



Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Comissão Científica

Armandina Antunes

Alice Ruivo

Joaquim Lopes

Paula Leal

Sérgio Deodato

Colaboradores Permanentes

Ana Paula Gato

Cândida Ferrito

Dulce Cabete

Fernanda Costa

Lurdes Martins

Mariana Pereira

Paulo Cruchinho

Colaboradores neste Número

Estudantes do 6º CLE

Lucília Nunes

Regras de Publicação: N.º 5,
2007

Contactos

lnunes@ess.ips.pt

afreitas@ess.ips.pt

Reservados todos os direitos de autor.
Copyright®

Roteiros

de instrumentos e escalas de avaliação

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ROTEIRO HOLÍSTICO DE
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

INSTRUMENTOS DE
AVALIAÇÃO
NEUROLÓGICA



ROTEIRO DE INSTRUMENTO DE
MEDIDA E ESCALAS
—
AVALIAÇÃO DA PESSOA COM
QUEIMADURA

EDITORIAL

No âmbito das unidades curriculares de Orientação à Monografia I e de Enfermagem VIII, do 6º curso de Licenciatura em Enfermagem, 4º Ano, 1º Semestre, da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, foi proposta a cada grupo de estudantes a realização de um roteiro de instrumentos e escalas de avaliação em ambiente de cuidados complexos.

Esse trabalho tinha como objectivo geral a recolha de instrumentos e escalas de avaliação que suportem o processo de enfermagem.

As escalas de avaliação são valiosos instrumentos de trabalho, que permitem que as decisões na saúde não sejam arbitrárias, mas sim assentes em estudos e baseadas na evidência. Possibilitam uma avaliação criteriosa e mensurável que uniformiza a avaliação entre os diversos profissionais de saúde, o que se deverá traduzir numa maior equidade nos cuidados prestados.

Esta edição da PERCURSOS apresenta os três trabalhos de melhor classificação.

No primeiro caso, o critério para a escolha do tema centra-se nos cuidados complexos. E na pessoa em situação crítica.

O segundo reporta a instrumentos de avaliação neurológica e o terceiro a instrumentos e escalas utilizáveis perante a pessoa com queimadura.

Em qualquer caso, as escalas seleccionadas visam a colheita de dados relativamente aos sinais e sintomas apresentados no caso, e a interpretação dos mesmos, de forma a identificar diagnósticos de enfermagem e planear e implementar as intervenções mais adequadas.

No final, pela sua especificidade é apresentado o Score, extraído do trabalho de Ana Vanessa Monteiro, Inês Vital, Joana Bárbara e Marisa Nunes.

As professoras responsáveis pelas Unidades Curriculares em apreço são Lurdes Martins e Lucília Nunes.

O texto aqui apresentado foi revisto e corrigido tendo em vista a sua publicação.

LN

Joana Mestrinho, Ana Antunes, Célia Monteiro, Inês Arcadinho, Filipa Queiróz - A Pessoa em situação crítica - roteiro holístico de instrumentos de avaliação



Mª João Costa, Ana Pereira, Nádía Andrade e Susana Miranda - Instrumentos de avaliação neurológica



Filipa Frade, Marta Niza, Milene Moura, Nadia Pego e Sara Ferreira - Roteiro de Instrumento de medidas e escalas - avaliação da pessoa com queimadura



ROTEIRO HOLÍSTICO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Ana Antunes – Célia Monteiro – Filipa Queiroz – Inês Arcadinho – Joana Mestrinho

A escolha do título relaciona-se com a importância de abordar a pessoa em todas as suas dimensões, enquanto ser bio-psico-sócio-espiritual-cultural. A visão holística do ser humano é um conceito que tem vindo a ganhar importância no seio dos profissionais de saúde. Esta visão pressupõe que a pessoa humana é um todo, constituído por partes, parte biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Todas estas partes, em conjunto, conferem autenticidade e individualidade a cada um de nós e todas elas são importantes para a compreensão do ser humano e do seu estado de saúde ou doença.

Assim sendo, os profissionais de saúde devem abordar a pessoa, ao seu cuidado, tendo em conta todas as suas dimensões, não se centrando exclusivamente na doença, para que todas as suas necessidades sejam satisfeitas. Relativamente à pessoa em situação crítica, apesar de uma das dimensões (biológica) ser alvo de muita atenção por parte dos profissionais de saúde, todas as outras não devem ser descuidadas. Daí, a importância, na nossa opinião, de um roteiro holístico. Esta temática assume uma importância especial, pois somos estudantes de enfermagem que irão prestar cuidados em âmbito de situação crítica. Pretendemos assim, realizar uma breve recolha das escalas que podem ser utilizadas, e que estão validadas para a população portuguesa, neste contexto. Este trabalho tem então como principal objectivo, a construção de um roteiro a partir da recolha de Instrumentos de Avaliação aplicáveis à pessoa em situação crítica e da informação acerca destes. Tem ainda como objectivos:

Adquirir e aprofundar o nosso conhecimento acerca das escalas abordadas e a sua importância no contexto estabelecido (futuro contexto de E.C.), o que pensamos ser uma mais-valia para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade;

- Aperfeiçoar a metodologia de pesquisa de informação;
- Fomentar a capacidade de análise e síntese do material recolhido;
- Aprofundar e agilizar o trabalho em equipa desenvolvido, de forma a cumprir os objectivos anteriormente enunciados, assim como o prazo de entrega do trabalho, tendo em conta a pesquisa a efectuar.

Os Instrumentos de Avaliação encontram-se divididos por dimensões, sendo estas, dimensão biológica, dimensão psicossocial e dimensão espiritual-cultural.

Na caracterização dos Instrumentos de Avaliação incluídos é apresentado o título dos mesmos (original e versão portuguesa), a referência bibliográfica e a sua descrição. Na descrição consta, não só o seu objectivo de utilização, mas também o processo de validação e adaptação das mesmas, da forma mais clara e sucinta possível.

1. DIMENSÃO BIOLÓGICA

Neste primeiro capítulo encontram-se na totalidade cinco instrumentos de avaliação: dois para a avaliação da dor, dois para a avaliação do risco de úlceras de pressão e um para avaliação do estado da consciência. Seguem-se a Escala Numérica da Dor e a Escala de Faces da Dor. No ponto seguinte são apresentadas a Escala de Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão de Braden e a Escala de Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão de Norton. Por último incluímos a Escala de Coma de Glasgow

AVALIAÇÃO DA DOR

Escala Numérica da Dor

TÍTULO ORIGINAL Pain Numerical Rating Scale

TÍTULO EM PORTUGUÊS Escala Numérica da Dor

Direcção Geral de Saúde. Circular Normativa nº9 – *A Dor como 5º sinal vital*.

Registo sistemático da intensidade da Dor. 2003.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Disponível em – <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

A Escala Numérica da Dor tem como população alvo pessoas com idade igual ou superior a 6 anos, ou a partir do momento em que adquiram a noção de grandeza numérica e saibam contar.

O objectivo da escala é avaliar em cada indivíduo a relação que existe entre a intensidade da dor que o mesmo percebe num determinado momento e uma

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

classificação numérica de 11 valores, que varia entre 0 "Sem Dor" e 10, considerada como o nível de "Dor Máxima".³

O instrumento de medida referido foi elaborado a partir de outras escalas em língua inglesa e posteriormente validado e implementado a nível internacional³.

Não foram encontrados dados sobre o processo de validação e adaptação desta escala para a população portuguesa. No entanto, o uso da mesma é referenciado na Circular Normativa nº9 da Direcção Geral da Saúde (2003), onde refere que a mensuração da intensidade da Dor é feita tendo em conta as seguintes escalas validadas internacionalmente: "Escala Visual Analógica" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "Escala Numérica", "Escala Qualitativa" ou "Escala de Faces"³.

Também segundo o Guia Orientador de Boa Prática sobre a Dor, da Ordem dos Enfermeiros (2008), surge referenciada a Escala Numérica da Dor como um dos instrumentos principais para a avaliação da dor nos indivíduos.

NOTAS

A razão de inclusão desta escala no roteiro foi devido à extrema importância que os aspectos relacionados com a dor têm na área de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Embora seja uma área cujo significado e mensuração seja bastante subjectivo e difícil de ser descrito, avaliado e registado pelos enfermeiros, a dor continua a ser um sintoma que acompanha sempre, quase genericamente, todas as situações de processo patológico.

Sendo um dos deveres dos profissionais de saúde o controlo eficaz da dor, a fim de minimizar as suas consequências e garantir o conforto e bem-estar da pessoa, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos restantes sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida do doente.

Escala de Faces da Dor

TÍTULO ORIGINAL Wong Baker Faces Pain Scale

TÍTULO EM PORTUGUÊS Escala de Faces da Dor

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Direcção Geral de Saúde. Circular Normativa nº9 – *A Dor como 5º sinal vital*.

Registo sistemático da intensidade da Dor. 2003.

Disponível em – <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

A Escala de Faces foi elaborada em 1988 por Wong e Baker. Tem como população alvo todos os indivíduos com idade igual ou superior a 3 anos, com capacidade para poder associar as expressões mímicas presentes na escala com a dor que vivência no momento.

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

Na utilização da escala é solicitado à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação "Sem Dor" e a expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima", tendo ao todo 6 expressões faciais.

O instrumento de medida referido foi elaborado a partir de outras escalas em língua inglesa e posteriormente validado e implementado a nível internacional.

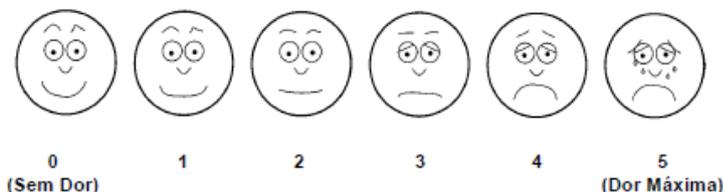
Não foram encontrados dados sobre o processo de validação e adaptação desta escala para a população portuguesa. No entanto, o uso da mesma é referenciado na Circular Normativa nº9 da Direcção Geral da Saúde, onde refere que a mensuração da intensidade da Dor é feita tendo em conta as seguintes escalas validadas internacionalmente: "Escala Visual Analógica" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "Escala Numérica", "Escala Qualitativa" ou "Escala de Faces".

Também segundo o Guia Orientador de Boa Prática sobre a Dor, da Ordem dos Enfermeiros, surge referenciada a Escala de Faces da Dor como um dos instrumentos principais para a avaliação da dor nos indivíduos.

NOTAS

Esta escala está mais direccionada para o uso pediátrico, pois torna-se mais atractiva para as crianças devido à sua representação através de faces e não de números. Por outro lado, também se torna um pouco

Escala de Faces



mais ambígua que a Escala Numérica da Dor, uma vez que poderá predispor as pessoas a avaliar mais a sua dimensão emocional e não a dimensão sensorial, que é o objectivo da sua utilização.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Escala de Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão de Braden

TÍTULO ORIGINAL Braden scale for predicting pressure sore risk

TÍTULO EM PORTUGUÊS Escala de avaliação do risco de úlcera de pressão de Braden

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

FERREIRA, Pedro Lopes; et al – *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de*

Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden. Loures: Lusociência, 2007.

ISBN 978-972-8930-37-0.

MORISON, Moya J. – *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures:

Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-68-1.

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

A presente escala foi elaborada em 1987, tendo contudo sido alvo de vários testes em diversos países do mundo após esta data. A escala de Braden é constituída por seis dimensões que se subdividem em alguns itens. As dimensões são as seguintes:

- **Percepção sensorial:** subdividida em quatro itens (completamente limitada, muito limitada, ligeiramente limitada, nenhuma limitação);
- **Humidade:** subdividida em quatro itens (constantemente húmida, pele muito húmida, pele ocasionalmente húmida, pele raramente húmida);
- **Actividade:** subdividida em quatro itens (acamado, sentado, anda ocasionalmente, anda frequentemente);
- **Mobilidade:** subdividida em quatro itens (completamente imobilizado, muito limitada, ligeiramente limitada, nenhuma limitação);
- **Nutrição:** subdividida em quatro itens (muito pobre, provavelmente inadequada, adequada, excelente);
- **Fricção e forças de deslizamento:** subdividida em três itens (problema, problema potencial, nenhum problema)

A pontuação final após aplicação da escala pode ser no mínimo 6 e no máximo 23, sendo que quanto mais baixa a pontuação obtida na aplicação da escala, maior o risco de úlcera de pressão.

Pelas autoras da escala foi também estabelecido um ponto de corte que faz a divisão das pontuações que apresentam risco e das que por outro lado não apresentam qualquer risco. Esse é igual a 16, ou seja, quando avaliada na escala de Braden uma pontuação igual ou inferior a 16 a pessoa apresenta alto risco de uma úlcera de pressão, enquanto que uma pontuação final superior ou igual a 17 significa um baixo risco de desenvolvimento de úlcera de pressão.

A Escala de Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão de Braden foi traduzida para a língua portuguesa e validada para a população portuguesa em Janeiro de 2001.

A tradução consistiu num processo longo de duas traduções de onde surgiu a primeira versão consensual, a qual foi seguida por uma retroversão onde surgiu então a segunda versão consensual. Por fim foi realizada por correcção gramatical. Todos estes passos foram realizados por tradutores experientes e licenciados em Línguas e Literaturas Modernas.

Para que após a tradução fosse possível a validação, foi realizada uma validação facial com os profissionais que iriam utilizar a escala, os enfermeiros. Esta validação teve como objectivo perceber se a tradução estava clara e de fácil compreensão e preenchimento para evitar ambiguidades.

Esta avaliação junto dos enfermeiros veio provocar mais algumas alterações na escala inicialmente traduzida.

Na validação da escala propriamente dita foram incluídas várias instituições de saúde, tendo sido realizada numa amostra de 66 pessoas em internamento seleccionados de forma aleatória (com ou sem úlcera de pressão). Dado ter existido alguma discrepância dos resultados, surgiu a necessidade de se realizarem alterações na formação dos enfermeiros que iriam aplicar a escala, como também a necessidade de clarificar semanticamente as frases associadas a cada item de cada dimensão.

NOTAS

A nossa decisão de colocar a Escala de Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão de Braden no presente trabalho académico deveu-se ao facto de estarmos a abordar escalas que estejam validadas para a população portuguesa, bem como sejam aplicadas neste momento, em pessoas em situação complexa.

Desta forma, apesar de esta escala poder ser aplicada em todos os serviços de prestação de cuidados de saúde, consideramos que nas Unidades de Cuidados Intensivos, sendo destinadas a pessoas em situação crítica, esta também revela importância para a sua aplicação.

Aliás, segundo as autoras da implementação nacional desta escala, esta deve ser adoptada por todos os serviços sempre acompanhada de um outro instrumento de avaliação da pele para detectar precocemente alterações cutâneas.

Numa Unidade de Cuidados Intensivos a pessoa está dependente, parcial ou totalmente, dos cuidados dos profissionais dado a situação de saúde/doença em que se encontra. Assim, uma das dependências passa inúmeras vezes pela mobilização no leito.

Sabemos que o posicionamento da pessoa, a alternância de decúbito, os cuidados à pele, como a hidratação e limpeza, são actividades autónomas da equipa de enfermagem, que quando não realizadas, ou

realizadas numa frequência inferior ao desejável (alternar decúbito de duas em duas horas, por exemplo) pode originar o desenvolvimento de úlceras de pressão a curto e médio prazo.

Temos também conhecimento que na maioria das situações o internamento de uma pessoa numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é longo, e que isso é outro dos factores que leva a que a aplicação de medidas de prevenção de úlceras de pressão seja uma intervenção de enfermagem frequente.

Para aplicar medidas de prevenção no âmbito dos cuidados de enfermagem devemos também conhecer qual o nível de risco da pessoa em causa, e é assim que se revela importante a utilização de escalas de avaliação do risco. Segundo um estudo publicado na Acta Médica Portuguesa intitulado "ABORDAGEM TERAPÊUTICA DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO - Intervenções baseadas na evidência", as úlceras de pressão em UCI tem uma incidência de 33%.

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Validada para Portugal por Margato, Carlos; Miguéns, Cristina; Ferreira, Pedro; Gouveia, João; Furtado, Kátia, (2001)

Consideramos que o facto de trabalharmos e pudermos conhecer mais aprofundadamente a escala de avaliação do risco de úlcera de pressão de Braden, pode ajudar-nos a uma aplicação mais correcta da mesma durante a prática clínica em contexto de pessoa em situação crítica.

Segundo a bibliografia esta escala deve ser aplicada sempre na data de admissão e que se verifiquem grandes alterações do estado de saúde/doença geral da pessoa. No caso de serviços como a Urgência e a UCI para além da aplicação no momento da admissão da pessoa no serviço, deve ser sempre aplicada em intervalos de 24 horas.

Escala de Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão de Norton

TITULO ORIGINAL Norton Scale

TÍTULO EM PORTUGUÊS Escala de Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão de Norton

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

FERREIRA, Pedro Lopes; et al – Risco de Desenvolvimento de Úlceras de

Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden. Loures: Lusociência, 2007.

ISBN 978-972-8930-37-0.

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

A presente escala foi desenvolvida por Doreen Norton em 1962, sendo aperfeiçoada em 1975. Quando construída tinha como população-alvo sobretudo os idosos internados num hospital.

A escala de Norton avalia parâmetros que se dividem em cinco dimensões, e que se subdividem em quatro itens cada, são elas:

- Estado físico: pode ser avaliado como bom, médio, mau ou péssimo;
- Estado mental: pode ser avaliado como consciente, apático, confuso ou inconsciente;
- Actividade: pode ser avaliado como independente, caminha com ajuda, levanta para a cadeira ou péssimo;
- Mobilidade: pode ser avaliado como autónomo, limitado, muito limitado ou imobilizado;
- Incontinência: pode ser avaliado como sem incontinência, às vezes, urinária/fecal, urinária e fecal.

Para evitar ambiguidades na adaptação da escala para aplicação na população portuguesa foram clarificados cada um dos itens.

A escala pode ter como pontuação final mínima de 5 e máxima de 20. Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão. Segundo Dealey, quando a pontuação apresentar um valor inferior ou igual a 14 significa que a pessoa apresenta risco de desenvolvimento de úlcera de pressão.

Não foram encontrados dados sobre o processo de validação e adaptação desta escala para a população portuguesa. Contudo, encontrámos em bibliografia a adaptação da escala para português e algumas indicações de que esta é utilizada em Portugal e aplicada na população portuguesa.

Num artigo publicado na Revista Brasileira de Terapia Intensiva encontra-se um estudo cujo título é *“Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão”*, cuja autoria é de uma enfermeira portuguesa que exerce a sua função num Hospital Público português, e onde foi utilizada a escala de Norton.

Também no sítio da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos se encontra um resumo de um estudo sobre a incidência e prevalência das úlceras de pressão nos anos de 2006 e 2007 na UCI de um hospital português, em que também foi utilizada a escala de Norton previamente para a avaliação do grau de risco. O referido estudo foi apresentado no XI Congresso Nacional de Medicina Intensiva em 2008.

Isto indica que, pelo menos até ao ano de 2007, apesar de não serem encontrados mais dados, os profissionais dos hospitais portugueses utilizam a referida escala na sua avaliação.

NOTAS

As razões que nos levaram a seleccionar esta escala para que ela constasse no roteiro foram todas aquelas que enunciámos na Escala de Braden. De facto verificasse a aplicação da escala de Norton em UCI de forma a avaliar o risco do aparecimento das úlceras de pressão, como já referimos anteriormente através da justificação com os artigos.

Contudo, acreditamos também que seja possível que esta escala possa cair no desuso uma vez que, tendo surgido a escala de Braden, e tendo sido realizados estudos de comparação entre ambas, a escala de Norton apresenta uma sensibilidade igual à de Braden, porém uma especificidade inferior.

Adaptação da Escala de Norton
Score ≤ 14: Risco de úlceras de pressão

ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	ACTIVIDADE	MOBILIDADE	INCONTINÊNCIA
Bom 4	Consciente 4	Independente 4	Autónomo 4	Sem incontinência 4
Médio 3	Apático 3	Caminha com ajuda 3	Limitado 3	Às vezes 3
Mau 2	Confuso 2	Levanta para cadeira 2	Muito limitado 2	Urinária/fecal * 2
Péssimo 1	Inconsciente 1	Péssimo 1	Imobilizado 1	Urinária e fecal 1

* Riscar o que não interessa.

Estado geral

Bom 4:	Doente com bom aspecto. Bom poder de reacção.
Médio 3:	Reacções moderadas. Aparentemente com bom aspecto nutricional, mas as análises sanguíneas e urinárias indicam desvios dos valores normais.
Mau 2:	O doente não se sente bem: Bebe e alimenta-se pouco e mal.
Péssimo 1:	Reacções deficientes ou ausentes. Mau estado de nutrição, as análises sanguíneas e urinárias indicam desvios importantes dos valores normais.

Estado mental

Consciente 4:	Boa orientação temporal, espacial e pessoal.
Apático 3:	Atitude de letargia, tendência ao esquecimento, sonolência, passividade e apatia; lento e depressivo, com capacidade para executar ordens simples.
Confuso 2:	Desorientação parcial e/ou ocasional; não responde de maneira coerente às questões. Inquieto, agressivo, ansioso, necessitado de ansiolíticos, calmantes e/ou soníferos.
Inconsciente 1:	O doente não reage ao meio envolvente.

Actividade: Grau de actividade física

Independente 4:	Caminha facilmente e deambula com frequência pelo seu quarto ou serviço.
Caminha com ajuda 3:	Caminha ocasionalmente durante o dia, pequenas distâncias com ajuda. Passa a maior parte do tempo na cama ou na cadeira.
Levanta para cadeira 2:	A capacidade de caminhar é muito limitada ou inexistente. O doente não pode suportar o seu próprio peso e tem que ser ajudado para ser colocado na cadeira.
Péssimo 1:	Não pode ser levantado.

Mobilidade: Capacidade de mudar de posição e controlar os movimentos.

Autónomo 4:	Muda frequentemente de posição sem ajuda.
Limitado 3:	Necessita de ajuda para mudar de posição, mas colabora no máximo das suas potencialidades.
Muito limitado 2:	Faz sozinho movimentação de membros mas é incapaz de fazer sozinho mudanças de posição. Colabora de forma mínima.
Imobilizado 1:	Não muda de posição, mesmo ligeira, sem ajuda.

Incontinência

Sem incontinência 4:	O doente controla a emissão de fezes e urina.
Incontinente às vezes 3:	O doente apresenta, por vezes, incontinência urinária e/ou fecal.
Urinária/fecal 2:	O doente tem, habitualmente, incontinência urinária e fecal.
Urinária e fezes 1:	O doente tem incontinência urinária e fecal.

AVALIAÇÃO DO ESTADO DA CONSCIÊNCIA

Escala de Coma de Glasgow

TÍTULO ORIGINAL Glasgow Coma Scale de B. Jennett e G. Teasdale (1974)

TÍTULO EM PORTUGUÊS Escala de Coma de Glasgow

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) destina-se, de modo genérico, à avaliação do nível de consciência (ou grau de profundidade de coma). Os seus autores inicialmente objectivavam que este instrumento de avaliação fosse utilizado para estudar o nível de consciência de pessoas com traumatismo craniano grave e medir a função das pessoas em estado de coma.

Apesar do seu lançamento em 1974, está descrito que a escala ainda sofre algumas modificações, tendo sido aprovada internacionalmente para a avaliação da disfunção neurológica por parte de médicos e enfermeiros.

Efectivamente, Jennett, um dos autores da escala, afirmou que a escala tinha também como função melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, tornando a linguagem comum em termos de avaliação neurológica baseada nos dados recolhidos "à beira do leito", sendo que realçou o papel dos Enfermeiros nesta situação, o que contribuiu para o sucesso da escala. Além do referido, é uma escala de fácil e rápida aplicação.

A avaliação é realizada com base na observação do comportamento, traduzindo-se num valor numérico que varia entre 3 a 15 pontos.

A pontuação máxima (15 pontos) indica um indivíduo neurofisiologicamente sem alterações do nível da consciência e a pontuação mínima é representativa do indivíduo que apresenta ausência de respostas a estímulos externos. Para tal, a ECG apresenta três indicadores:

- Abertura ocular, apresenta quatro níveis de oscilação: espontânea, por ordem verbal, por estímulo doloroso ou nenhuma;
- Melhor resposta verbal apresenta cinco níveis diferenciados: orientado, confuso, palavras

impróprias (respostas sem sentido lógico), sons (emite como resposta verbal sons incompreensíveis) e nenhuma;

- Melhor resposta motora apresenta seis níveis: obedece a comandos simples (caso contrário são aplicados estímulos dolorosos), localiza a dor (após estímulo e tenta evitá-la reagindo), flexão normal (localizada a dor, mas não a tenta evitar), flexão anormal (observada ao nível dos membros superiores, conhecida como rigidez de decorticação), extensão à dor (resposta em extensão dos membros superiores e inferiores, conhecida como rigidez de descerebração) e nenhuma (ausência de resposta a estímulos dolorosos).

Há que considerar para cada indicador, possíveis situações que podem impossibilitar a avaliação,

Avaliação Neurológica

HORA		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4																							EXAME PRELIMINAR ... P
	ORDEM VERBAL	3																							
	DOR	2																							
	NENHUMA	1																							
	ORIENTADO	5																							
	CONFUSO	4																							
	PALAVRAS	3																							
	SONS	2																							
	NENHUMA	1																							
	OBDFRCE COMAN.	6																							
MELHOR RESPOSTA MOTORA	5																							MELHOR RESPOSTA	
LOCALIZA A DOR	5																								
FLEXÃO NORMAL	4																								
FLEXÃO ANORMAL	3																								
EXTENSÃO A DOR	2																								
NENHUMA	1																								
TOTAL																									
CUIHOS	PUPILAS	D	TAMANHO	REACÃO																				- REAGE - NÃO REAGE CUIHOS FECHADOS - C	
	ROC	D																						+ PRESENTE - LENTO - AUSENTE	
MOBILIDADE	BRACOS	FORÇA NORMAL																						X - ICHIAL D - DIREITO E - ESQUERDO	
		PAREZIA DISCRETA																							
		PAREZIA ACENTUADA																							
		FLEXÃO																							
	EXTENSÃO																								
	NENHUMA																								
	FORÇA NORMAL																								
	PAREZIA DISCRETA																								
	PAREZIA ACENTUADA																								
	FLEXÃO																								
	EXTENSÃO																								
	NENHUMA																								
	TAMANHO DAS PUPILAS (MM)		8	7	6	5	4	3	2	1															

Fig. 22.1 — Escala de coma de Glasgow.

devendo-se categorizar como não testável (NT), que se devem ser descritas. Por exemplo, o edema ou hematoma palpebral impossibilita a avaliação da abertura ocular, considera-se NT.

Em situações de terapêutica sedativa também não se recomenda a avaliação.. Categoricamente, a gravidade pode ser lida através da pontuação da seguinte forma: Leve, 13 a 15 pontos; Moderada, 9 a 12 pontos; Grave, inferior a 8 pontos.

De ressaltar ainda que, apesar da aplicação deste instrumento, para uma avaliação neurológica completa é necessário também avaliar os seguintes parâmetros: pupilas, reflexos oculoencefálico e oculoestibular, a motilidade, o padrão respiratório, a pressão arterial, a temperatura, a pressão intracraniana e o hemometabolismo cerebral).

Relativamente ao seu processo de validação, após uma pesquisa em bases de dados (b-On, EBSCO), em livros e revistas do C.R.A.I. e em sites como o da D.G.S. e o da O.M.S., bem como através do motor de busca google não encontramos qualquer referência à validação da escala para a população portuguesa.

Efectivamente encontra-se traduzida e segundo ROZA (2004) "(...) a escala de coma de Glasgow permanece como a escala a nível de consciência mais *utilizada mundialmente*" (1). CINTRA *et al.* (2001), reforçam a mesma ideia afirmando que a mesma é "*utilizada internacionalmente*". Por outro lado, tivemos acesso a

Escala de Coma de Glasgow (ECGI)		
Parâmetro	Resposta Observada	Score
Abertura Ocular Espontânea	Espontânea	4
	Com estímulos Verbais	3
	Com estímulos dolorosos	2
	Sem resposta	1
Melhor Resposta Verbal	Orientado	5
	Desorientado	4
	Resposta inapropriada	3
	Sons incompreensíveis	2
	Sem resposta	1
Melhor Resposta Motora	Obedece a comandos verbais	6
	Localiza e retira o estímulo doloroso	5
	Retirada inespecífica ao estímulo doloroso	4
	Resposta em flexão Hipertónica ao estímulo doloroso (decorticação)	3
	Resposta em extensão Hipertónica ao estímulo doloroso (descerebração)	2
	Sem resposta	1

Escala de Coma de Glasgow (KOIZUMI, 2000)

um documento do Alto Comissariado da Saúde (ACS) em que são apresentadas recomendações clínicas, sendo que para a avaliação neurológica (vulgo estado da

consciência) se preconiza a utilização da ECG.3

Tais referências, fazem-nos crer que a escala efectivamente tem aplicabilidade e é válida para a população portuguesa, além de que aparece referenciada na maioria da bibliografia recomendada para os cuidados de Enfermagem às pessoas em situação crítica e foi inclusive falada em aula como sendo um dos instrumentos de avaliação mais usados nesta área.

NOTAS

Apesar da dificuldade em encontrar a validação da escala, optámos por referenciar a mesma, pelos motivos supracitados. Efectivamente, consideramos relevante a realização da avaliação da consciência, para que se avaliem as necessidades humanas básicas alteradas e o nível de dependência da pessoa, de modo a que se possam planear os cuidados de enfermagem, visando a qualidade da prestação de cuidados, nomeadamente nos contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. O facto de não termos encontrado a validação da escala para a população portuguesa deixou-nos intrigadas. Ou realmente este instrumento foi validado, mas pelo facto de já ser relativamente antigo, ser difícil aceder aos estudos de validação, além de já ser um instrumento da prática corrente. O tempo que dispusemos para a realização deste trabalho não permitiu também que fosse possível consultar outras possíveis fontes.

DIMENSÃO PSICOSSOCIAL

Relativamente à Dimensão Psicossocial decidimos incluir apenas um instrumento de medida, o Inventário de *Burnout* de Maslach.

Inventário de *Burnout* de Maslach

TITULO ORIGINAL Maslach *Burnout* Inventory (MBI)

TÍTULO EM PORTUGUÊS Inventário de *Burnout* de Maslach

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

O Inventário de *Burnout* de Maslach, foi elaborado por C. Maslach e S. Jackson em 1986 e validada e adaptada por Bárbara Teixeira Melo, António Rui Gomes e José Fernando A.Cruz em 1999.

Este instrumento destina-se a profissionais de prestação de serviços humanos, tais como professores, psicólogos, médicos e enfermeiros e tem como objectivo avaliar níveis de *Burnout*.

Burnout entende-se como o prolongamento do stress ocupacional de longa duração. É caracterizado pelo

sentimento do profissional de que esgotou os seus recursos para lidar com as exigências impostas pela situação profissional ou ocupacional.

Na sua versão original, o MBI possui 22 itens relacionados com os sentimentos relativos ao trabalho. Esses itens dizem respeito à Exaustão Emocional (9 itens), à Despersonalização (5 itens) e à realização Pessoal (8 itens). Estes, são respondidos numa escala de Likert, cujo valor mínimo é 0 (correspondendo este a Nunca) e o valor máximo é 6 (correspondendo a Todos os dias).

O processo de adaptação e validação do MBI para Português veio trazer algumas alterações ao instrumento original (<https://repositorium.sdum.uminho.pt/>). Assim sendo, o Inventário de *Burnout* de Maslach possui 18 itens. À semelhança do instrumento original, também eles se subdividem:

- 8 itens são relativos à exaustão emocional, visando analisar os sentimentos de sobrecarga emocional e incapacidade de conferir resposta às exigências:

Item 1 "Sinto-me emocionalmente insatisfeito(a) com o meu trabalho";

Item 3 "Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho";

Item 6 "Trabalhar com pessoas todo o dia constitui realmente uma pressão para mim";

Item 8 "Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho";

Item 13 "Sinto-me frustrado(a) com o meu emprego";

Item 14 "Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego";

Item 16 "Trabalhar directamente com pessoas gera-me demasiado stress";

Item 20 "Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades";

- 4 itens relativos à Despersonalização, que visa avaliar as respostas impessoais/negativas dirigidas às pessoas aos cuidados do profissional em consideração:

Item 5 "Sinto que trato alguns clientes como se fossem objectos impessoais";

Item 10 "Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão";

Item 15 "Não me interessa realmente o que acontece a alguns dos meus clientes";

Item 22 "Sinto que os clientes me culpam por alguns dos

seus problemas”;

- 6 itens relativos à Realização pessoal, com o objectivo de avaliar os sentimentos de proficiência e bem-estar em relação ao trabalho.

Item 4 “Posso facilmente compreender como é que os meus clientes se sentem em relação às coisas”;

Item 7 “Lido de forma eficaz com os problemas dos meus clientes”;

Item 9 “Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho”;

Item 17 “Sou capaz de criar facilmente um ambiente relaxado com os meus clientes”;

Item 19 “Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena”;

Item 21 “No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais”

Também estes itens são respondidos numa escala de Likert de 0 a 6. De acordo com os autores de validação do MBI, à escala da adaptação portuguesa da MBI, valores acima de 2,6 na dimensão da exaustão emocional, de 1,8 na despersonalização, assim como valores inferiores a 3,5 na dimensão da realização pessoal, são indicadores de elevados níveis de *Burnout*.

Durante a pesquisa realizada, foi possível aceder a informação relativa ao processo de validação deste instrumento. Assim sendo, sabemos que para a validação do mesmo, foi realizado um estudo a uma amostra de 439 indivíduos, dos quais 320 eram do sexo feminino e 119 do sexo masculino, com idades entre os 23 e os 67 anos.

Para além do MBI foram ainda aplicados o *Questionário demográfico*, o *Questionário de Stresse nos Profissionais de Psicologia* e a *Escala da Saúde Física*. Analisando os resultados obtidos com os diferentes instrumentos de medida os autores concluíram que o MBI é um instrumento de avaliação psicológica que pode ser utilizado na investigação e intervenção psicológica em saúde.³

NOTAS

Apesar de toda a pesquisa, não conseguimos aceder ao Inventário de *Burnout* de Maslach. No entanto, entrámos em contacto com um dos autores da adaptação e validação deste instrumento, o Professor Doutor Rui Gomes (Universidade do Minho), que nos informou que é possível obter o MBI apenas para trabalhos de investigação.

Apesar de não possuímos a escala propriamente dita e de esta não ser aplicável às pessoas às quais os profissionais prestam cuidados, optámos por incluí-la no roteiro, pois apesar do profissional de saúde cuidar dos outros, não pode nem deve descuidar da sua própria saúde, o que engloba também a dimensão psicossocial.

O trabalho constitui um aspecto importante na formação da identidade das pessoas, em que ocorre uma afirmação de si mesmo e o desenvolvimento da interacção social pode revelar-se uma fonte de stresse. Existem muitos estudos que evidenciam que os profissionais de saúde, inclusive Enfermeiros, são muitas vezes alvo da incidência de stresse.

Também nós, enquanto estudantes de enfermagem, podemos afirmar que somos alvo de stresse, nomeadamente em contexto de ensino clínico, que temos vindo a realizar ao longo de todo o percurso que nos tornará profissionais de saúde. Isto, porque, cuidar de outro ser humano exige cuidado, flexibilidade, responsabilidade e por vezes habilidade para solucionar problemas, gerir factores stressantes no trabalho e ate mesmo factores pessoais, para que os cuidados de qualidade sejam garantidos, atendendo a todas as dimensões da pessoa/cliente.

Também na nossa opinião, o facto de tentarmos de todas as formas ser prestáveis e atender a todas as necessidades das pessoas, a ambição de ser bem sucedido nos procedimentos que realizamos, leva a que o stresse aumente e a um esgotamento quer físico, quer emocional.

Assim sendo, no nosso imaginário, consideramos que atender às necessidades da pessoa em situação crítica, acarreta uma forte probabilidade de enfrentar situações potencialmente stressantes e consequentemente desenvolver síndrome de *Burnout*. Em contexto de U.C.I. ou urgência, o profissional de saúde enfrenta todos os dias desafios sobre os quais tem de agir rápida e eficazmente de forma a, não só não comprometer a vida da pessoa, como por vezes a sua actuação é decisiva à sobrevivência da mesma.

O peso da responsabilidade acarreta também uma fonte de stress, tal como outros factores como a segurança nos seus conhecimentos e a capacidade de resposta no tempo certo.

Existem ainda outros factores extrínsecos ao Enfermeiro que poderão ser possíveis fontes de stress, tais como, a pressão da pessoa/cliente e/ou dos familiares, o ambiente de trabalho/trabalho em equipa, entre outros. Muitos dos factores, encontram-se nos itens que constituem o MBI. Também na comunidade, o enfermeiro pode vir a

Escala de *Locus* de Controlo de Saúde

TITULO ORIGINAL Health Locus of Control Scale Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976); Multidimensional Health Locus of Control Scales Wallston, B.S., Wallston, K.A. & DeVellis,R.(1978); Health-Specific Locus-of-Control Lau, R. & Ware,J. (1981)

TÍTULO EM PORTUGUÊS Escala de *Locus* de Controlo de Saúde

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Autor(es) – José Luís Pais Ribeiro e Luísa Ribeiro (1994) *Disponível em* – <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/LOcus.htm>

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

A Escala de *Locus* de Controlo de Saúde destina-se à população adulta que se encontra em contacto com o sistema de saúde. O seu objectivo é avaliar a percepção que cada indivíduo face à sua saúde, ou seja, se este encara os acontecimentos relacionados com a mesma, como sendo controlados por forças/factores exteriores e independentes do indivíduo ou como consequência dos seus próprios comportamentos.⁵

Este instrumento de medida foi construído a partir da junção de vários itens de outras escalas em língua inglesa. Após serem analisados, traduzidos e verificadas as suas propriedades métricas, destes resultaram dois factores principais "*Locus* de Controlo" e "Outros Poderosos", ordenados numa escala ordinal de sete posições, cujo valor mais baixo corresponde ao *locus* externo e o mais elevado ao *locus* interno.

O processo de validação da escala realizou-se recorrendo a testes, análises e questionários para a recolha de dados, que foram posteriormente tratados através de análise factorial e consistência interna da escala.

NOTAS

Optamos por incluir este instrumento de medida, pois a compreensão sobre a forma de como a pessoa/cliente encara a sua situação de saúde é sempre importante, quando a queremos incluir e ter a sua colaboração no processo de recuperação de saúde/doença/recuperação.

No caso da pessoa em situação crítica, esta escala poderá ser aplicada numa fase posterior à urgência/emergência, ao nível da prevenção secundária ou terciária, na reabilitação.⁶

Contudo, não devemos considerar as situações críticas

como apenas aquelas que são urgentes ou emergentes. É importante ter em conta, as pessoas/clientes que se inserem em grupos vulneráveis (como os sem-abrigo, toxicodependentes), nas quais pode ser muito útil perceber qual o "seu" *locus* de controlo de saúde, de modo a intervir junto destas, no sentido de as ajudar a superar as dificuldades, desafios, problemas de saúde/doença. Através do conhecimento do nível de auto-estima, valorização do "eu" e percepção do controlo que a pessoa/cliente percebe ter ou não sobre os acontecimentos relacionados com a sua saúde, será mais fácil para o profissional de saúde abordá-la e à sua família de uma forma mais adequada e individualizada.

LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE

Vai encontrar, a seguir, um conjunto de afirmações acerca da maneira como as pessoas pensam acerca da saúde. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a A significa que discorda totalmente da afirmação e que você nunca a faria; se assinalar a letra G significa que concorda totalmente e que corresponde totalmente à sua maneira de pensar. Entre estes dois extremos tem ainda 5 possibilidades (5 letras) de escolha, consoante estiver mais em desacordo ou de acordo com a sua maneira de pensar. Assinale apenas uma das letras. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que der são igualmente correctas. Peço-lhe que reflecta bem na resposta que der, de modo que ela expresse a maneira como pensa.

		discordo totalmente	discordo bastante	Discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
1	Procurar o médico para fazer check-ups regulares é um factor chave para se manter saudável	A	B	C	D	E	F	G
2	O facto de as pessoas se sentirem bem ou não, depende, muita vezes, do acaso	A	B	C	D	E	F	G
3	As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte	A	B	C	D	E	F	G
4	Em saúde não se pode invocar quase nunca "má sorte"	A	B	C	D	E	F	G
5	Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos	A	B	C	D	E	F	G
6	Recuperar de uma doença não tem nada a ver com a sorte	A	B	C	D	E	F	G
7	Ter ou não boa saúde é, apenas, uma questão de sorte	A	B	C	D	E	F	G
8	Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças	A	B	C	D	E	F	G
9	Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente	A	B	C	D	E	F	G
10	No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do seu médico	A	B	C	D	E	F	G
11	Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente, porque algumas pessoas (por ex. o médico ou enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela	A	B	C	D	E	F	G
12	Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso	A	B	C	D	E	F	G
13	A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença	A	B	C	D	E	F	G
14	Consultarem regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde	A	B	C	D	E	F	G

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Escala de Avaliação de Auto-Eficácia Geral

TITULO ORIGINAL The Self-Efficacy Scale de M. Sherer, J. Maddux, B. Mercandante, S. Prentice-Dunn, B. Jacobs e R. Rogers (1982).

TÍTULO EM PORTUGUÊS Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Autor – José Luís Pais Ribeiro (1995) Disponível em – <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm>

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

A Escala de Avaliação de Auto-Eficácia Geral tem como objectivo avaliar o juízo que cada pessoa faz sobre a sua capacidade individual para enfrentar e reagir a situações desconhecidas e imprevistas, causadoras de stress. Destina-se a jovens adultos, é uma escala ordinal do tipo Likert, sendo constituída por vinte e três itens, divididos em dois factores: "auto-eficácia-geral" e "auto-eficácia-social". A sua pontuação máxima é de catorze pontos, e quanto mais baixa a nota, menor a percepção do seu indivíduo relativamente à sua eficácia.

A adaptação desta escala iniciou-se naturalmente com a tradução dos seus termos e a escolha de quais seriam mantidos da escala original em língua inglesa, tendo também sido realizada uma reflexão incluindo a população alvo e uma avaliação dos itens, por especialistas, submetidos a tratamento psicométrico. Nos estudos de validação da escala foi realizada análise factorial, correlação de Pearson, rotação ortogonal, procedimento *varimax* com normalização de Kaiser, análise de validade discriminante e correlação entre sub-escalas.

NOTAS

A inclusão desta escala no nosso roteiro, prende-se com o facto de considerarmos que a avaliação da auto-eficácia de cada pessoa/cliente, representa um factor importante, aquando da abordagem holística. Uma vez que as intervenções de enfermagem podem e devem ser implementadas a curto e longo prazo, é necessário que o profissional de saúde consiga estabelecer uma relação com a pessoa/cliente, percebendo qual será a sua reacção a possíveis alterações, que se possam vir a dar a nível do seu autoconceito ou A.V.D., por exemplo. Só assim poderá intervir e envolver-se no processo de reabilitação da pessoa/cliente que está/ esteve em situação crítica.

Também a nível comunitário esta escala poderá vir a ser um útil instrumento de trabalho, pois seria uma forma de perceber o nível de auto-estima e os factores de risco, nomeadamente para o desenvolvimento patologias relacionadas com a saúde mental, e assim poder tomar as medidas necessárias de a evitá-lo. Ao perceber o nível de auto-eficácia da pessoa, é ainda possível ajudá-la a conhecer as suas verdadeiras capacidades e potencialidades para que as possa utilizar eficazmente.

O recurso ao *empowerment* do outro, é uma estratégia

bastante importante a nível da comunidade, pois nos grupos de risco existe um "ciclo vicioso" (toxicodependência poderá levar a pobreza,

COMO EU SOU

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si; se assinalar a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si próprio/a. Entre esse dois extremos pode ainda escolher uma de 5 letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a sua maneira de pensar. Assinale uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente correctas. Peça-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse correctamente a sua maneira de pensar

	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	A	B	C	D	E	F	G
2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insistir e continuo a tentar até conseguir	A	B	C	D	E	F	G
3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G
4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	A	B	C	D	E	F	G
5- Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	A	B	C	D	E	F	G
6- Sou uma pessoa auto-confiante	A	B	C	D	E	F	G
7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	A	B	C	D	E	F	G
8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado	A	B	C	D	E	F	G
9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	A	B	C	D	E	F	G
10- Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	A	B	C	D	E	F	G
11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	A	B	C	D	E	F	G
12- Desisto facilmente das coisas	A	B	C	D	E	F	G
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos	A	B	C	D	E	F	G
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	A	B	C	D	E	F	G
15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia	A	B	C	D	E	F	G

COTAÇÃO DA ESCALA

Dimensão "Iniciação e Persistência"- itens, 1, 5, 6, 7, 14, 15;
Dimensão "Eficácia Perante a Adversidade"- itens, 2, 4, 8, 9, 12;
Dimensão "Eficácia Social"- itens, 3, 10, 11, 13

Nota de cada item: corresponde ao valor de um sete. O valor "1" é atribuído à letra "A" excepto para os itens invertidos; o valor "7" é atribuído à letra "G" excepto para os itens invertidos.

Itens invertidos: 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14 e 15.

Nota total e por dimensão: corresponde à soma bruta dos itens.

que leva à diminuição da qualidade de vida, que poderá levar a graves problemas de saúde), que devemos e podemos tentar reverter.

Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos

TITULO ORIGINAL Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Autor(es) – Artur Barata Delgado e Maria Luisa Lima

Tendo sido construída e analisada segundo dados clínicos e representando uma escala de Likert, ordinal, de seis posições, a sua versão final inclui sete itens, quatro dos quais foram retirados da Escala de Morisky, Green e Levine (1987), um da Escala de Ramalinho (1994) e o restante da de Shea, Mirsa, Ehrlich, Fields e Francis (1992)11.

As respostas aos itens da escala, foram analisadas de duas formas: dicotómica e de Likert; sendo que a segunda revelou maior consistência interna, pois é mais específica e sensível, daí ter sido adoptada para a versão final da escala. No que toca à pontuação e resultados da escala, valores mais altos significam maior nível de adesão aos tratamentos.

A validade da escala foi analisada através do critério de contagem de medicamentos através do rácio entre o “número de medicamentos efectivamente tomados durante um intervalo de tempo” e o “número de medicamentos prescritos”, obtendo-se a percentagem de adesão ao tratamento de cada sujeito envolvido no estudo.

A análise dos dados recolhidos foi realizada através do teste do Qui-Quadrado e da correlação entre a percentagem de indivíduos classificados como aderentes ou não aderentes tanto pelo rácio referido como por *self-report*.

NOTAS

A não adesão ao regime de tratamentos tem consequências como o aumento da morbilidade e mortalidade, sendo que assim consideramos importante detectar, através de um instrumento de medida, a taxa de adesão e os prováveis comportamentos que estão por detrás do mesmo, tendo a noção que este é implementado em vários momentos (consultas, aquisição de medicamentos, A.V.D.).

A razão pela qual decidimos incluir esta escala prende-se com o facto de existirem inúmeros comportamentos/crenças que podem influenciar a adesão ou não ao regime terapêutico. Em posse desta informação, ao saber os factores que influenciam este facto, o profissional de saúde poderá ajustar mais facilmente as suas estratégias de intervenção junto da pessoa/cliente, como a comunicação, educação para a saúde.2

Um exemplo muito objectivo, de possível aplicação desta escala, é no caso das pessoas/clientes com tuberculose pulmonar em fase activa, que necessitam de cumprir um regime terapêutico bastante específico, e que caso não o façam, graves consequências podem advir deste comportamento, como desenvolvimento de resistência à terapêutica antibacteriana e a disseminação da doença para a restante população.

Ao perceber, nesta população em específico, se as pessoas/clientes aderem ou não ao regime de tratamentos que devem cumprir e quais são os comportamentos/crenças que as influenciam, é possível melhorar a forma de abordagem às mesmas, evitando assim um grave problema de saúde pública, ou pelo menos tendo o objectivo de o reduzir.

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					

Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde

TITULO ORIGINAL Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA *Autor(es)* – Cândida Pinto e José Luís Pais Ribeiro (2007) *Disponível em* – <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

Esta escala, é do tipo Likert, contendo quatro itens de resposta e visa avaliar a dimensão da espiritual. São analisados dois factores principais “crenças” e “esperança e optimismo”.

Os autores referem que o processo de validação necessita de ser ainda “consolidado” em estudos futuros, nos quais se pretenda identificar variáveis psicossociais relacionadas com a qualidade de vida das pessoas com doença prolongada.

Os instrumentos utilizados para recolha e análise de dados (por análise factorial, análise da consistência interna e validade convergente discriminante) foram utilizados os seguintes instrumentos: Quality of Life Questionnaire - The European Organization for research and treatment of cancer, Positive and Negative Affect Schedule, Brief COPE e o *software* SPSS versão 14.

NOTAS

A espiritualidade é, provavelmente, uma das dimensões do holismo que mais vezes é esquecida no contexto de cuidados de saúde. Contudo, é igualmente importante e está intrínseca ao compreender global do homem e à prestação de cuidados de qualidade.

É essa a principal razão pela qual incluímos a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (e na comunidade!), pois é nestes que se despoletam as situações mais graves e que fazem o ser humano utilizar mecanismos de *coping* para lidarem com crises emocionais/sociais, nas quais muitas vezes recorrem às questões relacionadas com a espiritualidade, e também com a religião. É fundamental que o enfermeiro, bem como os outros profissionais de saúde, trabalhando em equipa, tenham em conta esta dimensão, possuindo agora um elemento para a avaliar e a compreender melhor, ainda que não na sua totalidade, atendendo assim às necessidades singulares de cada pessoa.

dados, tivemos mesmo assim alguma dificuldade em encontrar toda a informação que necessitávamos. O tempo disponível para a realização do trabalho também não permitiu que alargássemos os nossos horizontes de pesquisa. Por outro lado, consideramos que a experiência adquirida, na unidade curricular de Investigação II, a trabalhar instrumentos de avaliação, facilitou em parte todo o processo, pois já tínhamos uma noção do caminho a percorrer. Decorrente da nossa experiência, julgamos que a área dos instrumentos de avaliação são uma área da investigação em desenvolvimento no nosso país, sendo que uma das áreas mais desenvolvidas, pelo que já constatámos, é no ramo da psicologia da saúde.

Da pesquisa que efectuamos, encontrámos algumas escalas que não aplicámos por não as consideramos adequadas ao contexto em que se insere este roteiro, apesar da temática por vezes estar estritamente relacionada.

Também nos deparámos muitas vezes com a informação relativa a instrumentos de avaliação, mas que não vinham acompanhada por estes, nem nos foi possível encontrá-los noutras fontes. Consequentemente, deparamo-nos com um número mais reduzido de instrumentos.

Analisando os instrumentos de avaliação recolhidos, optámos por realizar um roteiro holístico, ao invés de apenas nos centrarmos num único tema, até porque faz-

nos sentido a abordagem holística, uma vez que a prestação de cuidados assim o deve ser em qualquer área de actuação da Enfermagem.

Efectivamente, os instrumentos de avaliação são essenciais para que os cuidados prestados sejam baseados em dados objectivos,

fundamentados cientificamente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Mesmo assim, com alguns destes instrumentos tivemos dificuldade em encontrar toda a informação necessária, como no ocorreu, nomeadamente, com a ECG e as escalas da Dor, em que não conseguimos encontrar os estudos de validação destes instrumentos para a população portuguesa, mas apenas algumas referências

ESPIRITUALIDADE (Pinto C & Pais-Ribeiro JL)

As frases / expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afectam a sua qualidade de vida. Por favor, **marque** com uma X aquela opção que melhor expressar a sua opção, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1 - As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
3 - Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4

Conclusão

A realização deste roteiro de instrumentos de avaliação revelou-se um verdadeiro desafio bastante produtivo do ponto de vista das aprendizagens. Efectivamente, a pesquisa de informação foi um dos aspectos mais dificultadores de todo o processo para a realização deste roteiro. Através dos recursos disponíveis na nossa escola, livros e revistas do CRAI e bases de

que comprovam a sua efectiva utilização.

Supomos que os estudos mais recentes ou demasiado antigos sobre aos instrumentos de avaliação, não se encontrem disponíveis nas fontes a que tivemos acesso. Sentimos e reaceamos, assim, que a informação que foi possível recolher, não seja a mais actual/completa e que haja informação que por ser mais antiga não é acessível.

Não obstante às dificuldades e infortúnios, a realização deste roteiro permitiu a aquisição de conhecimentos relativos aos instrumentos de avaliação passíveis de serem utilizados em contextos de cuidados a pessoas em situações críticas, quer a nível hospitalar, quer ao nível comunitário, e acreditamos ter atingido de modo relativamente satisfatório os objectivos a que nos propusemos inicialmente.

É ainda importante referir que a realização de um roteiro é essencial no sentido de permitir a construção de um guia para facilitar a consulta de informação pertinente e sucinta em determinada área, de forma rápida e eficaz, quer por profissionais de saúde, quer por estudantes sempre que necessitarem. Constitui um suporte teórico à prática científica, que de forma objectiva pode responder necessidades de informação sobre determinada temática.

A sua elaboração só por si permite a aquisição de conhecimentos. Em última análise, julgamos que a realização do presente roteiro nos permitiu desenvolver mais aptidões a nível da criatividade, capacidade de recolha, organização e síntese de informação. Por fim, podemos efectuar um balanço positivo em relação à realização deste trabalho, pelas experiências e pela aquisição de novos conhecimentos e aptidões, apesar de todas as dificuldades sentidas, sobretudo ao nível da recolha de informação, e de não termos conseguido incluir no roteiro mais instrumentos de avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLANDER, Verolyn Era – *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta. 1998. ISBN: 972-96610-6-5.
- CINTRA, Elaine *et al.* – *Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo*. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. ISBN 85-7379-144-6
- FERREIRA, Pedro Lopes; *et al.* – *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden*. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-37-0.
- LOURO, Marisol; FERREIRA, Margareth; PÓVOA, Pedro – Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol. 19, nº 3. (2007), pp. 337-341.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção Geral da Saúde – *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa nº 9. 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Dor: Guia orientador de boa prática*. Série I. Nº 1. 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.
- RIBEIRO, José Pais - *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos Publicados em Português*. 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, [s.d.]. ISBN 989-558-087-8 (10)
- ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. – *Abordagem Terapêutica das Úlceras de Pressão: Intervenções baseadas na evidência. Acta Médica Portuguesa*. Vol. 19, nº 1. (2006), pp. 29-38. Disponível em: www.actamedicaportuguesa.com/29/09/08/17h05min.
- ROZA, B. – *História da Escala de Coma de Glasgow*. São Paulo: Einstein, 2004. pp.129-130
- UNIVERSIDADE DO MINHO. Instituto de Educação e Psicologia – *Inventário de "Burnout" de Maslach (MBI-HSS): Versão para prestadores de serviços humanos*.

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

- <http://www.acs.mini-saude.pt>, 03/10/2008, 13:30.
- <http://www.einstein.br/>, 03/10/2008, 13:50.
- <http://www.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/599-einstein.5.3.1.portugues.225-230.pdf> . 04/10/2008 . 22:00
- <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/LOcus.htm> . 01/10/2008 . 16:30
- <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm> . 01/10/2008.18:15
- <http://www.gaif.net> . 04/10/08 . 15:00min.
- <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf> . 04/10/2008 . 22:31
- <https://repositorium.sdum.uminho.pt/> . 01/10/07 . 15:37.
- <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf> . 01/10/2008 . 21:30
- <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf> . 01/10/2008 . 23:15
- <http://www.spci.org> . 30/09/08 . 21:30min.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Ana Patrícia Pereira— Maria João Costa— Nádía Andrade— Susana Miranda

No âmbito das Unidades Curriculares de Enfermagem VIII e Orientação à Monografia I do 4º Ano do 1º Semestre, do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), surge a proposta de realização de um roteiro de Instrumentos de medida e escalas aplicáveis na área de cuidados de saúde complexos. De forma a atingir o objectivo major do trabalho, o presente grupo incidiu o seu objecto de estudo na categoria dos instrumentos de avaliação neurológica. A avaliação neurológica da pessoa/cliente deve-se, em grande parte, à aplicação destes instrumentos, traduzindo resultados objectivos e/ou subjectivos de extrema importância que irão ajudar no diagnóstico e processo de reabilitação. Também são importantes sob a forma de rastreio. Segundo a definição elementar de roteiro, crê-se que um roteiro de instrumentos de avaliação diz respeito à apresentação sintética de informação nesta área que visa aconselhar e orientar o leitor para os pontos relevantes de cada instrumento em estudo. Deste modo, acaba por ser um elemento de fácil consulta que culmina na apresentação organizada de todos os itens essenciais para a análise e posterior resolução.

A realização deste documento torna-se um elemento indispensável de avaliação, dado que permite ao estudante de enfermagem aperfeiçoar, mais uma vez, a capacidade de síntese e ampliação de conhecimentos em diversas áreas científicas. Acredita-se também que o processo de realização do roteiro ajudará o estudante a familiarizar-se com os termos ligados aos cuidados complexos, o que de certo constituirá uma mais valia para a prática clínica.

Como objectivos específicos delinear-se: a) Aquisição de competências na área da realização de roteiros; b) Desenvolver conhecimentos no âmbito de instrumentos de avaliação e reter a sua pertinência na prestação de cuidados de Enfermagem; c) Deter a aplicabilidade e validação das escalas adequadas à população portuguesa; d) Apresentar de uma forma sintética algumas das escalas de avaliação neurológica encontradas. Tendo em conta os propósitos inerentes ao roteiro, foi feito um levantamento bibliográfico, recorrendo-se à base de dados do CRAI e motores de busca: *Google*, *SciELO* e *Pub Med*. A reunião de informação credível não foi, de

todo, um processo fácil, uma vez que muitos artigos se encontravam protegidos.

Posteriormente, foi seleccionada a informação e processada de forma a constituir um elemento de fácil consulta, pelo que foram criados quadros estruturados com os mesmos parâmetros e que incluem: a designação original e adaptada do instrumento; o nome do autor e data da criação do instrumento; a indicação, ou seja, a que se destina determinado instrumento; as suas características; a validação e aplicabilidade do instrumento ao nível do território português; os comentários, decorrentes da análise do grupo sobre o instrumento; e ainda a bibliografia consultada para compreensão e apresentação sintética do instrumento de avaliação em roteiro. Para finalizar, importa salientar que este documento em suporte digital foi elaborado segundo a NP 405-1, adoptada pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Quando foi iniciada a pesquisa, verificou-se que as escalas inseridas na temática da avaliação neurológica poderiam ainda subdividir-se em diferentes categorias. As categorias identificadas incluem: Escalas de Demência; Escalas de Coma; Escalas de Funcionalidade; Escalas de Cefaleia; Escalas de Esclerose Múltipla; Escalas de Parkinson; Escalas de AVC (<http://www.cnsforum.com/lundbeckinstitute/>).

A selecção de um conjunto de escalas que se inserisse no âmbito das unidades curriculares envolvidas (Orientação à Monografia I e Enfermagem VIII), não foi de todo um processo fácil. Contudo o grupo seleccionou algumas escalas contidas em quatro das sete categorias, cuja aplicabilidade poderá verificar-se no decurso do próximo Ensino Clínico, que compreenderá uma fase de cuidados complexos à pessoa em estado crítico, a desenvolver em contexto hospitalar; e uma fase de prestação de cuidados no âmbito da Enfermagem Comunitária.

Assim sendo optou-se por incluir algumas escalas inseridas na categoria das 'escalas de demência', tendo em conta o facto de que podem ser aplicadas no domínio da compreensão da cognição da pessoa face à sua situação actual; 'escalas de coma', utilizadas

para avaliar o estado de consciência da pessoa; 'escalas de funcionalidade', que avaliam a capacidade da pessoa na consecução das Actividades de Vida Diárias (AVD);

'escalas de AVC', que avaliam o grau de severidade do AVC, tendo em conta a extensão da lesão e sequelas.

ESCALAS DE DEMÊNCIA

'Clinical Dementia Rating'. Escala Clínica de Demência											
Autor	Versão original por C. P. Hughes; L. Berg; W. L. Danziger; L. A. Coben; R. L. Martin (1979); Versão adaptada por J. Morris (1993).										
Publicação	Washington University School of Medicine, EUA.										
Ano	Existe alguma disparidade dos dados obtidos face à data do desenvolvimento desta Escala, que apontam para o ano de 1979.										
Indicação	Tem como objectivo primordial a avaliação da gravidade do quadro demencial, através da análise do défice cognitivo da pessoa. Avalia a função cognitiva, permitindo verificar o impacto do défice cognitivo sobre a realização das Actividades de Vida Diárias (AVD).										
Score	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">CDR = 0</td> <td>Pessoa normal do ponto de vista cognitivo.</td> </tr> <tr> <td>CDR = 0,5</td> <td>Pessoa com demência questionável.</td> </tr> <tr> <td>CDR = 1</td> <td>Pessoa com demência leve.</td> </tr> <tr> <td>CDR = 2</td> <td>Pessoa com demência moderada.</td> </tr> <tr> <td>CDR = 3</td> <td>Pessoa com demência severa.</td> </tr> </table>	CDR = 0	Pessoa normal do ponto de vista cognitivo.	CDR = 0,5	Pessoa com demência questionável.	CDR = 1	Pessoa com demência leve.	CDR = 2	Pessoa com demência moderada.	CDR = 3	Pessoa com demência severa.
CDR = 0	Pessoa normal do ponto de vista cognitivo.										
CDR = 0,5	Pessoa com demência questionável.										
CDR = 1	Pessoa com demência leve.										
CDR = 2	Pessoa com demência moderada.										
CDR = 3	Pessoa com demência severa.										
Características											
<p>Envolve a avaliação ao nível de 6 categorias: memória, orientação, julgamento ou resolução de problemas; relações comunitárias; actividades no lar ou de lazer; cuidados pessoais. Cada uma das categorias deve ser classificada através da seguinte pontuação: 0 (sem alteração); 0,5 (questionável); 1 (demência leve); 2 (demência moderada); 3 (demência grave). A categoria dos 'cuidados pessoais' não possui o nível 0,5 (MORRIS, 1993; MONTAÑO E RAMOS, 2005). A categoria que assume maior importância é a da memória, sendo as restantes secundárias. A classificação final decorre da análise da classificação atribuída a cada uma das categorias, através de um conjunto de regras elaboradas por Morris (1993), que culminam no <i>score</i> anteriormente apresentado (MORRIS, 1993).</p>											
Validação e Aplicabilidade											
<p>Esta escala foi validada para a Língua Portuguesa, através de estudos concretizados no Brasil por Montaña e Ramos (2005), que utilizaram outros testes neuropsicológicos, tais como: memória de lista de palavras e evocação, teste de categorias de fluência verbal e teste do relógio (TDR), para validar a sua utilização. A concordância estabelecida entre os resultados fornecidos pelos vários testes confirma a validade desta escala na distinção entre casos de demência e casos ditos 'normais' (MONTAÑO E RAMOS, 2005). Crê-se que em Portugal é possível que esta escala não esteja validada, pois não foram encontradas fontes ou documentos que comprovassem a validação da mesma. Contudo na Revista <i>Sinapse</i>, publicada pela Sociedade Portuguesa de Neurologia, são encontrados estudos, como o de Nunes et al (2004), que assumem a aplicação do teste designando-o de 'Escala Clínica de Demência', em Portugal (NUNES et al, 2004).</p>											
Comentários											
<p>O CDR é uma escala que se enquadra nas escalas de avaliação neurológica, sendo considerada uma 'Escala de Demência', sobejamente aplicada em casos de Doença de Alzheimer (DA). Contudo, é também utilizada para avaliar o défice cognitivo da pessoa e qual a influência do mesmo sobre o seu comportamento e consequentemente sobre a consecução das Actividades de Vida Diárias (AVD). Morris (1993), afirma que a escala poderá ser aplicada por médicos e enfermeiros, desde que tenham integrado os conhecimentos necessários acerca do questionário a aplicar e das regras de pontuação. Contudo verifica-se, através das fontes consultadas, que esta escala é sobretudo utilizada por médicos (de especialidade neurológica ou psiquiátrica).</p>											
Bibliografia											
<p>MONTAÑO, M. B.; RAMOS, L. R. – Validade da versão em português da <i>Clinical Dementia Rating</i>. <i>Revista de Saúde Pública</i>. ISSN 0034-8910. Volume 39, N.º6 (2005). Acedido em http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n6/26985.pdf, 4/10/08,</p> <p>MORRIS, M. D. – The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules [transcript in www.adrc.wustl.edu/adrc/]. Acedido em http://alzheimer.wustl.edu/cdr/PDFs/CDR_OverviewTranscript-Revised.pdf, 2/10/08,</p> <p>NUNES, B. et al. – Rastreo populacional de demência e defeito cognitivo ligeiro nos concelhos de Matosinhos e de Arouca – populações e métodos do estudo piloto. <i>Sinapse</i>. ISSN 1645-281X. Volume 4, N.º1 (2004). Acedido em http://www.cefaleias-spc.com/sinapse/Sinapse_Vol4_N1_Maio04.pdf, 4/10/08,</p>											

'Mini-Mental State Examination'
Mini-exame do Estado Mental (2)

Autor	Versão original por M. F. Folstein ; S. E. Folstein e P. R. McHugh (1975);	
Publicação	Desconhecido	
Ano	1975	
Indicação	A sua utilização pode ser isolada ou associada a outros instrumentos mais amplos, permitindo a avaliação da função cognitiva e o rastreamento de quadros demenciais. Tem sido aplicado em ambientes clínicos, para a detecção de declínios cognitivos, para o acompanhamento de quadros demenciais e para a monitorização da resposta ao tratamento (LOURENÇO e VERAS, 2006).	
Score	Mínimo: 0 pontos	Maior grau de comprometimento cognitivo.
	Máximo: 30 pontos	Melhor capacidade cognitiva.

Características

O supracitado exame permite avaliar a orientação, a memória imediata, a atenção, o cálculo, a evocação, a linguagem, a leitura e a praxia construtiva

Validação e Aplicabilidade

A validação deste instrumento foi efectuada por Guerreiro et al (2004), em "Adaptação à população portuguesa da tradução do 'Mini Mental State Examination' [MMSE]", estudo publicado na revista *Sinapse* (ROSAS et al, 2005; PINHO et al, 2006).

Apesar de não ter sido encontrado este mesmo artigo na íntegra, foi possível verificar que se encontra referenciado bibliograficamente em artigos de autores portugueses credíveis, tais como Rosas et al (2005) e Pinho et al (2006).

Assim o MMSE constitui um instrumento devidamente validado, cujos valores de referência poderão ser aplicados à população portuguesa.

Comentários

Analisando o teste acima apresentado, pode-se considerar que seja de fácil aplicação e que é possível ser realizado por um Enfermeiro, ainda que se proceda a uma avaliação dos dados com um médico neurologista, pois de certo que apenas esse profissional está dotado para interpretar com maior rigor o Score obtido. Uma vez que este mini-exame necessita da participação activa da pessoa/cliente é necessário informar a pessoa e pedir consentimento para a sua realização.

Neste sentido, é lógico que o profissional que o execute tenha capacidades no âmbito da comunicação e relação de ajuda de modo a que a pessoa/cliente se sinta mais à vontade e menos intimidada. Enquanto grupo podemos apontar uma possível limitação deste teste; partindo do princípio que será realizado à população idosa, uma vez que permite avaliar a presença/ausência de demência, quando se solicita para escrever uma frase, não nos podemos esquecer que muita da população portuguesa é analfabeta, estando assim este item anulado ou afectado.

Contudo, uma vez que não foi possível ter acesso à adaptação realizada para Portugal, também não sabemos se os autores tiveram em conta esse facto.

Bibliografia

- CHAVES, Márcia Lorena Fagundes – *Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do Estado Mental*. Acedido em http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf 29/09/08; 22h41.
- Lourenço, A. Roberto et al – Mini-Exame do Estado Mental: Características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 40, N.º 4 (2006). Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000500023&script=sci_arttext&lng=pt 29/09/08; 22h35;
- PINHO, A., et al – Identificação dos factores predisponentes ao declínio funcional da população idosa. *ESSFisioOnline*. ISSN. Volume 2, N.º4 (2006). Acedido em http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol2n4/pdfs/dec_funcional.pdf, 30/09/08; 17h25;
- ROSAS, M.J., et al – Estimulação cerebral profunda na doença de Parkinson: resultados nos primeiros 24 doentes tratados no Hospital São João de 2002 a 2005. *Revista Sinapse*. ISSN 1645-281X. Volume 5, N.º2 (2005). Acedido em http://www.cefaleias-spc.com/sinapse/Sinapse_Vol5_N2_Nov05.pdf, 30/09/08; 17h10;
- SIQUEIRA, Larissa de Souza – *Estudo da Memória de trabalho em adultos e idosos normais* – Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro (2006). Acedido em http://coralx.ufsm.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1044 29/09/08; 22h36.

'Clock Drawing test' Teste do Relógio	
Autor	Versão original por Sunderland (1986).
Publicação	Desconhecido.
Ano	1986.
Indicação	Rastreio de alterações cognitivas através das habilidades visuoespaciais.
Score <i>(score de Shulman)</i>	<p>0 – Incapacidade absoluta para representar o relógio;</p> <p>1 – O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave;</p> <p>2 – Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorrecta, perseveração, confusão esquerda-direita, números em falta, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso;</p> <p>3 – Distribuição visuo-espacial correcta com marcação errada das horas;</p> <p>4 – Pequenos erros espaciais com dígitos e horas correctas;</p> <p>5 – Relógio perfeito.</p>
Características	
<p>O Teste do Relógio é frequentemente utilizado, por ser de aplicação rápida, os resultados serem facilmente compreensíveis e ser extremamente eficaz na avaliação das alterações cognitivas, concretamente das alterações praxias.</p> <p><u>Descrição do teste:</u> É pedido à pessoa que desenhe um relógio que contenha todos os números. Posteriormente, pede-se que desenhe os ponteiros marcando 10h:20m, por exemplo. Quando as instruções não são compreendidas aquando do primeiro contacto, poder-se-ão repetir as ordens. A pontuação é compreendida entre o 0 e 5. Scores abaixo dos 4, devem ser revistos por especialistas na área de neurologia.</p>	
Validação e Aplicabilidade	
<p>Apesar de não terem sido encontrados estudos que demonstrem a aplicabilidade do teste em Portugal, o grupo acredita veemente que este será válido como indicador da função cognitiva da sua população-alvo, dado que em alguns estudos portugueses na área da doença de Alzheimer faz-se referência ao teste. Muitas das manifestações demenciais são universais, ou seja, transversais à cultura inerente a cada país, pelo que se julga que a sua aplicabilidade também será universal.</p>	
Comentários	
<p>No que toca à sua importância na área da Enfermagem, o grupo concluiu que a realização do teste do relógio será uma mais-valia para a prestação de cuidados, pois dada a sua franca acessibilidade, aplicabilidade e interpretação dos resultados, poderá ser visto como uma forma de rastrear possíveis alterações das funções cognitivas.</p> <p>Contudo, há que referir que os resultados obtidos poderão sofrer uma influência negativa resultante da idade avançada da pessoa e/ou baixo nível de escolaridade</p> <p>Julga-se que o Enfermeiro poderá utilizar o teste não como uma forma de diagnóstico, mas como uma forma de reencaminhar a pessoa, dando, portanto, uma vez mais ênfase ao trabalho de equipa e olhar holístico.</p>	
Bibliografia	
<p>http://www.cnsforum.com/clinicalresources/ratingscales/ratingneurology/dementia (04/10/08 00:17);</p> <p>http://contente.karger.com/produkteDBprodukte (04/10/08 01:05);</p> <p>http://dspace.c3sl.ufpr.br:8080/dspace/bitstream/1884/1138/3/texto.pdf (05/10/08 19:49);</p> <p>http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/54386 (05/10/08 17:34).</p>	

ESCALAS DE COM	
Autor	Versão o
Publicação	Revista L
Ano	1974
Indicação	Mensura
Score	Pontuaç Identifica
	Pontuaç estado d
	Pontuaç
	Pontuaç
<p>A ECG1 tem sido amplam verificação de tendências da Abertura Ocular: ligado espontaneamente (4 p dor (2 pontos) têm pont Melhor Resposta Verbal pessoa orientada tem p após estimulação dolor pontos, respectivament Melhor Resposta Motora a pessoa obedece a or estímulo doloroso atrib (rigidez de decorticaçã apresentam qualquer r</p>	
<p>Embora não tenha sido en bibliografia onde é referida a Deste modo, e por haver i adaptada para Portugal e qu</p>	
<p>A avaliação do nível de c intervenção, pelo que é fulc pessoas (MUNIZ, <i>-et al</i>, 199 devem ser evidenciadas para muito sensível às alterações aplicação não está indicada prolongada de lesão encefáli Refira-se ainda que situ discordância entre a pontuaç Em alguns casos não é p anotar-se o resultado como l poderá não ser fiel ao estad eficaz, no entanto é importan da pessoa (ROZA, 2004). Es</p>	
<p>MUNIZ, E. <i>et al</i> – Utilização c Escola de enfermagem d www.ee.usp.br/reeusp/up CANHÃO, Patrícia; <i>et al</i> - Tro Sinapse. ISSN 1645-281 Sinapse_Vol5_N2_Nov05 ROZA, Bartira de Aguiar -- H 2004). Acedido em http:// URDEN, Linda; STACY, Kath 989-8075-08-6.</p>	

Escala de Coma de Glasgow

original por G. Teasdale e B. Jennet (1974).

Lancet. Glasgow, Escócia.

ção do nível de consciência através das capacidades demonstradas da pessoa.

ção mínima de 3 pontos.

o estado de coma profundo. Compatível com morte cerebral.

ção inferior a 8 pontos. Alteração crítica do estado de consciência. Score a partir do qual é considerado o coma.

ção inferior a 14 pontos. Considera uma alteração do nível de consciência.

ção máxima de 15 pontos. A pessoa encontra-se neurologicamente normal.

Características

mente utilizada, por ser de aplicação rápida, os resultados serem facilmente compreensíveis e ter alta utilidade na disfunção neurológica. Compreende 3 indicadores:

à vigília e activação do córtex cerebral, é atribuída à pessoa a pontuação máxima se esta abrir os olhos (3 pontos) e a mínima se não houver qualquer resposta (1 ponto); a abertura por estímulo verbal (3 pontos) ou por estímulo intermédio.

V: a resposta verbal coerente indica alto grau de funcionamento do Sistema Nervoso Central, sendo que uma pontuação máxima (5 pontos) enquanto àquela que não tem resposta é atribuído um ponto (pontuação mínima), confusa. Às pessoas confusas, com discurso inapropriado ou que profiram sons ininteligíveis são atribuídos 4, 3 ou 2 pontos.

M: a pontuação varia entre 6 pontos (máxima) e 1 ponto (mínima). Aquela está reservada para situações em que ordens simples; pessoas que localizam estímulos têm pontuação cinco e às pessoas que procuram afastar-se do estímulo pontuação 4. As pontuações 3 e 2 estão reservadas, respectivamente, para pessoas com padrão flexor (rigidez decerebrada) e padrão extensor (rigidez descerebrada) à dor, enquanto a pontuação mínima é atribuída às pessoas que não respondem face a estímulos dolorosos.

Validação e Aplicabilidade

Encontrada informação acerca da validação da Escala de Coma de Glasgow para Portugal, foi encontrada diversa informação sobre a sua utilização em Serviços de Hospitais portugueses (CANHÃO, *et al*, 2005).

Informação de que a escala é largamente utilizada em território português, o grupo aceita que a ECG1 estará validada e tem elevada aplicação na sua população.

Comentários

A avaliação de consciência é uma etapa importante para o processo de Enfermagem e para a delimitação de estratégias de intervenção. É fundamental que o enfermeiro seja capaz de utilizar escalas como a ECG1, para compreender as necessidades das pessoas (ROZA, 2004). Todavia a ECG1 apresenta algumas limitações relacionadas com a sua aplicação, que não a invalidando, mas que o seu uso seja correcto. Comparativamente a outras escalas (Escala de Coma de Jovet, por exemplo) é utilizada quando a pessoa apresenta níveis de consciência muito baixos, no entanto, pelas suas características a sua utilização em pessoas sedadas, sob efeito anestésico ou como guia para avaliação de pessoas durante recuperação de estado de coma grave (MUNIZ, *-et al*, 1997; URDEN, *et al*, 2005).

Situações clínicas distintas podem ser reflectidas por uma mesma pontuação final, assim como pode haver diferenças na avaliação de uma pessoa quando a avaliação é realizada por profissionais diferentes, embora tal seja raro.

É possível aplicar alguns indicadores (pálpebras edemaciadas que impedem a abertura ocular, por exemplo) que não são Testáveis; assim, o resultado final basear-se-á na soma dos indicadores avaliados. Neste caso a pontuação final da pessoa, o que deve ser tomado em consideração (MUNIZ, *-et al*, 1997; URDEN, *et al*, 2005). A escala é utilizada em situações em que os profissionais tenham em consideração que é apenas um dos parâmetros de avaliação do estado geral da pessoa. Parece ser uma das escalas de nível de consciência mais utilizadas mundialmente (ROZA, 2004).

Bibliografia

Validação da Escala de Coma de Glasgow e Escala de Coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. Revista da Universidade de São Paulo. ISSN 1980-220x. Vol. 31, n. 2, pp. 287-303 (Agosto 1997). Acedido em <http://www.usp.br/revista/revistaonline/pdf/417.pdf>, a 25/9/2008, pelas 22:35h.

Comose venosa cerebral apresentando-se como hipertensão intracraniana isolada: sempre benigna?. Revista de Neurologia. Vol. 5, n. 2, pp. 17-22 (Novembro 2005). Acedido em <http://www.cefaleias-spc.com/sinapse/revistaonline/pdf/417.pdf>, a 27/9/2008, pelas 14:35h.

História da Escala de Coma de Glasgow. Revista Einstein. ISSN 1679-4508. Vol. 2, n. 3, pp. 129-130 (Junho, 2004). Acedido em www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num2/Assessment%20of%20coma.pdf, a 25/9/1008, pelas 21:45h.

Green; e LOUGH, Mary – *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. 5ª Edição, Lusodidacta. Loures, 2005. ISBN 978-

Escala de Coma de Jovet (2)

Autor	Versão original por Michel Jovet (1969).
Publicação	"Coma and other disorders of consciousness" do Handbook of Clinical Neurology.
Ano	1969
Indicação	Mensuração do nível de consciência através das capacidades demonstradas da pessoa.
Score	Pontuação mínima. P1R1D1V1 (equivalente a 4 pontos). Estado normal de consciência.
	Pontuação superior a 5 pontos. Considera-se que há alteração do nível de consciência.
	Pontuação máxima. P5R3D4V2 (equivalente a 14 pontos). Estado de coma profundo.

Características

Esta escala avalia dois grupos de itens: a Perceptibilidade e Reactividade (Inespecífica, Específica e Autonómica) da pessoa. A execução de ordens escritas, a orientação no tempo e espaço, a execução de ordem verbal e o reflexo de pestanejar (*blinking*) são os indicadores definidos por Jovet para a avaliação da Perceptibilidade. Assim são colocadas questões ou simuladas situações visuais de ameaça, por exemplo, para avaliar os diferentes parâmetros. Nestes itens a pessoa pode ser classificada em cinco categorias de P1 a P5; a primeira é referente a pessoas sem nenhuma alteração de consciência (que devem ter também pontuação máxima nos itens de Reactividade) e a última refere-se a pessoas que não demonstram nenhuma Perceptibilidade (indicação de distúrbio orgânico ou funcional grave dos neurónios corticais). A P2 correspondem as pessoas obnubiladas e a P3 as pessoas em torpor, ou seja, com baixa compreensão da linguagem e lentificação dos movimentos. As pessoas cuja resposta aos estímulos é apenas o pestanejar (*blinking*) situam-se na categoria P4 (MUNIZ, *et al*, 1997).

No item Reactividade Inespecífica considera-se Reacção Orientada Positiva quando a pessoa desperta e orienta o olhar para o local onde ocorreu ruído forte ou de onde foi chamado o seu nome (R1). No extremo oposto situam-se as pessoas que perderam a capacidade de apresentar a reacção de despertar após estímulo verbal/sonoro (R3). A categoria R2 é referente às pessoas que, apesar de não orientarem o olhar para os estímulos sonoros, despertam após os mesmos (MUNIZ, *et al*, 1997).

O grupo Reactividade Específica (ou Reactividade à Dor) pode dividir-se em quatro categorias: D1, onde se incluem as pessoas com reacção normal à dor (mímica facial alterada, choro e/ou afastamento do membro); e D2, onde são incluídas as pessoas que, embora não apresentem reacção facial ou vocal para a dor, apresentam reacção de despertar e afastam o membro do estímulo. As pessoas que apenas realizam o afastamento do membro do estímulo doloroso incluem na categoria D3, enquanto as pessoas que não têm qualquer reacção à estimulação dolorosa se incluem na categoria D4 (MUNIZ, *et al*, 1997).

Com a Reactividade Autonómica pretende-se avaliar a resposta do Sistema Nervoso Autónomo à estimulação dolorosa. Assim, visa-se perceber se após este tipo de estímulo a pessoa sofre as reacções /alterações normais, como período curto de apneia seguido de taquipneia mais duradoura, alteração do ritmo cardíaco, alterações vasomotoras (rubor, sudorese) e/ou midríase (MUNIZ, *et al*, 1997).

Deste modo foram definidas duas categorias: V1, onde se incluem as pessoas que apresentam reacções neurovegetativas face ao estímulo doloroso; e V2, para as pessoas que não é perceptível qualquer resposta após o estímulo (MUNIZ, *et al*, 1997).

Validação e Aplicabilidade

Apesar de não ter sido encontrada bibliografia referente à adaptação, aplicabilidade ou uso desta escala em Portugal considerou-se que seria pertinente incluí-la no presente documento por ser uma das mais utilizadas mundialmente. Acresça-se ainda que o facto do grupo não ter encontrado bibliografia que confirme a utilização da referida escala não significa que esta não seja, efectivamente, aplicada.

Comentários

MUNIZ, *et al* (1997) consideram que a aplicação desta escala é mais difícil, quando comparada por exemplo com a Escala de Coma de Glasgow, pelo que tende a ser um pouco menos utilizada que esta. Todavia, a Escala de Coma de Jovet (ECJ), em estado relativamente próximos do nível de consciência normal, tem melhores resultados que aquela, na análise das flutuações de consciência, por permitir analisar melhor os reflexos da função cortical.

Esta escala apresenta algumas limitações, algumas limitações que devem ser observadas e contornadas, como por exemplo, a aplicação da mesma a pessoa que não têm capacidade de ler (analfabetos ou deficientes visuais); neste caso o item pode ser substituído pela comunicação oral, sem inviabilizar a aplicação de indicadores. Por outro lado esta escala não é aconselhável para avaliar o estado de consciência de pessoas com entubação endotraqueal, sedadas ou sob anestesia (MUNIZ, *et al*, 1997).

Apesar de MUNIZ, *et al* (1997) considerarem que a ECJ é mais complicada que outras da mesma área, sublinham que devem ser utilizadas aquelas que forem mais adequadas à situação da pessoa, ainda que sejam mais complicadas; a escolha da escala não se deve prender com a preferência pessoal do profissional ou da rotina do serviço, de modo a que a qualidade dos cuidados e da fidelidade dos dados relativos ao estado da pessoa sejam aumentados.

Por este motivo importa ainda ressaltar que existem vários sistemas de pontuação e que nesta escala o resultado menor significa maior proximidade ao estado normal de consciência. Tal é de referir por ser fulcral que os profissionais atentem nestas diferenças para uma avaliação fiel do estado geral da pessoa, quando são usadas escalas diferentes.

Bibliografia

MUNIZ, E. *et al* – Utilização da Escala de Coma de Glasgow e Escala de Coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. Revista da Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. ISSN 1980-220x. Vol. 31, n. 2, pp. 287-303 (Agosto 1997). Acedido em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/417.pdf>, a 25/9/2008, pelas 22:35h.

ESCALAS DE FUNCIONALIDADE

Índice de Barthel		
Autor	Versão original por D. W. Barthel e F. I. Mahoney (1965); Versão modificada por D. T. Wade e C. Collin (1988).	
Local	Indeterminado.	
Ano	1965	
Indicação	Avaliação da capacidade funcional através da análise das Actividades Básicas de Vida Diárias. Avaliação do nível de independência do sujeito para a realização de dez Actividades de Vida Diárias: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.	
Score	Versão original	Varia entre 0 a 100 pontos (com intervalos de 5 pontos), em que 0 (zero) representa a máxima dependência para todas as AVD avaliadas, e 100 (cem) representa a independência total face às AVD avaliadas.
	Versão Modificada	Varia entre os 0 e os 20 pontos (com uma pontuação de 0, 1, 2 ou 3 pontos), sendo que 0 (zero) representa a pessoa totalmente dependente e 20 (vinte) a pessoa que é totalmente independente.
Características		
<p>É amplamente utilizada, sobretudo em contexto hospitalar, nas unidades de recobro e centros de reabilitação; É considerado por vários autores o instrumento mais adequado na avaliação da incapacidade para a consecução das AVD; É de fácil aplicação e baixo custo. O seu preenchimento requer pouco tempo e pode ser aplicado com frequência, permitindo uma análise longitudinal; O IB é considerado o instrumento que assume maior fidelidade e validade; Permite conhecer quais são as incapacidades específicas da pessoa.</p>		
Validação e Aplicabilidade		
<p>O Índice de <i>Barthel</i> foi validado através de um estudo desenvolvido por Araújo et al (2007), publicado na <i>Revista de Saúde Pública</i>. Esta escala é amplamente utilizada em Portugal, sendo mesmo indicada pela Direcção-Geral de Saúde, nas directrizes publicadas relativamente ao desenvolvimento das unidades de AVC em Portugal.</p>		
Comentários		
<p>Em Portugal o IB é bastante utilizado, seja em contexto hospitalar ou comunitário. A sua versão mais utilizada é a modificada por Wade e Collin (1988), que pressupõe um score entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente). Contudo, foi possível verificar que aliado à área da Fisioterapia, o IB é utilizado na sua versão original com <i>score</i> entre 0 e 100. A apresentação do IB neste roteiro de escalas representa um papel importante face à sua utilização frequente em unidades de recobro ou unidades de AVC, nas quais a utilização do IB constitui um elemento essencial ao seu desenvolvimento.</p>		
Bibliografia		
<p>ARAÚJO, F., et al – Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. <i>Revista de Saúde Pública</i>. ISSN 0870-9025. Volume 25, N.º2 (2007). Acedido em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05_02_2007.pdf, 2/10/08, 23h15.</p> <p>DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – <i>Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento</i>. Lisboa: 2001. ISBN: 972-9425-97-3. Acedido em http://www.srsdocs.com/parcerias/publicacoes/referenciacao_hospitalar/unidades_avc.pdf, 2/10/08, 22h05.</p>		

ESCALAS DE AVC

'National Institutes of Health Stroke Scale' Escala de Acidente Vascular Cerebral dos Institutos Nacionais da Saúde	
Autor	Institutos da Saúde norte-americanos
Publicação	EUA
Ano	Não foram encontrados dados relativos à data de criação da NIHSS, no entanto foi possível depreender que esta é anterior a 1989 por terem sido encontradas obras dessa data, com referência clara à referida escala (GOLDSTEIN, L. B.; BERTELS, C. & DAVIS, 1989, por exemplo).
Tipo	Inicialmente a escala foi construída para ser utilizada como instrumento de investigação para avaliar o estado neurológico inicial nos ensaios clínicos da fase aguda do AVC; no entanto, actualmente é empregue na previsão do prognóstico da pessoa com AVC agudo e na determinação do tratamento mais apropriado. Esta mudança de finalidade deveu-se à sua simplicidade e facilidade de aplicação, que permite que seja aplicada forma consistente por médicos, enfermeiros ou terapeutas (ROCHA, 2007).
Indicação	A NIHSS é um instrumento de uso sistemático, que permite a avaliação quantitativa dos défices neurológicos relacionados com o AVC (http://www.nihstrokescale.org), sendo uma das mais escalas mais utilizadas neste âmbito.

Score

Pontuação Mínima: 0 pontos.

Pontuação Máxima: 35 pontos.

Características

A combinação entre a sua eficácia e a rapidez com que pode ser aplicada (cerca de 10 minutos), fazem desta uma das escalas mais utilizadas neste âmbito (ROCHA, 2007). Deve ser aplicada no momento em que a pessoa é recebida no serviço, para servir de padrão, e sistematicamente durante o internamento, permitindo avaliar e quantificar a recuperação da pessoa, e melhorar a qualidade dos cuidados. Tal é também optimizado pelo facto de a escala fornecer um suporte de linguagem comum e perceptível a todos os técnicos (ROCHA, 2007). A NIHSS avalia o nível de consciência, a negligência espacial, a funcionalidade dos pares cranianos após o AVC e a linguagem, possibilitando melhor compreensão do estado da pessoa e, conseqüentemente, cuidados mais adequados. Facilita ainda a percepção da área cerebral afectada e da extensão da lesão, ou seja, da gravidade do fenómeno (ROCHA, 2007; <http://www.nihstrokescale.org>). É constituída por 11 itens (um deles com 3 pontos) mensuráveis de acordo com o défice apresentado; estes classificam-se em 3 a 5 graus (de 0 a 4 pontos). Assim, a pontuação total varia entre 0 e 30 pontos, sendo que a mais baixa é a correspondente a uma pessoa sem qualquer défice neurológico (<http://www.nihstrokescale.org>; ROCHA, 2007).

O Nível de Consciência é avaliado através de 3 pontos: **1)** Estado de consciência propriamente dito – variando de Alerta a Coma, tem pontuação entre 0 e 3 pontos (estados intermédios Sonolento e Torpor); **2)** Orientação (Em que mês estamos? Qual é a sua idade?), com pontuação entre 0 e 2 pontos, se a pessoa responder correctamente a ambas as perguntas, a uma ou nenhuma, respectivamente; e **3)** Compreensão de Ordens Simples (abra e feche uma mão; abra e feche os olhos), sendo a pontuação diferente para execução correcta das duas ordens, de uma ou de nenhuma (de 0 a 2 pontos) (ROCHA, 2007). A **4)** Negligência Espacial (incapacidade de orientar-se e reconhecer o que se apresenta no lado oposto a lesão) é avaliada quando se solicita à pessoa que reconheça uma estimulação táctil com os olhos cerrados ou descreva uma figura (mostrada de ambos os lados). A pontuação pode ir de 0 a 2 pontos, consoante a pessoa não apresente nenhuma anormalidade, apresente negligência parcial ou total (ROCHA, 2007). A Funcionalidade dos Pares Cranianos é avaliada através de sete itens, sendo a normalidade sempre cotada com 0 pontos: **5)** o Movimento Ocular avalia a paralisia parcial (1 ponto) ou total (2 pontos), através do pedido do movimento lateral dos olhos (ROCHA, 2007). Solicitar a **6)** contagem de dedos em diferentes quadrantes avalia se houve perda do campo visual; esta pode ocorrer como hemianopsia parcial (1 ponto), completa (2 pontos) ou bilateral (3 pontos) (ROCHA, 2007). A **7)** Função dos Membros Superiores e Inferiores é avaliada por meio da solicitação de um movimento de flexão a 45° (membro superior) e a 30° (membro inferior) por 10 segundos, em posição supina. A avaliação é individual de acordo com o resultado: a pessoa mantém a posição menos de 10 segundo (1 ponto), faz esforço mas não mantém a posição (2 pontos), tem baixo esforço contra a gravidade/queda do membro (3 pontos) ou não tem nenhum movimento (4 pontos) (ROCHA, 2007). São realizadas **8)** provas índice-nariz e calcanhar Joelho para despistar a Ataxia de Membros. Assim a pessoa pode obter 0 pontos (se a ataxia estiver ausente), 1 ponto se estiver presente num dos membros ou 2 pontos se ocorrer em ambos os membros (ROCHA, 2007). Por fim, pode existir perda parcial (1 ponto) ou total (2 pontos) da **9)** Sensibilidade; esta é despistada através da estimulação dolorosa (com alfinetes, por exemplo) na região proximal dos quatro membros (ROCHA, 2007). A Linguagem é avaliada com dois itens: **10)** ao pedir à pessoa que identifique um conjunto de objectos/figuras e leia pelo menos três sentenças, avalia-se o dano na linguagem, que pode ser moderado (1 ponto), severo (2 pontos) ou total (3 pontos). Quanto à **11)** Disartria, é avaliável ao pedir que a pessoa leia uma lista de palavras; assim será perceptível se há compromisso leve a moderado (1 ponto), severo (2 pontos) ou se não dano nesta função (0 pontos) (ROCHA, 2007). Tendo em consideração os estudos do *National Institutes of Health* o resultado final da NIHSS possibilitará a previsão do prognóstico: estas instituições referem que população com pontuação inferior a 10 pontos tem uma resolução favorável da situação em 60-70% dos casos, enquanto apenas 4% a 16% das pessoas com pontuação total superior a 20 pontos mostram recuperação. Refira-se que tais conclusões se prendem com o conhecimento de que uma pontuação inferior a 20 indica a presença de um enfarte leve a moderado, enquanto pontuação final superior a 22 indica área de enfarte extensa e/ou artérias oclusas muito fragilizadas (ROCHA, 2007). Então é possível afirmar, que na generalidade dos casos, quanto mais baixa for a pontuação da avaliação final maior probabilidade de recuperação tem a pessoa. No entanto, o enfermeiro ao realizar a avaliação neurológica deve ponderar o tipo de informação que fornece à pessoa; pode explicar-lhe claramente a sua situação, no entanto deve acautelar que, em certos casos, ainda que o prognóstico seja positivo a resolução da situação pode não o ser. A NIHSS permite, também, quantificar o risco de hemorragia intracraniana associada ao tratamento trombolítico necessário. Esta multifuncionalidade da escala é um dos principais motivos que fazem com que seja larga e mundialmente utilizada (ROCHA, 2007).

Validação e Aplicabilidade

Não foi possível ao grupo encontrar informação sobre a adaptação e validação da NIHSS para Portugal. Não obstante, por terem sido encontrados estudos portugueses em que há referência à escala (ROCHA, 2007, por exemplo), compreendeu-se que esta é utilizada junto da população portuguesa.

Comentários

Existem itens na NIHSS que podem ser “não testáveis” em algumas pessoas (em casos de cegueira ou analfabetismo, por exemplo). Além desta apresenta outra restrição: o resultado final da avaliação, e tudo o que daí decorre, depende da capacidade do profissional observar e avaliar a pessoa de forma idónea, fiel e consistente (ROCHA, 2007; <http://www.nihstrokescale.org>). Todavia, estas limitações não devem trazer desconsideração à escala; estas devem ser divulgadas para que os profissionais que utilizam a NIHSS as conheçam e saibam evitar essas incorrecções.

É também relevante que, caso sejam utilizadas outras escalas, os profissionais estejam familiarizados com o sistema de pontuação da NIHSS, para que não ocorram erros de avaliação: existem outras escalas de avaliação neurológica em que quanto maior for a pontuação mais perto da normalidade se encontra a pessoa, o que não se passa com esta.

Bibliografia

<http://www.nihstrokescale.org/portuguese.shtml>

GOLDSTEIN, L. B.; BERTELS, C.; DAVIS, J. N. Interrater reability of the NIH stroke scale. Archives of Neurology, n. 46. 1989
ROCHA, Sara Isabel. Doença Cerebrovascular Isquémica Aguda – Avaliação de Protocolo de Trombólise. Dissertação de mestrado integrado em medicina. Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde. Maio 2007. Acedido em http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/modules.php?name=Colecoes&op=consultar_documento&id_documento=756&id_colecao=118, a 1/10/2008, pelas 12:15h.

SNSS—«Scandinavian Neurological Stroke Scale»

Autor	Stroke (1985)	
Publicação	EUA	
Ano	1985	
Indicação	Esta escala permite avaliar os défices neurológicos causados na pessoa/cliente que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC).	
Score	Entre 0 a 14 pontos.	AVC extremamente severo.
	Entre 15 e 29 pontos.	AVC severo.
	Entre 30 e 44 pontos.	AVC de intensidade moderada.
	Entre 45 e 58 pontos.	AVC leve.

Características

Assim, são avaliados 9 itens: estado de consciência, o movimento ocular, a força motora do braço, da mão e da perna, a orientação, a linguagem, a paralisia facial e a marcha. Todos estes itens têm atribuído um valor de Score (tal como se pode observar na tabela), sendo que no quanto maior for o score obtido menor foram as sequelas deixadas pelo AVC. A avaliação realizada é feita da seguinte maneira: 0-14 pontos: considera-se que o AVC foi extremamente severo; 15-29 pontos: considera-se que o AVC foi severo; 30-44: o AVC foi de intensidade moderada; e 45-58: considera-se que o AVC foi leve

Validação e Aplicabilidade

No decorrer da pesquisa bibliográfica relativa a esta escala, foi possível encontrar informação que comprovasse a sua validade para Portugal, assim como a sua aplicabilidade em alguns estudos. Contudo, não se encontrou informação acerca de quem a traduziu e validou (EUROPEAN STROKE ORGANIZATION, 2008).

Comentários

O Acidente Vascular Cerebral é, das doenças cardiovasculares, que causa mais mortes e invalidez nos Portugueses. As estatísticas indicam que o AVC mata duas pessoas por hora e vinte mil por ano em Portugal, sendo no nosso país que se verifica a maior taxa de mortalidade por esta causa, na União Europeia (DGS, 2001). O grupo considera que esta escala é de extrema importância pois a gravidade das sequelas com que uma pessoa/cliente pode ficar influenciara o tempo que demorará o processo de reabilitação, o défice cognitivo existente e a possibilidade de recuperação funcional. Considerámos pertinente incluir esta escala no presente trabalho, pois, tal como descrito no primeiro parágrafo, em Portugal as pessoas que padecem deste problema são bastantes e como tal é necessário intervir junto delas, de modo a minimizar as consequências causadas, e maximizar a qualidade de vida.. Um acidente vascular cerebral em evolução constitui uma situação de emergência, motivo pelo qual é necessário que a pessoa/cliente seja acompanhada numa unidade de cuidados intensivos, para que ocorra um controlo rigoroso da pressão arterial; o AVC é também uma das principais causas do coma (DGS, 2001). Deste modo, a sua inclusão no presente trabalho justifica-se pelo facto deste tipo de cuidados se enquadrarem nos de ordem complexa.. Uma vez que não foi possível encontrar mais informações acerca de quem aplica a escala, presume-se, através da sua análise, que o enfermeiro tem capacidades para tal. Contudo, é claramente necessário o trabalho em equipa com profissionais de Fisioterapia e de Terapia da Fala. Analisando os itens da escala, o enfermeiro pode avaliar os que correspondem à estado de consciência, movimento ocular, estado de orientação e paralisia facial. Apesar de todos poderem ser observados por um profissional de enfermagem, considera-se que como são específicos de outras áreas da saúde, devem ter o tratamento especializado através de profissionais directamente a elas ligados. Encontrou-se um resumo de um estudo português realizado em Madrid, onde foi aplicada esta escala, motivo pelo qual se presume que a sua aplicabilidade também se efectue em Portugal, contudo o grupo não encontrou dados relativos a esse facto (CAROD-ARTAL et al, 2002). O objectivo da escala é que ela seja aplicada directamente à pessoa/cliente, contudo caso esta não se encontre consciente, é necessário recolher alguns dados com os familiares ou prestadores de cuidados. A sua avaliação permitirá conhecer qual o grau de défice cognitivo que a pessoa apresenta, através do resultado do *Score*; consoante o resultado final, é necessário planear intervenções nas diversas áreas (enfermagem, fisioterapia e terapia da fala) junto da família para que, quando a pessoa/cliente vá para o domicílio, aquela esteja preparada para prestar cuidados que visem o bem-estar e conforto da pessoa/cliente. Nestas situações é sempre necessária a ajuda profissional, pelo que também é importante que a pessoa conheça os auxílios existentes na comunidade.

Bibliografia

CAROD-ARTAL, F. J., et al – Depresión postictus: factores predictivos al año de seguimiento. *Revista de Neurología*. ISSN 1576-6578. Volume 2, N.º35 (2002). Acedido em <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3502/n020101.pdf>, 2/10/08, 19h50.
DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: 2001. ISBN: 972-9425-97-3. http://www.srsdocs.com/parcerias/publicacoes/referenciacao_hospitalar/unidades_avc.pdf, 2/10/08, 22h05.
EUROPEAN STROKE ORGANIZATION – *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório* (2008). Acedido em http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf, 05/10/08; 14h34.

Conclusão

Após conclusão do presente trabalho, foi possível verificar que é largo o conjunto de instrumentos que pode ser classificado como 'Escala de Avaliação Neurológica'.

Dentro deste parâmetro é possível distinguir múltiplas escalas, testes e índices, que se distribuem entre sete categorias. Entre as categorias identificadas, foram trabalhadas algumas que englobavam instrumentos, cuja importância assenta na sua ligação com as unidades curriculares de Enfermagem VIII e Orientação à Monografia I.

Tendo em conta que os contextos de Ensino Clínico de Enfermagem VIII combinam Cuidados complexos à pessoa em estado crítico e também cuidados na área da Enfermagem Comunitária, considerou-se pertinente fazer uma abordagem das escalas que poderiam assumir importância no desenvolver da prática de cuidados nos contextos referidos.

O conhecimento destas escalas poderá permitir uma observação, avaliação e análise mais concisa, ao nível das áreas trabalhadas: as 'Escala de Demências', e ressalve-se uma vez mais que a presença das mesmas deve-se às suas características que permitem avaliar não somente aspectos ligados à demência (uma das patologias com maior prevalência na população de idosos em Portugal), como também avaliar o estado cognitivo da pessoa, sendo frequentemente aplicados no nosso país, em diversas situações; as 'Escala de Coma', indispensáveis num contexto de cuidados complexos para avaliação do estado de consciência da pessoa; a 'Escala de Funcionalidade', para que o enfermeiro avalie o grau de incapacidade da pessoa e planeie os cuidados a prestar; e as 'Escala de AVC', pois como referenciado anteriormente, o AVC é uma das principais causas de morte em Portugal, podendo provocar o estado de coma, o que acaba por ser um dos instrumentos mais pertinentes na avaliação da pessoa.

Referências

- ARAÚJO, F., et al – Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. Volume 25, N.º2 (2007). Acedido em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05_02_2007.pdf, 2/10/08, 23h15.
- CANHÃO, Patrícia; *et al* - Trombose venosa cerebral apresentando-se como hipertensão intracraniana isolada: sempre benigna?. *Revista Sinapse*. ISSN 1645-281x. Vol. 5, n. 2, pp. 17-22 (Novembro 2005). Acedido em http://www.cefaleias-spc.com/sinapse/Sinapse_Vol5_N2_Nov05.pdf, a 27/9/2008, pelas 14:35h.
- CAROD-ARTAL, F. J., et al – Depresión postictus: factores predictivos al año de seguimiento. *Revista de Neurología*. ISSN 1576-6578. Volume 2, N.º35 (2002). Acedido em <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3502/n020101.pdf>, 2/10/08, 19h50.
- CHAVES, Márcia Lorena Fagundes – *Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do Estado Mental*. Acedido em http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf 29/09/08; 22h41.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: 2001. ISBN: 972-9425-97-3. Acedido em http://www.srsdocs.com/parcerias/publicacoes/referenciacao_hospitalar/unidades_avc.pdf, 2/10/08, 22h05.
- GOLDSTEIN, L. B.; BERTELS, C.; DAVIS, J. N. Interrater reliability of the NIH stroke scale. *Archives of Neurology*, n. 46. 1989
- LOURENÇO, A. Roberto et al – Mini-Exame do Estado Mental: Características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 40, N.º 4 (2006). Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000500023&script=sci_arttext&tlng=pt 29/09/08; 22h35;
- MONTAÑO, M. B.; RAMOS, L. R. – Validade da versão em português da *Clinical Dementia Rating*. *Revista de Saúde Pública*. ISSN 0034-8910. Volume 39, N.º6 (2005). Acedido em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n6/26985.pdf>, 4/10/08, 10:22h.
- MORRIS, M. D. – The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules [transcript in www.adrc.wustl.edu/adrc]. Acedido em http://alzheimer.wustl.edu/cdr/PDFs/CDR_OverviewTranscript-Revised.pdf, 2/10/08, 15:35h.
- MUNIZ, E. *et al* – Utilização da Escala de Coma de Glasgow e Escala de Coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. *Revista da Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo*. ISSN 1980-220x. Vol. 31, n. 2, pp. 287-303 (Agosto 1997). Acedido em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/417.pdf>, a 25/9/2008, pelas 22:35h.
- NUNES, B. et al. – Rastreio populacional de demência e defeito cognitivo ligeiro nos concelhos de Matosinhos e de Arouca – populações e métodos do estudo piloto. *Sinapse*. ISSN 1645-281X. Volume 4, N.º1 (2004). Acedido em http://www.cefaleias-spc.com/sinapse/Sinapse_Vol4_N1_Maio04.pdf, 4/10/08, 23:56h.
- PINHO, A., et al – Identificação dos factores predisponentes ao declínio funcional da população idosa. *ESSFisioOnline*. ISSN. Volume 2, N.º4 (2006). Acedido em http://www.ess.ips.pt/EssFisioOnline/vol2n4/pdfs/dec_funcional.pdf, 30/09/08; 17h25;
- ROCHA, Sara Isabel. *Doença Cerebrovascular Isquémica Aguda – Avaliação de Protocolo de Trombólise*. Dissertação de mestrado integrado em medicina. Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde. Maio 2007. Acedido em http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/modules.php?name=Coleccoes&op=consultar_documento&iddocumento=756&id_coleccao=118, a 1/10/2008, pelas 12:15h.
- ROSAS, M.J., et al – Estimulação cerebral profunda na doença de Parkinson: resultados nos primeiros 24 doentes tratados no Hospital São João de 2002 a 2005. *Revista Sinapse*. ISSN 1645-281X. Volume 5, N.º2 (2005). Acedido em http://www.cefaleias-spc.com/sinapse/Sinapse_Vol5_N2_Nov05.pdf, 30/09/08; 17h10;
- ROZA, Bartira de Aguiar -- História da Escala de Coma de Glasgow. *Revista Einstein*. ISSN 1679-4508. Vol. 2, n. 3, pp. 129-130 (Junho, 2004). Acedido em <http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num2/Assessment%20of%20coma.pdf>, a 25/9/1008, pelas 21:45h.
- SIQUEIRA, Larissa de Souza – *Estudo da Memória de trabalho em adultos e idosos normais* – Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro (2006). Acedido em http://coralx.ufsm.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1044 29/09/08; 22h36.
- URDEN, Linda; STACY, Kathleen; e LOUGH, Mary – *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. 5ª Edição, Lusodidacta. Loures, 2005. ISBN 978-989-8075-08-6.
- <http://contente.karger.com/produkteDBprodukte>, 3/10/08, 14h34;
- www.cnsforum.com/clinicalresources/ratingscales/ratingneurology/dementia, 2/10/08, 23h40;
- www.cnsforum.com/lundbeckinstitute, 3/10/08, 14h20;
- www.nihstroke.org/portuguese.shtml, 3/10/08, 10h50;
- www.psychiatrytimes.com/display/article/10168/54386, 3/10/08, 15:07.

Roteiro de Instrumento de Medida e Escalas

Avaliação da Pessoa com Queimadura

Filipa Frade—Marta Niza—Milene Moura—Nádia Pêgo— Sara Ferreira

No âmbito das unidades curriculares de Orientação à Monografia I e Enfermagem VIII, leccionadas no 1º semestre do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, ano lectivo de 2008/2009, foi-nos solicitada a construção de um roteiro, com o tema: escalas e instrumentos de avaliação e medição de Enfermagem em contexto de cuidados de saúde complexos.

O subtema eleito pelo grupo foi a *Avaliação da Pessoa com Queimadura*, que se insere dentro dos cuidados de Enfermagem em contexto de cuidados complexos. No mesmo, é necessária uma avaliação sequencial, baseada na evidência e no conhecimento científico que as escalas e os instrumentos de avaliação nos fornecem. Para além disso, o subtema suscitou a curiosidade e interesse do grupo devido à sua complexidade e especificidade.

Definem-se como objectivos:

Realizar pesquisa bibliográfica acerca das escalas e instrumentos de avaliação de Enfermagem mais utilizadas na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa com queimadura;

Analisar e sintetizar as principais características das escalas e instrumentos de avaliação encontrados;

Realizar uma reflexão acerca da importância da escala ou instrumento de avaliação para a Enfermagem.

O trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente é efectuada uma breve introdução ao subtema do trabalho, estabelecendo uma ponte com a importância das escalas seleccionadas; posteriormente as escalas vão ser agrupadas de acordo com a sua área de avaliação, sendo apresentada, para cada uma, uma ficha de análise com as suas principais características; finalmente realizaremos uma conclusão, na qual pretendemos reflectir sobre a importância deste roteiro para a nossa formação académica.

ENQUADRAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

As queimaduras envolvem a alteração da integridade cutânea, no entanto podem ser atingidos outros sistemas orgânicos. As etiologias variam entre térmica, eléctrica, química ou por radiação. Os factores que determinam a gravidade da queimadura na pessoa são o agente, a intensidade e duração da exposição

corporal, localização e profundidade da queimadura, a percentagem de exposição corporal e a sua idade. As queimaduras podem classificar-se de acordo com a profundidade ou magnitude, que vai ter maior gravidade quanto maior e mais intensa for a exposição ao agente.

Durante a prestação de cuidados às pessoas com queimaduras, é fundamental que o Enfermeiro possua um vasto conhecimento acerca das alterações que podem afectar todos os sistemas orgânicos, bem como sobre o impacto emocional da lesão na pessoa e na sua família. Apenas com esses conhecimentos o Enfermeiro pode proporcionar intervenções terapêuticas adequadas a todas as fases de recuperação. Neste sentido, é necessário que este profissional esteja desperto para uma série de alterações decorrentes das queimaduras, sabendo avaliá-las. Pelo que, este roteiro irá incidir em algumas das escalas que podem ser utilizadas na prestação de cuidados a pessoas queimadas. De entre os vários instrumentos seleccionámos:

Quadro de Classificação da Profundidade da Queimadura; Regra dos Nove

de Wallace e Diagrama de Lund e Browder – a extensão e a profundidade das queimaduras são utilizadas com o objectivo de avaliar a gravidade da lesão. As queimaduras são classificadas como primeiro, segundo ou terceiro grau. Por outro lado, na avaliação da extensão podem utilizar-se formas como a regra dos nove de Wallace ou o diagrama de Lund e Browder.

Escala Numérica da Dor – o tratamento das queimaduras representa um grande desafio para os Enfermeiros, uma vez que são uma das formas mais dolorosas de traumatismo que se pode experimentar.

Escala de Ramsay e Escala do Índice Biespectral – Para a avaliação do grau de sedação. Existem diversos factores que influenciam a percepção da dor, pelo que podem ser utilizadas diversas técnicas para o seu alívio, tais como técnicas de relaxamento, analgesia controlada, medicamentos ansiolíticos ou antidepressores, anestesia, entre outros.

Escala de Braden – a pessoa com queimaduras está susceptível aos riscos que advêm da imobilização, pelo que o alinhamento corporal adequado e o alívio da compressão são intervenções de Enfermagem fundamentais. Caso estes cuidados não sejam considerados, as pessoas podem desenvolver rapidamente úlceras de pressão.

AVALIAÇÃO DA PROFUNDIDADE DA QUEIMADURA

As queimaduras podem ser classificadas quanto ao agente etiológico, profundidade e extensão. Quanto mais intensa e maior for a exposição ao agente, maiores serão a profundidade e a extensão, e por consequência mais grave será a lesão. A profundidade da queimadura classifica-se conforme as camadas da derme destruídas, podendo ainda ser afectados outros tecidos, tais como músculos, ligamentos, tendões e ossos.

Descrição da escala

A escala de avaliação da profundidade da queimadura é composta por um grupo de itens, agrupados mediante a gravidade da queimadura, que permitem avaliar o grau de profundidade da mesma, em 1º, 2º ou 3º grau. As queimaduras superficiais são causadas por uma breve exposição à fonte de calor ou solar.

Tendem a estar saradas entre 3 a 5 dias, sem deixar qualquer cicatriz. As parciais caracterizam-se pela presença de bolhas, extravasamento de líquido intersticial, superfície cutânea circulante ruborizada e dor, porque as terminações nervosas são mantidas. Estas resultam de longa exposição a altas temperaturas, materiais quentes (como óleos ou água), e tendem a curar em 21 dias, deixando marcas estéticas e psicológicas. Quanto às queimaduras profundas, ocorre destruição completa da pele, insensibilidade por destruição das terminações nervosas, ausência de líquidos na superfície queimada, destruição capilar, podendo abranger a destruição de músculo e osso. Resultam de choques eléctricos, ou exposição a altas temperaturas (por exemplo, gasolina).

Esta escala permite classificar a severidade da queimadura mediante os tecidos cutâneos atingidos, a qual depende da intensidade do agente térmico, se é gerador ou transmissor de calor e do tempo de contacto com o tecido. Desta forma, podem ser classificadas em superficiais (ou primeiro grau), parciais (ou segundo grau) e profundas (ou terceiro grau). Relativamente à informação acerca do autor e ano de criação deste instrumento, não nos foi possível encontrá-la na nossa pesquisa bibliográfica ou electrónica.

Validação para Portugal

Segundo a fonte bibliográfica consultada, esta avaliação é realizada em Portugal. Contudo não conseguimos especificar desde quando, devido à longevidade do método.

Implicações para a Enfermagem

É importante que o Enfermeiro, no seu planeamento de

2.1 - QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DA QUEIMADURA QUANTO À PROFUNDIDADE

QUADRO 1: Classificação das queimaduras segundo a profundidade

Primeiro grau	Segundo grau	Terceiro grau
<ul style="list-style-type: none">● compromete apenas a epiderme	<ul style="list-style-type: none">● compromete totalmente a epiderme e parcialmente a derme	<ul style="list-style-type: none">● destrói todas as camadas da pele, atingindo até o subcutâneo, podendo atingir tendões, ligamentos, músculos e ossos
<ul style="list-style-type: none">● apresenta eritema, calor e dor	<ul style="list-style-type: none">● apresenta dor, eritema, edema, bolhas, crosta ou ulceração	<ul style="list-style-type: none">● causa lesão branca ou marrom, seca, dura, inelástica
<ul style="list-style-type: none">● não há formação de bolhas	<ul style="list-style-type: none">● há regeneração espontânea	<ul style="list-style-type: none">● é indolor
<ul style="list-style-type: none">● evolui com descamação em poucos dias	<ul style="list-style-type: none">● ocorre reepitelização a partir dos anexos cutâneos (folículos pilosos e glândulas)	<ul style="list-style-type: none">● não há regeneração espontânea, necessitando de enxertia
<ul style="list-style-type: none">● regride sem deixar cicatrizes	<ul style="list-style-type: none">● cicatrização mais lenta (2-4 semanas)	<ul style="list-style-type: none">● eventualmente pode cicatrizar, porém com retração das bordas
<ul style="list-style-type: none">● repercussão sistêmica é desprezível	<ul style="list-style-type: none">● pode deixar sequelas: discromia (superficial); cicatriz (profunda)	
<ul style="list-style-type: none">● não é considerada na avaliação das áreas atingidas		

Figura 1: Quadro de Classificação da Queimadura Quanto à Profundidade, in VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. ISSN: 0365-0596. Vol.80, n.º.1. (2005), pp.9-19.

cuidados, conheça as características da queimadura da pessoa a quem vai prestar cuidados, para que consiga responder às suas necessidades de todos as imensões. A título de exemplo, de acordo com o grau de queimadura é necessário considerar: existência ou não de dor, sendo que daqui decorrem medidas e estratégias de controlo e alívio que o Enfermeiro necessita de implementar. Quanto ao tratamento da ferida da pessoa, o Enfermeiro deve possuir conhecimentos acerca do método a seleccionar e do material adequado a utilizar, para que o tratamento seja o mais rápido e efectivo possível. O Enfermeiro pode trabalhar com a pessoa e família as consequências que podem advir da queimadura, como o impacto na auto-estima e auto-imagem provocado por grandes sequelas.

Referências bibliográficas

- GOMES, Carlos Bráz; *et al.* – O Doente Queimado. (2003). In <http://www.enfermagem.com/dl/queimado.pdf>. 03/10/2008, 18h40.
- IRION, Glenn – *Comprehensive Wound Management*. Grove Road: Slack incorporated, 2002. ISBN: 1-55642-477-9.
- SINGER, Adam J.; HOLLANDER, Judd E. – *acerations and Acute Wounds: An Evidence-based Guide*. Philadelphia: Davis Company, 2003. ISBN: 0-8036-0775-X.
- SWEARINGEN, Pamela L.; KEEN, Janet Hicks – *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ªed. Trad. ABECASIS, Leonor *et al.* Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-52-5.
- VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. ISSN:0365-0596. Vol.80, n.º.1. (2005), pp.9-19. In <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf>. 27/09/2008, 22h30.

AValiação da Extensão da Queimadura

De acordo com Vale (2005), os riscos durante a fase crítica da pessoa com queimadura dependem substancialmente da extensão de área corporal lesada, ou seja, são mais severas as repercussões sistêmicas, devido à perda das funções da pele, quanto maior a área queimada. Por tal, torna-se relevante calcular a percentagem de superfície corporal ferida, mas somente para os casos de queimaduras de profundidades parciais ou profundas. Para a execução deste cálculo pode-se recorrer a dois métodos, a Regra dos Nove de Wallace e o Diagrama de Lund e Browder.

QUADRO 2: Regra dos nove (Wallace), para cálculo da superfície queimada em adultos e crianças a partir de 10 anos de idade

Segmento Corporal	Porcentagem (SC)
Cabeça e pescoço	9
Cada membro superior	9 (x 2)
Cada quadrante do tronco	9 (x 4)
Cada coxa	9 (x 2)
Cada perna e pé	9 (x 2)
Genitais e perineo	1
Total	100

SC: superfície corporal total.

Figura 2: Regra dos Nove de Wallace para maiores de 10 anos, in VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. ISSN: 0365-0596. Vol.80, n.º.1. (2005), pp.9-19.

QUADRO 3: Regra dos nove (Wallace), para cálculo da superfície queimada em crianças até 10 anos de idade

	Segmento Corporal	Porcentagem (SC)
Até 1 ano	Cabeça e pescoço	19
	Cada membro inferior	13
	Demais segmentos	= adulto
1 - 10 anos	Cabeça e pescoço	19 - idade
	Cada membro inferior	13 + (idade ÷ 2)
	Demais segmentos	= adulto

SC: superfície corporal total.

Figura 3: Regra dos Nove de Wallace para menores de 10 anos, in VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. ISSN: 0365-0596. Vol.80, n.º.1. (2005), pp.9-19.

Descrição da escala

Este método foi desenvolvido para rapidamente se proceder ao cálculo da extensão da queimadura e considera o corpo dividido em segmentos contendo 9% da superfície corporal, com a excepção dos genitais e perineo, que correspondem a 1%. O autor desta escala foi A. B. Wallace e quanto à data da sua criação podemos somente mencionar que a referência mais antiga à

"Regra dos Nove", que conseguimos encontrar, data do ano de 1950 e consiste num artigo publicado pelo autor em cooperação com M. J. Kyle, intitulado *Fluid replacement in burnt children*.6,8,9

O benefício mais evidente que advém do recurso a esta regra prende-se com a sua praticabilidade, isto é, pode ser rápida e facilmente aplicada. Assim, os casos em que seja necessária a reidratação de urgência, quando a superfície queimada excede os 15% no adulto e os 10% na criança, são precocemente identificados. Porém, a Regra dos Nove de Wallace não é precisa nem tão pouco toma em consideração as variações da forma do corpo que ocorrem com o crescimento, pelo que, segundo Vale (2005), não é adequada para crianças com menos de 10 anos.

Validação para Portugal

Por consequência da longa idade desta regra, não nos foi possível encontrar a informação acerca da data da sua validação, mas sabemos que é utilizada nas instituições de saúde em Portugal.

Implicações para a Enfermagem

O cálculo da extensão da queimadura assume uma importância inegável para o planeamento dos cuidados de Enfermagem, analogamente à classificação da profundidade da mesma. Com vista à optimização das intervenções de

Enfermagem, o Enfermeiro deve compreender qual a área corporal afectada e os problemas que daí advêm, tais como a necessidade de reidratação de urgência e da promoção do conforto e segurança do cliente. Relativamente ao tratamento da ferida da pessoa é importante que o Enfermeiro saiba gerir

os recursos materiais, de modo a efectuar um melhor planeamento do procedimento. Deve ainda ponderar a necessidade de administração de terapêutica analgésica anteriormente ao referido procedimento. Por último referem-se os aspectos inerentes ao apoio psico-emocional ao cliente e sua família, pois o prognóstico torna-se mais reservado, quanto maior for a superfície corporal queimada.

Referências bibliográficas

GOMES, Carlos Bráz et al. – O Doente Queimado. (2003). In <http://www.enfermagem.com/dl/queimado.pdf>. 03/10/2008, 18h40.

GRIFFITHS, R. W.; LAING, J. E. - A burn formula in clinical practice. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. ISSN: 0035-8843. (1981) Vol. 63, nº1. (1981), pp.50-53. In <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2493882&blobtype=pdf>. 03/13/2008, 11h30.

IRION, Glenn – *Comprehensive Wound Management*. Grove Road: Slack incorporated, 2002. ISBN: 1-55642-477-9.

SARAF, S; PARIHAR, S. – Burns Management: A Compendium. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. ISSN: 0973-709X. Vol.1, nº 5. (2007), pp.426-436. In [http://www.jcdr.net/articles/PDF/128/0007-25-](http://www.jcdr.net/articles/PDF/128/0007-25-07%20BURNS_07_E(L)_F(G)_Pf_p.pdf)

07%20BURNS_07_E(L)_F(G)_Pf_p.pdf. 03/13/2008, 11h20.

SINGER, Adam J.; HOLLANDER, Judd E. – *Lacerations and Acute Wounds: An Evidence-based Guide*. Philadelphia: Davis Company, 2003. ISBN: 0-8036-0775-X.

VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. ISSN:0365-0596. Vol.80, nº.1. (2005), pp.9-19. In <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf>. 27/09/2008, 22h30.

Descrição da escala

O Diagrama de Lund e Browder, à semelhança da Regra dos Nove de Wallace, atribui uma percentagem a uma determinada área de superfície corporal queimada. Todavia, este método foi constituído após uma investigação mais específica e contempla o crescimento e as alterações da proporção corporal, e por tal pode ser aplicado inclusive a neonatos e crianças até aos 10 anos de idade. C. C. Lund e N. E. Browder foram os autores deste diagrama e, embora não tenhamos a certeza da data da sua elaboração, encontramos uma referência do ano de 1944, a um artigo publicado pela revista *Surgery Gynecology & Obstetric*, dos criadores, intitulado *The estimation of areas of burns*. A aplicação deste método exige a consulta do diagrama, que é mais difícil de memorizar, em comparação à Regra de Wallace. Determinadas regiões do corpo não têm uma percentagem atribuída, mas sim uma letra (A, B ou C). A partir dessa letra é consultada uma legenda na qual diferentes percentagens são conferidas de acordo com a idade.

Validação para Portugal

Quanto à validação para Portugal, não conseguimos precisar a sua data, mas de acordo com a bibliografia pesquisada este instrumento é empregue em Portugal.

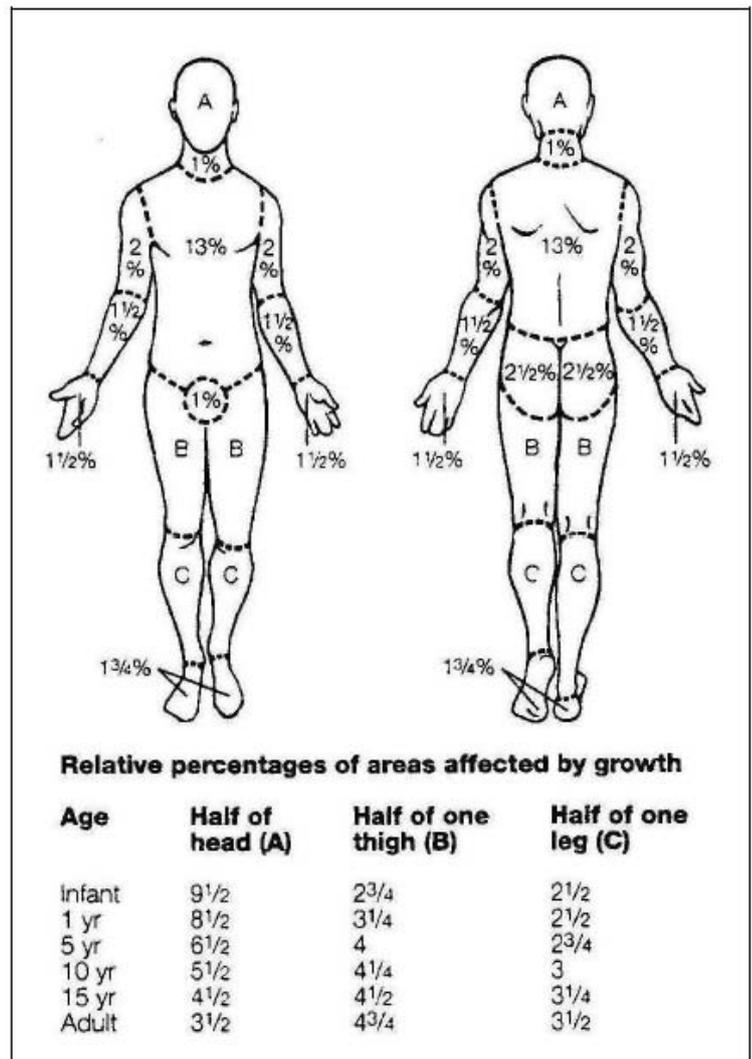


Figura 4: Diagrama de Lund e Browder, in SINGER, Adam J.; HOLLANDER, Judd E. – *Lacerations and Acute Wounds: An Evidence-based Guide*. Philadelphia: Davis Company, 2003. ISBN: 0-8036-0775-X.

Implicações para a Enfermagem

As implicações para a área da Enfermagem, do diagrama de Lund e Browder, coincidem com as descritas na Regra dos Nove de Wallace (pp. 15), visto que ambos os instrumentos permitem a avaliação da extensão da queimadura.

Referências bibliográficas

ATIYEH, B. S. et al. – Management of Pediatric Burns. *Annals of Burns and Fire Disasters*. ISSN: 1592-9566. Vol.XIII, nº3. (2000). In http://www.medic.com/annals/review/vol_13/num_3/text/vol13n3p136.htm. 03/10/2008, 12h20.

GOMES, Carlos Bráz et al. – O Doente Queimado. (2003). In <http://www.enfermagem.com/dl/queimado.pdf>. 03/10/2008, 18h40.

IRION, Glenn – *Comprehensive Wound Management*. Grove Road: Slack incorporated, 2002. ISBN: 1-55642-477-9.

ÖZBEK, Serhat et al. - The effect of delayed admission in burn centers on wound contamination and infection rates. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*. ISSN: 1307-7945. Vol.11, nº3. (2005), pp.230-237. In <http://www.travma.org.tr/en/journal/jvi.asp>

pdire=travma&plng=eng&un=UTD-226974&look4=The%20effect%20of%20delayed%20admission%20in%20burn%20centers%20on%20wound%20contamination%20and%20infection%20rates.03/10/2008, 12h10.

VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. Anais Brasileiros de Dermatologia. ISSN: 0365-0596. Vol.80, nº.1. (2005), pp.9-19. In <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf>. 27/09/2008, 22h30

AValiação da Dor

A dor é mais do que uma simples experiência sensorial causada por um estímulo específico. É algo subjectivo e individual. A pessoa com dor é o melhor juiz da mesma, segundo McCaffery (1979) “a dor é tudo aquilo que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”. Existem diversos tipos de escalas para avaliar a intensidade da dor, no entanto de acordo com Baranoski (2006) a Escala Numérica é usualmente conhecida como o padrão ideal para avaliar a dor em adultos e crianças com idade superior aos 7 anos. Pelo que, apenas iremos aprofundar esta escala.

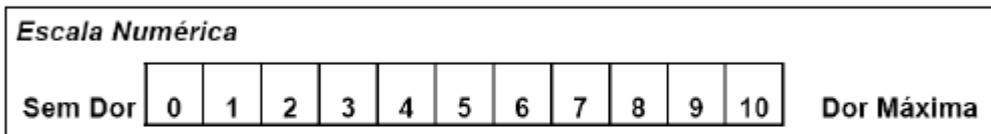


Figura 6: Escala Numérica Para a Avaliação da Dor, in Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.

Descrição da escala

A Escala Numérica, consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Com a utilização desta escala pretende-se que a pessoa faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que o zero representa ausência de dor, o cinco indica dor moderada e o dez indica a pior dor possível. As escalas de avaliação da dor são utilizadas para determinar qual a intensidade de dor que a pessoa sente, utilizando uma simples medida verbal, visual ou numérica. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), deve ser salientado o carácter pessoal e subjectivo da experiência da dor na sua avaliação, ou seja, o auto-relato, visto que a dor é aquilo que a pessoa vivencia, existindo sempre que esta afirmar que existe. Em relação ao autor desta escala e à data da sua elaboração, tivemos algumas dificuldades na sua identificação. No entanto segundo STINSON (2006), esta escala foi criada em 1992 por Vetter.

Validação para Portugal

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências e de acordo com a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, instituiu a “Dor como o 5º sinal vital”, tendo considerado como boa prática, no âmbito dos cuidados de saúde

O registo sistemático da intensidade da dor;

A utilização para avaliação da intensidade da dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica”, “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”;

A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais de espaço próprio para registo da intensidade da dor.

Implicações para a Enfermagem

A avaliação da dor de forma imprecisa pelos profissionais de saúde resulta num tratamento ineficaz desse sintoma e no aumento do sofrimento da pessoa. Por outro lado, o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito das pessoas que dela

padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.

A utilização destas escalas é de extrema importância para a prática de Enfermagem, dado que permitem uma adequada avaliação e tratamento da dor.

Neste sentido, é fundamental que o Enfermeiro tenha conhecimentos acerca das várias escalas utilizadas para avaliar a intensidade dor, assim como da forma como devem ser utilizadas, para que a dor da pessoa possa ser descodificada e, desta forma, se possam aplicar medidas terapêuticas apropriadas. Quando o Enfermeiro pretende avaliar a dor de uma pessoa, em primeiro lugar, deve utilizar a mesma escala para a mesma pessoa e, em segundo lugar, realizar a avaliação antes e após a intervenção terapêutica, permitindo a apreciação dos resultados, ou seja, determinar se a intervenção surtiu ou não efeito.

Apesar de a dor ser um conceito bastante subjectivo, pois sabe-se que cada pessoa sente-a de modo diferente, a utilização destas escalas constitui um bom instrumento para o Enfermeiro ter uma percepção mais concreta da forma como é sentida pelo outro, possibilitando assim uma intervenção mais personalizada.

Referências bibliográficas

BARANOSKI, Sharon – O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-03-8.

Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – DOR: Guia Orientador de Boa Prática. Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5. In http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/Junho2008/GuiaDor_site.pdf. 05/10/2008, 12h00.

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne – Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos. 5ªed. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-24-0.

STINSON, Jennifer et al – Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. International Association for the Study of Pain. (2006), pp.1473-157. In <http://www.immpact.org/Publications/Stinson%20et%20al.%202006.pdf>. 29/09/2008, 20h00.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SEDAÇÃO

A sedação da pessoa que necessita de cuidados intensivos tem como principais objectivos: reduzir o desconforto da ventilação artificial; tratar distúrbios psiquiátricos ou problemas relacionados com a

abstinência de substâncias; restabelecer a temperatura corporal; reduzir a ansiedade; facilitar o sono; diminuir o metabolismo; e induzir o coma no caso de traumatismo craniano. Iremos abordar a Escala do Índice Biespectral e a Escala de Ramsay.

Descrição da escala

A Escala do Índice Biespectral foi criada em 1985 (SILVA, 2001), com o objectivo de reduzir a incidência de consciência nas pessoas submetidas a anestesia geral no período intra-operatório

Esta escala encontra-se introduzida num monitor que descreve as alterações no Electroencefalograma relacionadas com os níveis de sedação, anestesia, perda de consciência e memória, através de análise biespectral, de autoria de Fourier.

A escala do Índice Biespectral varia entre 0 e 100, sendo que os valores recomendados para se obter uma anestesia geral variam entre 45 e 60, no entanto alguns profissionais de saúde preferem manter os valores por volta dos 40, garantindo desta forma uma sedação profunda.

Validação para Portugal

Lages, Fonseca e Abelha (2006) do Serviço de Anestesiologia do Hospital S. João, EPE, consideram que para se obter uma monitorização mais precisa do estado de consciência e função neuromuscular, se deve recorrer à utilização do Índice Biespectral e do neurotransmissor.

Implicações para a Enfermagem

Considera-se que as escalas de avaliação do nível de sedação e consciência são importantes na prestação de cuidados de Enfermagem, uma vez que permitem assegurar, em certa parte, o alcance dos objectivos da sedação induzida. De acordo com os conhecimentos obtidos através da pesquisa bibliográfica realizada, apreende-se que estas escalas são deveras importantes na avaliação de pessoas submetidas a bloqueadores neuromusculares para que estes não percepcionem a sua paralisia temporária.

Referências bibliográficas

DUARTE, Leonardo – Índice Biespectral – Bis. Medicina Perioperatória. ISSN 85-98045-04-7. (2006), pp. 209-232. In www.sajmed.br/upload/file/artigos/indice%20biespectral%20-%20bis.pdf.

5.1 – ESCALA DO ÍNDICE BIESPECTRAL

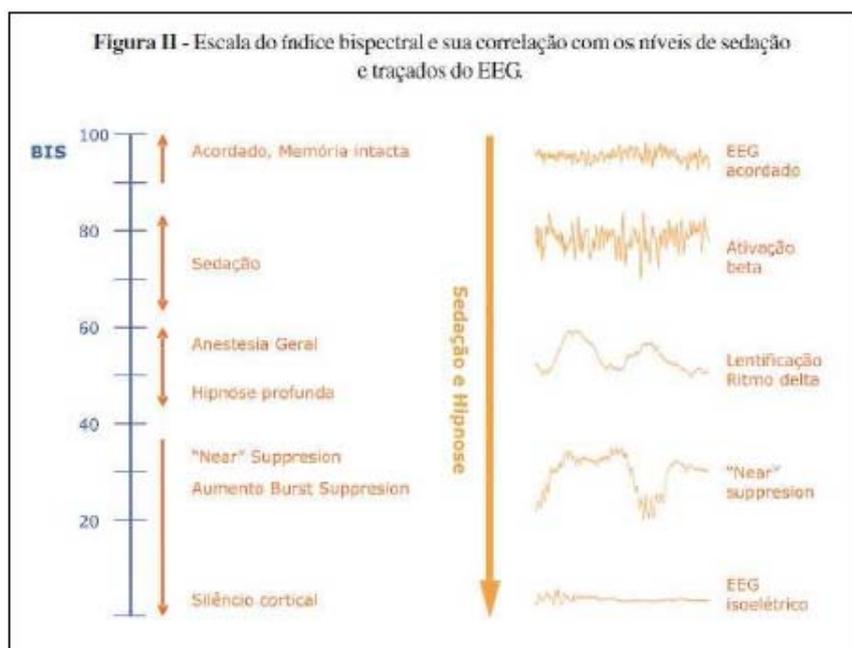


Figura 7: Escala do Índice Biespectral, in DUARTE, s.d.

www.sajmed.br/upload/file/artigos/indice%20biespectral%20-%20bis.pdf 29/09/2008, 20h40.

29/09/2008, 20h40.

LAGES, Neuza; FONSECA, Cristina; ABELHA, Fernando – Unidade de cuidados pós anestésicos – Tempo de definir novos conceitos?. Revista SPA. Vol. 15, n.º 4. (2006), pp. 18-26. In www.spanestesiologia.pt/arquivo/Vol15_4/Artigo3.pdf. 05/10/2008, 13:20.

5.2 – ESCALA DE RAMSAY

Escala de sedação de Ramsay	
Doente vigil	
1	Ansioso e agitado
2	Calmo, colaborante
3	Sonolento, obedece a ordens
Doente não vigil (resposta a estímulos sonoros intensos ou dolorosos)	
4	Resposta pronta
5	Resposta preguiçosa
6	Sem resposta

Figura 8: Escala de Ramsay, in GLORIA, Carlos; et al – *Unidade de Cuidados Intensivos: Manual de Rotinas, Procedimentos e Normas de Orientação Terapêutica*. Hospital do Barlavento Algarvio, 2002. In http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHBAIlg/Servi%C3%A7os/UCI/manualmed_uci.pdf

Descrição da escala

A Escala de Ramsay surgiu em 1974 sob a autoria de Michael A.E. Ramsay. Embora já se tivesse abordado um instrumento que avalia o grau de sedação, considerámos pertinente abordar a Escala de Ramsay, uma vez que, Enfermeiros que se encontram a exercer a profissão afirmam não existir Índice Biespectral em algumas unidades de urgência e de cuidados intensivos de Portugal. Tal como a Escala do Índice Biespectral, esta avalia o grau de sedação de pessoas submetidas a terapêutica sedativa. Silva (2001) interpreta os graus de sedação da escala de Ramsay da seguinte forma: Grau 1 corresponde a uma sedação insuficiente; grau 2,3 e 4 corresponde a uma sedação aceitável e grau 5 e 6 corresponde a uma sedação excessiva.

Validação para Portugal

Esta escala de sedação é considerada, por Vilela e Ferreira (2006), como a mais utilizada em Portugal e a primeira a ter sido aplicada em contexto de cuidados intensivos. Pelo que, assume-se como de extrema importância para a Enfermagem, principalmente na ausência de escalas de avaliação de sedação mais específicas e actuais.

Implicações para a Enfermagem

Relativamente às implicações para a área da enfermagem da escala de Ramsay,

coincidem com as mencionadas na escala do Índice Biespectral (pp. 28)

Referências bibliográficas

BENSEÑOR, Fábio; et al – Sedação pós-operatória na unidade de apoio cirúrgico do hospital das clínicas de São Paulo: estudo retrospectivo. Revista Brasileira de Anestesiologia. ISSN: 0034-7094. Vol 54, nº3. (2004), In www.scielo.br/scielo.php?pid=S003470942004000300011&script=sci_arttex. 29/09/2008, 20h30.

SILVA, Israel – A importância da sedação na UTI. Curso de Reciclagem Sedação em Terapia Intensiva. Fascículo 1. (2001) In www.ineti.med.br/portugues/protocolos/txts/anest1.pdf. 29/09/2008, 21h10.

SILVA, Marcelo – Escalas Neurológicas: Ramsay e Glasgow, Quando Usar?.(2008) In www.enfermagem-intensiva.com/?p=96. 29.09.2008, 20h55.

VILEDA, Hugo; FERREIRA, Daniel – Analgesia, Sedação e Relaxamento Neuromuscular no Doente Ventilado em Cuidados Intensivos Cardíacos.

Revista Portuguesa de Cardiologia. ISSN: 0304-4750. Vol.25, nº2. (2006), pp.217-229. In www.spc.pt/spc/pdfs/artigos/700.pdf. 03/10/2008, 23h10.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

A ferida representa uma interrupção da integridade cutânea e funções tecidulares, sendo possível classificá-la de acordo com a sua etiologia, quantidade de exsudado, dimensões, coloração, tipo de tecido, odor, entre outras. Dependendo da idade da pessoa e das características da ferida, vai existir um impacto nas diversas dimensões individuais, nomeadamente a nível físico, psicológico, qualidade de vida e rede familiar e social, principalmente em situações de isolamento. É necessário que ocorra uma avaliação para que o tratamento seja o mais adequado possível.

Descrição da escala

A Escala de Braden foi criada em 1987 por Barbara Braden e Nancy Bergstrom. É constituída por 6 subescalas: percepção sensorial, actividade, mobilidade, humidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Cada subescala vai produzir um score, que vai variar de 1 a 4. A subescala de fricção e forças de deslizamento é a única que varia de 1 a 3. O score mais baixo possível é 6, enquanto o mais alto é 23.

Um score baixo indica um elevado risco para desenvolver úlceras de pressão, ao passo que score alto indica um baixo risco para desenvolver úlceras de pressão. O risco moderado localiza-se entre os scores de 13 – 14, o alto risco entre 10 – 12 e o risco muito alto entre 9 ou menos.

A escala baseia-se em 2 factores etiológicos do desenvolvimento de úlceras de pressão: a intensidade e duração da pressão e tolerância tecidular à pressão.

O objectivo geral dos instrumentos de previsão e

BRADEN SCALE FOR PREDICTING PRESSURE SORE RISK				
PATIENT'S NAME	EVALUATOR'S NAME			DATE OF ASSESSMENT
SENSORY RECEPTION Ability to respond meaningfully to pressure-related discomfort.	1. Completely Limited Unresponsive (does not mean, flicks, or groans) to painful stimuli, due to either sensory loss or insensitiveness at location. OR Inured ability to feel pain over most of body.	2. Very Limited Responds only to painful stimuli. Cannot communicate discomfort, except by moaning or restlessness. OR Has a sensory impairment which limits the ability to feel pain or discomfort in 1 of 2 extremities.	3. Slightly Limited Responds to verbal commands, but cannot status discomfort, discomfort of the head is not noted. OR Has some sensory impairment which limits ability to feel pain or discomfort in 1 of 2 extremities.	4. No Impairment Responds to verbal commands. Has no sensory deficit which would limit ability to feel or track pain or discomfort.
MOISTURE Degree to which skin is exposed to moisture.	1. Constantly Moist Skin is kept moist almost constantly by perspiration, urine, etc. Compresses is changed every time patient is moved or turned.	2. Very Moist Skin is often, but not always moist. Linen must be changed at least once a shift.	3. Occasionally Moist Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change approximately once a day.	4. Usually Moist Skin is usually dry. Linen only requires changing at routine intervals.
ACTIVITY Degree of physical activity.	1. Bedfast Confined to bed.	2. Confined Ability to walk severely limited or non-existent. Cannot bear own weight and/or must be assisted into chair or wheelchair.	3. Walks Occasionally Walks occasionally during day, but for very short distances, with or without assistance. Speech, majority of most shift in bed or chair.	4. Walks Frequently Walks outside room at least twice a day and inside room at least once every two hours during waking hours.
MOBILITY Ability to change and control body position.	1. Completely Immobile Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance.	2. Very Limited Makes occasional slight changes in body or extremity position but unable to make frequent or significant changes independently.	3. Slightly Limited Makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	4. No Limitation Makes major and frequent changes in position without assistance.
NUTRITION Usual food intake pattern.	1. Very Poor Never eats a complete meal. Rarely eats more than 1/4 of any food offered. Only 2 servings of food or protein (meat or dairy products) per day. Takes fluids poorly. Does not take a liquid dietary supplement. OR Is on a tube feeding or TPN regimen and/or receives less than optimum amount of fluid over a 24-hour period.	2. Probably Inadequate Rarely eats a complete meal and generally eats only about 1/4 of any food offered. Protein intake includes only 3 servings of meat or dairy products per day. Occasionally will take a dietary supplement. OR Receives less than optimum amount of fluid over a 24-hour period.	3. Adequate Eats one half of most meals. Eats a total of 4 servings of protein (meat, dairy products) per day. Occasionally will refuse a meal, but will usually take a supplement when offered. OR Is on a tube feeding or TPN regimen when protein intake meets most of nutritional needs.	4. Excellent Eats most of every meal. Never refuses a meal. Usually eats a total of 4 or more servings of meat and dairy products. Occasionally eats between meals. Does not require supplementation.
FRICTION & SHEAR	1. Problem Requires moderate to maximum assistance in moving. Complete sliding without sliding against sheets is impossible. Frequently slides down in bed or chair, requiring frequent repositioning with maximum assistance. Slips, slips, or slurs to arms or slurs to arms.	2. Potential Problem Moves freely or requires minimum assistance. During a move skin probably slides to some extent against sheets, chair, restraints or other devices. Maintains relatively good position in chair or bed most of the time but occasionally slides down.	3. No Apparent Problem Moves in bed and in chair independently and has sufficient muscle strength to sit up completely during move. Maintains good position in bed or chair.	
© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988. All rights reserved.				TOTAL SCORE

Figura 9: Escala de Braden, in <http://www.bradenscale.com/braden.PDF>. 01/10/2008, 18h00.

enfermagem: conceitos e procedimentos. 5ªed. Loures. Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-24-0.

CONCLUSÃO

Este trabalho relevou-se importante na medida que permitiu-nos contactar com alguns instrumentos de avaliação, com as quais poderemos ter possibilidade de trabalhar na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação complexa.

Decidimos incidir sobre a temática da pessoa com queimaduras, visto ser uma área

que desperta-nos interesse e nunca ter sido abordada em contexto teórico, até à data, logo

considerámos ser uma boa forma de adquirir conhecimentos sobre esse assunto.

Algumas das escalas não se ligam directamente à pessoa com queimadura, contudo a prestação de cuidados de Enfermagem deve ser numa perspectiva holística, pelo que vão adequar-se às necessidades do cliente, ao longo do processo de tratamento e reabilitação.

No decorrer da pesquisa bibliográfica e dada a longevidade de alguns instrumentos de avaliação, tivemos dificuldade em chegar a um consenso relativamente a alguns itens de caracterização dos mesmos. Relativamente aos objectivos inicialmente propostos consideramos que em termos gerais foram cumpridos, sendo que: realizámos pesquisa bibliográfica acerca do tema escolhido, identificando posteriormente os instrumentos de medida que mais se adequavam ao mesmo; em seguida analisámos e sintetizámos, mediante os itens propostos, as características dos instrumentos de medida e avaliação; finalmente reflectimos sobre a importância do papel do Enfermeiro na aplicação desses instrumentos. Consideramos este trabalho muito pertinente porque os profissionais de Enfermagem devem estar sensibilizados para a utilização de instrumentos de avaliação, para uma prestação de cuidados de qualidade.

prevenção é identificar de forma eficaz e eficiente as pessoas com maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Validação para Portugal

A validação ocorreu em 2001 por Ferreira et al. Em Novembro de 2002 foi realizado um estudo comparativo entre a escala de Braden e a de Norton, em que os resultados revelaram que a escala de Braden apresenta valores com sensibilidade e especificidade mais elevados e consistentes. O resultado obtido neste estudo é uma evidência de que a realidade portuguesa não se afasta muito de outras realidades, nas quais alcançaram-se resultados semelhantes.

Referências bibliográficas

- BARANOSKI, Sharon – O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos. Loures. Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-03-8.
- FERREIRA, Pedro Lopes et al. – Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden. Camarate: Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-37-0.
- POTTER, Patrícia; PERRY, Anne – Fundamentos de

A incidência de doenças cardiovasculares tem sido uma das maiores preocupações para a saúde mundial. Nas estatísticas mundiais de 2005, ocuparam o primeiro lugar no ranking de principais causas de morte, tendo sido responsáveis por, aproximadamente, 50% das mortes por doença crónica.

Em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), as doenças do aparelho circulatório, apesar de em regressão face aos dados de 1981, continuam a ser a primeira causa de morte (CARRILHO, 2002).

As estatísticas comprovam, portanto, a importância do enfermeiro estar atento aos sinais de risco cardiovascular, onde, em cooperação com o histórico de saúde e diversos exames complementares de diagnóstico, as escalas de risco desempenham uma importante função.

A utilização destas escalas permite:

- Quantificar o risco e identificar grupos de alto risco;
- Avaliar as necessidades e a intensidade da intervenção terapêutica, para além das medidas terapêuticas não farmacológicas;
- Intervir na mudança comportamental das pessoas com risco, uma vez que são instrumentos muito úteis para explicar o conceito de risco cardiovascular, bem como as implicações de ter um risco elevado e ilustrar quais os benefícios passíveis de serem obtidos com a redução dos factores de risco existentes. Desta forma a pessoa toma um papel proactivo no seu processo de saúde-doença, sendo facilitada a adesão aos comportamentos saudáveis/exclusão de comportamentos de risco;

De acordo com o valor de risco obtido, definir intervalos de vigilância médica e estabelecer objectivos terapêuticos (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

Existem várias escalas de cálculo do risco cardiovascular, entre as quais a escala de Framingham e SCORE. A primeira representou um grande marco no desenvolvimento do conceito de risco e serviu de base para a criação de muitas outras escalas, como a *Adult Treatment Panel III* (GRUNDY, *et al.*, 2004). No roteiro será abordada a SCORE, uma vez que esta escala intervém na consciencialização da pessoa acerca dos factores de risco cardiovascular a que está exposta.

O SCORE é uma escala implementada na maioria dos países da Europa, incluindo Portugal (MAFRA; OLIVEIRA, 2008). Tendo sido elaborado por várias sociedades europeias, o SCORE pretende substituir ou complementar a escala de Framingham nos países europeus. A sua elaboração teve início em 1994, e teve como referência amostras significativamente maiores que o estudo de Framingham (amostras de 250 000 pessoas, estudadas durante 10 anos, a partir de 12 estudos de coorte incluindo diversos países europeus) (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

O SCORE considera o nível de risco cardiovascular geral, não sendo específico para a doença coronária. Desta forma, criou diferentes escalas que se adaptariam às distintas realidades vividas em cada país europeu.

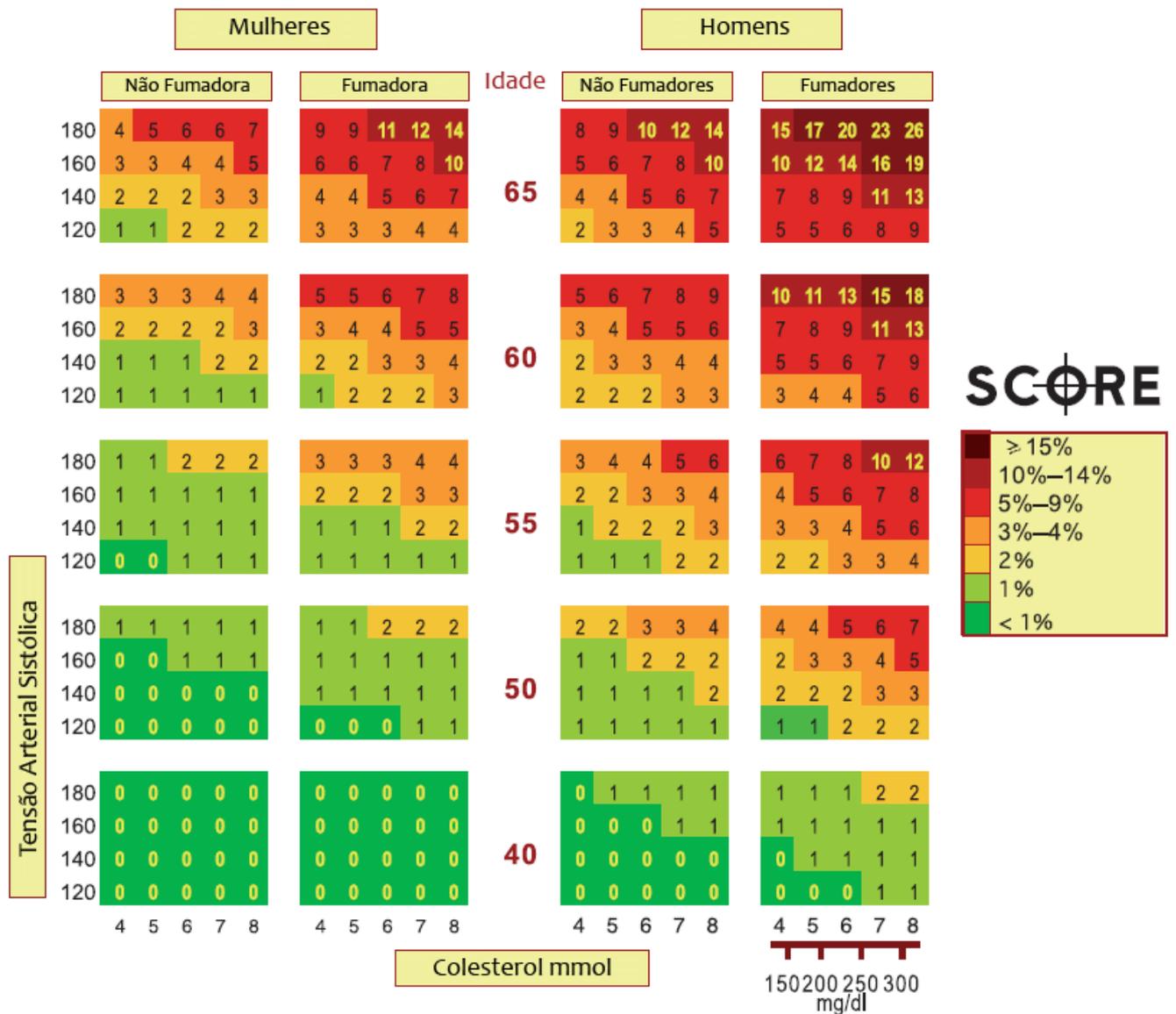
Essas duas escalas englobam dois grupos de países, um com países considerados de alto risco, e outro com países de baixo risco cardiovascular. Portugal foi considerado um país de baixo risco cardiovascular. (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

Esta escala avalia a mortalidade por doença cardiovascular total.

O valor obtido representa o risco absoluto de doença cardiovascular fatal por 10 anos (doença coronária fatal + doença não coronária fatal – AVC fatal e doença vascular periférica fatal) (figura 2). A opção por terem sido considerados apenas os casos fatais prende-se a dois motivos.

O primeiro liga-se com o facto dos eventos não fatais se tornarem problemáticos quando usados nos sistemas de cálculo de risco, pois estão muito dependentes das definições e dos métodos usados para o seu diagnóstico.

O outro motivo para terem sido apenas considerados eventos fatais é que o SCORE tem como objectivo, através da criação de folhas de cálculo nacionais e regionais, poder ser aplicado em diferentes países da Europa com diferentes taxas de doença cardiovascular e percentagens diferentes de doença coronária e doença não coronária, e apesar de nem todos os países terem estudos de coorte de doença cardiovascular, todos têm dados sobre as causas de mortalidade nacional (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).



O SCORE possui duas tabelas, uma para cada género, subdivididas em outras duas – uma para fumadores e outra para não fumadores. As idades estão divididas em escalões, assim como os valores de colesterol e da tensão arterial sistólica. As tabelas são mais detalhadas a partir dos 50 anos, com descrição a cada 5 anos.

O risco é só avaliado a partir dos 40 anos, uma vez que, anteriormente a essa idade, o risco cardiovascular é praticamente nulo, o que poderia transmitir uma mensagem errada sobre o risco a longo prazo nos jovens com factores de risco elevados (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

Existem dois modelos de avaliação no SCORE. Um é baseado no colesterol total, e outro na razão colesterol total/colesterol HDL, contudo, verificou-se que os dois modelos têm classificações semelhantes para o mesmo indivíduo, e que, por isso, não há grande vantagem em usar um modelo com mais variáveis (CONROY *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

O valor de risco obtido deve ser multiplicado por 4 no caso das mulheres com diabetes e por 2 nos homens

com diabetes. Deve ser multiplicado por 1,5 se houver antecedentes pessoais de AVC (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008). As intervenções terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas agressivas são recomendadas para riscos iguais ou superiores a 5% (MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

Como limitações do SCORE, aponta-se o facto de não prever a totalidade dos eventos, restringindo-se aos fatais; das folhas de cálculo serem limitadas à inclusão de novas variáveis; das tabelas não analisarem interações e o impacto da diabetes *mellitus* e do colesterol HDL necessitar de ser melhor estudado; e de se basear numa única medição dos factores de risco e não nos valores habituais (MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

A escala SCORE mostra-se fundamental para o cálculo do risco cardiovascular global na prática clínica, com a particularidade que o cálculo deve ser revisto sempre que houver alteração nos factores de risco existentes. O valor obtido carece de avaliação médica, para que outros aspectos possam ser considerados.

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
ROTEIRO HOLÍSTICO DE
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

INSTRUMENTOS DE
AVALIAÇÃO
NEUROLÓGICA



ROTEIRO DE INSTRUMENTO DE
MEDIDA E ESCALAS
—
AVALIAÇÃO DA PESSOA COM
QUEIMADURA