

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

TITULO 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”.

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 à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à 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.

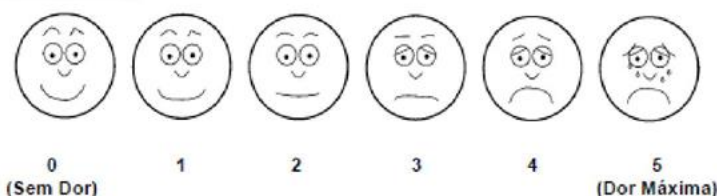
Não foram encontrados dados sobre o processo de validação e adaptação desta escala para a população portuguesa. No entanto, o uso da mesma é referenciado na Circular Normativa nº9 da Direcção Geral da Saúde, onde refere que a mensuração da intensidade da Dor é feita tendo em conta as seguintes escalas 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 esta 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 TERAPÉUTICA 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

consciência) se preconiza a utilização da ECG.

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 stresse 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 stresse”;

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.

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.

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.

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. Peça-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	A	B	C	D	E	F	G
2	A	B	C	D	E	F	G
3	A	B	C	D	E	F	G
4	A	B	C	D	E	F	G
5	A	B	C	D	E	F	G
6	A	B	C	D	E	F	G
7	A	B	C	D	E	F	G
8	A	B	C	D	E	F	G
9	A	B	C	D	E	F	G
10	A	B	C	D	E	F	G
11	A	B	C	D	E	F	G
12	A	B	C	D	E	F	G
13	A	B	C	D	E	F	G
14	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 stresse. 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 insto 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 a 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.

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.