

HOSPITAL DOS MARMELEIROS - SESARAM, EPE
Serviço de Medicina Interna – Endocrinologia 3º Piso Poente

PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE
DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**MINIMIZAR A ESPASTICIDADE NA PESSOA
ACOMETIDA POR AVC**

Enf. Jhonny Abreu

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	3
1. Identificar e descrever o problema;.....	4
2. Perceber o problema e dimensioná-lo	5
3. Formular objectivos iniciais	8
4. Perceber as causas.....	8
4.1 Diagrama causa/efeito.....	10
5. Planear e executar as tarefas/atividades	11
5.1. Programa melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem	11
5.2 Cronograma.....	12
5.3. Critérios para a implementação do projecto	12
5.4 Grelha para a recolha de dados na admissão e na alta hospitalar.....	13
5.5 Folheto informativo.....	14
6.Verificar os resultados	15
6.1 Dados Relativos às variáveis.....	15
6.1.1 Género	15
6.1.2 Idade	16
6.1.3 Duração do internamento	17
6.1.4 Período de tempo da ocorrência do AVC.....	18
6.1.5 Escalas de monitorização da dor	19
6.1.6 Monitorização da evolução da dor	20
6.1.7 Avaliação do Tónus Muscular.....	21
6.1.8 Avaliação da evolução do Tónus Muscular	23
6.1.9 Nível de dependência segundo o Índice de Barthel.....	24
6.1.10 Nível de dependência nas actividades de vida segundo o Índice de Barthel.....	26
6.1.11 Conhecimento do utente/prestador de cuidados sobre	27
medidas preventivas da espasticidade	27
7. Propor medidas correctivas, standardizar e treinar a equipa	29
8. Reconhecer e partilhar o sucesso	29
9. CONCLUSÃO	30
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

0. INTRODUÇÃO

A espasticidade é um distúrbio frequente no AVC, afecta milhões de pessoas em todo o mundo (Lianza et. Al, 2001).

A espasticidade acabará por aparecer, por maior que seja a flacidez apresentada nos membros imediatamente após o AVC (Johnstone, 1987).

Esta condição é causa de sofrimento multidimensional, afecta a capacidade funcional para a realização das actividades de vida diária (AVD) e reduz a qualidade de vida da pessoa acometida por AVC.

A escolha deste tema prende-se ao facto de termos verificado que a espasticidade é uma realidade no Serviço de Medicina Interna, por vezes pouco monitorizada, tal como refere Watkins (2002). Outro motivo da escolha do tema foi perceber que existem lacunas no conhecimento sobre este fenómeno.

O objectivo geral é minimizar a espasticidade do utente acometido por AVC com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

Deste modo, decidimos realizar um programa da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, direccionado para a prevenção de complicações, categoria dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este estudo é de carácter exploratório descritivo com uma análise quantitativa. A população consta dos 43 utentes acometidos por AVC, internados no Serviço de Medicina Interna – Endocrinologia Sector Homens, no período compreendido entre Novembro 2014 e Janeiro 2015.

Trata-se de uma pesquisa documental em bases de dados científicas, entre as quais, Medline, Cinahl, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Scielo.

Através das palavras-chave *AVC*, *stroke*, *spasticity*, *espasticidade*, *Barthel*, seleccionamos 12 trabalhos, publicados de 2000 a 2013, nas línguas inglesa e portuguesa.

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram a escala do tónus muscular de Ashworth, Escalas da Dor (Qualitativa/verbal, DOLOPLUS, Numérica e das Faces de Wong Baker) e Índice de Barthel.

Foram tidos em conta os princípios éticos relativos a investigação.

Para a análise dos dados utilizamos o Excel 2010, apresentamos os dados em quadros e gráficos, de modo a representar as variáveis de caracterização (idade, género, duração do internamento, período de ocorrência do AVC), e os dados relativos a variável em estudo (avaliação da evolução da dor/ escalas, avaliação do tônus muscular, avaliação da evolução do tônus muscular, nível de dependência segundo o índice de Barthel e respectivas actividades de vida, e conhecimento do utente/prestador de cuidados sobre medidas preventivas da espasticidade).

1. Identificar e descrever o problema

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a manifestação clínica duma lesão cerebral, resultando numa alteração fisiológica e estrutural do SNC, acompanhada de disfunção.

Segundo a OMS (2003), o AVC é o desenvolvimento rápido de sinais clínicos focais ou globais, de disfunções cerebrais, com permanência dos mesmos durante 24 horas ou mais, ou levando à morte, sem outras causas aparentes que não as de origem vascular.

O AVC é a principal causa de incapacidade neurológica o que torna fundamental a reabilitação da pessoa, para que esta atinja a máxima independência nas atividades da vida diária (AVD).

Segundo Silva et al (2013) o impacto do AVC na sociedade tem sido crescente pelo aumento da sua prevalência na população, devido a maior sobrevivência e aumento da população idosa e incapacidade que provoca. Os autores estimam que após o AVC, cerca de 70% dos utentes apresentam incapacidade, dos quais 24% com nível de dependência muito grave, segundo o I. Barthel.

A hemiplegia resultante do AVC envolve com frequência alterações motoras (força muscular) e sensitivas (sensibilidade), prejudicando a mobilidade física.

Imediatamente após um AVC existe perda do tônus (contração) muscular, denominada de paralisia flácida. A flacidez é caracterizada como a perda do movimento voluntário e ausência de resistência à mobilização passiva. Este estado pode durar horas, dias ou semanas. O tônus muscular tende a aumentar gradualmente, instalando-se a espasticidade.

A espasticidade é definida como uma exacerbação da contracção muscular. Esta condição tem grande impacto negativo na vida da pessoa acometida por AVC e família, comprometendo a autonomia nos autocuidados e AVD.

Exercendo funções como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Medicina Interna constatei elevados níveis de espasticidade nos utentes acometidos por AVC (agudo ou crónico) e consequentemente elevados níveis dependência funcional.

Estes utentes requerem cuidados de enfermagem gerais e especializados no sentido de manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível até o momento da alta hospitalar, tal como defendido pelo REPE sobre o conceito de Enfermagem (art. 4 n.º1, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril).

A escolha deste tema prende-se a vários motivos:

- A espasticidade no utente com AVC constitui um fenómeno sensível aos cuidados de enfermagem;
- Ter observado que a equipa de enfermagem mostra-se mais sensível a este fenómeno perante sinais observáveis nos utentes com níveis mais elevados de espasticidade ou sintomas referidos pelo utente.
- Realização de intervenções com estímulos nociceptivos no hemicorpo acometido pelo AVC (cateterização venosa periférica, colheita de sangue, teste de glicémia capilar, monitorização da TA).
- Durante a prestação de cuidados e interacção com os enfermeiros da equipa de enfermagem, constatei alguns défices de conhecimento relativos à espasticidade; Também notei que na preparação da alta, a falta de informação acerca deste fenómeno ao utente/prestador de cuidados era uma lacuna;

2. Perceber o problema e dimensioná-lo

A espasticidade é um distúrbio frequente no AVC, afecta milhões de pessoas em todo o mundo (Lianza et. Al, 2001).

Consiste na contracção descontrolada dos músculos esqueléticos, aumento do tónus muscular, rigidez muscular e movimentos descoordenados (CIPE; 2010).

Segundo Johnstone (1987), a espasticidade acabará por aparecer, por maior que seja a flacidez apresentada nos membros imediatamente após o AVC. A sua instalação é lenta, insidiosa, até ao fim de 18 meses pós AVC.

Citando Oliveira (2012) a espasticidade frequentemente leva a dependência pelas incapacidades causadas. A autora esclarece que o tônus muscular está associado à exacerbação dos reflexos profundos causados pela hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento, impedindo o movimento fisiológico, criando padrões anormais com mobilidade em bloco, levando a contracturas musculares e ou articulares.

A espasticidade é causa de sofrimento multidimensional, afecta a capacidade funcional para a realização das AVD e reduz a qualidade de vida da pessoa acometida por AVC.

Para Oliveira (2012) os utentes hemiplégicos que manifestam espasticidade tendem a apresentar resistência aumentada à mobilização passiva, o que dificulta ou impossibilita a mobilização activa devido ao comprometimento dos grupos musculares anti-gravitários. Apresentando padrões sinérgicos estereotipados em flexão do membro superior e extensão do membro inferior desencadeando assim um défice motor, alteração e comprometimento da amplitude de movimento das articular e da força muscular.

É de extrema importância um tônus muscular normal, para que o utente seja capaz de mobilizar com facilidade os seus membros num padrão funcional, permitindo assim o desenvolvimento de movimentos coordenados na realização de actividades motoras específicas necessárias à satisfação das AVD's.

Incidência/Prevalência

Num estudo hospitalar Watkins et al (2002) constataram que nos primeiros 12 meses após o AVC a espasticidade verificou-se em 38% dos utentes. A espasticidade manifestou-se apenas no braço em 15% dos utentes, na perna em 18% e em ambos 67%. Verificaram que os utentes com espasticidade no membro inferior apresentavam maior compromisso funcional que os utentes com espasticidade no braço.

Silva et al (2013) concluíram no seu estudo que o AVC ocorre principalmente em idade avançada, com maior frequência no género masculino devido às cardiopatias serem mais frequentes em homens apesar das mulheres apresentarem idade mais avançada. Com estes resultados podemos deduzir que a espasticidade está presente nestas faixas etárias.

Wissel et al (2010) concluiu no seu estudo que desde a ocorrência do AVC até 6 semanas após, houve um aumento do tônus muscular na ordem dos 24,5%.

Intervenções de Enfermagem

Segundo Oliveira (2012) as técnicas convencionais de reabilitação neurológica tem como objectivo promover os estímulos sensoriais para a recuperação dos movimentos funcionais, as medidas aplicadas nos membros afectados tem a finalidade de estimular novas conexões com SNC contribuindo para a plasticidade neuronal. Entende-se por plasticidade neuronal áreas corticais isoladas que assumem a função de uma área que sofreu lesão, a plasticidade consiste na substituição de uma via cerebral lesionada por outra íntegra, que desempenhará a função da anterior (Pacheco, 2013).

Nesta sequência, o posicionamento em padrão anti-espástico, a prevenção e abolição dos estímulos nocivos, a monitorização da dor são intervenções de enfermagem de grande importância para a prevenção de deformidades posturais, dor, redução da mobilidade e o comprometimento funcional.

A educação ao utente e família sobre o fenómeno da espasticidade e sua prevenção nas 24h do dia como um novo hábito de vida, tal como aconselha Johnstone (1897), deve ser realizado desde o internamento hospitalar.

Reabilitação

A espasticidade pode ser prevenida com a reabilitação precoce ainda que algumas pessoas com AVC venham a desenvolvê-la a médio e a longo prazo. Mesmo que a espasticidade não se manifeste após o AVC ela tem instalação lenta e insidiosa segundo Johnstone (1987).

Como tal, é crucial que o programa de reabilitação se inicie assim que a pessoa esteja clinicamente estável, ou seja, nas primeiras 24 horas após o AVC.

A abordagem do neurodesenvolvimento segundo Johnstone (1987) visa reeducar o movimento controlado, seguindo a sequência de desenvolvimento do lactente (“rola, senta, fica de pé; rola, apoia-se, gatinha, ajoelha-se, fica de pé”), tornando o movimento reflexo primitivo, em ação voluntária e coordenada.

Um programa de reabilitação precoce, intensivo, é sempre necessário, e de extrema importância para prevenir as possíveis complicações, assegurando um melhor nível de qualidade de vida do utente e família.

As técnicas de mobilização musculo-articular contribuem para a manutenção da amplitude de movimento articular, prevenção da dor no ombro hemiplégico, facilitam a estimulação do lado acometido evitando o desuso e padrões posturais anormais de movimentos (Oliveira, 2013).

Um programa de exercícios incluindo as actividades terapêuticas, tal como o exercício da ponte que é um dos primeiros exercícios de cuidado pessoal, devem ser ensinados ao utente. O treino diário promove a recuperação da capacidade funcional preparando o utente para a realização das actividades de vida diária, e concede ao utente a satisfação e a motivação de estar a contribuir para a sua recuperação (Johnstone, 1987).

3. Formular objectivos iniciais

Objectivo Geral:

Minimizar a espasticidade do utente acometido por AVC

Objectivos Específicos:

- Prevenir o agravamento da espasticidade
- Promover a capacidade funcional do utente com AVC
- Promover formação à equipa de enfermagem sobre a espasticidade
- Educar o utente/prestador de cuidados sobre espasticidade

4. Perceber as causas

Após a pesquisa realizada verificamos que as causas são multifactoriais. Foi realizada uma técnica de brainstorming para identificar as causas e sub-causas mais frequentes.

Dor:

- Insuficiente monitorização da dor
- Falta de ensino ao sobre Escalas de Avaliação da Dor

Estímulos nocivos no hemicorpo afetado:

- movimentos intempestivos pelos cuidadores,
- rolo/bola dentro da mão,
- peso sobre as articulações,
- tração da mão/contenção física,
- vestuário e calçado apertado,
- punção venosa, medição da TA e GC, SNG,
- roupa da base da cama com dobras e objetos soltos em cima da cama)

Posicionamento corporal incorreto:

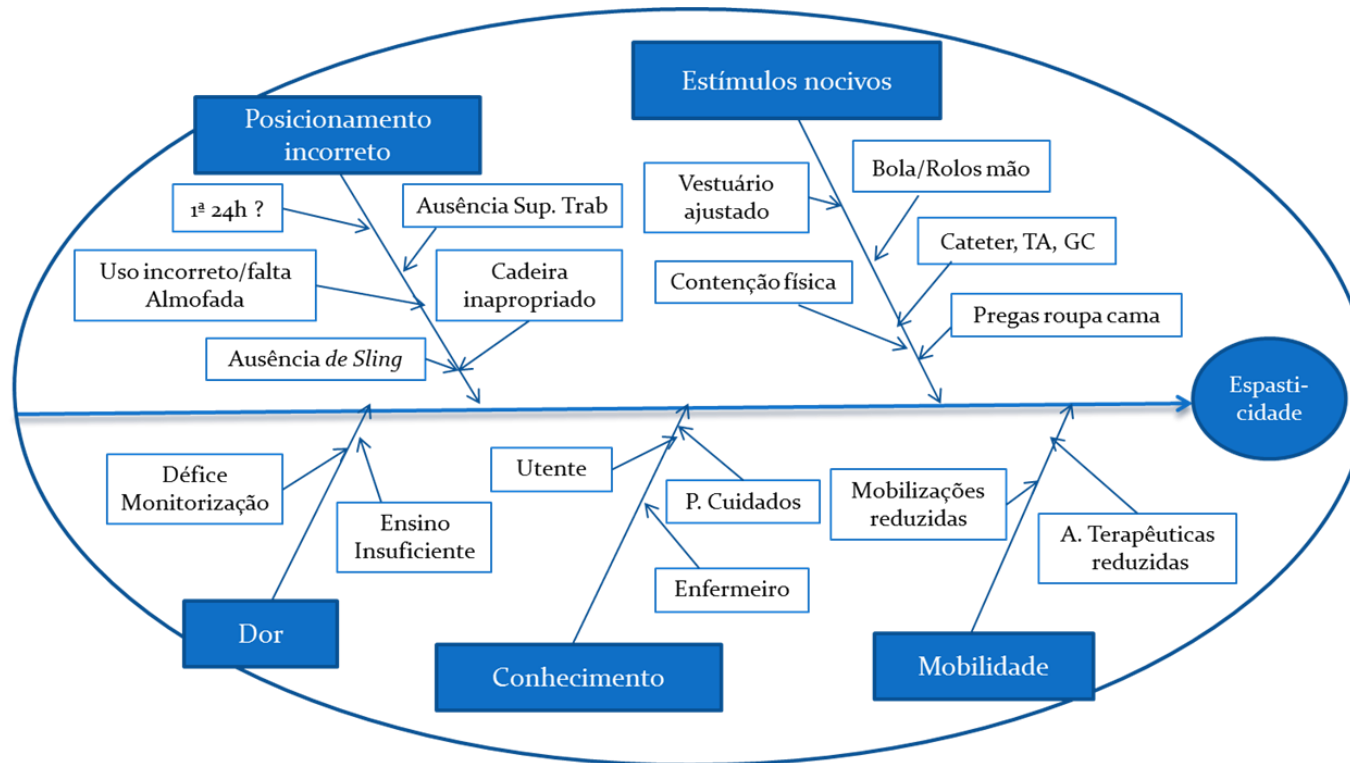
- Posicionamento sobre o lado afetado na 1as 24h
- ausência de superfície de trabalho,
- cadeira inadaptada,
- incorreto uso do *sling*,
- apoio em almofada ou falta da mesma

Deficit de conhecimento dos enfermeiros sobre a espasticidade e fatores agravantes/ Falta de Conhecimento do utente/PC sobre espasticidade e fatores agravantes

Mobilidade diminuída

- Mobilização passiva insuficiente
- Ausência de talas pneumáticas
- Atividades terapêuticas realizadas com pouca frequência

4.1 Diagrama causa/efeito



5. Planear e executar as tarefas/atividades

5.1. Programa melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Serviço de Medicina Interna 3º Piso Poente

Check list	
Tema	Minimizar a espasticidade na pessoa acometida por AVC
Dimensão de estudo	Efetividade
Unidade de estudo	Utentes admitidos com AVC entre Novembro de 2014 e Janeiro 2015 no Serviço Medicina 3º Piso Poente.
Tipos de dados	<p>Processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> % utentes com avaliação da espasticidade na admissão % utentes com dor na admissão % utentes com dependência funcional segundo o I. Barthel na admissão % enfermeiros com conhecimento sobre a espasticidade Tx efetividade diagnóstica do risco de agravamento da espasticidade <p>Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> % utentes com agravamento da espasticidade na alta % de utentes com dor na alta % utentes com dependência funcional segundo o I. Barthel na alta % enf. que assistiram a formação sobre a espasticidade % enfermeiros com conhecimento sobre a espasticidade % utentes/prestador de cuidados que receberam ensino Taxa de efectividade na prevenção do agravamento da espasticidade Modificações positivas no estado do diagnóstico de enfermagem (conhecimento dos enfermeiros)
Fonte de dados	Processo clínico
Tipo avaliação	Interna, interpares
Critérios avaliação	<p>Critérios Explícitos normativos:</p> <p>Manual de Serviço do SESARAM, EPE: Proc. nº012 Atividades Terapêuticas e Proc. nº010 Atividades Assistidas</p> <p>Manual de Procedimentos de Enfermagem 2008 da ACSS:</p> <p>posicionamento em padrão inibidor da espasticidade</p> <p>Avaliação e Registo através do instrumento de medida: Escala da Tonicidade – Escala de Ashworth e Índice de Barthel.</p> <p>Elaboração do diagnóstico de enfermagem (CIPE)</p> <p>Registo de intervenções de acordo com o estado de saúde/risco potencial;</p>
Colheita dados	Enfermeiro Especialista em Reabilitação - gestor do projeto
Relação temporal	Prospectiva
Seleção da amostra	Base institucional
Intervenção prevista	<p>Medidas educacionais</p> <p>Formação aos enfermeiros sobre a espasticidade, fatores agravantes e PIE;</p> <p>Ensino individual ao utente/família/prestador de cuidados, sobre a espasticidade e prevenção fatores agravantes e PIE.</p> <p>Medidas estruturais</p> <p>Calendarizar ensino individual com utente/família/ prestador de cuidados.</p> <p>Providenciar folheto informativo sobre a espasticidade, fatores agravantes e PIE</p>

5.2 Cronograma

Atividades	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Elaboração do Projecto	x	x	x						
Apresentação do Projeto				x					
Formação Enfermeiros				x	x				
S. Educação utente/família					x	x	x	x	
Colheita de dados					x	x	x	x	
Tratamento/ análise de dados									x
Apresentação resultados									x

5.3. Critérios para a implementação do projecto

Avaliação da tonicidade - Escala de Ashworth em 2 momentos: na admissão e na alta (internamentos curtos até 5 dias de duração, nos internamentos > 5 dias 2x/semana).

Avaliação da funcionalidade – Índice de Barthel em 2 momentos: na admissão e na alta. Nos internamentos de longa duração 1x/mês.

A auditoria ao processo de enfermagem sobre o posicionamento no PIE será realizada em 2 momentos pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Avaliação da dor - escala personalizada (DGS).

A elaboração da ação de formação e do folheto informativo será da responsabilidade do Enf. especialista em enf. de reabilitação

Na sua ausência do gestor do projeto (férias, folgas) o enf. de referência/colaborador deverá fazer o ensino ao utente/PC segundo o folheto (PIE e sobre medidas prevenção de agravamento da espasticidade), entregar folheto e registar intervenção.

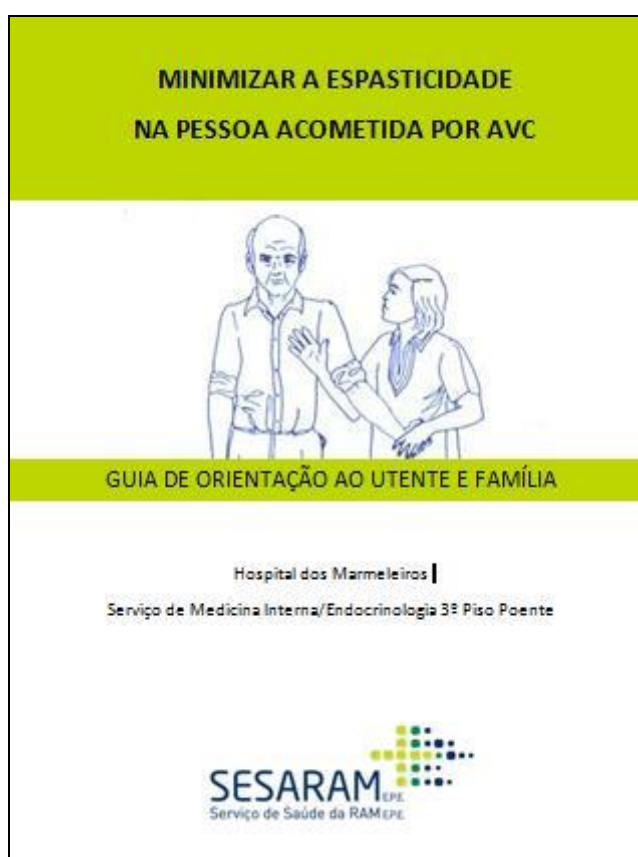
O tratamento/análise dos dados e apresentação dos resultados será da responsabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

5.4 Grelha para a recolha de dados na admissão e na alta hospitalar

[illegible]

5.5 Folheto informativo

Folheto elaborado sobre as medidas minimizadoras da espasticidade a entregar ao utente e família antes da alta hospitalar. Iniciamos a entrega do folheto no decorrer do projecto, contudo por ordem da Chefia de Enfermagem enviamos à Direcção de Enfermagem para validação do seu conteúdo e aguardamos a sua autorização para continuar a sua distribuição.



6. Verificar os resultados

6.1 Dados Relativos às variáveis

Passaremos a descrever as variáveis dos 43 participantes deste estudo.

6.1.1 Género

Observando os dados do quadro e gráfico nº1, constatamos que a maioria dos utentes é do género masculino com 39% e apenas 10% do género feminino. A explicação da alta incidência masculina deve-se ao facto da unidade de internamento ser um sector masculino. A presença do género feminino deveu-se à gestão de vagas.

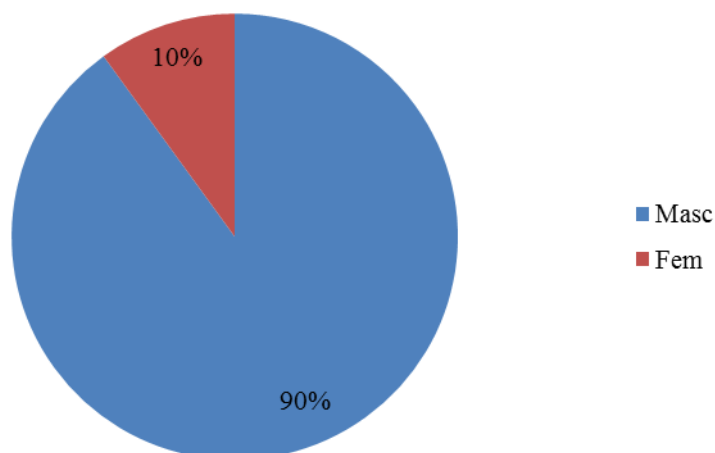
A escolha do sector masculino prende-se ao facto de ser o Serviço onde exerço funções e ter aderido ao programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Curiosamente Silva et al (2013) concluíram no seu estudo que o AVC ocorre principalmente em idade avançada, com maior frequência no género masculino por as cardiopatias serem mais frequentes em homens.

Quadro nº 1 Distribuição dos utentes segundo o género

Género	N	%
Masc	39	90%
Fem	4	10%
Total	43	100%

Gráfico n°1 Distribuição dos utentes segundo o género



6.1.2 Idade

Pela apreciação do quadro e gráfico n°2, observamos que a faixa etária que se impos foi a de 78-88 anos com 50%, seguida da faixa etária dos 67-77% com 30%.

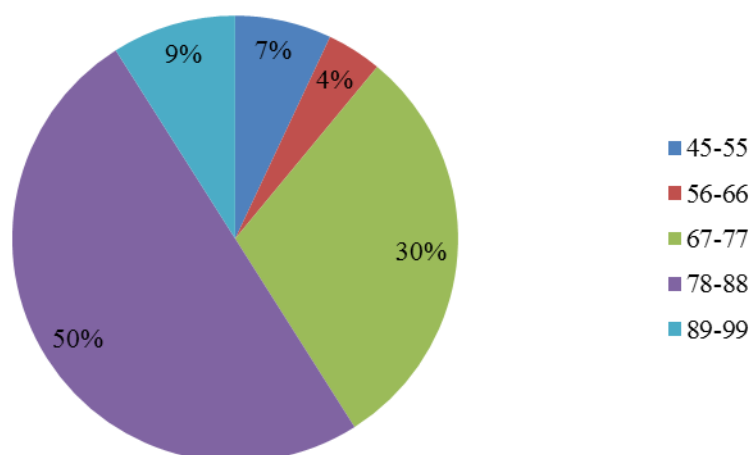
Silva et al (2013) referem que geralmente a idade média da ocorrência do AVC é a partir dos 65 anos, também Pacheco et al (2012) são da mesma opinião.

Os últimos autores referem ainda que o risco de AVC duplica a cada década após os 55 anos, o que vem de encontro ao constatado neste estudo, ao obtermos idades correspondentes à idade adulta.

Quadro n° 2 Distribuição dos utentes segundo a idade

Idade	N	%
45-55	3	7%
56-66	2	4%
67-77	13	30%
78-88	21	50%
89-99	4	9%
Total	43	100%

Gráfico nº2 Distribuição dos utentes segundo a idade



6.1.3 Duração do internamento

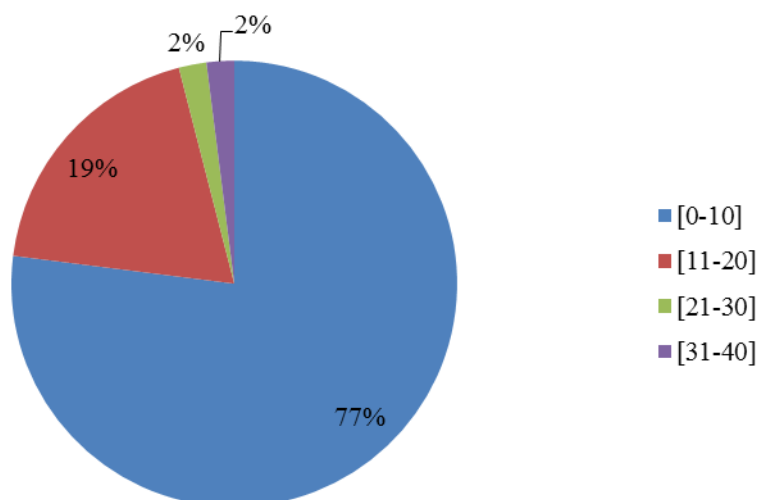
Em relação a duração do internamento, apercebemo-nos que a grande maioria dos utentes (77%) esteve internado durante 10 dias. A hospitalização durante 20 dias atingiu a percentagem de 19%. Os internamentos com duração superior a 20 dias deveram-se a intercorrências nomeadamente ao agravamento do estado de saúde e ao tempo de espera de transferência para o internamento de longa duração.

Silva et al (2013) verificaram no seu estudo que o tempo médio de internamento foi de 5 dias, no entanto pode alcançar 20 dias ou mais. O prolongamento deste deve-se à ocorrência de complicações clínicas e/ou neurológicas, como trombose venosa profunda, úlceras de pressão, infeções respiratórias e urinárias, e ombro doloroso.

Quadro nº 3 Distribuição dos utentes segundo a duração do internamento

Duração Int.	N	%
[0-10]	33	77%
[0-20]	8	19%
[0-30]	1	2%
[0-40]	1	2%
Total	43	100%

Gráfico nº3 Distribuição dos utentes segundo a duração do internamento



6.1.4 Período de tempo da ocorrência do AVC

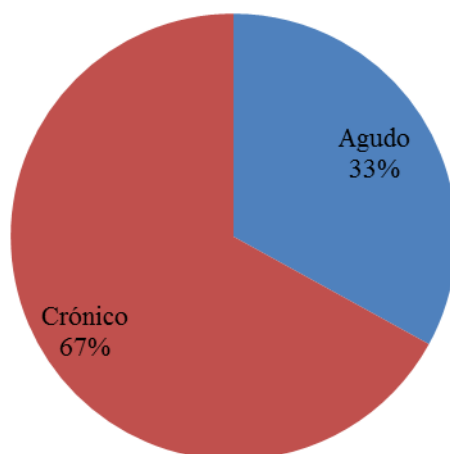
Pela observação do quadro e gráfico nº4, verificamos que a maioria dos utentes 67% é portadora de AVC crónico, seguindo-se os AVC agudos com 33%.

Concluirmos que o maior número de utentes deste estudo é portador de AVC crónico, o que vem confirmar a ideia de Piassaroli et al (2011) ao afirmar que os utentes que sobrevivem à fase aguda do AVC, apresentam défices neurológicos em direcção à cronicidade.

Quadro nº 4 Distribuição dos utentes segundo o período de tempo da ocorrência do AVC

Período de tempo AVC	N	%
Agudo	14	33%
Crónico	29	67%
Total	43	100%

Gráfico nº 4 Distribuição dos utentes segundo o período de tempo da ocorrência do AVC



6.1.5 Escalas de monitorização da dor

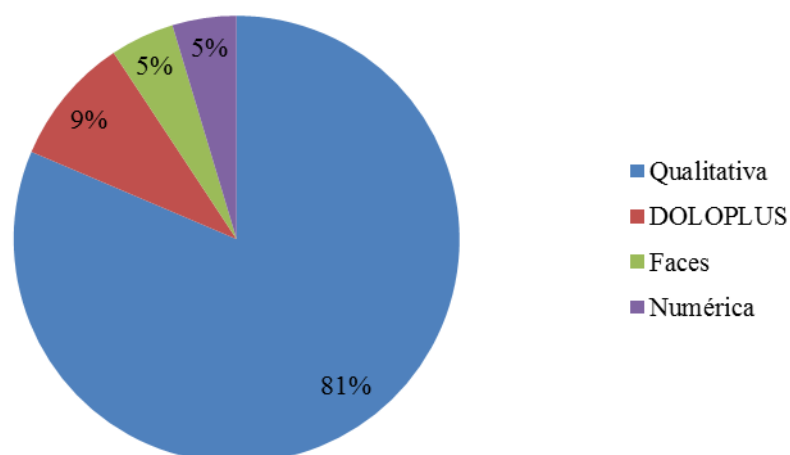
Em relação aos instrumentos de medida para a monitorização da dor apercebemo-nos que a escala qualitativa/verbal foi a mais utilizada (81%) seguindo-se a escala DOLOPLUS (9%) e as escalas das faces de Wong Baker e a numérica com igual percentagem (5%).

Lianza (2001) recomenda a utilização da escala visual analógica para a avaliação objectiva da espasticidade, facto que não se verifica neste estudo, porque a dor foi monitorizada com escala adaptada à capacidade do utente de acordo com o estado de consciência e capacidade cognitiva, tal como prevê Direcção Geral de Saúde (Circular Normativa nº09/2003 de 14 de Junho).

Quadro nº 5 Distribuição dos utentes segundo o tipo de escala da dor

Escalas Dor	N	%
Qualitativa	35	81%
DOLOPLUS	4	9%
Faces	2	5%
Numérica	2	5%
Total	43	100%

Gráfico nº 5 Distribuição dos utentes segundo o tipo de escala da dor



6.1.6 Monitorização da evolução da dor

Pela análise do quadro e gráfico nº6, constatamos que a maior percentagem de utentes (82%) não apresentavam dor aquando a admissão.

A percentagem de utentes com dor na admissão (18%) diminuiu para 6% na alta.

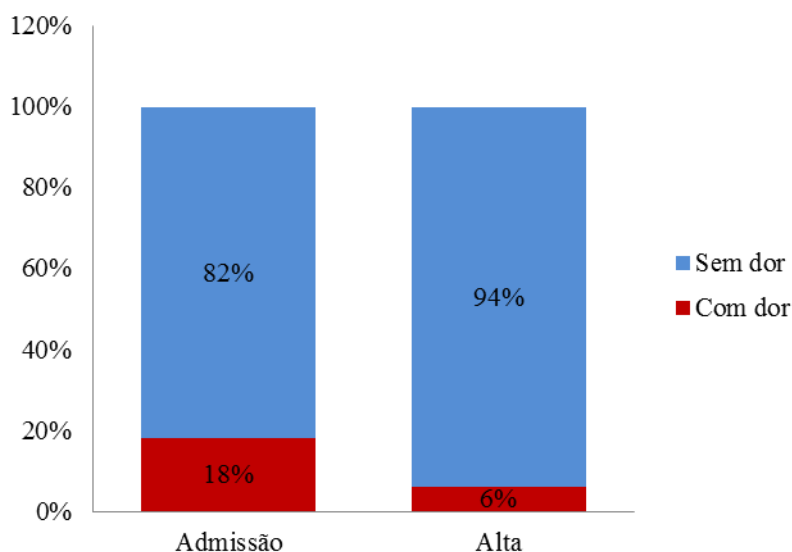
Podemos deduzir que a monitorização e controlo da dor foi uma preocupação da equipa de enfermagem, aspecto que vai de encontro à opinião de Shaun (2009) ao afirmar que os profissionais de enfermagem contribuem efectivamente para a redução da dor e maximizando o processo de reabilitação ao minimizar a espasticidade.

No estudo de Wissel et al (2010), o autor concluiu que a dor acompanha transversalmente a espasticidade.

Quadro nº 6 Distribuição dos utentes segundo a evolução da dor

Dor	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Com dor	8	18%	3	6%
Sem dor	35	82%	40	94%
Total	43	100%	43	100%

Gráfico nº 6 Distribuição dos utentes segundo a evolução da dor



6.1.7 Avaliação do Tónus Muscular

Pela avaliação do tónus muscular no quadro e gráfico nº7 verificamos que o tónus grau I apresenta na admissão e na alta percentagem superiores a 50%. As articulações do ombro e tibio-társica são as que se salientam com percentagens que variam entre 79-75% e 88-87% respectivamente.

Relativamente ao tónus muscular de grau II verificamos que foi o segundo grau mais incidente. As percentagens igualam-se na admissão e na alta, com a percentagem de 21% na articulação do cotovelo, 19% na coxa e 16% no joelho.

No que respeita a espasticidade grau III, as articulações com maior percentagem são, o cotovelo (21%), e o joelho com 16% na admissão e 19% na alta.

O grau IV de espasticidade verifica-se com menor frequência, está presente em todos os segmentos sendo o punho a articulação que se evidencia com 9%.

O grau mais severo (V), verifica-se apenas no momento da alta e com a menor percentagem (5%). Está presente em todas as articulações, sobretudo na articulação do ombro e punho.

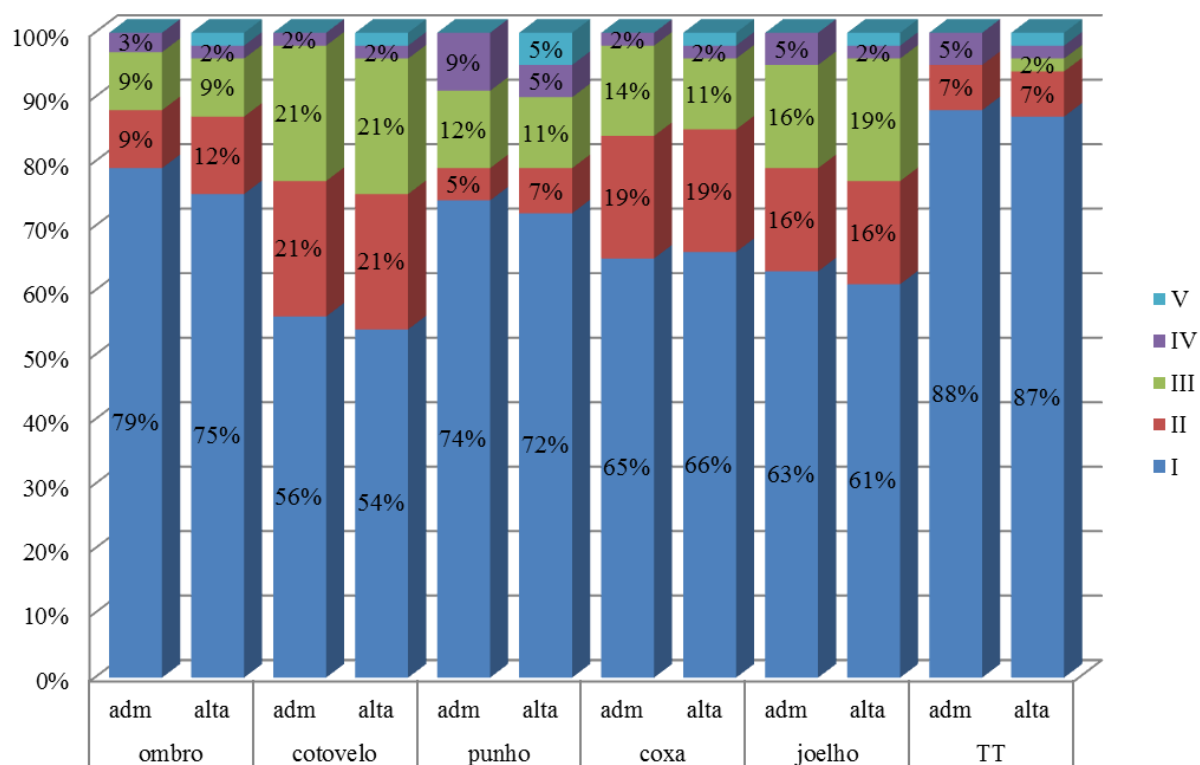
Verificamos que a espasticidade está sempre presente, os graus mais elevados foram nas articulações distais (punho e tibio-társica).

No estudo de Watkin et al (2002), os autores constataram que a severidade da espasticidade manifesta-se sobretudo no hemicorpo superior. Registaram maior grau de tónus a articulação do cotovelo e punho.

Quadro nº 7 Distribuição dos utentes segundo a avaliação do grau do tónus muscular

Grau	Ombro				Cotovelo				Punho				Coxa				Joelho				TT			
	Adm		Alta		Adm		Alta		Adm		Alta		Adm		Alta		Adm		Alta		Adm		Alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I	34	79%	32	75%	24	56%	23	54%	32	74%	31	72%	28	65%	28	65%	27	63%	26	61%	38	88%	37	87%
II	4	9%	5	12%	9	21%	9	21%	2	5%	3	7%	8	19%	8	19%	7	16%	7	16%	3	7%	3	7%
III	4	9%	4	9%	9	21%	9	21%	5	12%	5	11%	6	14%	5	11%	7	16%	8	19%	0	0%	1	2%
IV	1	3%	1	2%	1	2%	1	2%	4	9%	2	5%	1	2%	1	5%	2	5%	1	2%	2	5%	1	2%
V	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%	2	5%	0	0%	1	0%	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%
Total	43	100%	43	100%	43	100%	43	100%	43	100%	43	100%	43	100%	43	100%	43	100%	43	100%	43	100%	43	100%

Quadro nº 7 Distribuição dos utentes segundo a avaliação do grau do tónus muscular



6.1.8 Avaliação da evolução do Tónus Muscular

Pela análise geral do quadro e gráfico nº8 constatamos que a espasticidade mantém-se (M) em percentagens superiores a 90% na admissão e na alta. As articulações do punho e da tibio-társica são as que mantem percentagem mais elevada (98%), seguidas das articulações do cotovelo e do ombro com a percentagem de 95%.

A articulação que se evidencia no aumento (A) do tónus muscular é a do joelho (9%). Relativamente a diminuição (D) do tónus muscular, observa-se apenas na articulação da coxa (2%).

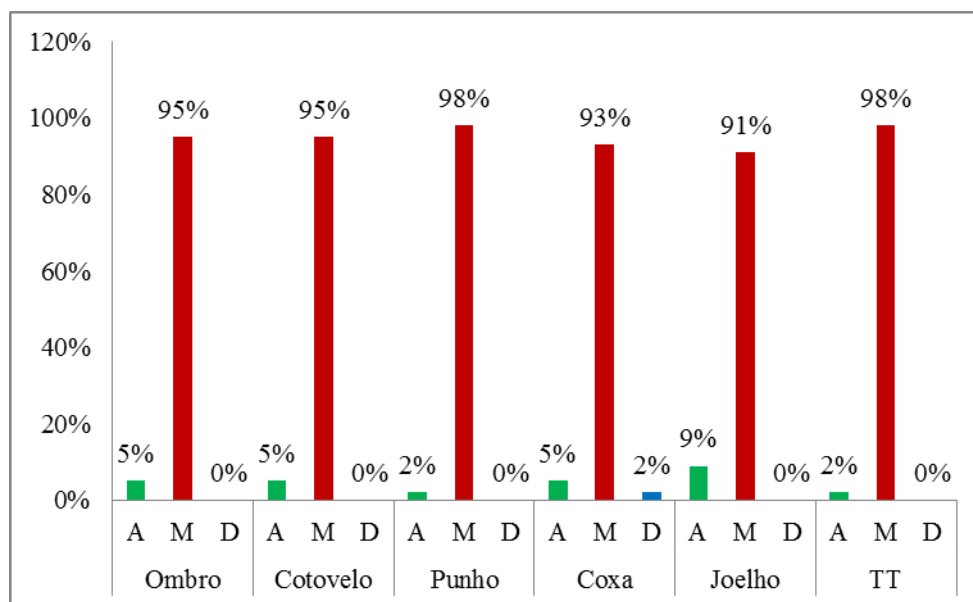
Curiosamente o grau de espasticidade que se mantém no membro superior vem reforçar a opinião de Watkin et al (2002) e Wissel et al (2010) ao referirem que a espasticidade predomina nos membros superiores.

Na nossa perspectiva estes resultados poderão estar relacionados com aspectos como os défices sensoriomotores resultantes do AVC.

Quadro nº 8 Distribuição dos utentes segundo a evolução da avaliação do grau do tónus muscular

Avaliação Evolução Tónus		N	%
Ombro	A	2	5%
	M	41	95%
	D	0	0%
Cotovelo	A	2	5%
	M	41	95%
	D	0	0%
Punho	A	1	2%
	M	42	98%
	D	0	0%
Coxa	A	2	5%
	M	40	93%
	D	1	2%
Joelho	A	4	9%
	M	39	91%
	D	0	0%
TT	A	1	2%
	M	42	98%
	D	0	0%

Gráfico nº 8 Distribuição dos utentes segundo a evolução do tónus muscular



6.1.9 Nível de dependência segundo o Índice de Barthel

Fazendo a apreciação do quadro e gráfico nº9, constatamos que o nível de dependência total na admissão é o que predomina (63%), seguido do nível de dependência grave (33%).

Verificamos aquando a alta que o nível de dependência total decresceu para 33%. Os níveis de dependência moderada e independente destacam-se por terem aumentado significativamente.

Facto que poderá estar relacionado primeiramente com a prescrição de repouso no AVC agudo, as complicações secundárias do AVC agudo/crónico, ou a outros problemas de saúde, bem como o grau de déficit sensório motor e cognitivo do próprio AVC.

Pensamos ainda que a diminuição dos níveis de dependência pode estar relacionada com o levantar após o período do repouso, o treino dos autocuidados comprometidos, o aumento do conhecimento e maior sensibilização sobre o fenómeno em estudo (espasticidade) por parte dos enfermeiros. Na acção de formação realizada sobre a espasticidade 70% dos enfermeiros responderam correctamente ao questionário

inicial e 30% incorrectamente. No questionário final o conhecimento aumentou, 91% responderam correctamente e apenas 9% responderam incorrectamente.

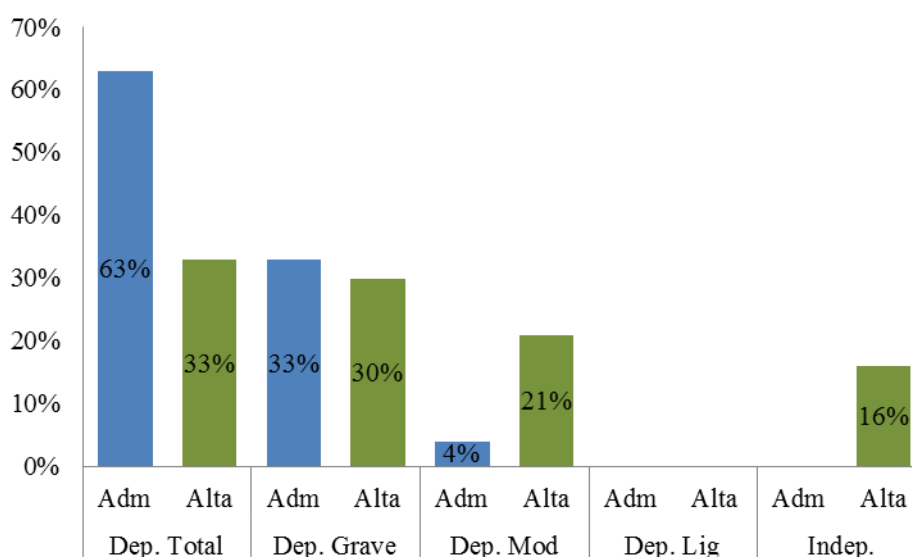
Pacheco et al (2013), aconselham que o índice de Barthel deve ser utilizado para orientar as intervenções terapêuticas e monitorizar os avanços na reabilitação. Conclui no seu estudo que 60% dos utentes necessitavam do cuidador para realizar uma ou mais actividades de vida.

Segundo Wissel et al (2010), um baixo Índice de Barthel é preditor de um elevado nível de espasticidade, assim como, as pessoas com hemiplegia são mais dependentes nas actividades de vida (Pacheco et al, 2013).

Quadro nº 9 Distribuição dos utentes segundo a evolução do nível de dependência

Índice Barthel		N	%
Dependência Total	Início	27	63%
	Fim	14	33%
Dependência Grave	Início	14	33%
	Fim	13	30%
Dependência Moderada	Início	2	4%
	Fim	9	21%
Dependência Ligeira	Início	0	0%
	Fim	0	0%
Independência	Início	0	0%
	Fim	7	16%

Gráfico nº 9 Distribuição dos utentes segundo a evolução do nível de dependência



6.1.10 Nível de dependência nas actividades de vida segundo o Índice de Barthel

Pela análise e quadro e gráfico nº10 podemos constatar que a evolução nas actividades de vida segundo o nível de dependência verifica-se principalmente em cinco actividades de vida.

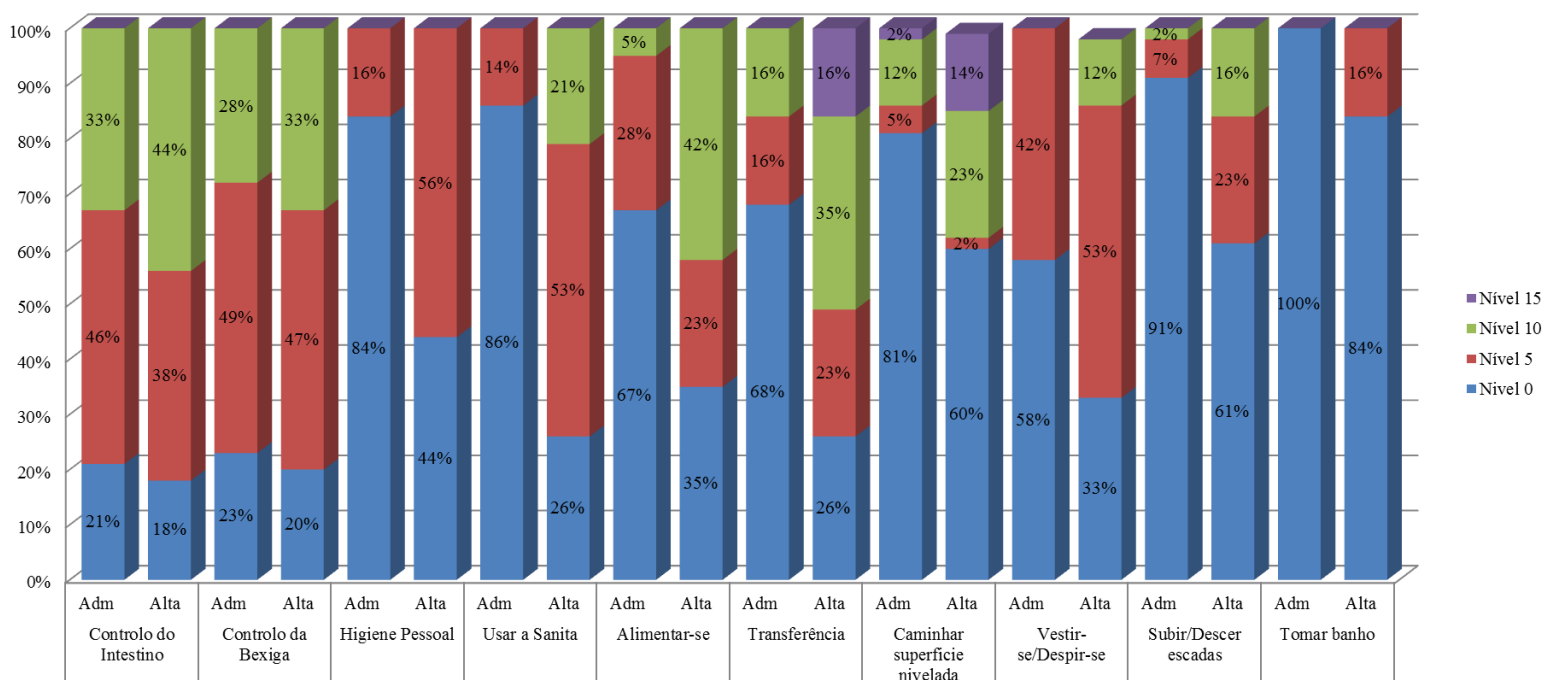
Do primeiro nível de dependência total (0) para o segundo nível de dependência (5) a dependência diminuiu no **usar o sanitário** de 86% para 26%, na **higiene pessoal** de 84% para 44%, na **transferência** de 68% para 28%, no **alimentar-se** de 67% para 35% e na actividade de vida **vestir-se e despir-se** de 58% para 33%.

Silva et al (2013), constataram no seu estudo que as maiores dependências funcionais verificavam-se em actividades básicas atrás referidas.

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

Índice Barthel		Nível 0		Nível 0		Nível 10		Nível 15	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Controlo do Intestino	Início	9	21%	20	46%	14	33%	0	0%
	Fim	8	18%	16	38%	19	44%	0	0%
Controlo da Bexiga	Início	10	23%	21	49%	12	28%	0	0%
	Fim	9	20%	20	47%	14	33%	0	0%
Higiene Pessoal	Início	36	84%	7	16%	0	0%	0	0%
	Fim	19	44%	24	56%	0	0%	0	0%
Usar a Sanita	Início	37	86%	6	14%	0	0%	0	0%
	Fim	11	26%	23	53%	9	21%	0	0%
Alimentar-se	Início	29	67%	12	28%	2	5%	0	0%
	Fim	15	35%	10	23%	18	42%	0	0%
Transferência	Início	29	68%	7	16%	7	16%	0	0%
	Fim	11	26%	10	23%	15	35%	7	16%
Caminhar superfície nivelada	Início	35	81%	2	5%	5	12%	1	2%
	Fim	26	60%	1	2%	10	23%	6	14%
Vestir-se/Despir-se	Início	25	58%	18	42%	0	0%	0	0%
	Fim	14	33%	23	53%	6	12%	0	0%
Subir/Descer escadas	Início	39	91%	3	7%	1	2%	0	0%
	Fim	26	61%	10	23%	7	16%	0	0%
Tomar banho	Início	43	100%	0	0%	0	0%	0	0%
	Fim	36	84%	7	16%	0	0%	0	0%

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



6.1.11 Ensino ao utente/prestador de cuidados sobre a espasticidade

Como podemos observar no quadro e gráfico nº11, constatamos que a transmissão de conhecimentos ao utente/prestador de cuidados foi realizada numa percentagem de 98%. Apenas 2% não recebeu ensinamentos.

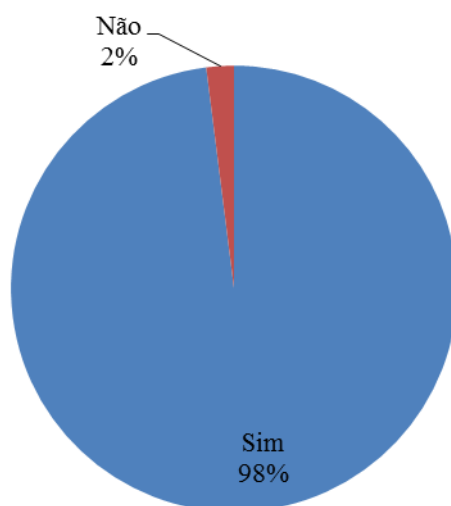
O motivo de não termos alcançado os 100% prende-se ao facto do utente estar institucionalizado em lar, estar em estado comatoso e não ter recebido visitas.

Silva et al (2013) salientam a importância do planeamento da alta hospitalar com os familiares, para a continuação dos mesmos no domicílio. Dá ênfase ao posicionamento e manipulação adequada, defendendo que os mesmos contribuem para uma melhor recuperação e consequentemente melhoria na qualidade de vida.

Quadro nº 11 Distribuição do ensino ao utente/prestador de cuidados sobre a espasticidade

Educação/ Saúde	N	%
Sim	42	98%
Não	1	2%
Total	43	100%

Gráfico nº 11 Distribuição do ensino ao utente/prestador de cuidados sobre a espasticidade



Resumidamente podemos observar no quadro nº1 que os 43 utentes do estudo apresentavam espasticidade na admissão. Mesmo prevenindo-a esta agravou-se ainda que em pequena percentagem. Enfatizamos que o diagnóstico de enfermagem precoce e o planeamento de intervenções como por exemplo, o posicionamento em padrão inibidor da espasticidade (PIE) e a monitorização da dor são fundamentais.

Relativamente ao conhecimento dos enfermeiros sobre a espasticidade, apesar de ter evoluído de forma positiva, sentimos a necessidade de promover novo momento de formação para aumento do conhecimento e reflexão em equipa, uma vez que 7 dos 23 enfermeiros não receberam formação.

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

Indicadores de processo	
Utentes com avaliação da espasticidade na admissão	100%
Utentes com dor na admissão	18%
Utentes com dependência funcional segundo I. Barthel na admissão	100%
Enfermeiros com conhecimento sobre a espasticidade	71%
Taxa de efectividade diagnóstica do risco de agravamento da espasticidade	9%
Indicadores de resultado	
Utentes com agravamento da espasticidade na alta	9%
Utentes com dor na alta	6%
Utentes com dependência funcional segundo I. Barthel na alta	84%
Enfermeiros com conhecimento sobre a espasticidade	91%
Enfermeiros que assistiram a acção de formação sobre espasticidade	70%
Utentes/prestador de cuidados que receberam ensino	98%
Taxa de efectividade na prevenção do agravamento da espasticidade	91%
Modificações positivas no estado do diagnóstico de enfermagem (conhecimento dos enfermeiros)	20%

7. Propor medidas correctivas, standardizar e treinar a equipa

Uma medida correctiva a implementar será maior sensibilização da equipa para uma intervenção mais assertiva na presença do utente acometido por AVC, por ter-se verificado que houve lapsos na definição do diagnóstico “espasticidade” e respectivas intervenções.

A autorização por parte da direcção de enfermagem para a utilização do folheto informativo elaborado, a entregar aos utentes e familiares antes da alta hospitalar é uma medida standard que aguardo.

8. Reconhecer e partilhar o sucesso

O reconhecimento do sucesso deste projecto passa pela nossa satisfação pessoal de proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade. Partilhamos os resultados obtidos com a equipa de enfermagem, de modo a promover a excelência dos cuidados de enfermagem.

9. CONCLUSÃO

A espasticidade é uma complicação que se manifesta em toda a pessoa acometida por AVC.

Verificamos que os níveis de espasticidade mantiveram-se na ordem dos 90%. O agravamento foi observado principalmente ao nível do membro inferior.

Constatamos que quanto mais elevado foi o grau de espasticidade maior foi a incapacidade para a realização das AVD, e, menor a qualidade de vida do utente/família. Contudo ao longo do internamento verificamos que os níveis de dependência segundo o I. Barthel decresceram principalmente após a fase de repouso.

A avaliação e controlo da dor foi uma preocupação da equipa de enfermagem, pelo que atrevemo-nos a afirmar que a intervenção eficaz na prevenção e abolição dos possíveis estímulos nocivos, como o posicionamento em padrão anti-espástico e a dor, por parte dos enfermeiros poderá minimizar a espasticidade e promover maior funcionalidade.

Estamos cientes que a espasticidade é um distúrbio frequente no AVC com aparecimento lento e insidioso, pelo que é fundamental a prevenção de qualquer estímulo nocivo, que estimule a espasticidade, quer seja de origem fisiopatológica (dor) ou assistencial (posicionamento incorreto) nos cuidados prestados.

A realização deste projecto segundo o programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, contribuiu para a melhoria da qualidade de vida destes utentes/família apesar do período de estudo ser curto. Foi possível oferecer bases preventivas e minimizadoras da espasticidade, assim como obter ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar. (1997). *Como elaborar um projeto*. Buenos Aires: Luman Humanistas/CPIHT'S
- Alves, M.A.C. (Março - Abril, 2004). *Etapas da metodologia de projeto*. Revista: O professor. III Série (85), 30-36.
- Bhakta, B. B. et al (2001). Quantifying associated reactions in the paretic arm in stroke and their relationship to spasticity. *Clinical Rehabilitation*. 15 (1). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/CookieAuth.dll?GetLogon>
- 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.
- Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (Ed.) (Outubro, 2002). O Cluny, 11. (Disponível na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Rampa da Quinta de Santa'Ana, Funchal, Madeira).
- Francis, H. P. et al (2004). Does reducing spasticity translate into functional benefit? An exploratory meta-analysis. *JNNP* 75(1). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/CookieAuth.dll?GetLogon>
- 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.
- Leathley, M. J. et al (2004). Predicting spasticity after stroke in those surviving to 12 months. *Clinical Rehabilitation* 18(4). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/CookieAuth.dll?GetLogon>
- Lianza, S. P. K. et al (2001). Diagnóstico e tratamento da espasticidade. Sociedade Brasileira de Medicina e Reabilitação. [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <http://scholar.google.pt/scholar?q=avc+espasticidade+barthel&btnG=&hl=pt>
- Lundstrom, E. et al (2008). Prevalence of disabling spasticity 1 year after first-ever stroke. *European Journal of Neurology*. 15(5). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/CookieAuth.dll?GetLogon>
- Nunes, S. et al (2005). Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após lesão. *ESSFIONLINE*. 1(3). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <http://scholar.google.pt/scholar?q=avc+espasticidade+barthel&btnG=&hl=pt>
- Oliveira, B. B. J (1989). Controle da Espasticidade no AVC hemorrágico e isquémico. Sociedade Brasileira de Medicina e Reabilitação. [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <http://scholar.google.pt/scholar?q=avc+espasticidade+barthel&btnG=&hl=pt>
- Oliveira, L. L. et al (2012). A importância do tratamento precoce em pacientes hemiplégicos, no processo de reaprendizagem motora após o acidente vascular encefálico. *Arq Ciênc Saúde*. 19(3). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <http://scholar.google.pt/scholar?q=avc+espasticidade+barthel&btnG=&hl=pt>
- 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.

- Pacheco, S. C. S. et al (2013). Independência funcional: perfil das pessoas acometidas por acidente vascular encefálico. *Arq Ciênc Saúde*. 20(1). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <http://scholar.google.pt/scholar?q=avc+espasticidade+barthel&btnG=&hl=pt>
- Peurala, S. H. et al (2007). Effects of intensive gait-oriented physiotherapy during early acute phase of stroke. *JRRD* 44(5). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/CookieAuth.dll?GetLogon?curl=Z2F&reason=0&formdir=10>
- Piassaroli, C. A. P. et al (2012). Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC. *Rev Neurocienc* 20(1). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <http://scholar.google.pt/scholar?q=avc+espasticidade+barthel&btnG=&hl=pt>
- Sá, C. et al (2005). Um ano após AVC – Que recuperação? Um estudo longitudinal prospectivo. *ESSFIONLINE*. 3(3). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <http://scholar.google.pt/scholar?q=avc+espasticidade+barthel&btnG=&hl=pt>
- Shaun, M. (2009). Interventions for rehabilitation post-stroke and the contribution of the nursing staff. *JARNA* 12(3). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/CookieAuth.dll?GetLogon>
- Silva, D. C. A. et al (2013). Efeitos da mobilização precoce nas complicações clínicas pós-AVC: revisão da literatura. *Rev Neurocienc* 21(4). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <http://scholar.google.pt/scholar?q=avc+espasticidade+barthel&btnG=&hl=pt>
- Teixeira, L. F. et al (1998). Mecanismos e medidas de espasticidade. *Ver. Fisioter. Univ. São Paulo*. 5(1). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <http://scholar.google.pt/scholar?q=avc+espasticidade+barthel&btnG=&hl=pt>
- Watkins, C. L. et al (2002). Prevalence of spasticity post stroke. *Clinical Rehabilitation* 16(4). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/CookieAuth.dll?GetLogon>
- Welmer, A. et al (2006). Spasticity and its association with functioning and health-related quality of life 18 months after stroke. *Cerebrovascular Diseases*. 21(2) [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/CookieAuth>
- Wissel, J. et al (2010). Early development of spasticity following stroke: a prospective, observation trial. *J Neurol* 257(1). [Consulta: 22 Jan. 2015]. URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/CookieAuth.dll?GetLogon>