

**ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

**Instrumentos de recolha de dados para a
documentação dos Cuidados Especializados em
Enfermagem de Reabilitação**

2016



ÍNDICE

0 - NOTA INTRODUTÓRIA	3
1 - INSTRUÇÕES PARA A CONSULTA DO DOCUMENTO	5
2 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS DIVIDIDOS POR FOCO	6
3 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	9
3.1 - TÍTULOS ORIGINAIS	9
3.2 - TÍTULOS EM PORTUGUÊS	10
3.3 - ACRÓNIMOS DOS INSTRUMENTOS	11
3.4 - DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS	12
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	66

Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Khabitat

No âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER), quer os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) quer as organizações de saúde têm vindo a manifestar a necessidade premente da utilização de instrumentos de medida que permitam quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A par desta, surge também a necessidade de uniformizar instrumentos de avaliação que permitam não só a documentação dos cuidados especializados e a sua continuidade mas também o desenvolvimento de projetos de investigação que se possam assumir como boas práticas e ser replicados.

Assim, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) propôs que fossem identificados os instrumentos de recolha de dados (escalas) recomendadas para a documentação dos cuidados de EEER em articulação com o padrão documental que dão suporte à melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O documento **Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação** ajudará a caracterizar a condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da *resposta humana* às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do **processo terapêutico** ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida.

Foi elaborado o presente documento, que tem por base um conjunto de instrumentos de suporte ao exercício profissional de EEER. Pretende-se que se constitua como um instrumento útil, não só para estes EEER, como também para as organizações prestadoras de cuidados e restantes entidades da área da saúde, dado que viabiliza a promoção de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de EEER. A sua conceção está sustentada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de EEER, nas Competências Específicas dos EEER e articula-se com o Padrão documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Para o seu desenvolvimento procedeu-se a uma pesquisa alargada nas bases de dados nacionais e internacionais. Foi ainda criado um formulário *online* para recolha de instrumentos utilizados na prática clínica e/ou por eles criados ou traduzidos e validados. Após a recolha de instrumentos, os mesmos foram analisados quanto à sua importância para a prática clínica especializada, sendo que foram selecionados aqueles se entendeu serem os mais adequados.

Reforçamos que este é um documento que pretende, ainda, constituir-se como um instrumento válido para facilitar a recolha de dados numa perspetiva de investigação em CEER. Pretende-se que este seja um instrumento dinâmico e que constitua uma referência para todos aqueles que pretendem contribuir de forma

inequívoca e consertada para o desenvolvimento da profissão, suportando a tomada de decisão relativamente às áreas consideradas mais prementes e necessárias para o desenvolvimento em particular da EEER, com o objetivo do seu desenvolvimento para servir melhor o cidadão.

1 - INSTRUÇÕES PARA A CONSULTA DO DOCUMENTO

Pretende-se que o presente documento seja de fácil consulta. Para isso foram construídas várias hiperligações que permitiam a navegação facilitada entre as diferentes partes do documento.

No início do documento são apresentados os [instrumentos de colheita de dados divididos por foco](#) (os focos são apresentados por ordem alfabética). Clicando no título de cada um destes instrumentos e na tecla CTRL, em simultâneo, consegue-se navegar automaticamente para a descrição do instrumento propriamente dito.

A seguir são apresentados os [instrumentos de colheita de dados](#), com os respetivos títulos [originais](#) e [português](#) (quando identificados), respeitando a premissa anteriormente descrita (clicando no título de cada um destes instrumentos e na tecla CTRL, em simultâneo, consegue-se navegar automaticamente para a descrição do instrumento propriamente dito).

Após a identificação dos instrumentos surgem os seus [acrónimos](#) (na língua original e em português), identificados por ordem alfabética. Continua-se a verificar o mesmo princípio: clicando no acrónimo de cada um dos instrumentos consegue-se navegar automaticamente para a descrição do instrumento propriamente dito.

Depois da [identificação dos instrumentos divididos por foco](#), da identificação dos títulos dos instrumentos na língua [original](#) e em [português](#) (quando identificados) e dos [acrónimos](#), surge a [descrição dos instrumentos](#) propriamente dita. Nesta parte são identificadas, quando possível e aplicável, diferentes características dos instrumentos: títulos originais e em português, acrónimo, autores, ano de desenvolvimento, tipo de acesso ao documento, foco do padrão documental a que se refere (onde se obtém uma hiperligação para ligar diretamente ao capítulo onde são identificados os instrumentos divididos por foco), se há ou não validação e tradução para português, que artigos ou livros de referência foram identificados para a utilização do instrumento, se o instrumento é recomendado por organismos oficiais, qual o público-alvo, objetivos e, por fim, procedimento, cotação e interpretação dos resultados (sempre apresentados de forma resumida). Ao longo desta descrição, sempre que possível, são colocadas hiperligações externas onde podem ser obtidas mais informações sobre os instrumentos.

A partir do capítulo Introdução foram colocados no cabeçalho hiperligações para facilitar a navegação no documento. Assim, é possível em qualquer parte do documento clicar em [Índice](#), [Focos](#), [Acrónimos](#), [Instrumentos EN](#) ou [Instrumentos PT](#) para mais facilmente consultar o documento.

2 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS DIVIDIDOS POR FOCO

ANDAR; ANDAR COM AUXILIAR DE MARCHA; EQUILÍBRIO CORPORAL; PÔR-SE DE PÉ; TRANSFERIR-SE; POSICIONAR-SE

[Berg Balance Scale](#) || [Escala de Equilíbrio de Berg](#)

[Fullerton Advanced Balance Scale](#) || [Escala avançada de Equilíbrio de Fullerton](#)

[Functional ambulation categorie](#) || [Categorias Funcionais de Marcha](#)

[Functional Independence Measure](#) || [Medida de Independência Funcional](#)

[Timed up and go](#)

AUTOCONTROLO: CONTINÊNCIA INTESTINAL

[Functional Independence Measure](#) || [Medida de Independência Funcional](#)

[Rapid Assessment Faecal Incontinence Score](#)

[Wexner Fecal Incontinence Score](#) || [Score de Wexner](#)

AUTOCONTROLO: CONTINÊNCIA URINÁRIA

[Functional Independence Measure](#) || [Medida de Independência Funcional](#)

[International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form](#)

AUTOCUIDADOS: ARRANJAR-SE; BEBER; COMER; HIGIENE; IR AO SANITÁRIO; VESTUÁRIO

[Barthel Index](#) || [Índice de Barthel](#)

[Functional Independence Measure](#) || [Medida de Independência Funcional](#)

[Karnofsky Performance Status Scale](#)

[Katz Index of Independence in Activities of Daily Living](#) || [Índice de Katz](#)

[Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale](#) || [Escala de Lawton & Brody](#)

COMUNICAÇÃO

[Montreal Cognitive Assessment](#)

DÉFICE SENSORIAL

[Nottingham Sensory Assessment](#) || [Avaliação Sensorial de Nottingham](#)

DEGLUTIÇÃO

[Gugging Swallowing screen \(GUSS\)](#)

[The Toronto Bedside Swallowing Screening Test](#)

ESQUECIMENTO UNILATERAL

[Catherine Bergego Scale](#)

ESPASTICIDADE

[Modified Ashworth Scale](#) || [Escala de Ashworth Modificada](#)

INTERAÇÃO SEXUAL

[Global Measure of Sexual Satisfaction](#)

INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE

[Modified Borg Dyspnea Scale](#) || [Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia](#)

[Modified Borg Scale \(Rating of Perceived Exertion\)](#) || [Escala de Borg Modificada – Avaliação da Percepção Subjetiva de Esforço](#)

[Six-minute Walk Test](#) || [Teste de Marcha de 6 minutos](#)

[The Incremental Shuttle Walk Test](#)

MOVER-SE EM CADEIRA DE RODAS

[Wheelchair Skills Program](#)

MOVIMENTO MUSCULAR; PARÉSIA

[Dynamometry](#) || [Dinamometria](#)

[House-Brackmann Score](#) || [Escala de House-Brackmann](#)

[Medical Research Council Muscle Scale](#)

[Motor Activity Log](#)

RIGIDEZ ARTICULAR; PÉ EQUINO

[Foot and ankle outcome score || Inquérito ao Pé & Tornozelo](#)

[Goniometry || Goniometria](#)

TECIDO CICATRICIAL

Não foram identificados instrumentos adequados.

VENTILAÇÃO; EXPETORAR; LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS

[Clinical COPD questionnaire || Questionário Clínico para a DPOC](#)

[COPD Assessment Test || Teste de Avaliação da DPOC](#)

[London Chest Activity of Daily Living Scale || Escala London Chest Activity of Daily Living](#)

[Modified Borg Dyspnea Scale || Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia](#)

[Modified Medical Research Council Dyspnea Scale || Questionário para Avaliação do Grau de Dispneia](#)

[St George's Respiratory Questionnaire \(SGRQ\)](#)

3 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

3.1 - TÍTULOS ORIGINAIS

Barthel Index	Karnofsky Performance Status Scale
Berg Balance Scale	London Chest Activity of Daily Living Scale
Catherine Bergego Scale	Medical research council
Clinical COPD Questionnaire	Modified Ashworth Scale
COPD Assessment Test	Modified Borg Dyspnea Scale
Dynamometry	Modified Borg Scale (Rating of Perceived Exertion)
Foot and Ankle Outcome Score	Modified Medical Research Council Dyspnea Scale
Fullerton Advanced Balance Scale	Montreal Cognitive Assessment
Functional Ambulation Categories	Nottingham Sensory Assessment
Functional Independence Measure	Six-Minute Walk Test
Global Measure of Sexual Satisfaction	St George’s Respiratory Questionnaire
Gonimioetry	The Incremental Shuttle Walk Test
Gugging Swallowing Screen	The Toronto Bedside Swallowing Screening Test
House-Brackmann Score	Timed Up and Go
International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form	Werner Fecal Incontinence Score
Katz Index	Wheelchair Skills Program

3.2 - TÍTULOS EM PORTUGUÊS

[Avaliação Sensorial de Nottingham](#)

[Goniometria](#)

[Categorias Funcionais de Marcha](#)

[Índice de Barthel](#)

[Dinamometria](#)

[Índice de Katz](#)

[Escala avançada de Equilíbrio de Fullerton](#)

[Inquérito ao Pé & Tornozelo](#)

[Escala de Ashworth Modificada](#)

[Medida de Independência Funcional](#)

[Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia](#)

[Questionário Clínico para a DPOC](#)

[Escala de Borg Modificada – Avaliação da Percepção](#)

[Questionário para Avaliação do Grau de Dispneia](#)

[Subjetiva de Esforço](#)

[Score de Wexner](#)

[Escala de Equilíbrio de Berg](#)

[Teste de Avaliação da DPOC](#)

[Escala de House-Brackmann](#)

[Teste de Marcha de 6 minutos](#)

[Escala London Chest Activity of Daily Living](#)

3.3 - ACRÓNIMOS DOS INSTRUMENTOS

[6mWT](#)

[LCADL](#)

[Borg RPE](#)

[MAL](#)

[CAT](#)

[MAS](#)

[CBS](#)

[MIF](#)

[CCQ](#)

[mMRC](#)

[EACAC](#)

[MoCA](#)

[FAC](#)

[MRC](#)

[FAOS](#)

[NSA](#)

[FIM](#)

[RAFIS](#)

[GMSEX](#)

[SGRQ](#)

[GUSS](#)

[TM6m](#)

[HB](#)

[TOR-BSST](#)

[IAPT](#)

[TUG](#)

[ICIQ-SF](#)

[WSP](#)

[ISWT](#)

3.4 - DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS

BARTHEL INDEX || ÍNDICE DE BARTHEL

Título original: Barthel Index

Título em Português: Índice de Barthel

Acrónimo: Não identificado

Autores: Mahoney FI, Barthel D

Ano: 1965

Acesso: Acesso livre para fins não comerciais

Foco(s) do padrão documental: [Autocuidados](#); [Arranjar-se](#); [Beber](#); [Comer](#); [Higiene](#); [Ir ao Sanitário](#); [Vestuário](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Sim

Artigos/Livros de referência: Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Med Journal 1965;14:56-61 http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25(2), 59–66. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>

Recomendação de organismos oficiais: Direção Geral da Saúde (Norma Número 054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação) <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Público-alvo: Não específico.

Objetivos: O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965).

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: Na versão original a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas.

BERG BALANCE SCALE || ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Título original: Berg Balance Scale

Título em Português: Escala de Equilíbrio de Berg

Acrónimo: Não identificado

Autores: Katherine Berg

Ano: 1992

Acesso: Acesso livre

Foco(s) do padrão documental: [Andar](#); [Andar com auxiliar de marcha](#); [Equilíbrio Corporal](#); [Pôr-se de pé](#); [Transferir-se](#); [Posicionar-se](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Sim

Público-alvo: Não específico

Objetivos: Avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico; Predizer o risco de queda em adultos e idosos.

Artigos/Livros de referência: Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B.(1992), Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Canadian journal of public health Jul-Aug;83 Suppl 2:S7-11

<https://www.researchgate.net/publication/21687774> [Measuring balance in the elderly Validation of an instrument](#)

Mósca, Estela (2001). Contributo para a validação à população portuguesa da escala de equilíbrio de Berg. Monografia final do curso de Licenciatura em Fisioterapia. Alcoitão: ESSA

Souza, Aline Bianca dos Santos; Ribeiro, Daniel de Souza (2012) Análise De Escalas Funcionais Para Classificação Do Risco De Quedas Em Idosos. Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física 2012; 1(1): 1-6 <http://revistas.es.estacio.br/index.php/rbraf/article/view/123>

Blum L, Korner-Bitensky N. Usefulness of the Berg Balance Scale in stroke rehabilitation: a systematic review. Phys Ther. 88(5):559-66, 2008 <http://ptjournal.apta.org/content/88/5/559.long>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: É composto por atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito, avaliação das transferências: levantar, sentar, rodar em torno de si mesmo, transferência de carga para a frente e para os lados, apanhar um objeto do chão, entre outras, em diferentes situações de disposição da base de sustentação. Avalia o equilíbrio funcional com base no desempenho de 14 tarefas funcionais específicas de dificuldade variada: Posição sentada para posição em pé, Permanecer em pé sem apoio, Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho, Posição em pé para posição sentada, Transferências, Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados, Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos, Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé, Apanhar um objeto do chão a partir de uma posição em pé, Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé, Girar 360 graus, Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio, Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente, Permanecer em pé sobre uma perna. O score é baseado na habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente e engloba 3 dimensões: manutenção de posição, ajuste postural e movimentos voluntários.

O desempenho de cada tarefa é classificado através de uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem a pontuação de 0 a 4 em função do desempenho do utente, (0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos. Portanto, quanto maior for o score, menor é o risco de queda e maior o equilíbrio.

Pontuações finais que variam entre 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável, e entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio. (Blum&Komer - Bitensky, 2008).

Um valor de corte de 45 pontos é considerado preditor de queda, e um índice menor ou igual a 36 pontos está associado a 100% de risco de queda (Sousa e Ribeiro, 2012).

41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom

21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio

0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído

Para a realização da Escala de Equilíbrio de Berg são necessários equipamentos acessíveis, como seja, um relógio, uma régua, um banco e uma cadeira. O tempo de aplicação do teste é de aproximadamente 30 minutos.

CATHERINE BERGEGO SCALE

Título original: Catherine Bergego Scale

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: CBS

Autores: Azouvi, P., Marchal F., Samuel, C., Morin, L., Renard, C., Louis-Dreyfus, A., Jokic, C., Wiat, L., Pradat-diehl, P., Deloche, G., and Bergego, C.

Instituição: Não identificada

Ano: 2003

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Esquecimento unilateral](#)

Tradução para português: Não identificada

Validação para Portugal: Não identificada

Público-alvo: Doentes com lesões cerebrais do hemisfério direito.

Objetivos: Avaliar heminegligência e anosognosia.

Artigos/Livros de referência: Azouvi, P., Olivier, S., de Montety, G., Samuel, C., Louis-Dreyfus, A., & Tesio, L. (2003). Behavioral assessment of unilateral neglect: study of the psychometric properties of the Catherine Bergego Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(1), 51–57.
<http://doi.org/10.1053/apmr.2003.50062>

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999302048803>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: Composta por 10 itens de observação direta do doente em 10 situações. É aplicada ao doente e cuidador e compara-se a resposta.

0= sem neglect

1= Mild neglect

2= neglect moderado

3= Neglect severo

CLINICAL COPD QUESTIONNAIRE || QUESTIONÁRIO CLÍNICO PARA A DPOC

Título original: Clinical COPD Questionnaire

Título em Português: Questionário Clínico para a DPOC

Acrónimo: CCQ

Autores: Thys van der Molen

Instituição:

Ano: 2003

Acesso: Acesso livre

Foco(s) do padrão documental: [Ventilação; Expetorar; Limpeza das vias aéreas](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Sim

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial do instrumento: <http://www.ccq.nl/>

Van der Molen, T., Willemse, B. W. M., Schokker, S., ten Hacken, N. H. T., Postma, D. S., & Juniper, E. F. (2003). Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC156640/>

Silva, L. C. (2012). Validação do questionário clínico para a doença pulmonar obstrutiva crónica (CCQ) para a língua portuguesa. Retrieved from <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9271>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: doentes com DPOC

Objetivos: avaliar o estado de saúde de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: Está dividido em três domínios: sintomas (4 itens), estado funcional (4) e estado mental (2). As pessoas devem responder às questões do CCQ baseando-se na sua experiência nos últimos 7 dias numa escala do tipo likert que assume os seguintes valores: 0) nunca ou nada limitado/a, 1) quase nunca ou muito ligeiramente limitado/a, 2) algumas vezes ou ligeiramente limitado/a, 3) bastantes vezes ou moderadamente limitado/a, 4) muitas vezes ou muito limitado/a, 5) muitíssimas vezes ou extremamente limitado/a e 6) quase sempre ou totalmente limitado/a ou incapaz de as fazer.

O score total é calculado somando os 10 itens e dividindo o total por 10. É também possível calcular os scores de cada um dos três domínios. O score do CCQ (Molen, 1999) poderá assumir os valores 0 (muito bom estado de saúde); 1 e 2 (bom estado de saúde); 3 (Razoável estado de saúde); 4 e 5 (Mau estado de saúde) e 6 (estado de saúde extremamente mau).

COPD ASSESSMENT TEST || TESTE DE AVALIAÇÃO DA DPOC

Título original: COPD Assessment Test

Título em Português: Teste de Avaliação da DPOC

Acrónimo: CAT

Autores: GlaxoSmithKline

Ano: 2009

Acesso: Acesso livre para fins não comerciais

Foco(s) do padrão documental: [Ventilação](#); [Expetorar](#); [Limpeza das vias aéreas](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não identificada

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial do instrumento: <http://www.catestonline.org/>

Página da internet oficial da versão portuguesa: http://www.catestonline.org/english/index_Portugal.htm

Recomendação de organismos oficiais: Direção Geral da Saúde (Norma Número 028/2011 – Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282011-de-30092011-atualizada-a-10092013-png.aspx>

Público-alvo: Pessoas com DPOC.

Objetivos: Medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) está a ter no bem-estar e no quotidiano.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: O instrumento é dividido em 8 perguntas às quais é atribuída uma cotação de 0 a 5 ("Estou muito feliz" a "Estou muito triste"). A pontuação final do questionário vai de 0 a 40 pontos. Entre 0 e 10 pontos sugere-se um impacto baixo, entre 11 e 20 pontos sugere-se um impacto médio, entre 21 e 30 pontos sugere-se um impacto alto e entre os 31 e 40 sugere-se um impacto muito alto.

DYNAMOMETRY || DINAMOMETRIA

Título original: Dynamometry

Título em Português: Dinamometria

Acrónimo: Não se aplica

Autores: Não se aplica

Ano: Não se aplica

Acesso: Não se aplica

Foco(s) do padrão documental: [Movimento muscular](#); [Parésia](#)

Tradução para português: Não se aplica

Validação para Portugal: Não se aplica

Artigos/Livros de referência: Não identificados

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada

Público-alvo: Não específico.

Objetivos: Medir a quantidade de força que um determinado músculo ou grupo muscular consegue produzir.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: Os dinamómetros são dispositivos, digitais ou analógicos, que avaliam de forma objetiva a força muscular. Para esta avaliação existem diversos protocolos que dependem em primeira linha do equipamento utilizado. Em todos os protocolos de avaliação deve ter-se em conta as características e calibração do dispositivo, o posicionamento do corpo e da região a avaliar, a estabilização da posição e o estímulo verbal fornecido à pessoa. Alguns dinamómetros possuem valores de referência por

faixa etária e sexo, outros permitem apenas a comparação de medidas repetidas na mesma pessoa. Os dispositivos e protocolos devem ser escolhidos em função dos objetivos do avaliador. Em cada avaliação a pessoa pode fazer treino prévio se não está familiarizada com o dispositivo e será considerada o melhor resultado de 3 tentativas com intervalo de descanso entre elas.

FOOT AND ANKLE OUTCOME SCORE || INQUÉRITO AO PÉ & TORNOZELO

Título original: Foot and Ankle Outcome Score

Título em Português: Inquérito ao Pé & Tornozelo

Acrónimo: FAOS

IAPT

Autores: Roos EM, Brandsson S, Karlsson J

Ano: 2001

Acesso: Acesso Livre. Alguma informação é obtida mediante pedido aos autores

Foco(s) do padrão documental: [Rigidez articular; Pé equino](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Sim

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial do instrumento: <http://www.koos.nu/>

Versão original: <http://www.koos.nu/FAOSGuide2003.pdf>

Versão portuguesa: <http://www.koos.nu/FAOSPortugese.pdf>

Domingues, F., Esteves, J., & Pereira, J. P. (2008). Contributo para a adaptação e validação do instrumento de medida, Foot And Ankle Outcome Score (FAOS), para a realidade Portuguesa. Revista portuguesa de fisioterapia no desporto, 2(1), 23–32. Retrieved from <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/13066>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Pessoas com instabilidade lateral da articulação tibiotársica, tendinite do tendão de Aquiles e fascite plantar.

Objetivos: Medir a opinião dos pacientes sobre uma variedade de problemas ligados à funcionalidade do pé e tibiotársica.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: A FAOS é de autopreenchimento pelo paciente e consiste em 42 questões distribuídas em cinco subescalas: Dor, Outros Sintomas, Funcionalidade na vida diária, Funcionalidade no desporto e lazer, e Qualidade de Vida relacionada com o pé e tibiotársica. São apresentadas opções estandardizadas de resposta e cada questão tem uma pontuação de 0 a 4. É calculada

uma pontuação normalizada (100 indicando ausência de sintomas e 0 indicando sintomas extremos) para cada subescala. No final obtém-se um score total através do somatório das pontuações de cada subescala.

A FAOS apresenta como mais-valias o facto de ser uma escala de avaliação simples, de aplicação relativamente rápida (cerca de 10 minutos) e eficaz sem necessidade de 1 observador, os dados são de fácil análise estatística e interpretação, contando para isso o apoio dado pela disponibilização on-line, no site www.koos.nu, de uma folha de cálculo no programa EXCEL, com as devidas fórmulas de cálculo já introduzidas, ou então, através da ficha de pontuação manual da FAOS disponível no guia de utilização da FAOS (para obter a versão traduzida do guia de utilização da FAOS, deverá contactar via e-mail para filipe_afonso_d@hotmail.com).

FULLERTON ADVANCED BALANCE SCALE || ESCALA AVANÇADA DE EQUILÍBRIO DE FULLERTON

Título original: Fullerton Advanced Balance Scale

Título em Português: Escala avançada de Equilíbrio de Fullerton

Acrónimo: Não identificado

Autores: Rose DJ; Lucchese N; Wiersma LD

Ano: 2006

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Andar](#); [Andar com auxiliar de marcha](#); [Equilíbrio Corporal](#); [Pôr-se de pé](#); [Transferir-se](#); [Posicionar-se](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não identificada

Artigos/Livros de referência: Rose DJ, Lucchese N, Wiersma LD. . (2006). Development of a multidimensional balance scale for use with functionally independent older adults. Arch Phys Med Rehabil, 87(11), 1478–1485 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999306008689>

Hernandez, D. and Rose, D. J. (2008). "Predicting which older adults will or will not fall using the Fullerton Advanced Balance scale." Archives of Physical Medicine & Rehabilitation 89(12): 2309-2315

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999308008320>

Baptista F., Sardinha L. (2005). Avaliação de aptidão física e do equilíbrio de pessoas idosas: Baterias de Fullerton. Faculdade de Motricidade Humana. ISBN: 972 735 123 9

http://www.fmh.utl.pt/loja/index.php?main_page=product_info&products_id=206

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Pessoas idosas.

Objetivos: Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico em idosos.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: Esta é uma medida baseada no desempenho que de forma abrangente aborda as múltiplas dimensões do equilíbrio, através de atividades de equilíbrio estático e dinâmico, realizadas em diferentes ambientes sensoriais. e é considerada como sendo útil para triagem e identificação de mudanças subtis na equilibrar capacidades, que atuam como precursor de um aumento probabilidade de queda.

A escala é composta por 10 testes individuais: (1) Permanecer em pé olhos fechados com os pés juntos; (2) Alcançar um objeto no plano frontal; (3) Efetuar uma trajetória circular de 360° sobre um apoio; (4) Transpor um banco com 15cm de altura; (5) Dar 10 passos em linha reta; (6) Equilíbrio sobre um apoio; (7) Permanecer de olhos fechados e a pés juntos numa superfície de espuma; (8) Saltar a dois pés; (9) Marcha com rotação simultânea da cabeça e (10) Controlo da reação postural.

A performance em cada um dos testes individuais é pontuada utilizando um escala ordinal de 5 pontos em que o 0 corresponde a incapaz de realizar o teste e 4 a capaz de realizar o teste dentro do tempo e com as especificações exigidas. A pontuação máxima de 40 pontos possíveis representa um equilíbrio ideal e pontuações mais baixas significa menor equilíbrio e maior probabilidade de cair.

O ponto de corte de 25 em 40 na escala FAB é um preditor importante de quedas recorrentes e a probabilidade de queda aumenta 8% a cada redução de 1 ponto na escala.

FUNCTIONAL AMBULATION CATEGORIES || CATEGORIAS FUNCIONAIS DE MARCHA

Título original: Functional Ambulation Categories

Título em Português: Categorias Funcionais de Marcha

Acrónimo: FAC

Autores: Massachusetts General Hospital

Ano: 1986

Acesso: Consultar autores da tradução e validação para Portugal

Foco(s) do padrão documental: [Andar](#); [Andar com auxiliar de marcha](#); [Equilíbrio Corporal](#); [Pôr-se de pé](#); [Transferir-se](#); [Posicionar-se](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Sim

Artigos/Livros de referência: Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical Therapy*, 66(10), 1530–9. <http://ptjournal.apta.org/content/66/10/1530.long>

Santos C. Adaptação cultural e linguística dos instrumentos de medida: Funcional Ambulation Categories e Hauser Ambulation Index. [Monografia]. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; 2000. <http://rimas.uc.pt/instrumentos/22/>

Resende JA. Contributo para o processo de validação intercultural dos instrumentos de medida: Funcional Ambulation Categories e Hauser Ambulation Index. [Monografia]. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; 2001. <http://rimas.uc.pt/instrumentos/22/>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Qualquer doença, perturbação ou lesão que afete a funcionalidade do membro inferior, principalmente em condições neurológicas.

Objetivos: Promover a categorização detalhada do suporte físico necessário para pacientes que exercem marcha.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: 6 itens, com categorias pontuadas de 0 (não funcional–incapaz) a 5 (autónomo).

FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE || MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Título original: *Functional Independence Measure*

Título em Português: Medida de Independência Funcional

Acrónimo: FIM

MIF

Autores: Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc

Ano: 1986

Acesso: Não livre, custo depende da finalidade da utilização

Foco(s) do padrão documental: [Andar](#); [Andar com auxiliar de marcha](#); [Equilíbrio Corporal](#); [Pôr-se de pé](#); [Transferir-se](#); [Posicionar-se](#); [Autocontrolo: Continência intestinal](#); [Autocontrolo: Continência urinária](#); [Autocuidados: Arranjar-se](#); [Beber](#); [Comer](#); [Higiene](#); [Ir ao Sanitário](#); [Vestuário](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não identificado

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial:
http://www.udsmr.org/WebModules/FIM/Fim_About.aspx

Granger, C. V., Hamilton, B. B., et al. (1986). "Advances in functional assessment for medical rehabilitation." Topics in Geriatric Rehabilitation 1(3): 59-74.
http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx

Norma da Direção-Geral de Saúde Nº 054/2011 – Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Link para a versão portuguesa: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/541/1/Guia%20SUDRM.pdf>

Beninato, M., Gill-Body, K. M., et al. (2006). "Determination of the minimal clinically important difference in the FIM instrument in patients with stroke." Arch Phys Med Rehabil 87(1): 32-39. [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(05\)01273-6/abstract](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(05)01273-6/abstract)

Recomendação de organismos oficiais: Direção Geral da Saúde, Norma Nº 054/2011 de 27/12/2011 – Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Público-alvo: Não específico.

Objetivos: Diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos avaliando o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Monitorizar a evolução da pessoa durante os programas de reabilitação.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: A Medida de Independência Funcional (MIF) foi desenvolvida tendo como referência a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens publicada pela Organização Mundial da Saúde em 1980.

Trata-se de um instrumento de avaliação constituído por 18 itens dos quais 6 se referem ao Autocuidado (Alimentação; Higiene Pessoal; Banho; Vestir metade superior do corpo; Vestir metade inferior do corpo; Utilização do sanitário), 2 ao Controlo de esfíncteres (Controle de urina; Controle das fezes), 3 a Mobilidade/Transferências (Leito, cadeira, cadeira de rodas; Sanitário; Banheira, chuveiro), 2 a Locomoção (Marcha/cadeira de rodas; Escadas), 2 a Comunicação (Compreensão; Expressão) e 3 a Cognição Social (Interação social; Resolução de problemas; Memória).

A pontuação é efetuada atribuindo pontos de acordo com o grau de dependência: 7 corresponde a independência completa, 6 a independência modificada, 5 à necessidade de supervisão durante a realização da tarefa, 4 a ajuda mínima, ou seja o doente realiza mais de 75% da tarefa, 3 a ajuda moderada, sendo que o doente realiza mais de 50% da tarefa, 2 a ajuda máxima, em que o doente realiza mais de 25% da tarefa, 1 a ajuda total, ou seja o doente tem que ser substituído em toda a tarefa.

No total dos 18 itens avaliados podem ser identificadas duas sub-escalas:

- Motora - agrega 13 itens referentes a Auto cuidados, Controle dos esfíncteres, Mobilidade/Transferência e Locomoção.
- Cognitiva - agrega 5 itens referentes a Comunicação e Cognição social.

O total máximo é de 126 pontos e indica independência total e o mínimo é de 18 pontos e designa dependência total e podem ser identificados 4 pontos de corte:

18 pontos (dependência completa);

19 – 60 pontos (dependência modificada com assistência até 50% da tarefa);

61 – 103 pontos (dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa);

104 – 126 pontos (independência completa).

Mínima diferença clinicamente importante validada para o AVC:

Pontuação Total = FIM 22 pontos

FIM Subescala Motora = 17 pontos

FIM Subescala cognitiva = 3 pontos

GLOBAL MEASURE OF SEXUAL SATISFACTION

Título original: *Global Measure of Sexual Satisfaction*

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: GMSEX

Autores: Lawrance, K.-A., & Byers, E. S.

Ano: 1995

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Interação Sexual](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Sim

Artigos/Livros de referência: Lawrance, K.-A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x/abstract>

Pascoal, Patrícia Monteiro, Narciso, Isabel de Santa Bárbara, Pereira, Nuno Monteiro, & Ferreira, Ana Sousa. (2013). Processo de validação da Global Measure of Sexual Satisfaction em três amostras da população portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 691-700. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000400009> http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000400009

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Pessoas de ambos os sexos.

Objetivos: Avaliar a satisfação sexual global no contexto de uma relação íntima.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: A Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX) avalia a satisfação sexual global. Os inquiridos classificam a sua vida sexual em cinco dimensões através de uma escala de likert de 7 pontos: bom-mau, agradável-desagradável, positivo-negativo, satisfazendo-insatisfatória, valioso-inútil. As classificações são somadas e variam de 5 a 35. Scores mais altos indicam maior satisfação sexual.

GONIOMETRY || GONIOMETRIA

Título original: *Gonomioetry*

Título em Português: Goniometria

Acrónimo: Não se aplica

Autores: Não se aplica

Ano: Não se aplica

Acesso: Não se aplica

Foco(s) do padrão documental: [Rigidez articular](#); [Pé equino](#)

Tradução para português: Não se aplica

Validação para Portugal: Não se aplica

Artigos/Livros de referência: Marques, A. P. (2003) Manual de Goniometria – Revisada e ampliada. 2a. ed. São Paulo: Manole

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Não específico.

Objetivos: Avaliar a amplitude articular.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: O Goniómetro universal é o instrumento de medida para avaliar a amplitude articular. Todos os goniómetros têm uma estrutura comum: um corpo com uma escala em graus, que pode ser de 0-360 ou 0-180 e dois braços, um móvel e outro fixo. O tamanho do goniómetro depende da articulação a avaliar. A precisão da medida é influenciada pela adequação do goniómetro à articulação a avaliar (braços mais longos para articulações formadas por ossos mais longos), pelas características específicas das diferentes articulações a medir, pelo procedimento/protocolo a utilizar, pela patologia articular em causa (com dor presente a limitação articular pode ser devida quer à dor quer à alteração fisiopatológica que lhe dá origem) e pela utilização de movimento passivo ou ativo durante a avaliação.

É importante seguir um protocolo de avaliação pré definido e que contemple os seguintes aspetos: Movimento da articulação, posição, estabilização da articulação, eixo e posicionamento dos braços fixo e móvel. O registo deve ser realizado referindo o movimento articular, a articulação e a amplitude em graus.

A leitura do resultado faz-se quer por comparação aos valores fisiológicos de referência para o movimento e articulação quer por comparação entre várias avaliações na mesma pessoa (ex: baseline e após implementação de medidas terapêuticas).

GUGGING SWALLOWING SCREEN

Título original: *Gugging Swallowing Screen*

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: GUSS

Autores: Michaela Trapl; Paul Enderle; Monika Nowotny; Yvonne Teuschl; Karl Matz; Alexandra Dachenhausen; Michael Brainin

Ano: 2007

Acesso: Acesso livre

Foco(s) do padrão documental: [Deglutição](#)

Tradução para português: Não identificada

Validação para Portugal: Não identificada

Artigos/Livros de referência: Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 38(11), 2948–2952. <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
<http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2948.full>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Pessoas com AVC, mas pode ser aplicado em vários contextos.

Objetivos: Avaliação da deglutição/despiste de disfagia e fornece indicações sobre a dieta recomendada.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados:

Inicialmente uma avaliação indireta da deglutição:

- Estado de consciência
- Tosse
- Deglutição de saliva.

Cada um deste aspetos é cotado. Se a pontuação for entre 1 e 4 não avançar para a avaliação direta sem obter mais dados. Se for de 5 iniciar a avaliação direta.

Avaliação direta:

Primeiro avaliação com semi-sólidos (consistência de pudim):

- Água destilada com espessante (consistência pudim) e fornecer 1/2 ou 1/3 de colher a avaliar sinais de aspiração. Se tudo bem, repetir este procedimento 5 vezes.

Depois avaliação com líquidos: 3, 5, 10, 20 e no final 50 ml de água, avaliando a cada toma se existem sinais de aspiração.

No final, avaliação com sólidos (pão seco): Pedaco de pão seco, repetindo 5 vezes.

HOUSE-BRACKMANN SCORE || ESCALA DE HOUSE-BRACKMANN

Título original: House-Brackmann Score

Título em Português: Escala de House-Brackmann

Acrónimo: HB

Autores: House JW; Brackmann DE"

Ano: 1985

Acesso: Acesso livre

Foco(s) do padrão documental: [Movimento muscular](#); [Parésia](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não identificada

Artigos/Livros de referência: House, J. W., & Brackmann, D. E. (1985). Facial nerve grading system. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 93(2), 146–147. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3921901>

Correia, T., Sampaio, M. J., Almeida, R., & Garrido, C. (2010). Paralisia Facial Periférica - Diagnóstico, Tratamento e Orientação. *Nascer E Crescer*, 19 (3), 155–160. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300005

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Pessoas com paralisia facial.

Objetivos: Determinar o nível de lesão nervosa numa paralisia facial; Avaliar a face em repouso (simetria e tónus) e em movimento.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: A escala varia entre I (normal - simetria em repouso e função normal em movimento) e VI (Paralisia total - assimetria em repouso e nenhum movimento). O avaliador observa a face em repouso para avaliar.

a simetria e o tónus muscular. Em seguida é pedido à pessoa que execute os seguintes movimentos: franzir a testa e elevar as sobrancelhas, fechar os olhos normalmente e com força máxima, enrugar o nariz, sorrir, mostrar os dentes e assobiar. Em cada um destes é observada a capacidade de o realizar bem como as diferenças entre lado esquerdo e direito o que corresponde a diferentes graus da escala.

INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE – SHORT FORM

Título original: International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: ICIQ-SF

Autores: Avery K, Donovan J, Abrams P

Instituição: Não identificada

Ano: 2001

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Autocontrolo: Continência urinária](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Sim

Público-alvo: Pessoas com incontinência urinária.

Objetivos: Avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e quantificar e qualificar a perda urinária.

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial do instrumento: <http://www.iciq.net/>

Avery K, Donovan J, Abrams P. Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). Abstract nº 86 of the International Continence Society 31st annual meeting. Seoul, Korea. *Neurourol Urodynamics* 2001;20:510-1.

Tamanini, José et al (2004) Validação para o português do “*International Consultation on Incontinence Questionnaire -Short Form*” (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):438-44
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300015

Associação Portuguesa de Urologia: <http://www.apurologia.pt/guidelines/Incont-Urinaria.pdf>

Recomendação de organismos oficiais: European Association of Urology – Pocket Guidelines (<http://www.apurologia.pt/guidelines/Incont-Urinaria.pdf>).

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: O ICIQ-SF é um questionário simples, breve e auto-administrável que permite avaliar rapidamente o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e qualificar a perda urinária de pessoas de ambos os sexos.

O ICIQ-SF é composto de quatro questões que avaliam a frequência, a quantidade e o impacto da incontinência urinária, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados com as causas ou com episódios vivenciados.

É solicitado à pessoa que responda às questões reportando-se ao ocorrido nas últimas quatro semanas.

O score é obtido através da soma da pontuação em cada pergunta e quanto maior o valor maior é a severidade da incontinência. Para a obtenção do score total não são considerados os itens de autodiagnóstico.

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS SCALE

Título original: *Karnofsky Performance Status Scale*

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: Não identificado

Autores: Karnofsky DA, Burchenal JH

Ano: 1949

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Autocuidados](#); [Arranjar-se](#); [Beber](#); [Comer](#); [Higiene](#); [Ir ao Sanitário](#); [Vestuário](#)

Tradução para português: Não identificada

Validação para Portugal: Não identificada

Artigos/Livros de referência: Karnofsky DA, Burchenal JH: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In Evaluation of chemotherapeutic agents. Edited by MacLeod CM. New York: Columbia University Press; 1949:191–205.

Schag, C. C., Heinrich, R. L., & Ganz, P. A. (1984). Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 2(3), 187–193. <http://jco.ascopubs.org/content/2/3/187.long>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Pessoas com doenças terminais.

Objetivos: Descrever o estado funcional das pessoas.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: A escala completa é composta por 11 pontos relativos a valores percentuais que variam de 100% (sem evidência de doença, sem sintomas) a 0% (morte).

KATZ INDEX OF INDEPENDENCE IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING || ÍNDICE DE KATZ

Título original: *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living*

Título em Português: Índice de Katz

Acrónimo: Não identificado

Autores: Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W.

Ano: 1963

Acesso: Acesso livre

Foco(s) do padrão documental: [Autocuidados](#); [Arranjar-se](#); [Beber](#); [Comer](#); [Higiene](#); [Ir ao Sanitário](#); [Vestuário](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Sim

Artigos/Livros de referência: Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185, 914–919. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=666768>

Brito, M. L. da S. (2000). A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Universidade do Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10216/9933>

Recomendação de organismos oficiais: Direção Geral da Saúde Norma N° 054/2011 de 27/12/2011 – Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI):

http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Público-alvo: Pessoas idosas e pessoas com patologias crónicas.

Objetivos: Avaliar a independência nas atividades de vida diária.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: Escala que permite avaliar a Autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas por Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; Controlo de Esfíncteres e Alimentação.

As ABVD são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação. A informação pode ser obtida através da observação direta do idoso e/ou do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde. Para cada ABVD o idoso é classificado como Dependente (0) ou Independente (1). Se o idoso recusa, ou não está habituado a fazer determinada ABVD, classifica-se como Dependente nessa atividade.

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que o idoso é independente.

Classificação:

- Dependência total – 0
- Dependência grave – 1-2
- Dependência moderada – 3-4
- Dependência ligeira – 5
- Dependência total – 6

LAWTON-BRODY INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE || ESCALA DE LAWTON & BRODY

Título original: *Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale*

Título em Português: Escala de Lawton & Brody

Acrónimo: Não identificado

Autores: Lawton, M. P. & Brody, M. H.

Ano: 1969

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Autocuidados](#); [Arranjar-se](#); [Beber](#); [Comer](#); [Higiene](#); [Ir ao Sanitário](#); [Vestuário](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Sim

Artigos/Livros de referência: Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186. http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/9/3_Part_1/179.extract

Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 3 Série, 8 (4), 199-204. <http://goo.gl/qkk2Sa>

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de *Lawton&Brody* numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA. https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=83826&pi_pub_r1_id=

Instrumento em Português: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Recomendação de organismos oficiais: Direção Geral da Saúde Norma Nº 053/2011 de 27/12/2011 Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0532011-de-27122011-jpg.aspx>

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI): http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Público-alvo: Pessoas idosas.

Objetivos: Avaliar o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais de vida diária.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados:

Permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Atividades Instrumentais de Vida Diária: Utilização do telefone, Realização de compras, Preparação das refeições, Tarefas domésticas, Lavagem da roupa, Utilização de meios de transporte, Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros. A informação pode ser obtida através do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores.

Existem 3 versões da Escala com 3 diferentes pontuações e interpretações. Na versão original, *Lawton&Brody* (1969) cada AIVD é classificada com pontuação para 0 para Dependente e 1 para Independente, obtendo-se, assim, uma pontuação máxima de 8 pontos. Estão definidos os seguintes pontos de corte: 0-1 Dependência total, 2-3 Dependência grave, 4-5 Dependência moderada, 6-7 Dependência ligeira e 8 Independente. Por se constatar que algumas pessoas não realizam algumas das AIVD, nomeadamente a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa tradicionalmente mais associadas ao sexo feminino, foi definida uma pontuação não as contemplando. Assim, obtém-se uma pontuação máxima de 5 pontos e os seguintes pontos de corte: 0 Dependência total, 1 Dependência grave, 2-3 Dependência moderada, 4 Dependência ligeira e 5 Independente.

Na versão de Azeredo & Matos 2003 é proposta mais uma categoria de avaliação: 0 Sem ou grave perda da autonomia, 1 Necessita de alguma ajuda e 2 Autónomo ou com ligeira perda de autonomia. Neste caso a pontuação máxima é de 16 pontos. Os pontos de corte definidos são: 0-5 dependência grave ou total; 6-11 moderada dependência; 12-16 ligeira dependência ou independente.

Na terceira versão (Sequeira, 2007) cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5 em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O Índice varia entre 8 e 30 pontos de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 pontos – Independente; 9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; >20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

LONDON CHEST ACTIVITY OF DAILY LIVING SCALE || ESCALA LONDON CHEST ACTIVITY OF DAILY LIVING

Título original: *London Chest Activity of Daily Living Scale*

Título em Português: Escala London Chest Activity of Daily Living

Acrónimo: LCADL

Autores: R. Garrod; J.C. Bestall; E. A. Paul; J. A. Wedzicha; P. W. Jones

Ano: 2000

Acesso: Acesso livre

Foco(s) do padrão documental: [Ventilação](#); [Expetorar](#); [Limpeza das vias aéreas](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não identificada

Artigos/Livros de referência:

Garrod, R., Bestall, J. C., Paul, E. A., Wedzicha, J. A., & Jones, P. W. (2000). Development and validation of a standardized measure of activity of daily living in patients with severe COPD: the London Chest Activity of Daily Living scale (LCADL). *Respiratory Medicine*, 94(6), 589–596.
<http://doi.org/10.1053/rmed.2000.0786><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611100907868>

Recomendação de organismos oficiais: Direção-Geral da Saúde, Circular Informativa nº 40A/DSPCD de 27/10/2009 – Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009-pdf.aspx>

Público-alvo: Pessoa com DPOC.

Objetivos: Avaliar especificamente a limitação presente na realização das AVD devido à presença da dispneia em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Avaliar se há actividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quão sem ar fica ao fazer as coisas que ainda pode fazer.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: Constituída por 15 itens, divididos em 4 domínios: cuidado pessoal, cuidado doméstico, lazer e atividade física.

Solicita-se à pessoa que leia o questionário cuidadosamente e escreva o número correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias atividades descritas. Ou seja, que expresse, através do número correspondente, o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto realiza as atividades. Os números e respetivas categorias são os seguintes:

0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade)

1 – Eu não fico com falta de ar (Se a atividade é fácil para si)

2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar)

3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a atividade lhe causa muita falta de ar)

4- Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

A cada um dos itens (atividades) é atribuída uma pontuação de 0 a 5. A soma de todos os itens poderá ir de 0 (nenhuma limitação nas AVD) a 75 (máxima limitação nas AVD). Poderá obter-se um score global ou parcial de cada domínio

MEDICAL RESEARCH COUNCIL MUSCLE SCALE

Título original: *Medical Research Council Muscle Scale*

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: MRC

Autores: Medical Research Council

Ano: 1943

Acesso: Acesso livre

Foco(s) do padrão documental: [Movimento muscular](#); [Parésia](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não se aplica

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial: <https://www.mrc.ac.uk/research/facilities-and-resources-for-researchers/mrc-scales/mrc-muscle-scale/>

Medical Research Council. (1943). Aids to the Investigation of Peripheral Nerve Injuries (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. Retrieved from <https://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Não específico.

Objetivos: Avaliar a força muscular.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: A escala de força muscular gradua os níveis de força entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e 5 (força normal). Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa.

MODIFIED ASHWORTH SCALE || ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA

Título original: *Modified Ashworth Scale*

Título em Português: Escala de Ashworth Modificada

Acrônimo: MAS

Autores: Bohannon, Richard W, Smith, Melissa B.

Ano: 1987

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Espasticidade](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não se aplica

Público-alvo: Não específico

Objetivos: Avaliação do tônus/espasticidade.

Artigos/Livros de referência: Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67 (2), 206–207.
<http://ptjournal.apta.org/content/67/2/206.long>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: Alguns artigos referem este instrumento como o Gold Standard na avaliação da espasticidade/tônus. Efetua-se mobilização passiva dos membros e avalia-se a resistência.

MODIFIED BORG DYSPNEA SCALE || ESCALA DE BORG MODIFICADA – AVALIAÇÃO DA DISPNEIA

Título original: *Modified Borg Dyspnea Scale*

Título em Português: Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia

Acrónimo: Não identificado

Autores: Gunnar Borg

Ano: 1982

Acesso: Acesso Livre mediante consulta de condições na página oficial

Foco(s) do padrão documental: [Intolerância à atividade](#); [Ventilação](#); [Expetorar](#); [Limpeza das vias aéreas](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não se aplica

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial do instrumento: <http://www.borgperception.se/>

Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14 (5), 377–381. <http://journals.lww.com/acsm-msse/pages/articleviewer.aspx?year=1982&issue=05000&article=00012&type=abstract>

Recomendação de organismos oficiais: Direção-Geral da Saúde, Circular Informativa nº 40A/DSPCD de 27/10/2009 – Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009-pdf.aspx>

Público-alvo: Pessoas com patologia respiratória.

Objetivos: Avaliar em tempo real o grau de dispneia percebida; Permite determinar limites seguros para o treino/atividades.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: Trata-se de uma escala de 10 pontos onde a intensidade da sensação de dispneia é graduada por meio de números aos quais é associada uma descrição sobre a intensidade da mesma, que vai desde 0 "nenhuma falta de ar" até 10 "falta de ar máxima". À pessoa é pedido que indique o número e descrição que corresponde à sensação de dispneia num determinado momento ou tarefa.

MODIFIED BORG SCALE (RATING OF PERCEIVED EXERTION) || ESCALA DE BORG MODIFICADA- AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO SUBJETIVA DE ESFORÇO

Título original: *Modified Borg Scale (Rating of Perceived Exertion)*

Título em Português: Escala de Borg Modificada – Avaliação da Percepção Subjetiva de Esforço

Acrónimo: Borg RPE

Autores: Gunnar Borg

Ano: 1982

Acesso: Acesso Livre mediante consulta de condições na página oficial

Foco(s) do padrão documental: [Intolerância à atividade](#);

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não se aplica

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial do instrumento: <http://www.borgperception.se/>

Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14 (5), 377–381. <http://journals.lww.com/acsm-msse/pages/articleviewer.aspx?year=1982&issue=05000&article=00012&type=abstract>

Recomendação de organismos oficiais: American Thoracic Society (ATS)

Público-alvo: Não específico.

Objetivos: Avaliar em tempo real o grau de esforço percebido; Permite determinar limites seguros para o treino/atividades.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: Trata-se de uma escala de 10 pontos onde a intensidade da sensação de esforço é graduada por meio de números aos quais é associada uma descrição sobre a intensidade do mesmo, que vai desde 0 "muito muito leve " até 10 "muito muito forte". À pessoa é pedido que indique o número e descrição que corresponde à sensação de esforço percebido num determinado momento ou tarefa.

MODIFIED MEDICAL RESEARCH COUNCIL DYSPNEA SCALE || QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE DISPNEIA

Título original: *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale*

Título em Português: Questionário para Avaliação do Grau de Dispneia

Acrónimo: mMRC

Autores: Medical Research Council

Ano: 1960

Acesso: Acesso livre

Foco(s) do padrão documental: [Ventilação](#); [Expetorar](#); [Limpeza das vias aéreas](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não se aplica

Artigos/Livros de referência: Kovelis D, Segretti NO, Probst VS, Lareau SC, Brunetto AF, Pitta F. Validação do Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire e da escala do Medical Research Council para o uso em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica no Brasil (Validation of the Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire and the Medical Research Council scale for use in Brazil patients with chronic obstructive pulmonary disease). J Bras Pneumol. 2008;34(12):1008-18. Portuguese <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n12/v34n12a05.pdf>

Recomendação de organismos oficiais: Norma da Direção Geral de Saúde nº 028/2011 atualizada a 10/09/2013 - Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282011-de-30092011-atualizada-a-10092013-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde, Circular Informativa nº 40A/DSPCD de 27/10/2009 - Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009-pdf.aspx>

Público-alvo: Pessoas com DPOC.

Objetivos: Avaliar o impacto da dispneia nas AVD; Avaliar o efeito de intervenções (farmacológicas ou de reabilitação); Predizer sobrevivência.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: O mMRC é simples de administrar e consiste em cinco questões que permitem que a pessoa indique a forma como a dispneia que sente afeta as suas AVD.

Estas cinco questões estão organizadas gradativamente por níveis de menor (Grau 0) para maior gravidade (Grau 4)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT

Título original: *Montreal Cognitive Assessment*

Título em Português: Não se aplica

Acrónimo: MoCA

Autores: Z. Nasreddine, N. Phillips, H. Chertkow

Ano: 2005

Acesso: Não é necessário permissão para o uso clínico. Necessário solicitar autorização se utilizado em investigação.

Foco(s) do padrão documental: [Comunicação](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Sim

Público-alvo: Validado para pessoas entre os 55-85 anos de idade. Doença de Alzheimer; Doença de Parkinson; Doença dos corpos de Lewy; Demência Frontotemporal; Esclerose Múltipla; Tumores Cerebrais; Demência vascular; Doença de Huntington; Esquizofrenia; Traumatismo cranioencefálico

Objetivos: Concebido como um instrumento de rastreio da disfunção cognitiva ligeira.

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial do instrumento: <http://www.mocatest.org/>

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x/abstract>

Página da internet oficial do instrumento em português: http://www.uc.pt/en/fpce/research/CINEICC/digital_library/Montreal_Cognitive_Assessment

Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989–996. <http://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374><http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13803395.2011.589374>

Recomendação de organismos oficiais: Canadian Consensus Conference for Diagnosis and Treatment of Dementia Guidelines for Alzheimer's disease desde 2007 e NIH and Canadian Stroke Consortium for Vascular Cognitive Impairment desde 2006.

Direção Geral da Saúde, Norma N° 053/2011 de 27/12/2011 – Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0532011-de-27122011-jpg.aspx>

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: O tempo de administração é de aproximadamente 10 a 15 minutos. A pontuação máxima é de 30 (pontos).

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) foi concebido como um instrumento de rastreio breve da disfunção cognitiva ligeira. Este instrumento avalia diferentes domínios cognitivos: função executiva; capacidade visuo-espacial; memória; atenção, concentração e memória de trabalho; linguagem; e orientação temporal e espacial. O tempo de administração é de aproximadamente 10 a 15 minutos. A pontuação máxima é de 30 (pontos).

MOTOR ACTIVITY LOG

Título original: *Motor Activity Log*

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: MAL

Autores: Taub, E., Miller, N. E., Novack, T. A., Cook, E. W., Fleming, W. C., Nepomuceno, C. S., Connell, J. S., & Crago, J. E.

Ano: 1993

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Movimento muscular](#); [Parésia](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Sim

Artigos/Livros de referência: Taub, E., Miller, N. E., Novack, T. A., Cook, E. W. 3rd, Fleming, W. C., Nepomuceno, C. S., Crago, J. E. (1993). Technique to improve chronic motor deficit after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74(4), 347–354.

Manual original de utilização do Instrumento:
https://www.uab.edu/citherapy/images/pdf_files/CIT_Training_MAL_manual.pdf

Diz, E. (2012). Avaliação da quantidade e qualidade do uso do membro superior parético em contexto domiciliar em indivíduos vítimas de AVC através da escala motor activity log. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Retrieved from <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7701>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Pessoas com parésia do membro superior.

Objetivos: Avaliar a habilidade motora do membro superior parético.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: A versão original é constituída por 14 itens (MAL-14) que abordam o uso do membro superior parético nas AVD. Posteriormente, para possibilitar a avaliação de doentes com grande comprometimento do membro superior parético, foi desenvolvida uma versão com 30 itens (MAL-30), substituindo 4 itens da MAL-14 e acrescentando 16 itens, também eles relacionados com as AVD. Ambas as versões devem ser aplicadas sob a forma de entrevista podendo esta ser realizada com o doente ou com o seu cuidador. Englobam 2 (duas) subescalas ordinais para a graduação das atividades com

6 (seis) pontos em cada: uma relacionada com a quantidade de uso (QT) e outra com a qualidade do uso (QL). Considerando a escala QT, a sua pontuação varia de 0 “não usa o braço mais fraco” a 5 “usa o braço mais fraco tanto como antes do AVC”. Para a QL, a pontuação varia de 0 “o braço mais fraco não foi usado para essa atividade” a 5 “a capacidade para usar o braço mais fraco para essa tarefa foi tão boa como antes do AVC”. A pontuação total é obtida através do cálculo da média para cada uma das subescalas. Quanto maior a média obtida nas subescalas melhor a quantidade e qualidade do uso do braço parético na realização das AVD. Uma grande vantagem da MAL é que, na situação em que alguma atividade não se aplica ao doente, o item pode ser “eliminado” e o cálculo da média pode ser feito considerando os itens restantes.

NOTTINGHAM SENSORY ASSESSMENT

Título original: *Nottingham Sensory Assessment*

Título em Português: Avaliação Sensorial de Nottingham

Acrônimo: NSA

Autores: Lincoln NB, Jackson JM, Adams SA

Ano: 1998

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Défice Sensorial](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não identificada

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial do instrumento:
<https://www.nottingham.ac.uk/medicine/about/rehabilitationageing/publishedassessments.aspx>

Stolk-Hornsveld, F., Crow, J. L., Hendriks, E. P., van der Baan, R., & Harmeling-van der Wel, B. C. (2006). The Erasmus MC modifications to the (revised) Nottingham Sensory Assessment: a reliable somatosensory assessment measure for patients with intracranial disorders. *Clinical Rehabilitation*, 20(2), 160–172.
<http://cre.sagepub.com/content/20/2/160.long>

Lincoln, N., Jackson, J., et al. (1998). Reliability and revision of the Nottingham Sensory Assessment for stroke patients. *Physiotherapy* 84(8): 358-365. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003194060561454X>

Lincoln NB, Crow JL, Jackson JM, Waters GR, Adams SA, Hodgson P (1991) The unreliability of sensory assessments. *Clin Rehabil* 5:273–282. doi: 10.1177/026921559100500403
<http://cre.sagepub.com/content/5/4/273.abstract>

Lima, Daniela H. F., Queiroz, Ana P., Salvo, Geovana De, Yoneyama, Simone M., Oberg, Telma D., & Lima, Núbia M. F. V.. (2010). Versão Brasileira da Avaliação Sensorial de Nottingham: validade, concordância e confiabilidade. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 14 (2), 166-174.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000200012

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Pessoas com hemiplegia ou/ hemiparesia.

Objetivos: Identificar os défices sensoriais pós-AVC e monitorizar a sua recuperação

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: A pessoa deve ser avaliada numa zona tranquila e sem distrações e deve vestir roupa leve que permita acesso fácil aos membros (ex: calção, *t-shirt* e sem meias). Os testes são realizados com os olhos vendados mas antes cada teste é descrito e demonstrado o que permite que a venda seja removida regularmente evitando desorientação.

Em cada teste a ordem de aplicação do estímulo e a área corporal são aleatórios e cada área deve ser testada 3 vezes. A pessoa deve indicar verbalmente ou por gestos (indicando o local) sempre que sentir a aplicação do estímulo. A presença de resposta reflexa não pontua mas deve ser anotada.

A ASN identifica os défices sensoriais na face, tronco, ombro, cotovelo, punho, mão, joelho, tornozelo e pé. É constituída por 20 itens divididos por quatro subescalas: sensação tátil, proprioção, estereognosia e discriminação entre dois pontos.

Cada item da subescala sensação tátil (toque leve, pressão, picada, temperatura, localização tátil nos dois hemisférios e toque bilateral simultâneo) pode ser pontuado de 0 (anestesia tátil) a 2 (sensação tátil normal). A localização tátil em ambos os hemisférios e o toque bilateral só são testados se nos testes toque leve e pressão a pessoa pontuar 2, nesse caso pontua 9 (impossível realizar o teste). A pontuação total para o hemisfério não afetado varia de 0 a 90 e para o afetado de 0 a 108.

Para a subescala proprioção, o avaliador suporta o membro afetado e executa movimentos, à pessoa é solicitado que os replique com o membro sã. O membro superior deve ser avaliado com a pessoa sentada e para o membro inferior em decúbito dorsal. Avalia-se a execução do movimento, direção e a posição articular de segmentos. Cada item é pontuado de 0 (ausente) a 3 (normal ou posição articular $<10^\circ$), com pontuação total que varia de 0 a 21. Os segmentos face, tronco e pé não são avaliados. Pontua 9 se não é possível realizar o teste.

A subescala estereognosia afere o reconhecimento de 11 objetos pela mão do lado afetado, podendo ser pontuada de 0 (ausente) a 2 (normal) e com pontuação total de 0 a 22. Pontua 9 se não é possível realizar o teste. Os objetos exigidos por esta subescala são objetos conhecidos e/ou utilizados em atividades de vida diária (lápiz, pente, moedas de vários valores, esponja, copo, chávena...) são colocados na palma da mão da pessoa durante 30 segundos e podem ser mudados de posição pelo avaliador. A pessoa deve identifica-los e nomeá-los.

A subescala discriminação entre dois pontos é testada no dedo indicador e região tenar, e cada parte recebe pontuação de 0 (tato discriminativo ausente) a 2 (função normal), com escore total de 0 a 4.

RAPID ASSESSMENT FAECAL INCONTINENCE SCORE

Título original: *Rapid Assessment Faecal Incontinence Score*

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: RAFIS

Autores: Fernando de la Portilla; Arantxa Calero-Lillo; Rosa M Jiménez-Rodríguez; Maria L Reyes; Manuela Segovia-González; María Victoria Maestre; Ana M García-Cabrera

Ano: 2015

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Autocontrolo: Continência intestinal](#)

Tradução para português: Não identificada

Validação para Portugal: Não identificada

Artigos/Livros de referência: de la Portilla F., Calero-Lillo A., Jiménez-Rodríguez RM., Reyes ML., Segovia-González M., Maestre MV., García-Cabrera AM. (2015) Validation of a new scoring system: Rapid assessment faecal incontinence score. *World J Gastrointest Surg.* 2015 Sep 27;7(9):203-7. doi: 10.4240/wjgs.v7.i9.203 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4582238/>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Pessoas com incontinência fecal.

Objetivos: Avaliar a incontinência intestinal quanto à severidade/frequência das perdas. Avaliar a incontinência intestinal quanto impacto na qualidade de vida/estado da pessoa.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: A escala é composta por duas secções ou subescalas:

1 - Escala visual e descritiva para definir em termos concretos como a incontinência fecal afeta a pessoa. Varia entre 0 (*You are excelente*) e 10 (*You are very bad*) e quanto maior for o score em que a pessoa se posiciona maior será o impacto da incontinência fecal na vida e qualidade de vida da pessoa.

2 - Escala ordinal de frequência dos episódios, que genericamente quantifica os episódios de incontinência que a pessoa teve durante o último mês. Varia entre 0 (*no leaks*) e 10 pontos (*Several leaks daily*) e permite caracterizar quanto ao número de perda.

É possível encontrar um score total somando os scores das duas subescalas. Não estão definidos pontos de corte.

SIX-MINUTE WALK TEST || TESTE DE MARCHA DE 6 MINUTOS

Título original: *Six-Minute Walk Test*

Título em Português: Teste de Marcha de 6 minutos

Acrónimo: 6mWT

TM6m

Autores: C R McGavin; M Artvinli; H Naoe; G J R McHardy

Ano: 1978

Acesso: Acesso livre

Foco(s) do padrão documental: [Intolerância à atividade](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não se aplica

Artigos/Livros de referência: Dourado, V. Z. (2011). Equações de referência para o teste de caminhada de seis minutos em indivíduos saudáveis. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 96(6), e128–e138. <http://doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000024> <http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n6/aop01411.pdf>

Recomendações da ATS para o teste de marcha de 6 minutos, *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Volume 8, Issue 5, 2002, Pages 479-481, ISSN 0873-2159, [http://dx.doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30780-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30780-7).
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0873215915307807>

Recomendação de organismos oficiais: Direção Geral da Saúde Circular Informativa N°9/DSPCS de 27/20/2007 – Orientação Técnica sobre Diagnóstico e Controlo da Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC) <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-9dspcs-de-27022007-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde Norma N° 013/2012 de 16/12/2012 – Avaliação e Tratamento da Hipertensão Pulmonar Primária e Secundária em Idade Pediátrica <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132012-de-16122012-png.aspx>

Público-alvo: Não específico.

Objetivos: Avaliar o esforço submáximo indicando a capacidade de realização de AVD; Permitir uma avaliação objetiva de sintomas (dispneia e fadiga) e da capacidade funcional para o exercício.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: O teste deve ser realizado num corredor plano com pelo menos 30 metros de comprimento e 1,5 metros de largura. É estabelecido um percurso que se assinala

de 3 em 3 metros e na zona de viragem. A pessoa é instruída a caminhar o mais rápido possível durante seis minutos, sendo incentivada com frases padronizadas a cada minuto, registando-se a distância percorrida no final do teste. Caso necessário pode descansar, porém o cronómetro permanece ligado e a pessoa é instruída a continuar o teste assim que possível até o término do sexto minuto.

Para o cálculo da distância prevista pode utilizar-se a fórmula $[(7,57 \times \text{Altura cm}) - (5,02 \times \text{idade}) - (1,76 \times \text{peso kg}) - 309\text{m}]$, ou outra mais adequada à população em estudo (ver artigo de referência).

ST GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE

Título original: *St George's Respiratory Questionnaire*

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: SGRQ

Autores: PW Jones; F Quirk; C Baveystock

Ano: 1991

Acesso: Acesso livre

Foco(s) do padrão documental: [Ventilação](#); [Expetorar](#); [Limpeza das vias aéreas](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não identificada

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial do instrumento:
<http://www.healthstatus.sgul.ac.uk/sgrq>

Jones, P. W., Quirk, F. H., & Baveystock, C. M. (1991). The St George's Respiratory Questionnaire. *Respiratory Medicine*, 85 Suppl B, 25–27.

Recomendação de organismos oficiais: Direção-Geral da Saúde, Circular Informativa nº 40A/DSPCD de 27/10/2009 – Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009-pdf.aspx>

Público-alvo: Pessoas com asma; Pessoas com DPOC.

Objetivos: Medir a qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes com limitação crónica do fluxo aéreo; Quantificar o impacto dos sintomas e medir o bem-estar.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: O Saint George's Respiratory Questionnaire divide-se em 2 partes e 3 domínios: Sintomas, Atividade e Impacto. O domínio Sintomas avalia o nível da sintomatologia, incluindo frequência, expetoração, dispneia e pieira, através de todas as questões da Parte 1 do questionário. O domínio Atividade avalia as causas e limitações relacionadas com a dispneia durante as atividades, compreendendo as secções 2 e 6 da Parte 2 do questionário. O domínio Impacto avalia os fatores relacionados com o emprego, estado de controlo da doença, pânico, necessidade de medicação e seus efeitos, expectativa relativa a melhorias e distúrbios na vida diária através das secções 1, 3, 4, 5 e 7 da Parte 2 do questionário. Um score é calculado para cada domínio individualmente e um score Total, que inclui todos

os itens, é igualmente calculado. Os scores variam de 0 – 100%. Valores inferiores a 10% são considerados normais e quanto maior o seu valor, pior a QVRS.

Quando o SGRQ é utilizado para monitorizar os efeitos de um plano terapêutico (medicação e/ou reabilitação) diferença mínimas significativas devem ser consideradas: 4 pontos podem ser associados com ligeira eficácia do tratamento, 8 pontos eficácia moderada e 12 ou mais pontos elevada eficácia do tratamento.

THE INCREMENTAL SHUTTLE WALK TEST

Título original: *The Incremental Shuttle Walk Test*

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: ISWT

Autores: Sally J Singh, Michael D L Morgan, Shona Scott, Denise Walters, Adrianne E Hardman

Ano: 1992

Acesso: Acesso pago

Foco(s) do padrão documental: [Intolerância à atividade](#)

Tradução para português: Não identificada

Validação para Portugal: Não identificada

Artigos/Livros de referência: Página da internet oficial do instrumento:
<http://www.leicestershospitals.nhs.uk/aboutus/departments-services/pulmonary-rehabilitation/for-health-professionals/incremental-shuttle-walk/>

Singh, S. J., Morgan, M. D., Scott, S., Walters, D., & Hardman, A. E. (1992). Development of a shuttle walking test of disability in patients with chronic airways obstruction. *Thorax*, 47(12), 1019–1024. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1021093/>

Singh, S. J., Morgan, M. D., Hardman, A. E., Rowe, C., & Bardsley, P. A. (1994). Comparison of oxygen uptake during a conventional treadmill test and the shuttle walking test in chronic airflow limitation. *The European Respiratory Journal*, 7(11), 2016–2020. <http://erj.ersjournals.com/content/7/11/2016.long>

Sewell, L., Singh, S. J., Williams, J. E. A., Collier, R., & Morgan, M. D. L. (2005). Can individualized rehabilitation improve functional independence in elderly patients with COPD? *Chest*, 128(3), 1194–1200. <http://doi.org/10.1378/chest.128.3.1194> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369215521363>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificado.

Público-alvo: Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

Objetivos: O teste progressivo de caminhada 10 minutos permite ao avaliador monitorizar a capacidade funcional dos pacientes com DPOC. É um ensaio sensível, que pode ser utilizado numa vasta gama de pacientes com patologia de gravidade variável.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: O equipamento é muito simples, é preciso um leitor de CD ou MP3 e dois mecos colocados 9 metros de distância. Este teste pode ser utilizado por todo o pessoal da área da saúde e não necessita de acesso a equipamento de laboratório.

THE TORONTO BEDSIDE SWALLOWING SCREENING TEST

Título original: *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test*

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: TOR-BSST

Autores: Martino, Rosemary; Silver, Frank; Teasell, Robert Teasell; Bayley, Mark, Nicholson, Gordon, Streiner L., David E., Diamant.

Ano: 2009

Acesso: Pago e utilizado após formação

Foco(s) do padrão documental: [Deglutição](#)

Tradução para português: Não identificada

Validação para Portugal: Não identificada

Público-alvo: Validado para pessoa com AVC, mas pode ser aplicado noutros contextos.

Objetivos: Avaliação da deglutição.

Artigos/Livros de referência: Martino, Rosemary; Silver, Frank; Teasell, Robert Teasell; Bayley, Mark, Nicholson, Gordon, Streiner L., David E., Diamant. (2009) The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) *Stroke*. 40:555-561. <http://stroke.ahajournals.org/content/40/2/555.full.pdf+html>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: Com o doente bem sentado, fornecer 5 ml de água por uma colher 10 vezes, seguido de um golo pelo copo. Pedir ao doente para dizer ah após cada deglutição. Se sinais de disfagia encaminhar para terapia da fala. Carece de formação (4 horas) para ser aplicado. Se sinais de disfagia recomenda encaminhar para terapia da fala.

TIMED UP AND GO

Título original: *Timed Up and Go*

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: TUG

Autores: Podsiadlo Diane, Richardson Sandra

Instituição: Royal Victoria Hospital, McGill University, Montreal, Quebec, Canada

Ano: 1991

Acesso: Acesso livre

Foco(s) do padrão documental: [Andar](#); [Andar com auxiliar de marcha](#); [Equilíbrio Corporal](#); [Pôr-se de pé](#); [Transferir-se](#); [Posicionar-se](#)

Tradução para português: Não identificada

Validação para Portugal: Não se aplica

Artigos/Livros de referência:

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x/abstract>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificada.

Público-alvo: Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, Pessoas com Doença de Alzheimer, Artrite (antes e/ou após artroplastia), Paralisia cerebral, Residentes em lares, Idosos frágeis, Crianças Saudáveis idade 3-9, Dor Lombar, Amputações de extremidades inferiores, Esclerose múltipla, Osteoartrite, Doença de Parkinson, Artrite reumatóide, Lesão da medula espinal, Apoplexia, Distúrbios vestibulares.

Objetivos: Avalia mobilidade (transferência de posição), equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, e avalia o risco de quedas em idosos.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: A realização do TUG é muito simples, necessitando apenas duma cadeira de braços, com assento colocado entre 44 e 46 cm de altura (a altura padrão da cadeira deve ser 44cm, por ser altura equiparada a uma sanita), um percurso disponível com 3 metros de comprimento, desde a cadeira até uma marca colorida colocada no chão e um cronómetro.

O paciente deve estar sentado na cadeira com as costas apoiadas e os braços apoiados nos braços da cadeira, e os pés paralelos ao chão e deve receber informações prévias sobre a execução do teste; à ordem de partida "go" ou "vai" é iniciada a cronometração do tempo, desde que se levanta da cadeira, caminha em uma linha reta de 3 metros de distância (a um ritmo confortável e seguro) alcançando a marca, gira a 180°, regressa caminhando de volta e senta-se sobre a cadeira novamente, momento em que a contagem do tempo é interrompida pelo profissional.

O percurso é feito à velocidade normal da paciente.

É aconselhado que o paciente faça o percurso para se familiarizar com o teste antes de iniciá-lo (treino). Também deve usar o calçado habitual e apoio para caminhar (auxiliar de marcha se necessário). Durante a realização do teste nenhuma ajuda pode ser dada.

A pontuação varia de 1 a 5 com base na percepção do observador do risco de queda (Mathias *et al*, 1986) do paciente. Podsiadlo & Richardson, 1991, quantificou o teste com a recomendação de *timing* (seg) o tempo entre o comando para iniciar, até as nádegas tocarem a cadeira.

O paciente deve usar o mesmo dispositivo de apoio se compararem as pontuações.

Segundo a NICE *Clinical Guidelines*; 2004, o tempo igual ou inferior a 10' indica bom desempenho para adultos saudáveis e baixo risco de queda, 10,1' a 20' indica desempenho normal para idosos frágeis ou com deficiência, mas que são independentes na maioria das AVD's. Apresentam algum risco de queda; já um tempo entre 21 e 29' significa avaliação funcional obrigatória, abordagem específica sobre risco de queda. Apresentam risco de queda moderado. Superior a 30' alto risco de quedas.

Um tempo mais rápido/curto indica um melhor desempenho funcional, enquanto que um tempo mais demorado indica maior risco de quedas.

WEXNER FECAL INCONTINENCE SCORE

Título original: *Wexner Fecal Incontinence Score*

Título em Português: Score de Wexner

Acrónimo: Não identificado

Autores: Jorge, JM; Wexner, SD

Ano: 1993

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Autocontrolo: Continência intestinal](#)

Tradução para português: Sim

Validação para Portugal: Não identificada

Artigos/Livros de referência:

Jorge, J. M., & Wexner, S. D. (1993). Etiology and management of fecal incontinence. *Diseases of the Colon and Rectum*, 36(1), 77–97. <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02050307>

Recomendação de organismos oficiais: Sociedade Portuguesa de Coloproctologia http://www.spcoloprocto.org/uploads/recomendac807_o771_es_tratamento_da_incontine770_ncia_fecal.pdf

Público-alvo: Pessoas com incontinência fecal.

Objetivos: Avaliar o número e características dos episódios de incontinência.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados: O score de Wexner permite quantificar, de 0 a 20, a frequência de episódios de incontinência para gases, fezes líquidas ou sólidas, bem como a necessidade de utilizar penso anal e a alteração da qualidade de vida.

Cada um destes cinco critérios são graduados de 0 a 4 (1 raramente; 2 às vezes; 3 semanalmente e 4 diariamente) e quanto mais alta a pontuação maior é a severidade da incontinência. Não estão definidos pontos de corte.

WHEELCHAIR SKILLS PROGRAM

Título original: *Wheelchair Skills Program*

Título em Português: Não identificado

Acrónimo: WSP

Autores: Dalhousie University

Ano: Não identificado

Acesso: Acesso Livre

Foco(s) do padrão documental: [Mover-se em cadeira de rodas](#)

Tradução para português: Não identificada

Validação para Portugal: Não se aplica

Artigos/Livros de referência:

Página da internet oficial do instrumento: <http://www.wheelchairskillsprogram.ca/eng/>

Recomendação de organismos oficiais: Não identificado

Público-alvo: Utilizadores de cadeiras de rodas, cuidadores e profissionais de saúde.

Objetivos: Utilizado para avaliar e treinar os utilizadores de cadeiras de rodas e/ou os seus cuidadores e profissionais de saúde.

Procedimento, cotação e interpretação de resultados:

Este programa é constituído por 5 questionários dirigidos para públicos específicos: utilizadores de cadeiras de rodas, cuidadores de utilizadores de cadeiras de rodas, utilizadores de cadeiras de rodas elétricas, cuidadores de utilizadores de cadeiras elétricas e utilizadores de cadeiras de rodas tipo *scooters*.

A identificação dos **Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação** constitui-se como uma ferramenta essencial para a melhoria contínua destes cuidados e como referencial para a reflexão sobre a prática especializada dos cuidados de enfermagem de reabilitação e tem o mérito de dar suporte a tomada de decisão e articular-se com o já consensualizado **padrão referencial de documentação para os CEER com pessoa-doente e com o prestador de cuidados**

Mas, tratando-se o Padrão documental de um documento em constante atualização e ajustamento a diferentes contextos e a novos desafios para a Enfermagem de Reabilitação, também os instrumentos de recolha de dados e documentação estarão em permanente atualização.

Assim, este será sempre um documento em construção porquanto depende da especificidade dos contextos da prática especializada e das, cada vez mais complexas, necessidades de cuidados. Entendemos, no entanto, que a construção deste documento, com a pesquisa e a reflexão que implicou, se pode consubstanciar numa oportunidade de desenvolvimento para os Enfermeiros Especialistas. A opção de incluir neste documento instrumentos não traduzidos e validados para Portugal é um claro desafio que esperamos se traduza em melhores práticas, unindo a clínica e a investigação e promovendo o desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação que todos almejamos.