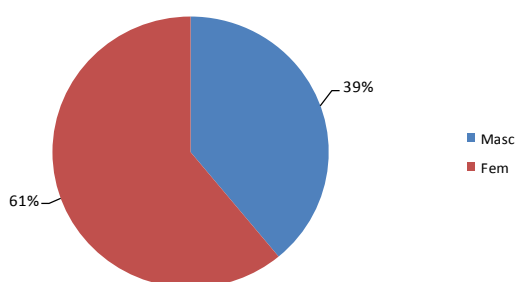
6.1 Género

Verificamos pela tabela e gráfico N°1 que o género predominante é o feminino com 61%. Enquanto o género masculino é representado por 39%. Contudo Moreira et al (2007) afirmam que o OD ocorre independentemente da idade ou género.

Quadro n° 1 Distribuição dos utentes segundo o género

Género	N	%
Masc	9	39%
Fem	14	61%
Total	23	100%

Gráfico n°1 Distribuição dos utentes segundo o género

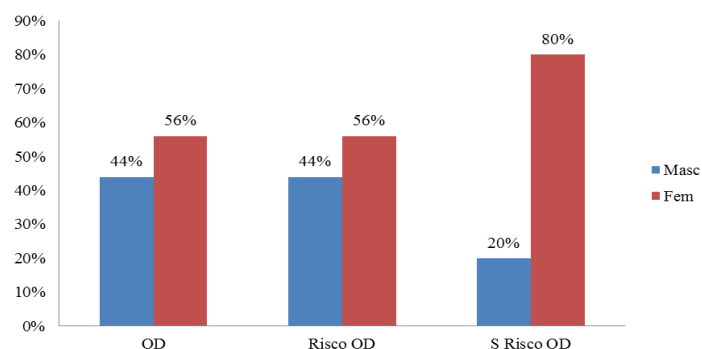


Observando o quadro e gráfico n°2 constatamos que o género feminino foi o mais frequente nas três categorias. Com a percentagem de 56% de mulheres com OD e risco de OD, destacando-se ainda mais que os homens na categoria de utentes sem risco de OD com 80%. Facto que poderá estar relacionado com a predominância do género feminino.

Quadro n° 2 Distribuição dos utentes segundo o género e classificação do ombro

Av dor Gen	OD		Risco OD		Sem Risco OD	
	N	%	N	%	N	%
Masc	4	44,0	4	44,0	1	20,0
Fem	5	56,0	5	56,0	4	80,0
Total	9	100,0	9	100,0	5	100,0

Quadro nº 2 Distribuição dos utentes segundo o género e classificação do ombro



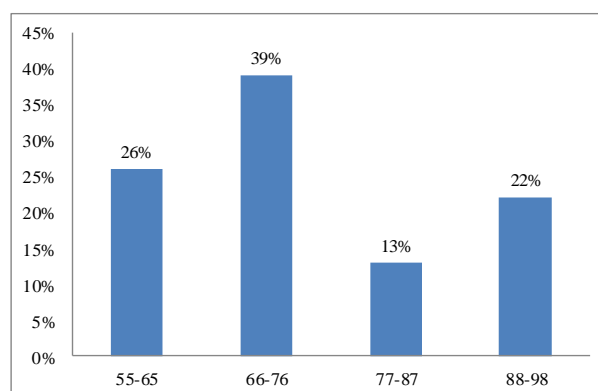
6.2 Faixa etária

Pela análise da tabela e gráfico nº 3 constatamos que o OD surge particularmente nas pessoas idosas, acompanhando o envelhecimento populacional como afirma Lopes (2014), com a faixa etária predominante entre os 66-76 anos (39%). Piassaroli et al (2012) no seu estudo também afirmou que o risco de OD é maior nas pessoas idosas do que nas mais jovens.

Quadro nº 3 Distribuição dos utentes segundo a faixa etária

Idade	N	%
55-65	6	26%
66-76	9	39%
77-87	3	13%
88-98	5	22%
Total	23	100%

Gráfico nº 3 Distribuição dos utentes segundo a faixa etária



6.3 Escalas de avaliação da dor

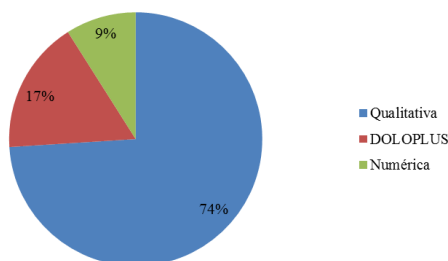
Através da observação do quadro e gráfico nº4 verificamos que a monitorização da dor foi realizada por diferentes escalas de avaliação. A Escala mais utilizada foi a Qualitativa com 74%, seguida da DOLOPLUS com 17% e a escala numérica com a menor percentagem (9%).

Utilizamos diferentes escalas da dor tal como recomenda a DGS, para efectuar um diagnóstico correcto da dor e maximizar estratégias de prevenção, tal como aconselha Ratnasabapathy et al (2003).

Quadro nº 4 Distribuição dos utentes segundo Escalas da Dor

Escala	N	%
Qualitativa	17	74%
DOLOPLUS	4	17%
Numérica	2	9%
Total	23	100%

Gráfico nº 4 Distribuição dos utentes segundo Escalas da Dor



6.4 Incidência da dor no ombro

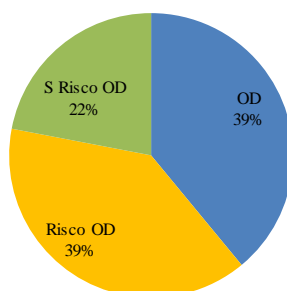
A incidência de OD foi comparativamente igual à incidência do risco de OD com 39% como podemos observar na tabela e gráfico nº5. Com menor percentagem (22%) foram os casos sem risco de OD.

Piassaroli et al (2012) afirma que a dor no ombro é extremamente comum após o AVC, em 70 a 84% dos casos. Dor associada ao movimento, e em casos graves ao repouso. Acrescenta que o risco de OD é menos frequente nas nas pessoas mais jovens, aumenta com o tempo, é maior para as pessoas com excesso de peso, aumenta com a gravidade do déficit motor do membro superior e do membro inferior e com o passar do tempo, varia com o espaço onde a pessoa reside, seja domicílio ou instituição

Quadro nº 5 Distribuição dos utentes segundo a incidência da dor no ombro

Av Dor	N	%
OD	9	39%
Risco OD	9	39%
S Risco OD	5	22%
Total	23	100%

Gráfico nº 5 Distribuição dos utentes segundo incidência da dor no ombro



6.5 Prevalência da dor no ombro

Podemos constatar no quadro e gráfico Nº6 que o número de casos de OD diminuíram de 39% para 30%, consequentemente o número de casos de risco de OD aumentou. Relativamente ao número de casos sem risco de OD manteve-se (22%).

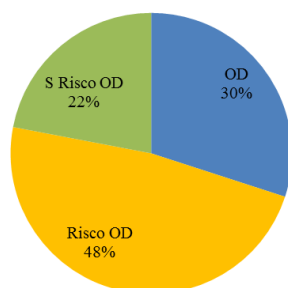
Verificamos que houve modificação positiva no estado do diagnóstico de enfermagem “Ombro doloroso”, na ordem dos 22%, uma vez que dos 9 casos diagnosticados só 7 casos mantiveram o diagnóstico.

Constatamos que as percentagens obtidas vão de encontro aos resultados dos estudos realizados. Klotz (2006) relata que o OD pós AVC prevalece entre 34% a 85%, por sua vez Santos e Festas (2008) referem a prevalência de 43,4%. seu estudo a doentes em cuidados ambulatoriais.

Quadro nº 6 Distribuição dos utentes segundo a prevalência da dor no ombro

Risco Avaliação	OD		Risco OD		S Risco OD	
	N	%	N	%	N	%
Início	9	39%	9	39%	5	22%
Fim	7	30%	11	48%	5	22%

Gráfico nº 6 Distribuição dos utentes segundo a prevalência da dor no ombro



6.6 Tónus Muscular

Relativamente a avaliação do tónus muscular podemos observar no quadro e gráfico nº7 que o grau de tónus muscular é mais elevado e como tal mais comprometido nas pessoas com OD. O grau de tónus que se destaca é o grau 3 (45%).

O grau de tónus muscular nas pessoas com risco de OD que apresenta maior percentagem é o grau 2 (56%). O grau 4 é o mais elevado com 11% inicialmente, contudo decresceu um grau na avaliação final.

Os utentes sem risco de OD mantiveram o grau 1, grau de tónus muscular mais baixo na Escala de Ashworth.

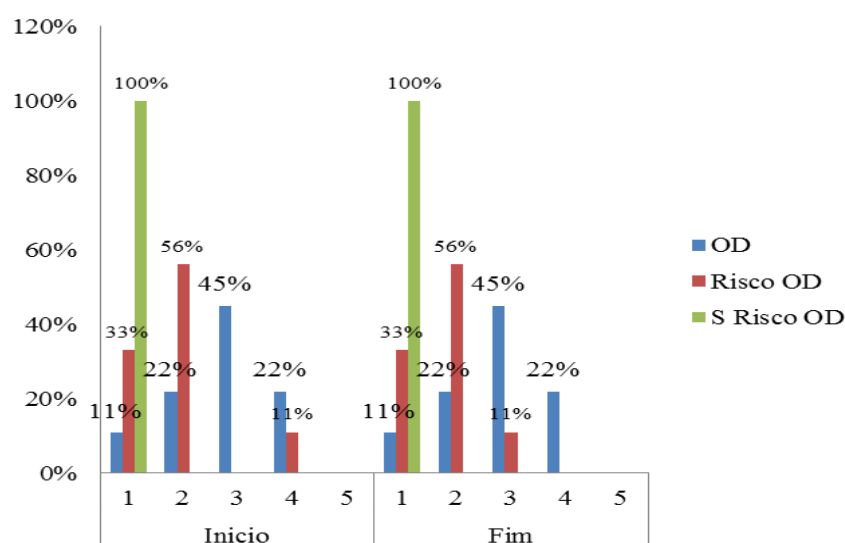
Constatamos que a espasticidade diminuiu em 1 grau e apenas nos utentes com risco de OD.

Nesta sequência de ideias a OMS (2003) informa que todas as pessoas acometidas por AVC experimentam, a perda do tónus muscular normal no lado afectado, aspecto que leva a pessoa à incapacidade funcional devido à diminuição ou ausência de força muscular.

Quadro nº 7 Distribuição dos utentes segundo evolução do tónus muscular

Tonus	Inicio										Fim									
	1		2		3		4		5		1		2		3		4		5	
Risco	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OD	1	11%	2	22%	4	45%	2	22%	0	0%	1	11%	2	22%	4	45%	2	22%	0	0%
R OD	3	33%	5	56%	0	0%	1	11%	0	0%	3	33%	5	56%	1	11%	0	0%	0	0%
S/R OD	5	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Gráfico nº 7 Distribuição dos utentes segundo a evolução do tónus muscular



6.7 Força muscular

Ao visualizarmos o quadro e gráfico nº8, constatamos que na avaliação inicial e final o grau de força muscular manteve-se nas três categorias.

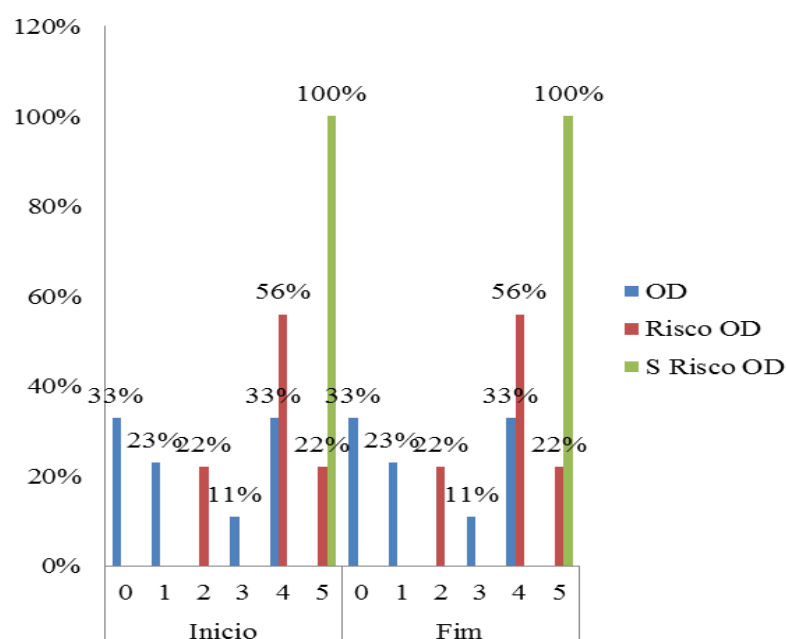
A maior percentagem dos utentes com OD apresentam força muscular grau 0 e grau 4 com igual percentagem (33%). Relativamente aos utentes com risco de OD o grau de força que se destaca é o grau 4 com 56%. Os utentes sem risco de OD não apresentam alteração da força muscular mantendo o grau 5.

Segundo a OMS (2003), no período inicial após o AVC o movimento do lado afetado é difícil, e às vezes impossível. Inclui o movimento dos músculos da face, língua, tronco e dos membros.

Quadro nº 8 Distribuição dos utentes segundo a evolução da força muscular

Força	Início												Fim											
	0		1		2		3		4		5		0		1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OD	3	33%	2	23%	0	0%	1	11%	3	33%	0	0%	3	33%	2	23%	0	0%	1	11%	3	33%	0	0%
R OD	0	0%	0	0%	2	22%	0	0%	5	56%	2	22%	0	0%	0	0%	2	22%	0	0%	5	56%	2	22%
S/R OD	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%

Gráfico nº 8 Distribuição dos utentes segundo a evolução da força muscular



6.8 Amplitude do movimento articular do ombro

Pela análise da tabela nº1 verificamos que na presença de dor e de risco de dor no ombro, menor é o intervalo da amplitude do movimento articular na flexão e abdução. Resultado que vai de encontro ao afirmado por Horn et al (2003), ao afirmara que O OD caracteriza-se por dor no ombro e perda progressiva da amplitude do movimento articular

Tabela nº1 Distribuição do risco de dor no ombro segundo intervalo da amplitude do movimento articular do ombro

Amp Art	Flexão		Abdução	
	Início	Fim	Início	Fim
Risco				
OD	60-130	60-130	50-120	50-120
Risco OD	100-180	100-180	90-180	90-180
S Risco OD	140-170	140-170	120-180	120-180

No que respeita à evolução da amplitude do movimento articular do ombro observamos no quadro e gráfico nº9 que 44% dos utentes com OD apresentam aumento da amplitude do movimento articular na flexão e abdução. Relativamente aos utentes com risco de OD, 33% evoluíram na flexão e 22% na abdução.

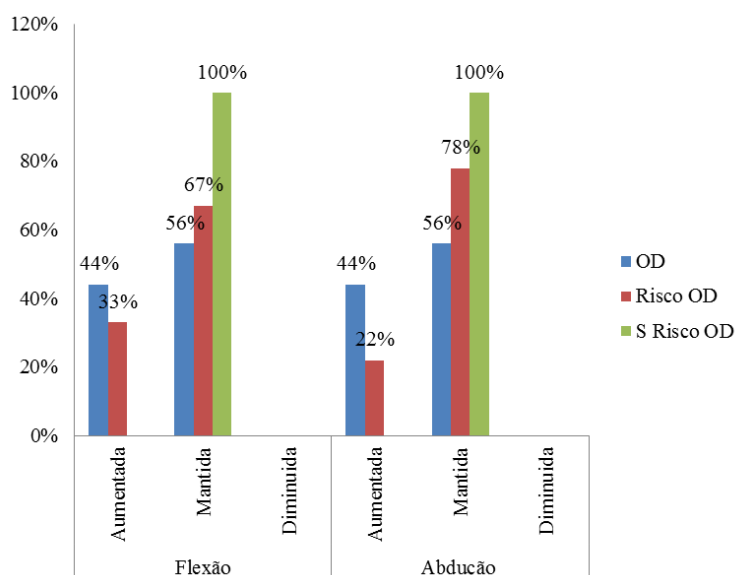
Observamos ainda que os utentes sem risco de OD mantiveram as amplitudes do movimento articular.

Resultado que nos levam a inferir que o programa de enfermagem de reabilitação assume grande importância na funcionalidade do membro superior. Pois como afirma Santos e Festas (2008), a amplitude articular do movimento ao nível do ombro, é prejudicada em consequência da dor articular acrescenta que a perda da amplitude do movimento articular e a dor no ombro podem estar relacionadas com o desalinhamento do ombro, movimentos incorrectos, imobilidade, mobilização e posicionamento inadequado do membro superior afetado

Quadro nº 9 Distribuição dos utentes segundo a evolução da amplitude do movimento articular do ombro

A. Art	Flexão						Abdução					
	Aumentada		Mantida		Diminuída		Aumentada		Mantida		Diminuída	
Risco	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OD	4	44%	5	56%	0	0%	4	44%	5	56%	0	0%
Risco OD	3	33%	6	67%	0	0%	2	22%	7	78%	0	0%
S/R OD	0	0%	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%

Gráfico nº 9 Distribuição dos utentes segundo a evolução da amplitude do movimento articular de ombro



6.9 Nível de dependência segundo Índice de Barthel

Face à análise do quadro e gráfico nº10 verificamos que os utentes com OD o grau de dependência moderada destaca-se com 56%, seguindo-se o nível de dependência grave e total com igual percentagem (22%).

Salientamos que o nível de dependência moderada inicial decresceu em benefício do nível independente na avaliação final.

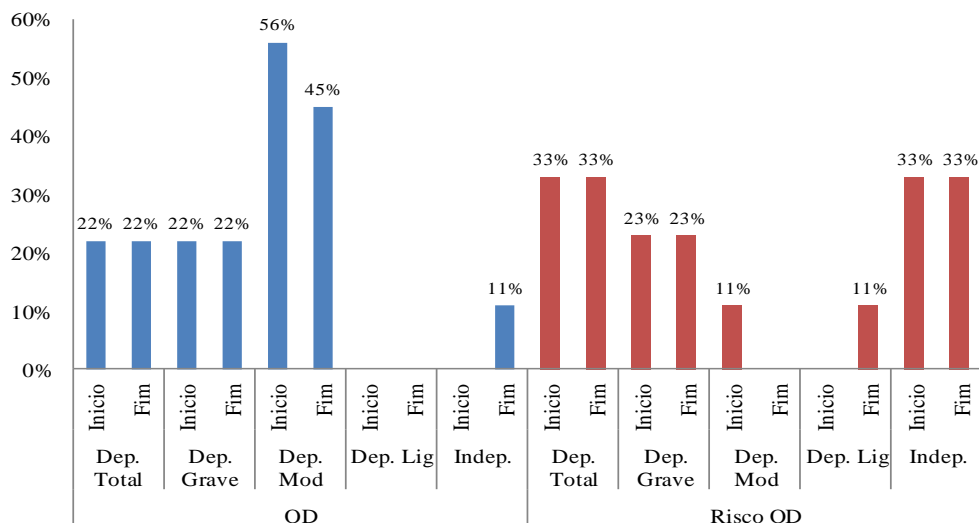
No que se relaciona aos utentes com risco OD a grande maioria situa-se nos níveis opostos, dependente total e independente com 33% respectivamente. Seguindo-se o nível de dependência grave com 23%. É de realçar que a dependência moderada identificada inicialmente evoluiu para dependência ligeira. Tendo em conta que os utentes sem risco de OD são independentes não estão representados no quadro e gráfico.

Como afirma Valente et al (2006) vários tipos de comprometimento nas AVD podem ser identificados na pessoa pós AVC, como a alimentação, higiene, vestir e despir, pela ausência ou diminuição da força e alteração do tônus muscular, além da presença de sinergismo patológico que dificulta o movimento adequado do membro superior para a realização dessas atividades.

Quadro nº 10 Distribuição dos utentes segundo a evolução do nível de dependência

I. Barthel			N	%
OD	Dependência Total	Início	2	22%
		Fim	2	22%
	Dependência Grave	Início	2	22%
		Fim	2	22%
	Dependência Moderada	Início	5	56%
		Fim	4	45%
	Dependência Ligeiro	Início	0	0%
		Fim	0	0%
	Independente	Início	0	0%
		Fim	1	11%
Risco OD	Dependência Total	Início	3	33%
		Fim	3	33%
	Dependência Grave	Início	2	23%
		Fim	2	23%
	Dependência Moderada	Início	1	11%
		Fim	0	0%
	Dependência Ligeira	Início	0	0%
		Fim	1	11%
	Independente	Início	3	33%
		Fim	3	33%

Gráfico nº 10 Distribuição dos utentes segundo a evolução do nível de dependência



6.10 Evolução do nível de dependência nas AVD's segundo I. Barthel no OD

Observando o quadro e o gráfico nº 11 constatamos que as AVD's que regrediram o nível de dependência, de 0 para 5, foram o tomar banho (89% para 78%), higiene pessoal (56% para 44%) e usar a sanita (44% para 33%).

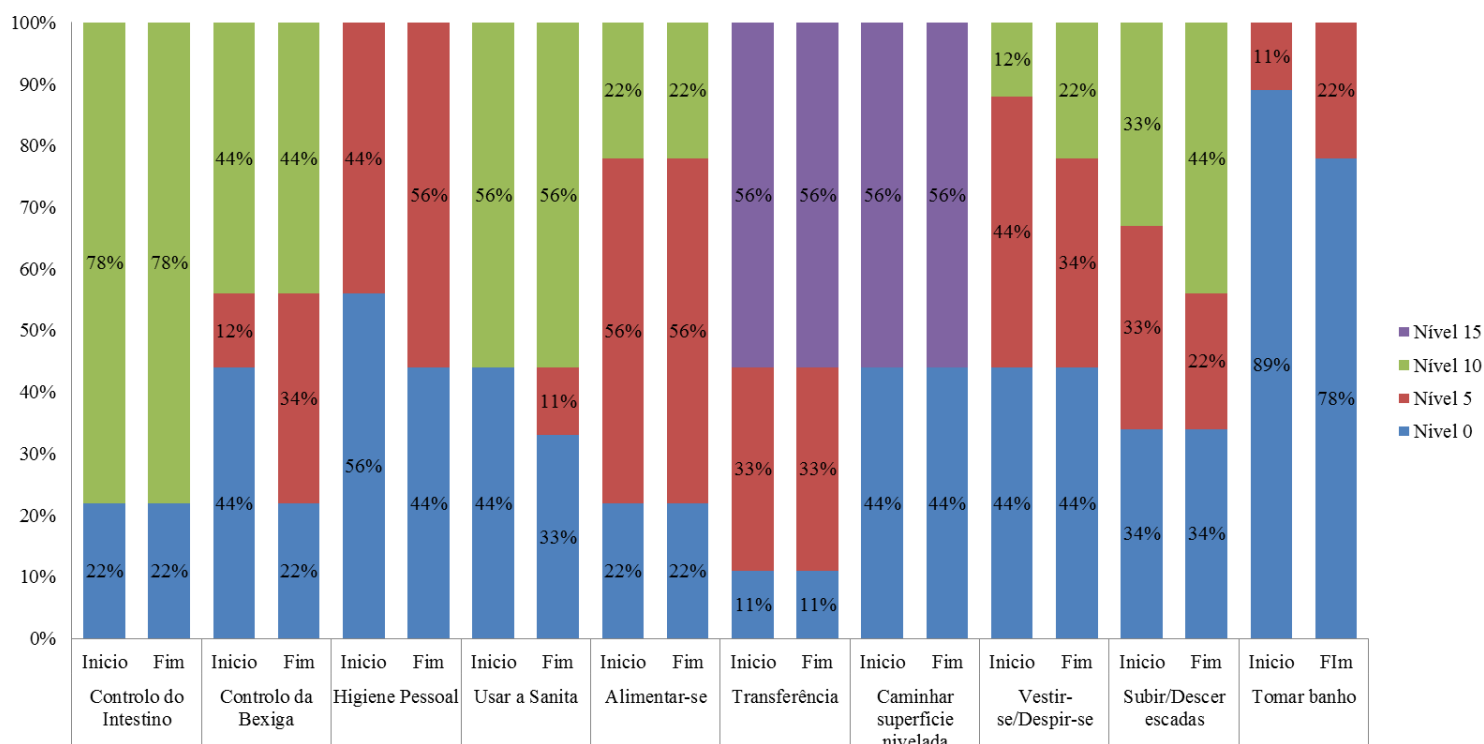
A diminuição do nível de dependência, de 5 para 10, verificou-se nas AVD's vestir-se/despir-se (44% para 34%) e no subir e descer escadas (33% para 22%).

É de referir que a OMS (2003) defende que mesmo que a pessoa fique com paralisia, é importante ter um braço móvel e indolor para facilitar os movimentos do corpo e AVD's. Neste sentido também Hanger et al (2000), afirma que o desenvolvimento do OD pós AVC tem sérias consequências como: desconforto, recuperação funcional lenta, redução na amplitude de movimentos, depressão, perturbações do sono e redução na qualidade de vida.

Quadro nº 11 Distribuição dos utentes com OD segundo a evolução do nível de dependência nos AVD's.

Índice Barthel		Nível 0		Nível 5		Nível 10		Nível 15	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Controlo do Intestino	Início	2	22%	0	0%	7	78%	0	0%
	Fim	2	22%	0	0%	7	78%	0	0%
Controlo da Bexiga	Início	4	44%	1	12%	4	44%	0	0%
	Fim	2	22%	3	34%	4	44%	0	0%
Higiene Pessoal	Início	5	56%	4	44%	0	0%	0	0%
	Fim	4	44%	5	56%	0	0%	0	0%
Usar a Sanita	Início	4	44%	0	0%	5	56%	0	0%
	Fim	3	33%	1	11%	5	56%	0	0%
Alimentar-se	Início	2	22%	5	56%	2	22%	0	0%
	Fim	2	22%	5	56%	2	22%	0	0%
Transferência	Início	1	11%	3	33%	0	0%	5	56%
	Fim	1	11%	3	33%	0	0%	5	56%
Caminhar superfície nivelada	Início	4	44%	0	0%	0	0%	5	56%
	Fim	4	44%	0	0%	0	0%	5	56%
Vestir-se/Despir-se	Início	4	44%	4	44%	1	12%	0	0%
	Fim	4	44%	3	34%	2	22%	0	0%
Subir/Descer escadas	Início	3	34%	3	33%	3	33%	0	0%
	Fim	3	34%	2	22%	4	44%	0	0%
Tomar banho	Início	8	89%	1	11%	0	0%	0	0%
	Fim	7	78%	2	22%	0	0%	0	0%

Gráfico nº 11 Distribuição dos utentes com OD segundo a evolução do nível de dependência nas AVD's.



6.11 Evolução do nível de dependência nas AVD's segundo I. Barthel no risco de OD

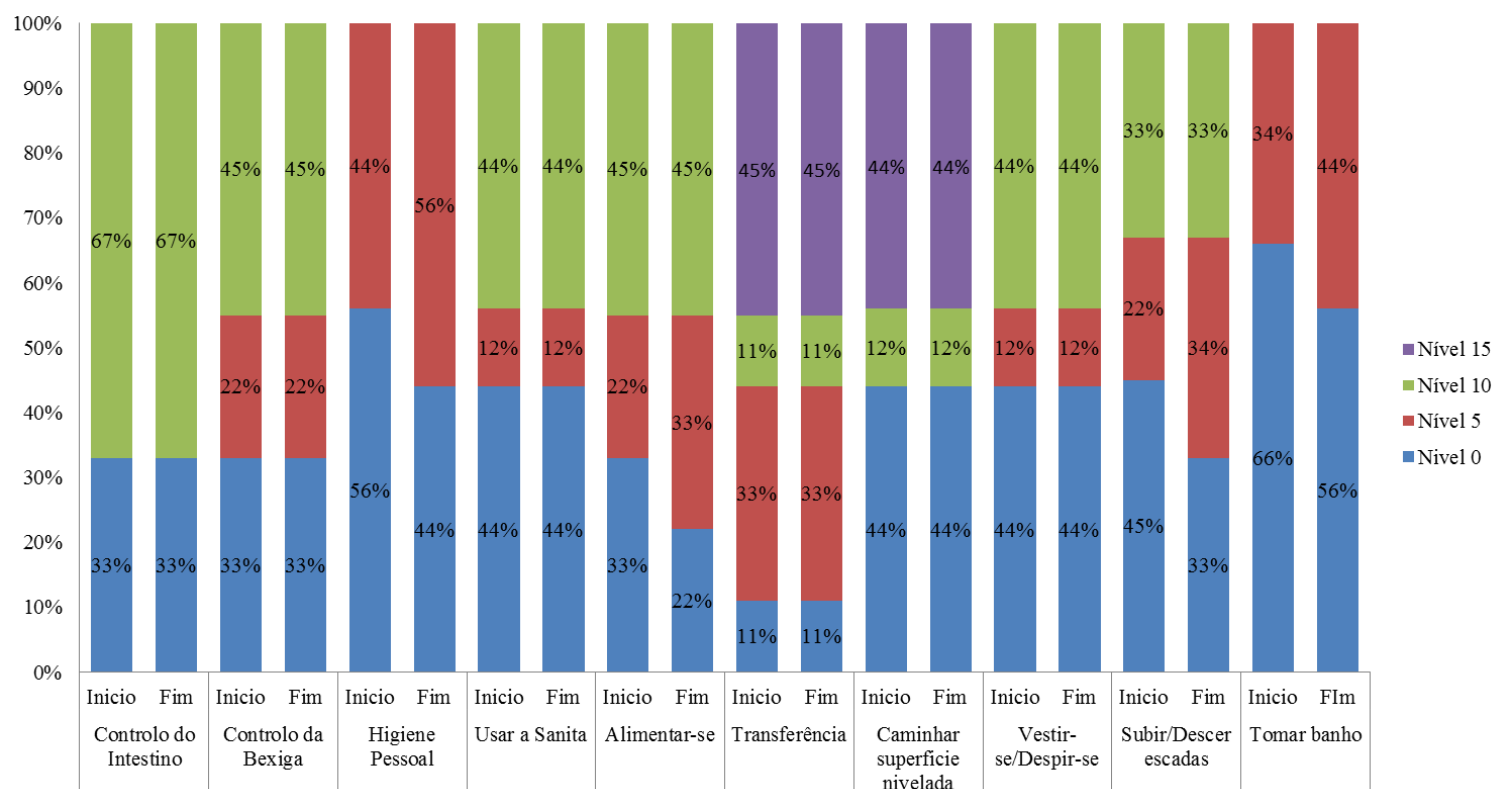
Analisando o quadro e o gráfico nº 12 verificamos que as AVD's que regrediram o nível de dependência, de 0 para 5, foram o tomar banho (66% para 56%) a higiene pessoal (56% para 44%), o subir e descer escadas (45% para 33%), e o alimentar-se (33% para 22%).

Os níveis de dependência de 10 e 15 não sofreram alteração. Este facto estará relacionado com os menores níveis de dependência dos utentes com risco de OD. Tal como refere Pomery et al (2001) e Santos & Festas (2008) as pessoas que não desenvolveram OD pós AVC têm tendência para uma reabilitação menos difícil e um resultado funcional menos comprometido do que aquelas que desenvolveram.

Quadro nº 12 Distribuição dos utentes com risco de OD segundo a evolução do nível de dependência nos autocuidados

Índice Barthel		Nível 0		Nível 5		Nível 10		Nível 15	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Controlo do Intestino	Início	3	33%	0	0%	6	67%	0	0%
	Fim	3	33%	0	0%	6	67%	0	0%
Controlo da Bexiga	Início	3	33%	2	22%	4	45%	0	0%
	Fim	3	33%	2	22%	4	45%	0	0%
Higiene Pessoal	Início	5	56%	4	44%	0	0%	0	0%
	Fim	4	44%	5	56%	0	0%	0	0%
Usar a Sanita	Início	4	44%	1	12%	4	44%	0	0%
	Fim	4	44%	1	12%	4	44%	0	0%
Alimentar-se	Início	3	33%	2	22%	4	45%	0	0%
	Fim	2	22%	3	33%	4	45%	0	0%
Transferência	Início	1	11%	3	33%	1	11%	4	45%
	Fim	1	11%	3	33%	1	11%	4	45%
Caminhar superfície nivelada	Início	4	44%	0	0%	1	12%	4	44%
	Fim	4	44%	0	0%	1	12%	4	44%
Vestir-se/Despir-se	Início	4	44%	1	12%	4	44%	0	0%
	Fim	4	44%	1	12%	4	44%	0	0%
Subir/Descer escadas	Início	4	45%	2	22%	3	33%	0	0%
	Fim	3	33%	3	34%	3	33%	0	0%
Tomar banho	Início	6	66%	3	34%	0	0%	0	0%
	Fim	5	56%	4	44%	0	0%	0	0%

Gráfico nº 12 Distribuição dos utentes com risco de OD segundo a evolução do nível de dependência nos autocuidados



6.12 Utilização de ajudas técnicas por AC segundo o IB no domínio da prevenção do OD nos utentes com OD

Analisando o quadro e gráfico nº13 constatamos as ajudas técnicas são mais utilizadas nos AC caminhar em superfície nivelada e subir /descer escadas (78%), seguindo-se o tomar banho (56%) e transferência (44%).

Concluimos que os utentes sentem mais necessidade e adquirem, ajudas técnicas para promover o equilíbrio e mobilidade/deslocamento corporal.

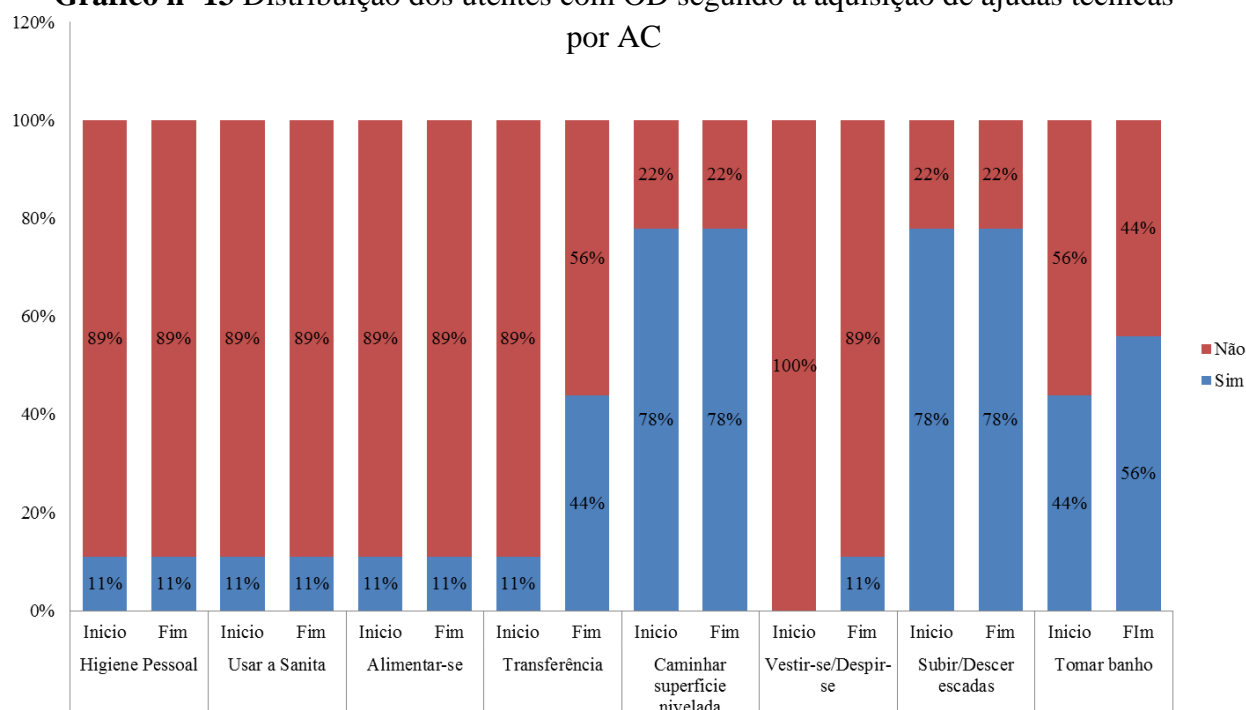
Salientamos que no decorrer do estudo verificou-se a aquisição de ajudas técnicas também noutros AC nomeadamente no tomar banho e vestir/despir-se.

Hanger, et al (2000) deduziram que os utentes desenvolviam OD no domicílio por sentirem necessidade acrescida de serem independentes, e terem maior actividade. Nesta sequência de ideias cremos essencial educar sobre a multiplicidade de ajudas técnicas existentes para todos os AC que promovam a funcionalidade e previnam o OD.

Quadro nº 13 Distribuição dos utentes com OD segundo a aquisição de ajudas técnicas por AC

Ajudas Técnicas por Autocuidado		Sim		Não	
		N	%	N	%
Higiene Pessoal	Início	1	11%	8	89%
	Fim	1	11%	8	89%
Usar a Sanita	Início	1	11%	8	89%
	Fim	1	11%	8	89%
Alimentar-se	Início	1	11%	8	89%
	Fim	1	11%	8	89%
Transferência	Início	1	11%	8	89%
	Fim	4	44%	5	56%
Caminhar superfície nivelada	Início	7	78%	2	22%
	Fim	7	78%	2	22%
Vestir-se/Despir-se	Início	0	0%	9	100%
	Fim	1	11%	8	89%
Subir/Descer escadas	Início	7	78%	2	22%
	Fim	7	78%	2	22%
Tomar banho	Início	4	44%	5	56%
	Fim	5	56%	4	44%

Gráfico nº 13 Distribuição dos utentes com OD segundo a aquisição de ajudas técnicas por AC



6.13 Utilização de ajudas técnicas por AC segundo o IB no domínio da prevenção do OD nos utentes com risco de OD

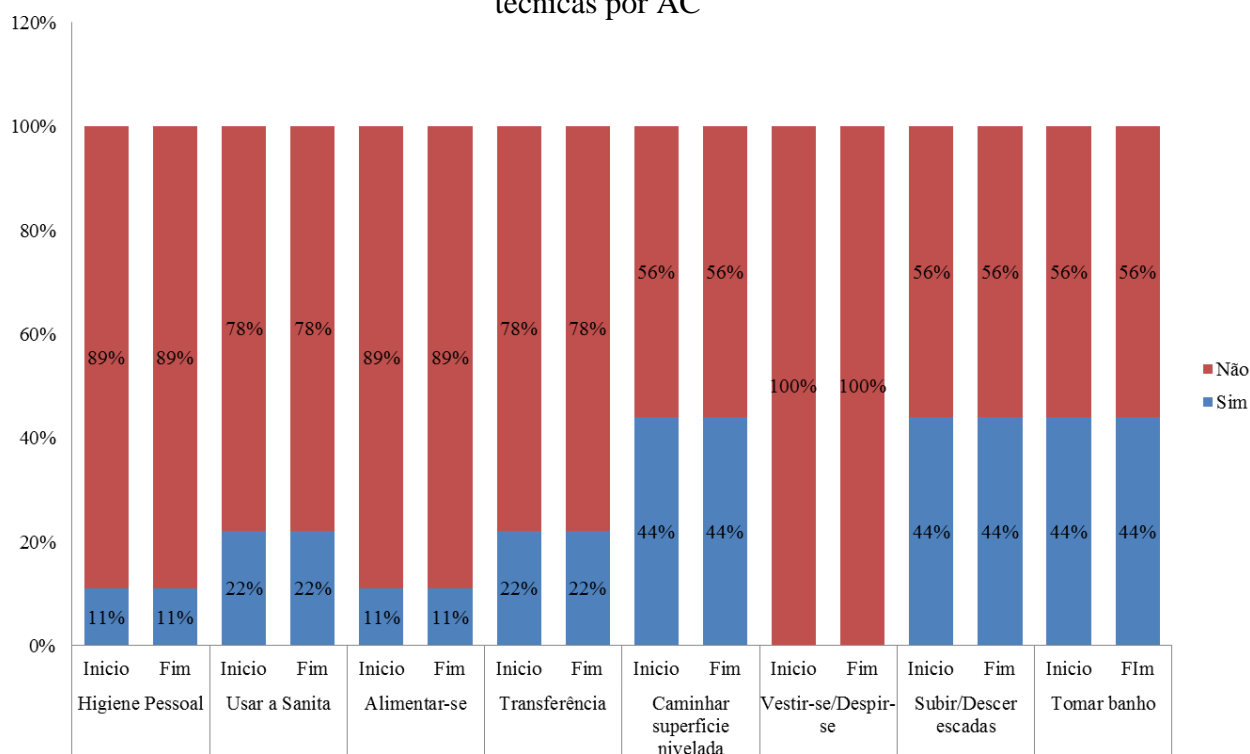
Pela análise do quadro e gráfico nº14 constatamos que as ajudas técnicas são mais utilizadas nas AC caminhar em superfície nivelada, subir /descer escadas e tomar banho com igual percentagem (44%), a transferência e o usar o sanitário (22%).

É de referir que nenhum utente adquiriu ajudas técnicas durante o estudo, possivelmente por vários motivos: já terem adquiridos as ajudas que consideram mais importantes, baixos recursos económicos, substituição no AC pelo prestador de cuidados, baixo potencial de recuperação ou ainda porque utentes mais independentes não valorizam a componente preventiva.

Quadro nº 14 Distribuição dos utentes com risco de OD segundo a aquisição de ajudas técnicas por AC

Ajudas Técnicas por Autocuidado		Sim		Não	
		N	%	N	%
Higiene Pessoal	Início	1	11%	8	89%
	Fim	1	11%	8	89%
Usar a Sanita	Início	2	22%	7	78%
	Fim	2	22%	7	78%
Alimentar-se	Início	1	11%	8	89%
	Fim	1	11%	8	89%
Transferência	Início	2	22%	7	78%
	Fim	2	22%	7	78%
Caminhar superfície nivelada	Início	4	44%	5	56%
	Fim	4	44%	5	56%
Vestir-se/Despir-se	Início	0	0%	9	100%
	Fim	0	0%	9	100%
Subir/Descer escadas	Início	4	44%	5	56%
	Fim	4	44%	5	56%
Tomar banho	Início	4	44%	5	56%
	Fim	4	44%	5	56%

Gráfico nº 14 Distribuição dos utentes com risco de OD segundo a aquisição de ajudas técnicas por AC



6.14 Conhecimento sobre prevenção do OD e utilização de ajudas técnicas.

Ao observar o quadro e o gráfico nº14 verificamos que os prestadores de cuidados adquiriram conhecimento no domínio da prevenção do OD e utilização de ajudas técnicas.

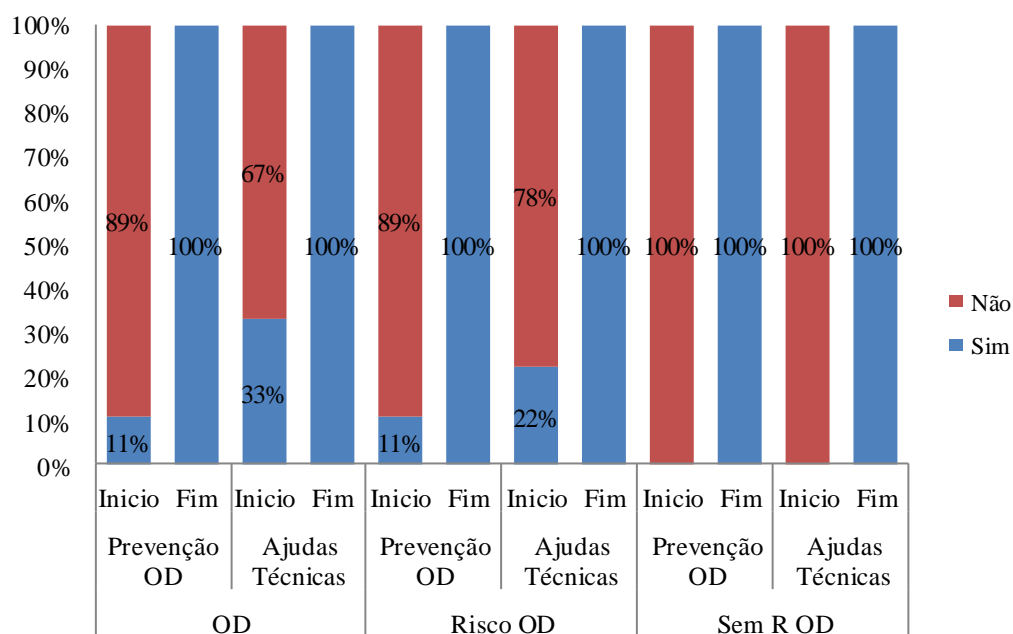
É imperativo o cuidado na mobilização do membro superior paralisado, pelos cuidadores (Silva et. Al,2000). Neste sentido Piassarolli et al (2012), recomendam que todos os familiares/prestadores de cuidados devem receber orientações básicas relativas a realização das AVD's.

Salientamos que todos os utentes/prestadores de cuidados referiram duas ou mais intervenções preventivas do OD, Contudo, para consolidar este objectivo realizamos uma sessão de educação sobre dispositivos e ajudas técnicas para o utente acometido por AVC, com exposição oral e demonstração dos materiais facultados por um Centro ortopédico.

Quadro nº 14 Distribuição dos utentes/prestador de cuidados segundo o conhecimento sobre prevenção do ombro doloroso e utilização de ajudas técnicas.

Conhecimento			Sim		Não	
			N	%	N	%
OD	Prevenção OD	Início	1	11%	8	89%
		Fim	9	100%	0	0%
	Ajudas Técnicas	Início	3	33%	6	67%
		Fim	9	100%	0	0%
Risco OD	Prevenção OD	Início	1	11%	8	89%
		Fim	9	100%	0	0%
	Ajudas Técnicas	Início	2	22%	7	78%
		Fim	9	100%	0	0%
Sem R OD	Prevenção OD	Início	0	0%	9	100%
		Fim	9	100%	0	0%
	Ajudas Técnicas	Início	0	0%	9	100%
		Fim	9	100%	0	0%

Gráfico nº 14 Distribuição dos utentes segundo o conhecimento sobre prevenção do ombro doloroso e utilização de ajudas técnicas.



Observando o quadro nº1 podemos ter uma percepção global do estudo realizado aos 23 utentes.

Tendo em conta que a complicação do ombro doloroso é um fenómeno de difícil resolução, este projecto revelou ser um contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Obtivemos ganhos em saúde, duas pessoas passaram a não sentir dor no ombro e as pessoas com risco e sem risco de ombro doloroso mantiveram-se nestas categorias.

Relativamente a taxa de efectividade diagnóstica do risco, nenhuma pessoa desenvolveu o risco de ombro doloroso, por outro lado, as duas pessoas que deixaram de sentir ombro doloroso, traduzem modificação positiva no estado do diagnóstico de enfermagem ao transitarem da categoria do problema (OD) para a categoria do risco.

Quadro nº1: Indicadores de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem

Categorias do Ombro	OD		Risco OD		Sem R OD	
Indicadores de Processo						
Nº de casos (%)	♀5 (56) ♂4 (44)	9(39)	♀5(56) ♂4(44)	9(39)	♀4(80) ♂1(20)	5(22)
Nº utentes com dependência AC/IB (%)	9 (100)		6(67)		0	
Nº de utentes com utilização de ajudas técnicas (%)	7(78)		8(89)		0	
Taxa de efectividade diagnóstica do risco (%)	—		0		—	
Indicadores de Resultado						
Prevalência (%)	7(30)		11(48)		5(22)	
Nº utentes com ganhos no nível de dependência AC/IB (%)	1(11)		1(17)		0	
Nº utentes/PC com ganhos em conhecimento prevenção OD (%)	7(100)		11(100)		5(100)	
Nº utentes/PC com ganhos em conhecimento ajudas técnicas (%)	7(100)		11(100)		5(100)	
Taxa de efectividade na prevenção do OD	—		9(100)		—	
Modificações positivas no estado do diagnóstico de enfermagem	2(22)					

7. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa

Constatamos que utentes acometidos por AVC e alguns com hemiplegia por vezes são avaliados como utentes sem necessidade ou sem potencial para serem seguidos num programa de medicina física de reabilitação periódico, dependendo apenas dos cuidados de enfermagem domiciliários, por vezes escassos para a sua reabilitação, devido à sobrecarga laboral do enfermeiro, adicionando a tudo isto os poucos recursos socioeconómicos atuais. Por outro lado a falta de conhecimento e

adesão por parte do utente/a família/prestador de cuidados para cumprir as orientações dos enfermeiros também foi verificada por nós.

Deste modo realizamos uma sessão de educação em grupo para os utentes acometidos por AVC/famíliares/Prestadores de cuidados, sobre ajudas técnicas e dispositivos, com o intuito de aumentar o seu conhecimento, incentivar a participação na recuperação, facilitar a prestação de cuidados e promover a capacidade funcional.

8. Reconhecer e partilhar o sucesso.

Esta última fase consistiu na divulgação do projecto à equipa de enfermagem do Centro de Saúde da Quinta Grande. Apresentação oral do mesmo no 1º Encontro de Benchmarking promovido pela Ordem dos Enfermeiros em 2014 e ainda através da apresentação em Poster no 2º Encontro de Benchmarking em 2015.

9. CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem contribuíram para a prevenção, redução e erradicação da dor no ombro pós AVC. Assim como para a melhoria da capacidade funcional e consequentemente para o aumento da qualidade de vida.

O diagnóstico precoce da dor e plano de intervenção permitiu reduzir a taxa de ocorrência de OD pós AVC e maximizar as estratégias de prevenção. Foram as pessoas acometidas por AVC recente que melhor evolução apresentou.

Atendendo o factor cronicidade da dor no ombro pós AVC, foi importante promover a mentalidade preventiva e curativa da dor e da independência funcional junto da equipa de enfermagem e família/prestador de cuidados.

A percepção e resposta à dor do ombro pela pessoa acometida por AVC, podem ser influenciadas por inúmeros factores de acordo com o grau de déficite. A falta de referência a dor não significa que a dor esteja ausente. A monitorização da dor é imperativa logo após o AVC, de modo a prevenir, identificar, e minimizar a ocorrência de dor

Como enfermeiros que somos, perante a pessoa acometida por AVC, com expressões de angústia espelhadas na sua face, temos o dever de saber atender e dar resposta às suas necessidades, que embora silenciosas, estão expostas perante os nossos poderes e o nosso olhar.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, T.P. (1994). *Tratado de Medicina Física e de Reabilitação de Krusen*. (4ª ed.. 2.º Vol.). São Paulo: Manole
- Baía, P (2010). *Doente com AVC: dificuldades da família*. [consulta 20 de dezembro de 2014]. URL: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1851/1/MONO_16599.pdf
- Benjamin et al. (2000). Princípios de Liderança e de Gestão para Enfermagem de Reabilitação In Hoeman, S.P. (2ª ed.) *Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e Processo*. (p.77). Loures: Lusociência
- Buvat, F.C. & D'Avigneau, J.M. (Setembro-Outubro, 1995). COMO AVALIAR A DOR DO IDOSO QUANDO AS SUAS CAPACIDADES EM EXPRESSAR ESTÃO ALTERADAS. *Revista Servir*, 43 (5), 273-276
- Cailliet, R. (1981). *O Ombro Na Hemiplegia*. 2ª ed. São Paulo: Manole, Ltda.
- Cancela (2008). *O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, principais consequências e reabilitação*. [Consulta a 16 de Dezembro de 2009]. URL: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>.
- Collière, M.F. (1989). *Promover a vida - da prática das mulheres de virtude à prática dos cuidados de enfermagem*. Editora: Inter Editions, Paris
- Conselho de Enfermagem. (2002). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006) CIPE. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão 1.0. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Cunha M. (2001). *Dor*. Implicações Psicossociais da dor. Associação Portuguesa para o estudo da dor. Vol.9 (4), 24
- Denegar, C.R. & Donley, P. B. (2003). Deficiência causada pela dor: controle da dor durante o processo de reabilitação. In Prentice, W.E. & Voight, M. L. *Técnicas em reabilitação musculoesquelética* Lisboa: Artmed
- Direcção Geral de Saúde (2000). *Viver Após um Acidente Vascular Cerebral. Autocuidados na Saúde e na Doença, Guias para as Pessoas Idosas*. Publicações. [Consulta a 20 de Novembro de 2009]. URL: <http://www.dgs.pt/>
- Direcção Geral de Saúde (2003). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Publicações. [Consulta a 20 de Novembro de 2009]. URL: <http://www.dgs.pt/>
- Direcção Geral de Saúde (2005). *Elementos Estatísticos Informação Geral Saúde/ 2005*. Estatísticas de Saúde – Publicações. [Consulta a 20 de Novembro de 2009]. URL: <http://www.dgs.pt/>
- Duchene, P. M. et al (2000). *Enfermagem de Reabilitação. Processo e Aplicação*. Sensação, percepção e dor. 2ª ed. Loures: Lusociência
- Equipa do projeto SASPI (2003). *Secondary prevention of stroke- results from the Southern Africa Stroke Prevention Initiative (SASPI) study*, [Consulta a 16 de Dezembro de 2009]. Organização Mundial de Saúde. URL: [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2004/Vol82-No7/bulletin_2004_82\(7\)_503-5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2004/Vol82-No7/bulletin_2004_82(7)_503-5.pdf);
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência
- Hanger et al. (2000). *Um ensaio clínico aleatório de Cintas para prevenir o ombro doloroso pós AVC*. [Consulta a 12 de Julho de 2014]. Base de dados: Academic Search Complete, EBSCOhost. URL: <http://search.ebscohost.com/login>
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência

- Horn et al. (2003). *Cinesioterapia previne OD em pacientes hemiplégicos/paréticos na fase sub-aguda do acidente vascular encefálico*. [Consulta a 30 Janeiro 2015].
- Jesse B. & Jupiter, M.D. (1997). *Cuidados Primários em Medicina*. Abordagem do doente com ombro doloroso. 3ª Edição. Portugal: McGraw - Hill
- Johnstone, M.C.S.P. (1979). *Restauração Da Função Motora No Paciente Hemiplégico*. São Paulo: Manole Ltda
- Johnstone, M.C.S.P. (Fevereiro, 1987). *Seminário de Actualização, segundo o Método de Margaret Johnstone*. Alcoitão.
- Kemp, N.& Richardson, E. (1995). *A Garantia da Qualidade no Exercício da Enfermagem*. Lisboa: Grafilarte.
- Klotz, T. et al. (2006). *Tratamento fisioterapêutico do ombro doloroso de pacientes hemiplégicos por acidente vascular encefálico – Revisão da Literatura*. [Consulta a 24 de Dezembro de 2009]. URL: <http://www.actafisiatrica.org.br/vcolor.pdf>
- Lopes (2009). “Nota-se que a população portuguesa fala mais em AVC e que o teme”. [Consulta a 18 de Julho de 2014]. URL: <http://spavc20m%C3%A9dicas%20dia%20de%20julho%20de%202009.pdf>
- Matthews, S. (2009).” Interventions for Rehabilitation Post-stroke and the Contribution of the Nursing Staff” [Estudo de caso]. *JARNA*, 12 (3) , 7-11. [Consulta: 20 de Dezembro de 2014]. Academic Search Complete, EBSCOhost.URL:
- Martins, M.M.F.P.S. (2002). *Uma Crise Acidental na Família - O doente com AVC*. Processos familiares/ Aceitação/ Dependência. Coimbra: Formasau
- Metzger, C., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Fisiologia e Fisiopatologia da dor. Lisboa: Lusociência
- Nunes, S; Pereira, C; Silva, M. (2005). *Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão*. [Consulta a 16 de Dezembro de 2009]. URL: <http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol1n3/pdfs/Evolucao%20F.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (Julho, 2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 13, (supl.), 3-8.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Promovendo Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral*. Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Artmed
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Enfermagem e Midwife Health 21- “Saúde 21”*. Envelhecer Saudável. Viseu p.20.
- O’Sullivan, S. B & Schmitz, T. J. (2003). *Fisioterapia, avaliação e tratamento*. 4ª edição. São Paulo: Manole
- Pamela, M.D. (2000). *Sensação, Percepção e Dor de Enfermagem de Reabilitação*. In S. P. Hoeman (2ªed.), *Enfermagem de Reabilitação. Processo E Aplicação*. Loures: Lusociência.
- Piassaroli, C. (2012) Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquémico [Revisão] revista Neurociências, vol. 20(1), 128-137. [Consulta 11 de Janeiro de 2015]. Academic Search Complete, EBSCOhost.URL: <http://fisioblog.blogspot.pt/2012/02/modelos-de-reabilitacao>
- Portugal, Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º09/DGCGDE de 14 de Junho 2003
- Programa Ocupacional de Saúde (2000). *Saúde 21*. União Europeia [Consulta a 18 de Dezembro de 2009]. URL: <http://www.qca.pt/publicacoes/download/saude.pdf>
- Ratnasabapathy, Yogini et al. (2003). *A dor no ombro em pessoas com um acidente vascular cerebral: um estudo de base populacional*. [Consulta a 12 de Novembro 2009]

- de 2009]. Base de dados: Academic Search Complete, EBSCOhost. URL:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=9614415&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Santos, M. e Festas, C. (2008). *Prevalência do ombro e estado funcional do ombro em indivíduos vítimas de AVC*. [Consulta a 30 de Maio de 2014]. URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/962/3/72-81.pdf>
- Schneider, R.P. e Prentice, W.E. (2003). *Técnicas em Reabilitação Musculo-esquelética*. Reabilitação do Ombro. São Paulo: Artmed
- Silva et al. (2000). *Avaliação da dor no ombro em paciente com acidente vascular cerebral*. [Consulta a 24 de Dezembro de 2009]. URL: http://www.actafisiatrica.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/0A09C8844BA8F0936C20BD791130D6B6/v1_07_n_02_78_83.pdf
- Smeltzer, S., C. & Bare, B., G. (2002). *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (9ª ed, 2º vol.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sousa & Alves. (2009). Instabilidade do Ombro. In Cartucho & Espregueira_Mendes (Eds), *O OMBRO*. (223-270) Lisboa-Porto: Lidel.
- Valadas, M.A.B (Janeiro, 2007). *O Doente Internado na Unidade de AVC's*. (70).14-18.
- Valente et al. (2006). *Resultados da fisioterapia hospitalar na função do membro superior comprometido após acidente vascular encefálico*. [Consulta a 30 de Novembro de 2009]. Revista de Neurociências. URL:<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/14%2003.pdf>
- Vuagnat, H. e Chantraine, A. (2003). *Dor de Ombro na hemiplegia: Contribuição da Estimulação Eléctrica Funcional e outras terapias*. [Consulta a 12 de Novembro de 2009]. Base de dados: Academic Search Complete, EBSCOhost. URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=9488761&lang=pt-br&site=ehost-live>