

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

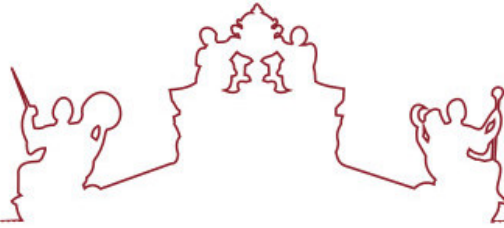
Relatório de Estágio

CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Joana Sofia Damas Siquenique

Orientador(es) | Luís Manuel Mota de Sousa

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

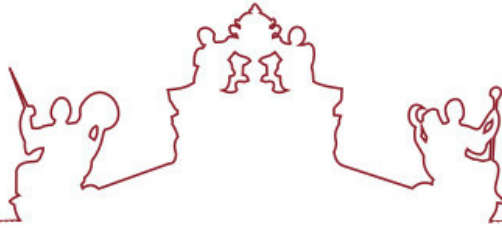
Relatório de Estágio

CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Joana Sofia Damas Siquenique

Orientador(es) | Luís Manuel Mota de Sousa

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Luís Manuel Mota de Sousa (Universidade de Évora) (Orientador)
Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer ao Professor Doutor Luís Sousa, por todo o apoio e confiança depositada, pela excelente orientação e pela ajuda sempre disponível para a resolução de problemas e contratempos que decorreram ao longo deste percurso académico.

Ao João, por toda a paciência, apoio e incentivo, nunca deixando de acreditar que um final bom se aproximaria.

Aos meus pais, Maria José e João, pela ajuda, motivação, incentivo e confiança demonstrada.

Às minhas exemplares orientadoras de estágio que me proporcionaram um saber mais real da enfermagem de reabilitação.

CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO

RESUMO

Enquadramento: A família está intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença dos seus membros e representa uma importante fonte de suporte à pessoa doente. Neste sentido, é necessário garantir a integração e o acompanhamento da mesma nos cuidados de enfermagem de reabilitação. Os pais, enquanto cuidadores informais, são membros na parceria de cuidados, sendo vistos pela equipa de enfermagem como agentes integrantes dos cuidados. Deste modo o papel parental, não sendo considerado um foco específico da enfermagem de reabilitação, insere-se diretamente na relação de parceria de cuidados, desenvolvida constantemente pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Objetivo: Descrever o processo de desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Específicas em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre em Enfermagem, as atividades desenvolvidas no contexto de Estágio Final e evidenciar os ganhos em saúde sensíveis a um programa de reabilitação sobre a capacitação de cuidadores de crianças em processo de reabilitação.

Metodologia: De modo a analisar a aquisição de competências recorreu-se à metodologia reflexiva. No desenvolvimento do projeto foi utilizada a metodologia de estudo de casos múltiplos, de forma a realizar uma análise e reflexão dos dados obtidos com a implementação do mesmo. A amostra foi selecionada acidentalmente. De modo a conduzir o processo reflexivo, assim como o projeto desenvolvido, foram exploradas a teoria do défice do autocuidado de Orem, a teoria das transições de Meleis e o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Resultados: A elaboração do presente relatório possibilitou a aquisição de competências de mestre na área da enfermagem. Também as competências específicas na área da enfermagem e da enfermagem de reabilitação foram largamente alcançadas devido ao desenvolvimento de todo o processo de aprendizagem e dos ensinamentos clínicos realizados. A implementação do projeto de intervenção demonstrou resultados positivos na área da capacitação dos cuidadores de crianças em processo de reabilitação. Ao avaliar o nível de independência das crianças, assim como a sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores verificou-se indícios de quanto menor o nível de dependência da criança, menor também a sobrecarga sentida pelos cuidadores e maior a qualidade de vida percebida também por estes.

Conclusão: O desenvolvimento e a aquisição de competências de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre em Enfermagem foram alcançados, contribuindo para o aumento da funcionalidade das crianças e capacitação dos cuidadores, aquando de intervenções especializadas em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-Chave: Enfermagem; Reabilitação; Capacitação; Cuidadores; Crianças.

TRAINING OF CAREERS OF CHILDREN IN THE PROCESS OF REHABILITATION

ABSTRACT

Framework: The family is intrinsically involved in the health/disease process of its members and represents an important source of support for the sick person. So, it is necessary to ensure its integration and monitoring in rehabilitation nursing care. Parents, as informal caregivers, are members of the care partnership, being seen by the nursing team as integral agents of care. Thus, the parental role, not being considered a specific focus of rehabilitation nursing, is directly inserted in care partnership relations, constantly developed by the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing.

Objective: To describe the process of development and acquisition of Common Skills for Specialist Nurses, Specific in Rehabilitation Nursing and Master's in Nursing, the activities developed in the context of the Final Practice and to highlight the health gains sensitive to a rehabilitation program on the training of children's undergoing rehabilitation caregivers.

Methodology: To analyze the acquisition of competences, the reflective methodology was used. In the development of the project, the methodology of multiple case studies was used, to carry out an analysis and reflection of the data obtained with it. The sample was selected accidentally. To conduct the reflective process, as well as the developed project, Orem's self-care deficit theory, Meleis' theory of transitions and Anne Casey's care partnership model were explored.

Results: The development of this report enabled the acquisition of skills in nursing mastery. Also, the specific skills in general nursing and rehabilitation nursing were largely achieved due to the development of the entire learning process and the clinical teaching carried out. The implementation of the intervention project showed positive results in training caregivers of children in rehabilitation process. When assessing the children's level of independence, as well as caregivers' overload and quality of life, it was found some evidence that the lower the child's level of dependence, the lower the overload felt by caregivers and so the higher the quality of life perceived by them.

Conclusion: The development and acquisition of Rehabilitation Nursing and Master's in Nursing skills were achieved, contributing to the increase of children's functionality and training of caregivers, during specialized interventions in Rehabilitation Nursing.

Key Words: Nursing; Rehabilitation; Capacity; Caregivers; Child.

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Revisão da Temática.....	103
Apêndice II – Projeto de Estágio.....	105
Apêndice III – Consentimento Informado.....	128
Apêndice IV – Caso 1.....	130
Apêndice V – Caso 2.....	165
Apêndice VI – Caso 3.....	215
Apêndice VII – Caso 4.....	259
Apêndice VIII – Folheto “Prevenção de Quedas no Domicílio”	293
Apêndice IX – Folheto “Prevenção de Úlceras por Pressão”	294
Apêndice X – Revisão “Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Quedas”	295
Apêndice XI – Revisão “Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Úlceras por Pressão”	298
Apêndice XII – Formação “Ergonomia: Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho”	300
Apêndice XIII – Plano da Sessão de Formação “Ergonomia: Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho”	314
Apêndice XIV – Formação “Mobilidade e Transferências”	316

Apêndice XV – Poster “Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na promoção da Continência Urinária após AVC”	341
Apêndice XVI – Comunicação “Papel do Enfermeiro de Reabilitação na Prevenção de Complicações à Mulher Mastectomizada”	342
Apêndice XVII – Comunicação “Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Quedas”	350
Apêndice XVIII – Plano Cuidados realizado no serviço de Ortopedia.....	356

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Declaração de Aceitação de Orientação.....	407
Anexo II – Medida de Independência Funcional.....	408
Anexo III – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.....	410
Anexo IV – WHOQOL-bref.....	413
Anexo V – Aprovação de Trabalho de Projeto.....	416
Anexo VI – Parecer da Comissão de Ética do Centro.....	417
Anexo VII – Ação de Formação em Serviço “Ergonomia: prevenção de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho”	418
Anexo VIII – Certificado de Participação no 1º Colóquio de Enfermagem de Reabilitação NER-CHTS.....	419
Anexo XIX – Certificado de Participação do Workshop “Técnicas de reeducação funcional respiratória, drenagem de secreções e treino de exercício”	420
Anexo X - Certificado de Participação do Workshop “Neuroreabilitação com talas de Margaret Johnson”	421
Anexo XI – Certificado de Participação do Workshop “Desmistificar a reabilitação da pessoa com ortótese”	422
Anexo XII – Certificado de Participação no e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação.....	423
Anexo XIII – Certificado de Participação no Workshop “Saúde respiratória na criança”	424

Anexo XIV – Certificado de Participação no Workshop “Técnicas terapêuticas complementares em Enfermagem de Reabilitação”	425
Anexo XV – Certificado de Participação no Workshop “Limpeza das vias aéreas com recurso a insuflador-exsuflador mecânico”	426
Anexo XVI - Certificado de Participação no Webinar “A Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na Sexualidade”	427
Anexo XVII - Certificado de Participação no Webinar “Enfermagem de Cuidados Paliativos Pediátricos”	428

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Características Sociodemográficas e de Saúde da Amostra.....	47
Quadro 2 - Características Sociodemográficas dos Cuidadores.....	48
Quadro 3 - Medidas de tendência central e dispersão das variáveis nos três momentos de avaliação.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Seleção da Amostra.....	40
Figura 2 - Amostra Final.....	40
Figura 3 - Caso 1: MIF.....	51
Figura 4 – Caso 2: MIF.....	52
Figura 5 - Caso 3: MIF.....	52
Figura 6 - Caso 4: MIF.....	53
Figura 7 - Caso 1: ZBI.....	53
Figura 8 - Caso 2: ZBI.....	54
Figura 9 - Caso 3: ZBI.....	54
Figura 10 - Caso 4: ZBI.....	55
Figura 11 - Caso 1: WHOQOL-bref, Domínio 1.....	56
Figura 12 - Caso 2: WHOQOL-bref, Domínio 1.....	56
Figura 13 - Caso 3: WHOQOL-bref, Domínio 1.....	56
Figura 14 - Caso 4: WHOQOL-bref, Domínio 1.....	57
Figura 15 - Caso 1: WHOQOL-bref, Domínio 2.....	57
Figura 16 - Caso 2: WHOQOL-bref, Domínio 2.....	58

Figura 17 - Caso 3: WHOQOL-bref, Domínio 2.....	58
Figura 18 - Caso 4: WHOQOL-bref, Domínio 2.....	59
Figura 19 - Caso 1: WHOQOL-bref, Domínio 3.....	59
Figura 20 - Caso 2: WHOQOL-bref, Domínio 3.....	60
Figura 21 - Caso 3: WHOQOL-bref, Domínio 3.....	60
Figura 22 - Caso 4: WHOQOL-bref, Domínio 3.....	60
Figura 23 - Caso 1: WHOQOL-bref, Domínio 4.....	61
Figura 24 - Caso 2: WHOQOL-bref, Domínio 4.....	61
Figura 25 - Caso 3: WHOQOL-bref, Domínio 4.....	62
Figura 26 - Caso 4: WHOQOL-bref, Domínio 4.....	62

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

% - por cento

ASIA - American Spinal Injuri Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermeiro de Reabilitação

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LM – Lesão Medular

LMERT – Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho

MIF - Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OSHA - Occupational Safety and Health Administration

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

WHO - World Health Organization

ZBI - Zarit Burden Interview

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	18
1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	21
1.1. AUTONOMIA VS INDEPENDÊNCIA	23
1.2. CAPACITAÇÃO	24
1.3. REFERENCIAL TEÓRICO DE DOROTHEA OREM	25
1.3.1. Autocuidado na Criança.....	27
1.4. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS	28
1.5. A CRIANÇA COM NECESSIDADE DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO.....	30
1.5.1. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey	30
1.6. LESÃO MEDULAR	31
1.7. TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO.....	32
1.8. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	34
2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO.....	35
2.1. CONTEXTO EM QUE DECORREU O ESTÁGIO FINAL	35
2.2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO ALVO	37

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	37
3.1. METODOLOGIA.....	38
3.1.1. Seleção dos Participantes.....	39
3.1.2. Colheita de Dados.....	40
3.1.3. Tratamento de Dados.....	44
3.1.4. Considerações Éticas.....	44
4. RESULTADOS.....	46
4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	46
4.2. RESULTADOS DA INTERVENÇÃO.....	48
4.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	62
5. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	69
5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	70
5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	82
5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	87
CONCLUSÃO.....	90
RERERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	92

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação, sendo este realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde da Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Portalegre e Instituto Politécnico de Castelo Branco. O curso de Mestrado em Enfermagem decorreu nos anos letivos de 2020/2021 e 2021/2022, tendo lugar na Universidade de Évora.

O desenvolvimento do relatório de estágio, definido pela Universidade de Évora como um “trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio efetuado numa instituição” (Universidade de Évora, 2018, 2), foi acompanhado por um professor orientador, neste caso o Professor Doutor Luís Sousa, pertencente à Universidade de Évora (Anexo I). Deste modo o presente documento destina-se à exposição detalhada de todas as etapas de desenvolvimento de um projeto de intervenção profissional de Enfermagem de Reabilitação, tendo este sido desenvolvido num contexto específico. Posteriormente culminará na reflexão das competências adquiridas e desenvolvidas, ao longo deste percurso, no âmbito da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, assim como no âmbito das competências de Mestre, com vista à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

A procura pela prática reflexiva no âmbito da enfermagem constitui-se como um construto ao nível da aprendizagem profissional, tornando os profissionais autónomos e críticos. Deste modo os cuidados de enfermagem, assentes na reflexão das atividades é indispensável por forma a desenvolver profissionais autoconscientes e prestadores de melhores cuidados, sendo que baseiam as suas ações em reflexões pré e pós intervenções (Peixoto & Peixoto, 2016).

O grau de Especialização em Enfermagem de Reabilitação acarreta consigo competências que têm que ser trabalhadas e desenvolvidas, sendo estas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação. As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são aquelas partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Estas visam que o Enfermeiro Especialista demonstre uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados,

assim como elevada capacidade de investigação e assessoria, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação (Regulamento n.º 140/2019). A Especialidade de Reabilitação compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, com o intuito de ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, promovendo o seu potencial e maximizando a sua independência. Com a constante evolução científica é necessário que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER] procure novas descobertas da investigação na sua prática clínica, desenvolvendo assim uma prática baseada na melhor e mais recente evidência científica (Regulamento n.º 392/2019). É nestes construtos que o desenvolvimento dos Estágios inerentes a este processo de aprendizagem se baseou, procurando desenvolver competências na área da Reabilitação, relacionadas com a maximização do potencial e desenvolvimento da funcionalidade dos cidadãos, e também ao nível da investigação, desenvolvendo um projeto de intervenção com ganhos em saúde sensíveis os cuidados de reabilitação.

O presente mestrado contou com a presença de três componentes a nível prático, sendo que o primeiro Estágio decorreu no Serviço de Ortopedia de um Hospital Central, no período de 17 de maio a 25 de junho de 2021, com a duração de 144 horas de contacto direto. O segundo Estágio, Estágio Final, incorporando as vertentes da reabilitação neurológica e respiratória, decorreu no período de 13 de setembro de 2021 a 15 de janeiro de 2022 no Serviço de Pediatria de um Centro de Reabilitação, com uma duração de 336 horas.

Constituindo-se a área da reabilitação pediátrica o território da minha eleição e maior interesse, e onde pretendo continuar a desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, elaborei um projeto de intervenção relacionado com a “Capacitação de Cuidadores de Crianças em Processo de Reabilitação”.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas EEER, o enfermeiro

(...) discute as alterações da função (...) com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida; (...) intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta (...) e ensina, demonstra e treina técnicas (...) com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade) (Regulamento N.º 392/2019, 13565-13567).

Pelo que durante a realização dos estágios foi-me possível observar e identificar a importância da participação da família e cuidadores no processo de reabilitação, não só como membro ativo na decisão e discussão das intervenções planejadas, como também como parceiro de cuidados e alvo dos cuidados do EEER.

A família está intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença dos seus membros e representa uma importante fonte de suporte à pessoa doente. Neste sentido, é necessário realizar uma abordagem da prática de enfermagem no cuidado à família, garantindo uma integração completa daqueles que são os cuidados de enfermagem de reabilitação. Assim, como parceira no cuidar, a família poderá e deverá ter um papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisão, sendo parte integrante dos cuidados de reabilitação. A interação entre diversos fatores, sociais, culturais e económicos, leva a uma necessidade de cuidados posteriores, ou seja, no domicílio, por parte da família ou cuidadores, sendo evidente a importância do papel dos cuidadores no aumento da participação e funcionalidade, diminuição de barreiras e no desenvolvimento dos facilitadores, tendo em vista a maximização da autonomia da pessoa cuidada. Deste modo o EEER deve fomentar, não só a saúde da pessoa cuidada, mas preocupar-se com fatores que podem influenciar o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores. Assim a interação entre a família e a pessoa cuidada, proporciona melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida a ambos (Dorant & Krieger, 2017). É neste sentido que o EEER possui um papel fundamental, visando uma capacitação estruturada e multidimensional, tendo em conta a especificidade de cada situação de doença, incapacidade e de cada família como uma unidade.

Desta forma, o presente relatório visa descrever as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de reabilitação e as Competências de Mestre em Enfermagem possíveis de desenvolver no percurso dos estágios, assim como demonstrar os resultados inerentes ao projeto de reabilitação proposto. Descrever as competências do EEER desenvolvidas na capacitação de cuidadores de crianças em processo de reabilitação é imprescindível no desenvolvimento do mesmo, apresentando-se como objetivos específicos: identificar os resultados obtidos com a implementação de um projeto de intervenção; relacionar os resultados obtidos com a evidência científica apresentada através de uma revisão integrativa da literatura [RIL] elaborada previamente (Apêndice I); refletir acerca do processo de aquisição de competências comuns, específicas do EEER e de mestre; identificar os ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação com base nos modelos explorados.

Relativamente à sua estrutura, este documento encontra-se dividido em cinco capítulos. Após a introdução é apresentada uma contextualização teórica da temática, onde são elucidados conceitos pertinentes acerca da temática do trabalho, assim como os modelos teóricos que nortearam a intervenção do EEER. No segundo capítulo é possível visualizar uma apreciação dos contextos onde decorreram os estágios, principalmente o estágio final, onde foi desenvolvido o projeto de intervenção. O terceiro capítulo compreende as etapas de implementação do projeto, tendo em atenção a descrição da metodologia utilizada, a caracterização dos participantes, a forma de colheita dos dados e os instrumentos utilizados, tratamento das informações obtidas e as considerações éticas subjacentes ao estudo. Seguidamente, no quarto capítulo é realizada uma interpretação e discussão dos resultados obtidos. O quinto capítulo destina-se à reflexão das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos estágios, com referencial nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, Específicas do EEER e competências de Mestre em Enfermagem. Por fim será realizada uma conclusão e reflexão do relatório, conjuntamente com as referências bibliográficas utilizadas e a anexação dos anexos e apêndices relevantes para o desenvolvimento deste mesmo documento.

O presente relatório encontra-se redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, respeita as regras definidas no Regulamento do Estágio Final e Relatório de Mestrado em Enfermagem e a referência assenta nas normas da sétima edição da *American Psychological Association*.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Para haver um desenvolvimento constante na Enfermagem, neste caso na Enfermagem de Reabilitação, é necessário a existência de um corpo de conhecimentos próprio. Assim a centralização da prática em referenciais teóricos constitui-se como plano obrigatório, no sentido em que estes promovem o carácter disciplinar da enfermagem e contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos EEER, tornando o exercício profissional mais sistematizado e intencional (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021). Os referenciais teóricos envolvem o pensamento, de forma a descrever as ações realizadas, a procura de significados e ligações, para ser possível explicar o porquê dos resultados, e frequentemente a ação, permitido prever os

acontecimentos. Neste sentido o conhecimento presente em diferentes teorias visa o auxílio na explicação e descrição das ações significativas para os cuidados, e também procura auxiliar na previsão de como os mesmos cuidados irão ser observados em outras pessoas e contextos (José & Sousa, 2021).

A enfermagem de reabilitação determina-se como uma área da intervenção especializada da enfermagem que tem como foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, assim como a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Deste modo, o Processo de Enfermagem rege e orienta toda a prática auxiliando o enfermeiro no pensamento crítico e desenvolvendo um desempenho sistemático e intencional. Contudo, o processo de enfermagem deve incluir pelo menos uma teoria de enfermagem. Esta será facilitadora na identificação e descrição de como a pessoa, família e comunidade irão responder aos problemas de saúde, determinando as necessidades de intervenção do EEER (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021). Nesse sentido, importa, ter em consideração que, para identificar as teorias que melhor fundamentem a prática de cuidados, é necessário que exista coerência entre os conceitos estabelecidos pelos modelos teóricos (enfermagem, pessoa, saúde e ambiente) e o contexto de trabalho da enfermagem (Martins, Ribeiro & Silva, 2018).

Ao longo da enfermagem surgiram várias correntes de pensamento, originando diferentes visões, conceitos e pensamentos, denominando-se de paradigmas. Estes servindo de referencial teórico para a construção de teorias orientadoras do processo de enfermagem. É de salientar os paradigmas da integração e da transformação, orientadores das teorias posteriormente abordadas. O paradigma da categorização, caracterizado pela conceção dos fenómenos de modo isolado, não inseridos no seu contexto, definíveis e mensuráveis, como consequência direta das causas que estiveram na sua origem, deu lugar ao paradigma da integração. Este último já visa fenómenos contextuais e multidimensionais, sendo que os dados subjetivos são tão valorizados como os dados objetivos. É neste que se enquadra o modelo conceptual de Dorothea Orem com a teoria do autocuidado, objetivando os cuidados de enfermagem direcionados para a pessoa numa perspetiva biopsicossocial, espiritual e cultural. Por último, o paradigma da transformação perspetiva os fenómenos como exclusivos, mas em interação continua com o ambiente onde está inserido. Neste a pessoa é um elemento participativo nos seus cuidados de saúde, atuando como parceiro de cuidados e agente de saúde, integrando a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Morais, 2012).

Embora sejam vários os modelos e teorias que contribuem para o desenvolvimento da enfermagem de reabilitação, para a obtenção de ganhos em saúde, foram seguidos os contributos da Teoria de Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, da Teoria das Transições de Afaf Meleis e do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

1.1. AUTONOMIA VS INDEPENDÊNCIA

Facilmente os conceitos de autonomia e independência são associados, ou até mesmo confundidos. No entanto tratam-se de dois conceitos distintos, que apenas partilham alguns aspetos em comum.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] define autonomia como um direito da pessoa, sendo o *status* de autogovernar e auto-orientação (OE, 2011). Já a Direção-Geral da Saúde [DGS], na sua estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025, define autonomia como a “Capacidade percebida do indivíduo para controlar e lidar com situações e poder tomar decisões sobre a sua vida de acordo com as suas regras e preferências” (DGS, 2017, 43). Deste modo interpreta-se que a autonomia de cada pessoa pressupõe a sua capacidade de lidar com as diferentes circunstâncias com que se depara, possuindo iniciativa e liberdade para tomar as suas próprias decisões, não desvalorizando os seus valores, princípios e predileções. Também a Deontologia em Enfermagem se pronuncia acerca deste conceito, afirmando que a autonomia consiste na faculdade da pessoa se reger pelas suas próprias leis, agindo a partir de si mesma e fazendo com que os princípios da conduta se enraízem no próprio sujeito. Neste sentido a definição de autonomia está intimamente ligada à noção do respeito pelo outro, constituindo-se um fundamento também da ética nos cuidados de enfermagem (OE, 2015a).

O conceito de independência está intimamente ligado à capacidade de execução de funções e tarefas relacionadas com as atividades de vida diária, pressupondo que a pessoa independente tem a capacidade de viver na comunidade sem a ajuda de terceiros (*World Health Organization [WHO], 2002*).

Deste modo é possível afirmar que a autonomia e a independência se constituem como conceitos distintos, sendo que a autonomia se traduz na capacidade da pessoa em tomar as suas

próprias decisões, enquanto que a independência está associada à capacidade de realização de atividades no seio de uma comunidade sem o auxílio de outros.

1.2. CAPACITAÇÃO

A procura constante por mais conhecimentos, proporcionadores de melhores decisões para construtos da vida, faz parte do ser humano. Estes conhecimentos são construídos com base em valores individuais, que se modificam ao longo do tempo, influenciados por fatores sociais, culturais e religiosos. Ou seja, a capacitação, constituindo-se como um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação, está na base de todas as decisões (Reis & Bule, 2017), levando à existência de pessoas mais conscientes nas suas decisões. Relacionado com o conhecimento e a autonomia na tomada de decisão é possível perceber que o processo de empoderamento envolve os domínios cognitivo, físico e material (Sousa, Martins & Novo, 2020). As mudanças de comportamento constituem-se como as maiores dificuldades quando se trata de educação para a saúde, tendo os intervenientes que realizar adaptações no contexto formativo e temporal (Reis & Bule, 2017). Assim sendo, o empoderamento está diretamente relacionado com a educação para a saúde, fundamental para o desenvolvimento da literacia em saúde.

A Literacia em Saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, com o objetivo de construir juízos e tomadas de decisão, benéficas para a sua saúde. É deste modo que o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, tem como objetivos a capacitação dos pais, mães e cuidadores, assim como das crianças e jovens, adultos e idosos (Arriaga, Santos, Mata, Chaves & Freitas, 2019).

Os processos de capacitação são adaptações que podem suceder gradualmente, associados a modificações que surgem ao longo da ciclo da vida ou repentinamente, decorrentes de alterações vivenciais, podendo associar-se a um processo de transição. A disciplina de Enfermagem encontra-se diretamente relacionada com experiências de transição, onde o enfermeiro se preocupa primordialmente com a saúde e o bem-estar, sendo a sua área de máxima intervenção. O desenvolvimento de terapêuticas efetivas com foco na recuperação da estabilidade e do bem-estar da pessoa, aquando de processos de transição, torna-se um desafio constante para os enfermeiros.

A capacitação dos cuidadores informais, não devendo ser descurada, é parte integrante dos processos de transição, desempenhando um conjunto de tarefas que necessitam de conhecimento e treino (Sousa, Martins & Novo, 2020).

O EEER tem como competência específica capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, sendo que analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva (Regulamento nº. 392/2019).

No processo de capacitação o EEER possui como focos o conhecimento e a aprendizagem das capacidades, sendo que o conhecimento tem como objetivo empoderar a pessoa na tomada de decisão, maximizando a sua autonomia, e a aprendizagem das capacidades visando a máxima independência. Deste modo as intervenções do EEER permitem o desenvolvimento de capacidades capazes de ultrapassar os desafios surgentes dos processos de transição (Sousa, Martins & Novo, 2020).

Com todas estas premissas o EEER é um elemento fundamental na capacitação da pessoa, assim como da sua família e cuidadores, no sentido do empoderamento dos mesmos através de informação fidedigna e desenvolvimento de intervenções adequadas, tornando-os capazes de tomar decisões mais corretas e acertadas em relação ao seu estadió de vida, de transição e de saúde.

1.3. REFERENCIAL TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

Para Orem (2001), o autocuidado é definido como um conjunto de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, para seu próprio benefício. Este possui a finalidade de manter a saúde e a vida, prolongar o desenvolvimento pessoal e conservar o bem-estar, sendo que todos os seres humanos possuem capacidades de autocuidado. Para o seu referencial a autora integrou

três teorias, sendo estas a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

A Teoria do Autocuidado faz referência à forma como as pessoas integram e desenvolvem o seu próprio autocuidado, sobressaindo que qualquer pessoa possui capacidade para se autocuidar tendo em conta as suas habilidades, conhecimentos e experiências de vida. A Teoria do Défice de Autocuidado desenvolve o porquê da pessoa necessitar de cuidados de enfermagem. Neste sentido o défice de autocuidado surge quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa, tendo a enfermagem necessidade de avaliar os défices e desenvolver ações de enfermagem, com o intuito de minimizar os mesmos. Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem é notória a articulação entre a enfermagem e a pessoa que necessita de cuidados. Desta forma a ambos os intervenientes, profissionais de enfermagem e pessoa com necessidade de cuidados, contribuem para uma identificação dos défices e colaboram na produção de respostas às necessidades de autocuidado. Desta forma o sistema de enfermagem concebido pelos enfermeiros é baseado no autocuidado e nas capacidades que a pessoa detém para o desempenho das atividades desses mesmos autocuidados. Os cuidados de enfermagem são assim definidos quando existe um défice no autocuidado entre o que a pessoa pode realizar e o que necessita ser ajustado para manter a funcionalidade desejada (Petronilho & Machado, 2017). Para além da centralidade na pessoa, Orem também integra nos seus referenciais a participação ativa dos cuidadores/familiares, visto serem cruciais na continuidades dos cuidados (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021). Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, sendo estes: O Sistema Totalmente Compensatório; O Sistema Parcialmente Compensatório; O Sistema de Apoio/Educação. O Sistema Totalmente Compensatório é representado pelo indivíduo incapaz de desenvolver as ações de autocuidado. Deste modo depende totalmente de outros para a realização das suas necessidades, ou seja, o enfermeiro atua nas ações que a pessoa não consegue realizar, compensando a incapacidade. No Sistema Parcialmente Compensatório, tanto o enfermeiro como a pessoa necessitada de cuidados, executam intervenções envolvendo a deambulação ou tarefas manipuladoras. Deste modo o enfermeiro executa algumas medidas de autocuidado pela pessoa, compensando assim as suas limitações, não esquecendo que a pessoa também realiza algumas atividades. Por fim, o Sistema de Apoio/Educação ocorre quando a pessoa consegue executar, ou pode e deve aprender a realizar as suas tarefas de autocuidado, regulando e desenvolvendo as suas atividades. Neste sistema o enfermeiro visa promover a pessoa ao seu próprio autocuidado, ou seja, apoiar a pessoa para se autocuidar (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

Na sequência de formação avançada, o EEER integra de forma automática a área do autocuidado no planeamento das suas intervenções, estabelecendo como meta a promoção do autocuidado, da autonomia e do bem-estar. Deste modo, este referencial teórico torna-se justificativo na prática diária do EEER, pois o mesmo, no seu dia a dia, depara-se constantemente com pessoas com elevadas exigências de autocuidado, no entanto com potencial de reconstrução da sua autonomia, onde a família e os cuidadores possuem um papel fundamental na parceria de cuidados.

1.3.1. Autocuidado na Criança

Através do referencial de Orem é possível verificar-se que ao longo do crescimento e desenvolvimento da pessoa, a sua capacidade de autocuidado vai sendo adquirida, no entanto quando é referido autocuidado na criança, há que ter em atenção que este autocuidado pode ainda não estar desenvolvido e adquirido. Assim, os pais constituem-se como agentes no cuidar, pois têm como função colmatar a necessidade terapêutica de autocuidado da criança, que é socialmente dependente deles (França, Sousa & Castelhana, 2021). Deste modo o papel do EEER torna-se relevante, estabelecendo com a família uma parceria de cuidados, promotora da otimização da saúde.

Tendo em conta que o autocuidado se relaciona com atividades que a própria pessoa já desenvolveu, se uma criança ainda não possuir maturidade psico-motora para a execução das suas atividades de vida diária e apesar de apresentar limitações condicionadas pela doença, não é possível afirmar que existe um défice no autocuidado, uma vez que a criança no seu domicílio, devido à sua imaturidade fisiológica ainda é dependente na família para a execução dos mesmos. No entanto, na criança que já possua maturidade psico-motora, e que devido ao seu processo de doença se tornou dependente nos autocuidados, é importante realizar intervenções de enfermagem com o objetivo de reduzir o grau de dependência ou até mesmo torná-la novamente independente. Deste modo, é possível afirmar que a incapacidade para a realização dos autocuidados pode ser influenciada por fatores intrínsecos à criança, como por exemplo a idade e o estadió de desenvolvimento inerente, ou extrínsecos, como por exemplo uma situação de doença causando incapacidade (OE, 2016).

O desenvolvimento da funcionalidade na infância inicia-se com a aquisição de diversas habilidades a nível motor, possibilitando à criança o domínio do seu corpo em diferentes posturas, sejam elas estáticas ou dinâmicas. O primeiro ano de vida é marcado por inúmeros desenvolvimentos, sendo que a criança às 4 semanas já leva as mãos à boca e olhos, quando se encontra em ventral desloca a cabeça de um lado para o outro e os olhos acompanham movimentos e sons característicos. Às 6 semanas, a criança já possui a capacidade de sorrir quando chamada à atenção e coloca-se autonomamente em decúbito ventral. Aos 3 meses coloca-se na posição de sentada, consegue abrir e fechar as mãos e empurra os pés contra superfícies. Aos 5-6 meses a criança alcança objetos, reconhece pessoas e grita por prazer. Aos 7 meses consegue sentar-se sem apoio sustentando-se de pé por algum tempo, segura o biberão, responde pelo nome e transfere objetos de uma mão para a outra. Aos 9 meses senta-se corretamente, gatinha e possivelmente pode dizer as primeiras palavras. Aos 12 meses consegue andar com apoio, beber pelo copo, balbuciar algumas palavras e bater palmas. Aos 18 meses tem capacidade de andar, subir escadas com apoio, brinca com outros brinquedos e alimenta-se sozinha parcialmente. Aos 2 anos corre, pula, sobe e desce escadas, come bem com colher, abre portas, verbaliza palavras e brinca com outros brinquedos. Aos 3 anos a criança consegue andar de triciclo, veste-se, alimenta-se sozinha e até pode conseguir realizar alguma higiene parcial. Aos 4 anos sobe e desce escadas com passos alternados, pula com um só pé, veste-se e lava as mãos e o rosto. Aos 5 anos consegue saltar e vestir-se e despir sem ajuda. Por fim, aos 6 anos, possui capacidade para caminhar com calcanhar e tornozelos alinhados assim como escrever o nome (França, Sousa & Castelhana, 2021).

Os pais, enquanto cuidadores informais, são membros na parceria de cuidados, sendo vistos pela equipa de enfermagem como agentes integrantes dos cuidados. No entanto não existe efetivamente uma idade determinante para o desenvolvimento do autocuidado na criança, sendo que será com os seus cuidadores que a criança aprenderá a importância do autocuidado para a manutenção da sua saúde e para a prevenção da doença. Cada criança possui um ritmo próprio de aprendizagem, na idade ideal e adequada a si, a auto cuidar-se, competindo aos cuidadores em geral avaliar e ensinar às crianças a importância do autocuidado para o seu desenvolvimento físico, mental e espiritual.

1.4. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS

A transição é vista por Meleis como um processo desencadeado por uma mudança, onde existe passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Neste sentido a transição encontra-se como um conceito central em Enfermagem (Meleis, 2010). A Enfermagem, enquanto disciplina que se preocupa com a facilitação e os processos de inclusão das transições vivenciadas pela pessoa ao longo da vida, sejam elas de que natureza forem, procura desenvolver terapêuticas efetivas que promovam o bem-estar e a recuperação da estabilidade (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

Indo ao encontro do referencial teórico, o enfermeiro deve identificar os fatores condicionantes do processo de transição, sendo estes identificados como facilitadores ou inibidores desse mesmo processo. Estes encontram-se intimamente relacionados com questões e condições pessoais, comunitárias e sociais, devendo o profissional promover os elementos identificados como facilitadores do processo de transições e desenvolver soluções ou até mesmo eliminar os elementos inibidores desse mesmo processo, como por exemplo barreiras arquitetónicas (Silva, Oliveira, Ribeiro, Prazeres & Ribeiro, 2019).

Para além da definição de estratégias e intervenções promotoras de uma transição com menos repercussões, o enfermeiro deve preocupar-se com a consciencialização vivenciada pela pessoa e pela família/cuidador. Só capacitando e empoderando os envolvidos no processo de transição, elevando a aceitação dos processos é possível o sucesso das intervenções (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021). É importante referir que a intervenção do enfermeiro ultrapassa a pessoa que necessita de cuidados diretos, desenvolvendo também intervenções a nível dos cuidadores, familiares e comunidade (Sousa, Martins & Novo, 2020).

De acordo com a Regulamentação das Competências do EEER, este deve promover a máxima capacitação da pessoa, maximizando a funcionalidade e a autonomia, e promovendo a qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019). Deste modo a o EEER possui um papel fundamental no desenvolvimento de estratégias facilitadoras dos diferentes processos de transição experienciados pelas pessoas, sendo estes processos complexos que, inevitavelmente, vulnerabilizam um conjunto de indivíduos.

1.5. A CRIANÇA COM NECESSIDADE DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

1.5.1. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

Os cuidados centrados na pessoa, neste caso, centrados na criança, permitem que a mesma desenvolva conhecimentos, capacidades e confiança, necessários para desenvolver ações e gerir de forma mais eficiente as suas capacidades e projetos de saúde. Deste modo os cuidados centrados na pessoa são perspetivados como cuidados coordenados e personalizados, tendo em conta as necessidades de cada pessoa de forma individualizada. Assim a centralidade no processo de cuidados constitui-se como o foco do enfermeiro. No entanto, quando se fala em cuidados centrados na pessoa, recorreremos às teorias iniciais da Enfermagem, não incluindo a família no processo de saúde-doença (Figueiredo, 2021).

Uma parceria é considerada um processo de negociação, com uma definição clara de objetivos comuns e consequentes implicações nas respetivas tarefas (Martins, 2021). Em 1988, Anne Casey desenvolveu, a partir do Modelo de Cuidados Centrados na Família, outro modelo de cuidados pediátricos denominados “Modelo da Parceria de Cuidados”. Este realça a importância da participação dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, destacando que estes são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos. Numa situação de doença, de modo a preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser dirigidos em forma de proteção, estímulo e amor, reconhecendo-se aqui a primazia do papel da família (Casey, 1993, citada por Mano, 2002). Deste modo o conceito de parceria de cuidados vai ao encontro da filosofia dos cuidados centrados na família, constituindo-se um modelo orientado para a prática clínica. Neste modelo tanto os familiares, como os enfermeiros, trabalham em conjunto com vista a objetivos comuns, exigindo dedicação, compromisso e colaboração entre os intervenientes (Alves, 2015).

A criança possui características próprias do seu desenvolvimento que devem ser lembradas no processo de reabilitação, onde a intervenção da família possui um papel particularmente importante. O papel parental, não sendo considerado um foco específico da enfermagem de reabilitação, insere-se diretamente na relação de parceria de cuidados, desenvolvida constantemente pelo EEER. Assim o EEER, na idade pediátrica, deve focar a sua atenção, não só na melhoria da qualidade de vida da criança que possui incapacidade limitante ou mesmo doença, como também desenvolver intervenções em associação com os membros da família, sendo o objetivo primordial a máxima capacitação e funcionalidade da criança. Aquando de uma situação de necessidade de atuar na área de reabilitação pediátrica, o EEER deve avaliar a disponibilidade dos familiares para

a aceitação e aprendizagem de novas capacidades, promovendo um papel parental ativo. Deste modo o EEER ajuda na preparação para as transições, negociando a intervenção dos familiares e avaliando a existência de uma rede de apoio adequada às necessidades da criança (França, Sousa & Castelhana, 2021).

Deste modo a parceria de cuidados constitui-se como um processo dinâmico requerente da participação ativa e acordo mútuo entre todos os parceiros na procura por objetivos comuns. Os cuidados de enfermagem visam assim a capacitação da pessoa e da família, a partir da maximização do seu potencial de saúde, com vista à proatividade da construção do seu projeto de saúde. Assim, mencionar uma parceria de cuidados com a família envolve objetivar a relação na participação desta no cuidar, permitindo assumir que o familiar é um parceiro ativo no processo de cuidar.

1.6. LESÃO MEDULAR

A lesão medular [LM] é um evento adquirido com grande impacto na vida da criança e da família. A gravidade da lesão, assim como o estabelecimento do prognóstico e o programa de reabilitação são determinados através da classificação neurológica e funcional proposta pela *American Spinal Injuri Association [ASIA]* (Kirshblum, Biering-Sorensen & Betz, 2014). O exame neurológico permite, através da avaliação da sensibilidade e da força, identificar os níveis sensitivo e motor afetados. Classifica-se como tetraplegia lesões no segmento cervical, e como paraplegia lesões nos segmentos dorsal, lombar ou sagrado. Consoante a idade da criança, a fase da lesão, a localização e a tipologia é possível definir um quadro clínico. Assim, aquando da avaliação neurológica é importante ter em conta a idade da criança e a sua capacidade de resposta a ordens e à estimulação sensorial. No casos das lesões medulares em crianças é importante referir que a maturidade medular é atingida entre os oito e os dez anos de idade, fazendo com que o impacto da lesão varie tendo em conta a fase de desenvolvimento e crescimento da criança (Latado, 2017).

A reabilitação da criança com LM constitui-se como um desafio para os EEER, tendo em conta o complexo quadro clínico e o impacto familiar. Neste sentido há a necessidade de um apoio personalizado e diferenciado de uma equipa multidisciplinar de modo a acompanhar, tanto a criança e as necessidades de cuidados da mesma, como os familiares inerentes à situação. A

identificação precoce do diagnóstico correto é fundamental de modo a dar-se início a um programa de reabilitação com objetivos realistas e adaptados à situação em específico, sendo que a maior parte da recuperação acontece nos primeiros seis meses após a lesão (Latado, 2017).

A família constitui-se como o ponto central de apoio no processo de reabilitação da criança. Assim, a adaptação é familiar, e não exclusiva da criança com LM, reorganizando os seus hábitos e estilos de vida e funcionamento familiar, de modo a enfrentarem o novo desafio. No entanto uma família demasiado protetora pode ser prejudicial para a reabilitação, pois muitas vezes substituem a execução de tarefas por parte da criança (Goulart, Trevisan, Júnior & Abreu, 2007). Neste sentido é importante incluir a família no processo de reabilitação tornando-a parceira ativa nos cuidados, de modo a que a mesma compreenda os benefícios das intervenções.

Para além disso o EEER deve fornecer informação de áreas prioritárias aos familiares, tais como as mudanças provocadas pelas alterações congénitas ou neurológicas e estratégias, de modo a promover um maior e melhor desempenho nos cuidados. Deste modo o conhecimento que os pais possuem acerca da patologia e de toda a sua envolvência irá refletir a forma como estão predispostos a colaborar e participar nos cuidados, não esquecendo que eles mesmos também necessitam de apoio, de modo a conseguirem lidar com toda a situação de transição. Também a capacitação das crianças proporciona um aumento significativo da funcionalidade influenciando a aprendizagem das mesmas (França, Sousa & Castelhana, 2021).

É neste sentido que os cuidadores, ao se tornarem mestres no cuidar das suas crianças, diminuem a sua ansiedade e receio, possibilitando um processo de transição para o domicílio mais saudável (França, Sousa & Castelhana, 2021). Assim, o EEER possui um papel fundamental pois deverá garantir a envolvência de toda a família no processo de reabilitação da criança, tornando a mesma participante ativa no seu processo de cuidados e incentivando a família também a ser um membro ativo na estimulação dos mesmos.

1.7. TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO

Os Traumatismos Crânio-Encefálicos [TCE] constituem-se como uma causa importante de mortalidade e morbidade, afetando sobretudo os extremos da vida (< 5 anos e > 70 anos) e os jovens adultos (15 – 24 anos). Aproximadamente 50% dos óbitos por TCE acontecem nas primeiras duas horas após o traumatismo, devido à presença de lesões primárias. As lesões secundárias, responsáveis pela outra metade dos óbitos, surgem tardiamente (minutos a dias após o traumatismo), de forma progressiva e na sequência da lesão primária (ex. edema cerebral, hipóxia, isquemia). Embora algumas das funções desempenhadas pelos neurónios que sofreram lesões irreversíveis possam ser desempenhadas parcialmente por outros neurónios, geralmente as sequelas neurológicas das lesões graves são permanentes e, quase sempre, profundamente incapacitantes (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012).

O TCE pode ser classificado quanto ao mecanismo, gravidade ou morfologia. Relativamente ao mecanismo, a lesão pode ser fechada (contusa) ou penetrante. As lesões fechadas, mais comuns na infância, são causadas por quedas, atropelamentos, acidentes rodoviários e agressões. Também pode ser classificado quanto à gravidade, sendo esta baseada na escala de coma de Glasgow [ECG]. Deste modo pode ser leve (ECG 14 e 15), moderada (ECG 9 a 13) ou grave (ECG 3 a 8). A avaliação da ECG é utilizada também como parâmetro evolutivo e como índice de prognóstico. A radiografia de crânio não parece ter utilidade nestes doentes. Por fim pode ser classificado segundo a morfologia, dividindo-se em lesões extracranianas, fraturas do crânio e lesões intracranianas (Matias et al., 2017).

Devido ao TCE se constituir como um evento agudo, a abordagem aos familiares deve ser realizada de formas diferentes. Inicialmente numa fase aguda é importante a estabilização da criança, sendo que a família poderá possuir alguns momentos de desespero. Assim é importante que esta não se encontre sozinha, procurando auxílio em familiares e amigos próximos, assim como também economizar energias e distribuir papeis e tarefas pelos diferentes elementos da família.

Após a fase aguda, o processo de reabilitação inicia-se com a criança, identificando as sequelas decorrente do evento, elaborando um plano de reabilitação em conjunto e participação com a mesa. Na fase crónica, a família procura desenvolver uma autonomia, procurando a reestruturação da vida dos seus familiares, adaptando rotinas às necessidades impostas pela condição da criança ou adolescente (Almeida, Higarashi, Molina, Marcon & Vieira, 2006). Deste modo a participação da família constitui-se como um elemento fundamental nesta fase do processo, formando-se a mesma como parceira ativa do EEER, consentindo e opinando acerca dos

planos de reabilitação elaborados, assim como também executando diversas tarefas promotoras da recuperação da funcionalidade da criança, de modo a que a alta clínica e o regresso ao domicílio estejam assegurados com bons e adequados cuidados.

1.8. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O Acidente Vascular Cerebral [AVC] é a primeira causa de morte em Portugal, sendo a principal causa de morbidade e de incapacidade prolongada na Europa. A sua ocorrência antes dos 18 anos, ou seja, em idade pediátrica, constitui-se como um evento raro, no entanto encontra-se entre as dez principais causas de morte na infância (Santos, 2012).

O AVC constitui-se como uma doença de início agudo de um défice neurológico que persiste pelo menos vinte e quatro horas, originando lesões cerebrais provocadas por alterações da irrigação corporal sanguínea. A ocorrência deste pode apresentar sequelas a nível motor, sensorial, comportamental, perceptivo e na linguagem. Os défices motores são caracterizados por paralisia completa do corpo, denominando-se de hemiplegia, ou parcial, ocorrendo no hemicorpo oposto ao local da lesão que ocorreu no cérebro, denominando-se de hemiparesia (Cancela, 2008).

A denominação do tipo de AVC depende do mecanismo que o originou, podendo existir um AVC isquémico ou hemorrágico. No AVC isquémico os tecidos não recebem nutrientes, em particular o oxigénio, devido a uma oclusão de um vaso. Quando existe privação de nutrientes por parte do cérebro por um período superior a 24 horas poderão instalar-se lesões definitivas e irreversíveis. Ao invés do AVC isquémico, o AVC hemorrágico é caracterizado por um extravasamento de sangue para fora dos vasos (Cancela, 2008).

Devido ao facto desta patologia se encontrar entre as dez principais causas de morte na infância, é de extrema importância o papel do enfermeiro, na prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. Para além disso o Enfermeiro de Reabilitação [ER] ainda se constitui como um parceiro de cuidados importante na relação de ajuda com a equipa multidisciplinar, assim como, no apoio e capacitação da família (Santos, 2012).

Tendo em conta que uma criança com AVC poderá apresentar maiores défices a nível motor e comunicativo, é importante que os cuidados de enfermagem se centrem na prevenção ativa de complicações. Deste modo o ER deverá incentivar a criança a desenvolver diversas atividades progressivamente, com foco na independência das AVD's [Atividades de Vida Diárias]. Relativamente à comunicação oral, a criança poderá apresentar disartria. Deste modo o ER também deverá desenvolver um papel importante na estimulação da fala, incentivando a um discurso pausado (Santos, 2012). Todas as intervenções do ER determinam a forma como a criança poderá recuperar o seu estado de saúde e a sua autonomia e independência, existindo sempre uma envolvimento ativo dos cuidados entre o enfermeiro, a criança cuidada e a família.

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

2.1. CONTEXTO EM QUE DECORREU O ESTÁGIO FINAL

O Estágio Final, decorreu num período de 16 semanas, sendo 10 semanas dedicadas à componente da enfermagem de reabilitação ao nível do doente com necessidades do foro neurológico, e 6 semanas dedicadas à componente da enfermagem de reabilitação ao nível do doente com necessidades respiratórias. Contudo, apesar de intenções distintas o estágio final decorreu completamente num Centro de Recuperação da região de Lisboa, precisamente no Serviço de Reabilitação Pediátrica do mesmo.

O Centro de Reabilitação onde decorreu o estágio presta assistência a pessoas provenientes de todo o território nacional, bem como de outros países. Este encontra-se estruturado para oferecer serviços de reabilitação e programas de bem-estar ao longo da vida das pessoas, sendo que dispõe de 150 camas, sendo 16 destinadas exclusivamente à reabilitação de utentes em idade pediátrica. Está organizado em 3 serviços, de acordo com o grupo etário e regime de prestação de cuidados. As patologias mais frequentes são as doenças ou sequelas de doenças neurológicas, as sequelas de politraumatismos graves, as amputações de membros, as deficiências congénitas e as doenças ou perturbações do desenvolvimento. No estabelecimento em causa cada pessoa possui uma equipa multiprofissional que proporciona a reabilitação de forma organizada, orientada por objetivos e centrada na pessoa e família/cuidador, sendo que o principal objetivo

visa a promoção da máxima funcionalidade, valorizando e potenciando as capacidades de cada indivíduo e apoiando-o no refazer do seu projeto de vida.

O Serviço de Pediatria possui 16 camas para o internamento de crianças e jovens até aos 18 anos de idade, com patologias neurológicas, osteoarticulares, medulares e outras. Relativamente aos recursos humanos disponíveis, o serviço conta com 1 enfermeira chefe especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e pós-graduada em Psicomotricidade, 15 enfermeiros, sendo que 7 são especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 2 têm especialidade de Saúde Infantil e Pediatria. Apenas a Enfermeira Chefe e outra enfermeira possuem horário fixo, sendo que os restantes enfermeiros têm horário rotativo com manhãs, tardes e noites. Durante as manhãs e as tardes era visível a presença de pelo menos 1 enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Aquando da distribuição das pessoas com necessidade de cuidados pelos diferentes enfermeiros presentes no turno, verificava-se a preocupação para que os EEER tivessem menor número de doentes atribuídos, com o intuito de exercer cuidados a nível da reabilitação de todas as crianças internadas. Para além dos enfermeiros, o serviço é composto por uma equipa auxiliares de ação médica, uma equipa médica presente 24 horas, uma equipa de educadoras com vista ao entretenimento das crianças, fisioterapeutas, psicóloga, professores, terapeutas da fala e psicomotricistas, que desenvolvem as suas atividades de acordo com um plano semanal previamente elaborado.

Os EEER possuem competências científicas, técnicas e humanas capazes de prestar cuidados de saúde gerais e especializados, sendo que detêm conhecimentos aprofundados capazes de demonstrar níveis de julgamento crítico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas e os processos de vida e os problemas de saúde. Assim sendo, o EEER inserido numa equipa multidisciplinar torna-se capaz de exercer intervenções especializadas a pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, de modo a maximizar o seu potencial funcional e independência. Deste modo é aumentada a satisfação da pessoa, e consequentemente a autoestima, através da conceção, implementação e monitorização de planos de enfermagem de personalizados e diferenciados (Regulamento nº. 392/2019).

2.2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO ALVO

Para a elaboração da estratégia de intervenção foram primeiramente identificadas as patologias mais prevalentes no serviço de internamento onde decorreu o estágio final, através de questionário telefonicamente com a enfermeira chefe do serviço. Tendo em conta o projeto já delineado, com o objetivo de atuação na capacitação de cuidadores de crianças em processo de reabilitação, também foi questionada a situação do acompanhamento dos familiares no internamento. Após perceber a possibilidade e capacidade do serviço para incluir os familiares ou cuidadores no internamento das crianças, foram delineados os critérios de inclusão necessário para a inclusão de participantes no estudo.

Deste modo foram incluídas no estudo pessoas com menos de 18 anos, ou seja, crianças, que necessitassem de cuidados de reabilitação a nível neurológico, respiratório ou ortopédico, e que estivessem acompanhadas por, pelo menos, um cuidador ou familiar.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A implementação do projeto de intervenção intitulado “Capacitação de Cuidadores de Crianças em Processo de Reabilitação” (Apêndice II) visou atingir os objetivos delineados para a unidade curricular de Estágio Final, com a obtenção de ganhos em saúde. Deste modo o objetivo geral focou-se em:

- Avaliar avaliação do contributo de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação na capacitação dos cuidadores de crianças em processo de reabilitação,

sendo que os objetivos específicos foram:

- Diagnosticar quais os défices da criança, tendo em conta os autocuidados;
- Capacitar os cuidadores da criança para o processo de reabilitação da mesma, tendo em conta os diagnósticos enunciados;

- Avaliar a efetividade e o benefício das intervenções na capacitação dos cuidadores no processo de reabilitação da criança.

O EEER, nas suas intervenções, procura alcançar ganhos em saúde, promovendo a máxima autonomia e funcionalidade da pessoa, com base no enquadramento concetual dos cuidados de enfermagem. Deste modo as intervenções realizadas, com base nos focos identificados, seguiram o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação atuando nas dimensões do conhecimento, aprendizagem de capacidades e prestador de cuidados (OE, 2015b). Os planos de cuidados foram individualizados e personalizados, centrados na criança e na família respetiva, consoante as necessidades de autocuidado de cada criança e a capacitação dos cuidadores necessária após avaliação prévia.

3.1. METODOLOGIA

O presente projeto classifica-se como descritivo pois incide sobre uma situação específica que se apresenta no seu meio natural, com o objetivo de compreender conceitos mal elucidados ou mesmo pouco estudados (Fortin, 2009).

Para tal recorreu-se à metodologia de estudo de casos múltiplos, sendo esta indicada quando a amostra populacional é reduzida. Através desta metodologia é realizado um exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma identidade social (indivíduo, grupo, família, comunidade ou organização), sendo a mesma observacional e descritiva (Fortin, 2009). Este tipo de pesquisa possibilita uma análise pormenorizada dos fatores em estudo, apresentando-se como uma ferramenta útil no avanço do conhecimento, pois permite a investigação em contexto real, apresentado como tal um grande contributo para o cuidado integral na prática de Enfermagem (Silva & Mercês, 2017).

Ao longo da investigação foi realizada uma abordagem com modalidade de investigação mista, ou seja, com componente quantitativa e qualitativa.

A seleção da amostra foi acidental, sendo que foram selecionados 4 participantes para integrar a investigação. Segundo Fortin (2009) este tipo de amostragem constitui-se por indivíduos facilmente acessíveis e que cumprem critérios de inclusão precisos.

Para a sua realização da investigação, sendo que a pesquisa se denomina como descritiva, foram analisados documentos, e realizados levantamentos e aplicação de instrumentos, neste caso instrumentos de avaliação através de escalas. As escalas utilizadas para basearam-se na Escala de Medida de Independência Funcional [MIF] (Anexo II), Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (*Zarit Burden Interview [ZBI]*) (Anexo III) e a WHOQOL-bref (Anexo IV).

Deste modo procedeu-se à análise dos múltiplos casos com posterior avaliação e discussão dos resultados.

3.1.1. Seleção dos Participantes

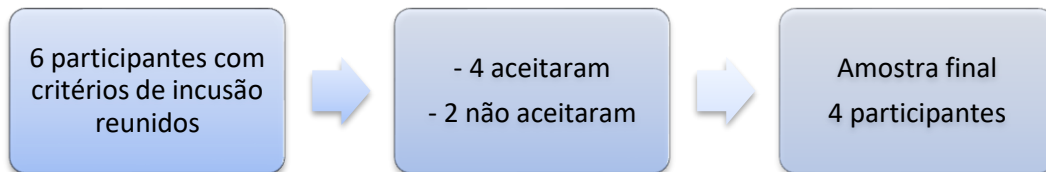
Para o desenvolvimento do projeto de intervenção foram selecionadas um total de 6 crianças, internadas no serviço de reabilitação pediátrica do centro de reabilitação onde desenvolvi o estágio final.

Indo ao encontro dos critérios de inclusão definidos para a participação no estudo, a seleção da amostra considerou-se de forma não aleatória, do tipo acidental. Neste tipo de amostragem foram selecionadas as crianças que ficaram internadas no serviço onde decorreu o estudo, com cuidador, que concordaram participar no estudo. Segundo Fortin (2009) o método de amostragem acidental permite escolher indivíduos que se encontram no local certo, no momento certo.

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: estar internado no serviço onde foi desenvolvido o estágio final; ter menos de 18 anos; necessitar de cuidados de Reabilitação, quer a nível neurológico, respiratório ou ortopédico; estar acompanhado por, pelo menos, um cuidador ou familiar.

Dos 6 participantes selecionados para o desenvolvimento do estudo, 2 cuidadores não autorizaram a participação das suas crianças no desenvolvimento do mesmo, após a apresentação do consentimento informado, restando 4 participantes.

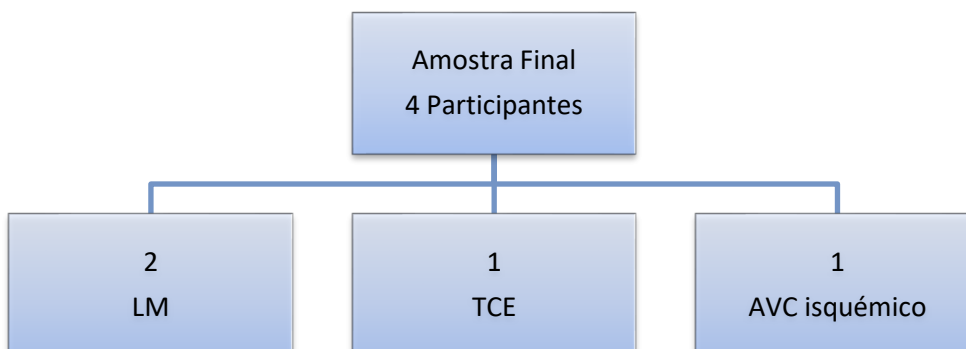
Figura 1 - Seleção da Amostra



Fonte: Própria 1

Dos 4 participantes no estudo, 2 sofreram Lesões Medulares [LM], 1 sofreu um Traumatismo Crânio Encefálico [TCE] e 1 sofre um Acidente Vascular Cerebral [AVC] isquêmico.

Figura 2 - Amostra Final



Legenda: LM – Lesão Medular; TCE – Traumatismo Crânio Encefálico; AVC – Acidente Vascular Cerebral

Fonte: Própria

3.1.2. Colheita de Dados

A implementação do presente Projeto de Intervenção decorreu num período de 16 semanas, com início a 13 de setembro até 31 de dezembro de 2021. Neste sentido foi realizada uma pesquisa bibliográfica de modo a sustentar cientificamente o projeto, a sua implementação e elaboração do relatório.

Tendo em conta o problema e os objetivos deste projeto de intervenção, os focos de enfermagem definidos centraram-se na capacidade de desempenho nas AVD's, nunca descurando o nível de desenvolvimento da criança, assim como a capacitação dos cuidadores. Cada um dos focos foi avaliado através de instrumentos de avaliação, nomeadamente escalas.

Foram ainda recolhidos dados de caracterização social e familiar da criança, assim como a sua condição de saúde/doença, e o seu grau de desenvolvimento em cada uma das AVD's anteriormente à situação com necessidade de reabilitação. Esta recolha de dados foi realizada através da consulta dos dados dos processos clínicos, observação e entrevista, tanto à criança, como aos seus cuidadores ou familiares.

A capacidade de desempenho nas AVD's por parte da criança foi avaliada através da Escala de Medida de Independência Funcional. A escolha da MIF como instrumento de avaliação teve em conta a referenciação bibliográfica, sendo este um dos testes estatísticos mais frequentemente utilizado pelos investigadores da área da saúde infantil e pediatria (Curado, 2016). Esta avalia o grau de capacidade ou incapacidade, 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, monitorizando assim a evolução da pessoa durante os programas de reabilitação. Deste modo, a MIF constitui-se como um instrumento que permite realizar o acompanhamento de pessoas em processo de reabilitação, não se focando na capacidade de realizar tarefas, mas sim na realização efetiva e de forma independente das AVD's. Esta escala permite avaliar o desempenho da criança na realização de um conjunto de 18 tarefas incluídas em 2 domínios, o motor (4 subescalas com 13 itens) e o cognitivo (2 subescalas com 5 itens). O domínio motor é composto pelas subescalas: autocuidado (6 itens), controlo esfíncteriano (2 itens), mobilidade e transferências (3 itens), locomoção (2 itens). O domínio cognitivo é composto pelas subescalas: comunicação (2 itens) e cognição social (3 itens) (Laíns, 1991). Os diferentes itens presentes na escala são respetivos ao autocuidado: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior do corpo, vestir metade inferior do corpo, utilização do sanitário; controlo dos esfíncteres; mobilidade/transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas, sanitário, banheira, chuveiro; locomoção: marcha/cadeira de rodas e escadas; comunicação a nível da compreensão

e expressão, e na cognição social a nível da interação social, resolução de problemas e memória. Os itens são avaliados em pontuações entre 1 e 7, sendo que a pontuação total varia entre 18 e 126. Quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência e quanto maior for a pontuação, maior é o grau de independência. De acordo com o score total são atribuídos os graus de: Independência total; Dependência modificada; e Dependência completa (OE, 2016).

Em relação aos cuidadores, foi utilizada a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, ou seja, a *ZBI*. Esta escala constitui um instrumento fiável, com boas características psicométricas com o objetivo de avaliar a sobrecarga associada ao cuidar. Deste modo, a sua utilização é sugerida, quer ao nível da prática clínica como instrumento de diagnóstico (risco de sobrecarga/sobrecarga), quer como instrumento de monitorização/avaliação de programas de intervenção em cuidadores informais. Por outro lado, a utilização da escala de sobrecarga em termos de investigação permite avaliar as repercussões negativas associadas ao cuidar numa determinada população e estabelecer comparações com os dados internacionais, uma vez que este instrumento é utilizado na maioria dos países com programas de intervenção dirigidos aos cuidadores (Sequeira, 2009). Segundo Macedo, Silva, Paiva & Ramos (2015) a *ZBI* foi a mais aplicada em estudos que pretendiam avaliar a sobrecarga das mães cuidadoras de crianças e adolescentes com doença crónica. Esta escala permite identificar quatro fatores, sendo estes: 1- Impacto da prestação de cuidados; 2- Relação interpessoal; 3- Expectativas com o cuidar; 4- Perceção de autoeficácia. Os dois primeiros fatores referidos estão direcionados para a sobrecarga objetiva, sendo que os dois últimos para a sobrecarga subjetiva. O primeiro fator pretende avaliar o impacto no cuidador, associado à prestação de cuidados, em termos de tempo livre, saúde, limitação social, perda de controlo, etc.. O segundo fator reflete as implicações na relação entre o cuidador e a pessoa dependente (vergonha, irritação, tensão, etc.). O terceiro fator engloba as expectativas que o cuidador tem face ao cuidar, relativamente ao futuro, às suas capacidades para cuidar, etc. O quarto fator está direcionado para avaliar a perceção de autoeficácia do cuidador, ou seja, a perceção acerca do desempenho do seu papel (Sequeira, 2009). A escala referida é composta 22 itens, sendo que a escala de resposta varia de 0 a 4, de acordo com a presença ou a intensidade de uma resposta afirmativa (0= nunca; 1= raramente; 2= algumas vezes; 3= frequentemente; 4= sempre). O último item da escala constitui uma exceção, em que a pessoa terá que responder qual a intensidade de sobrecarga no seu papel de cuidador, sendo que as respostas são: 0= nem um pouco; 1= um pouco; 2= moderadamente; 3= muito; 4= extremamente. Todos os itens devem ser pontuados. O score total da escala é obtido adicionando todos os itens e devem variar de 0 a 88. Quanto maior o score, maior a sobrecarga. A escala em questão foi desenvolvida com o intuito de ser auto aplicada, no entanto pode ser questionada pelo investigador.

O termo qualidade de vida consolida-se, na literatura nacional e internacional, como um constructo multidimensional. O grupo World Health Organization Quality of Life - WHOQOL 8, da Organização Mundial de Saúde, define qualidade de vida como "(...) as individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals expectations, standards and concerns" (WHOQOL Group, 1993, 153). Os instrumentos WHOQOL podem ser usados em diferentes culturas e terem comparação de resultados. Sendo WHOQOL-bref uma versão abreviada para a avaliação subjetiva de qualidade de vida, também se tornou importante no projeto realizado. O questionário é composto por 26 questões, sendo duas de cariz geral e as restantes direcionadas para os domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. A avaliação através deste instrumento não se avalia através de um score total, mas sim um através de scores para cada domínio individualmente. As únicas duas questões relativas à qualidade vida de geral são calculadas em conjunto, com o objetivo de criar um Índice Geral de Qualidade de Vida. As respostas às questões são obtidas por uma escala do tipo Likert, com 5 pontos (1 a 5), invertidos nas questões 3, 4 e 26. Quanto maior os resultados, maior o Índice de Qualidade de Vida, sendo que o score final obtido em cada domínio e na qualidade de vida em geral, pode-se transformar em dois tipos de intervalos de resultados: 4 a 20 ou 0 a 100, tendo em consideração a pontuação utilizada (Fleck et al., 2000). A escolha deste instrumento teve em consideração a evidencia científica, verificando-se que o WHOQOL-bref é aplicado em diversos estudos que pretendem avaliar a qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com doença crónica, sendo o mesmo aplicado nos Estados Unidos da América, Espanha e Brasil (Macedo, Silva, Paiva & Ramos, 2015).

As variáveis selecionadas para o projeto de intervenção em relação aos cuidadores, centram-se no sexo, idade, grau de escolaridade e profissão atual. Também foi identificado o estado civil dos cuidadores, assim como o grau de parentesco do cuidador com a pessoa dependente. Em relação à pessoa dependente foram analisadas variáveis como o sexo, idade e diagnóstico de internamento.

A recolha de dados e aplicação das escalas foram realizadas no momento de admissão da criança no internamento e, posteriormente às intervenções realizadas a nível da capacitação dos familiares, o que permitiu observar os níveis de dependência da pessoa, assim como o nível de capacitação dos cuidadores, adequando as intervenções de enfermagem ao longo do processo de reabilitação.

Para além da referenciação bibliográfica baseada na evidência, a escolha dos instrumentos de avaliação teve também o consentimento de peritos na área.

3.1.3. Tratamento de Dados

De forma a proteger a identidade tanto das crianças, como dos familiares participantes no projeto, foram atribuídos números aos casos estudados.

As avaliações foram efetuadas em diferentes momentos distintos, havendo uma posterior comparação de modo a que se verifique a evolução, e consequentemente, os ganhos em saúde. Deste modo utilizaram-se técnicas de estatística descritiva e inferencial. Na estatística descritiva predominaram as medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão, mediana e amplitude interquartil) e frequência absoluta [n] e relativa [%].

Assim, tendo em conta os três momentos de avaliação, foram utilizadas as medianas, assim como os percentis 25 e 75 (para calcular a amplitude interquartil), para comparação dos resultados das aplicações dos instrumentos de avaliação.

Relativamente à exposição, recorreu-se a gráficos e tabelas criados através do programa Excel®, que ilustram a análise descritiva dos resultados obtidos com o tratamento dos dados.

3.1.4. Considerações Éticas

De modo a assegurar o direito à confidencialidade e anonimato dos participantes, estes foram devidamente informados e esclarecidos sobre as intervenções e os objetivos do estudo por forma a obter o seu consentimento para a participação no mesmo. Ademais, foi ainda assegurada, em todas as fases a autonomia dos participantes, respeitando as suas opções e interesses. A confidencialidade dos dados esteve presente ao longo de todo o desenvolvimento, uma vez que

se destinaram unicamente ao desenvolvimento deste relatório, estando descritos de forma anónima durante todas as fases da sua elaboração. De forma a proteger a identidade tanto das crianças, como dos familiares participantes no projeto, foram assim atribuídos números aos casos estudados. Todos os dados ficaram armazenados unicamente no computador do investigador, protegido com palavra passe, e onde apenas o próprio tem acesso. O consentimento informado (Apêndice III), foi apresentado aos participantes para a inclusão no projeto, sendo que os intervenientes se encontraram devidamente informados e esclarecidos sobre o estudo e a sua finalidade exclusivamente académica, bem como dos seus direitos, respeitando os mesmos em todos os procedimentos realizados. Para além do consentimento informado livre e esclarecido, os pressupostos legais também estiveram presentes, sendo que o consentimento de menores foi obtido, conforme a Lei da Investigação Clínica, artigo 7º, pelo menor com idade igual ou superior a 16 anos e do seu representante legal ou, no caso de o menor ter idade inferior à referida, do seu representante legal, o qual deve refletir a vontade presumível do menor, podendo, em ambos os casos, o consentimento ser revogado a todo o tempo, sem prejuízo para o menor (Lei n.º 21/2014 de 16 de abril). Deste modo, os princípios éticos em investigação em enfermagem viram-se respeitados, nomeadamente, o da beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Tal como os enunciados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, relativa à investigação com seres humanos e também obtido o seu consentimento verbal (Nunes, 2013). No final da investigação os formulários de recolha de dados possíveis de identificações das crianças ou cuidadores foram destruídos, uma vez que as informações já se encontravam de forma anónima, identificando os casos estudados numericamente, em formato digital. Deste modo foram armazenados unicamente os formulários de consentimentos informados, a nível de necessidade de prestação de declarações, no entanto estes serão destruídos 6 meses após a publicação do relatório de estágio.

Para a implementação do projeto de intervenção, foi necessário submeter a proposta do mesmo à Universidade de Évora (Anexo V). Para além das questões éticas relacionadas com a Universidade também o mesmo projeto foi submetido ao Conselho Diretivo e à Comissão de Ética do Centro de Reabilitação onde foi desenvolvido o estágio, obtendo parecer positivo para o desenvolvimento do mesmo (Anexo VI).

4. RESULTADOS

Para apresentação dos resultados foram direcionadas algumas informações, nomeadamente no contexto sociodemográfico, esquematizando as mesmas em tabelas. Posteriormente foram analisados os ganhos em saúde obtidos através das intervenções selecionadas para cada necessidade e cada caso apresentado.

O estudo desenvolvido teve um total de 4 participantes, sendo que cada caso foi identificado numericamente, de forma a proteger a identidade dos participantes e familiares envolvidos.

De modo a avaliar as intervenções realizadas e identificar ganhos em saúde foram realizados 3 momentos de avaliação, sendo que o primeiro se efetivou no momento da admissão da criança no serviço de internamento, a segunda avaliação foi desenvolvida após intervenções especializadas da parte dos EEER, sendo que se localizou sensivelmente a meio do período de internamento, e a terceira e última avaliação ocorreu no dia da alta clínica.

Os ganhos em saúde decorrentes dos planos de intervenção a nível da enfermagem de reabilitação das crianças encontram-se explanados, mais aprofundadamente, em apêndice (Apêndices IV, V, VI e VII).

4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A amostra selecionada é constituída por 4 participante, sendo a totalidade do sexo masculino, n=4. A média de idades situa-se nos 8,5 anos, sendo que o participante mais novo possui 5 anos e o mais velho detém 11 anos.

Em relação aos diagnósticos obtidos, é possível verificar que n=2 sofreram LM, n=1 sofreu AVC isquémico e n=1 sofreu um TCE grave.

Relativamente à caracterização social e familiar, n=3 são oriundos do continente Africano, tendo vindo para Portugal no contexto das patologias inerentes e apenas vivem com a mãe. O restante n=1 é de origem Portuguesa e vive com os pais.

No que diz respeito ao desenvolvimento das AVD's anteriormente às patologias e internamentos, foi possível verificar que um dos casos de LM ocorreu durante o parto, sendo que a criança nunca teve um desenvolvimento das AVD's decorrentes do crescimento. O outro caso de LM desenvolveu-se aos dois anos de idade, na sequência de Mal de Pott, não sendo também possível identificar o desenvolvimento de AVD's anteriormente ao estado de incapacidade. A criança com 8 anos, desenvolveu um AVC isquémico com 4 anos, sendo que já possuía algumas capacidades de independência no que diz respeito às AVD's. Finalmente a criança com 11 anos sofreu um TCE grave, meses antes do internamento, condicionando a sua autonomia e funcionalidade, sendo que anteriormente era uma criança completamente independente nas suas AVD's.

A condição habitacional difere entre os participantes, sendo que n=3 residem em apartamento e n=1 em moradia. Todos os participantes n=4 vivem em meio urbano.

Verificou-se ainda que todos os participantes n=4 necessitavam de auxiliar de marcha de cadeira de rodas.

Relativamente aos cuidadores e familiares que acompanharão o processo e o estudo desenvolvido, é possível verificar que 3 crianças possuem apenas a mãe como cuidadora e 1 criança tem a presença de ambos os progenitores ativamente no seu processo de reabilitação.

A idade dos cuidadores situa-se numa média de 38,8 anos, sendo que o limite mais baixo é 27 anos e o mais alto situa-se nos 53 anos.

Quando abordamos o grau de escolaridade é possível perceber que duas mães, n=2 apenas possuem a 4ª classe, e os restantes cuidadores, n=3 são licenciados. De entre os licenciados estão presentes dois familiares da área da gestão e uma professora primária.

Relativamente ao estado civil denota-se que n=3 das crianças acompanhadas apresentam mães solteiras e a criança que possui ambos os progenitores presentes n=2 possui os dois progenitores com estado de casados.

Seguidamente estão apresentados os dados relativos à caracterização sociodemográfica das crianças em estudo, assim como dos seus cuidadores, de forma resumida.

Quadro 1 - Características Sociodemográficas e de Saúde da Amostra

Crianças Participantes	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Idade	11	5	8	10
Género	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino

Nacionalidade	Guiné Bissau	Cabo Verde	Angola	Portugal
Diagnóstico	LM	LM	AVC isquémico	TCE grave
Agregado familiar	Mãe	Mãe	Mãe	Mãe e Pai
Tipo de residência	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Moradia
Meio Rural ou Urbano	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano
Auxiliar de Marcha	Cadeira de Rodas	Cadeira de Rodas	Cadeira de Rodas	Cadeira de Rodas

Legenda: LM – Lesão Medular; TCE – Traumatismo Crânio Encefálico; AVC – Acidente Vascular Cerebral

Fonte: a própria

Quadro 2 - Características Sociodemográficas dos Cuidadores

Cuidadores Participantes	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Cuidadores principais	1	1	1	2
Idade	28	27	47	39 53
Grau de Escolaridade	4ª Classe	4ª Classe	Licenciada	Licenciada Licenciado
Profissão	Desempregada	Empregada de limpeza	Professora Primária	Gestora Gestor
Estado Civil	Solteira	Solteira	Solteira	Casada Casado

Fonte: a própria

4.2. RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

Relativamente ao nível do desenvolvimento das AVD's, por parte das crianças, a nível global, há indícios de melhoria. É possível observar no quadro 3 que, na primeira avaliação, a média do instrumento de avaliação MIF, dos 4 casos estudados, encontrava-se ao nível dos 54,25 valores, tendo-se verificado um aumento na segunda avaliação, com um score de 67. Por fim, na última avaliação realizada aos participantes, aquando da avaliação das AVD's, através da aplicação do instrumento selecionado, foi possível obter uma média de score 83, não esquecendo que a máxima pontuação obtida na mesma escala é o valor de 126. Deste modo é possível perceber que a intervenção do EEER, de um modo global, trouxe ganhos em saúde e na funcionalidade das crianças em estudo.

Aquando da avaliação dos cuidadores, neste caso familiares, foram aplicados dois instrumentos de avaliação. A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, referente à avaliação da sobrecarga dos mesmos, e a WHOQOL-bref, que pretende avaliar a qualidade de vida percecionada pelos mesmos.

Ao analisar os resultados globais da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, avaliando a média dos resultados dos 4 casos, foi possível verificar uma diminuição dessa mesma sobrecarga. Esta é visível pois aquando da primeira avaliação obteve-se um score de 36,25, sendo que na segunda avaliação já foi possível obter um score menor, este de 31,5, a nível médio. Para além deste resultado, com balanço positivo, ainda na terceira avaliação foi possível obter um score total de 25,5, reforçando os ganhos em saúde, fruto da intervenção do EEER.

Globalmente a média obtida na avaliação do domínio 1 da WHOQOL-bref foi de 22, na primeira avaliação, tendo-se verificado um aumento na segunda e na terceira avaliações, terminando com um score de 24. A qualidade de vida no domínio físico dos cuidadores aumentou. Relativamente à sua vertente psicológica também se verificaram aumentos, sendo que a primeira avaliação obteve uma média de score 20 e na terceira e última avaliação registou-se uma média de score 22. As relações sociais vividas pelos cuidadores foram o domínio onde se verificou menor evolução, no entanto com obtenção de diferença positiva, aumentando de score 13 na primeira avaliação para 13,5 na última avaliação. Por fim, o domínio referente ao meio ambiente também registou um aumento positivo. Deste modo, o meio ambiente parece contribuir para a qualidade de vida percecionada, com um aumento de score 24,25 para 25,75. Tendo como base o aumento de score em todos os domínios nas avaliações realizadas, os dados parecem apresentar indícios de melhoria na qualidade e vida percecionada pelos cuidadores das crianças em estudo.

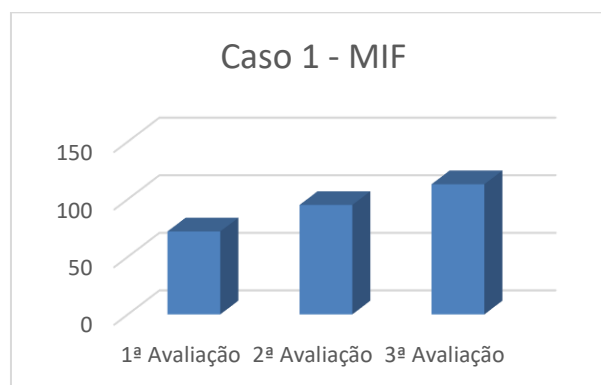
Quadro 3 - Medidas de tendência central e dispersão das variáveis nos três momentos de avaliação

Instrumentos de Avaliação	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
	Média (Desvio Padrão)	Mediana (Amplitude e Interquartil)	Média (Desvio Padrão)	Mediana (Amplitude e Interquartil)	Média (Desvio Padrão)	Mediana (Amplitude e Interquartil)
Medida de Independência Funcional	54,25 (13,02242)	50,5 (44,75 – 25%) (60 – 75%)	67 (21,67948)	50,5 (54,5 – 25%) (77 – 75%)	83,25 (34,13088)	86 (57 – 25%) (112,25 – 75%)
Zarit Burden Interview	36,25 (2,872281323)	35,5 (34 – 25% 37,75 – 75%)	31,5 (3,109126351)	31,5 (29,5 – 25%) (33,5 – 75%)	25,5 (8,346656017)	27 (23,75 – 25% (28,75 – 75%)
WHOQOL-bref – Domínio 1	22,25 (1,707825128)	22,5 (21,5- 25% 23,25 – 75%)	23,75 (1,258305739)	24 (23,5 – 25% 24,25 – 75%)	24 (0,816496581)	24 (23,75 – 25% 24,25 – 75%)
WHOQOL-bref – Domínio 2	20 (1,414213562)	20,5 (19,5 – 25% 21 – 75%)	21,25 (0,957427108)	21,25 (20,75 – 25% 22 – 75%)	22 (0,816496581)	22 (21,75 – 25% 22,25 – 75%)
WHOQOL-bref – Domínio 3	13 (1,825741858)	13 (11,75 – 25% 14,25 – 75%)	13,25 (1,5)	13 (12 – 25% 14,25 – 75%)	13,5 (1,290994449)	13,5 (12,75 – 25% 14,25 – 75%)
WHOQOL-bref – Domínio 4	24,25 (6,751543034)	23 (19,5 – 25% 27,75 – 75%)	25,25 (6,130524719)	24,5 (21,25 – 25% 28,5 – 75%)	25,75 (5,909032634)	25 (21,5 – 25% 29,25 – 75%)

Fonte: Própria

Individualmente, analisando cada caso estudado, verificam-se igualmente melhorias nos scores da MIF. No caso 1, como podemos observar na figura 3, foi possível obter uma evolução na realização das AVD's de um score de 72 na primeira avaliação, para 95 na segunda avaliação e para 113 na terceira e última avaliação.

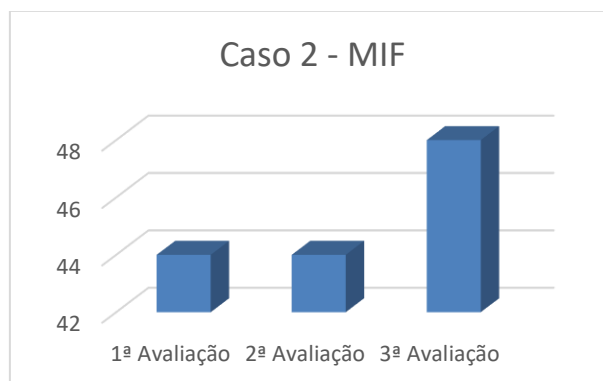
Figura 3 - Caso 1: Avaliação MIF



Fonte: Própria

Ao analisar o segundo caso estudado observa-se evolução positiva apenas da segunda para a terceira avaliação, como se observa na figura 4. Neste caso, tanto a primeira como a segunda aplicação do instrumento obtiveram score de 44, sendo que a última avaliação se destacou positivamente com um score de 48.

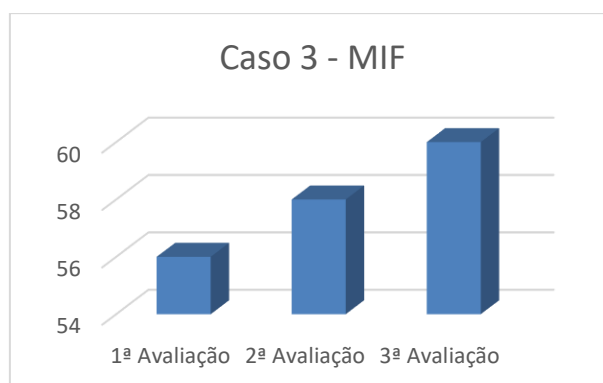
Figura 4 – Caso 2: MIF



Fonte: Própria

O terceiro caso, à semelhança do primeiro, obteve evolução nas três aplicações do instrumento, como se verifica na figura 5. Assim a primeira avaliação conseguiu-se com um score de 56, seguindo-se a segunda avaliação com um score de 58 e, finalmente a terceira avaliação com um score de 60.

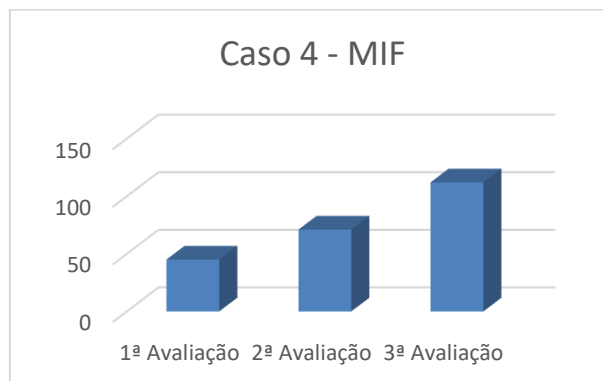
Figura 5 - Caso 3: MIF



Fonte: Própria

O quarto e último caso analisado foi aquele onde se verificaram maiores ganhos, com maiores valores de intervalos entre as diferentes avaliações, observando-se na figura 6. Deste modo, a primeira avaliação da escala obteve um score de 45, conseguindo-se um aumento de 26 valores, com uma segunda avaliação de score 71, sendo que a última avaliação conseguiu um score de 112, com uma diferença de 41 valores.

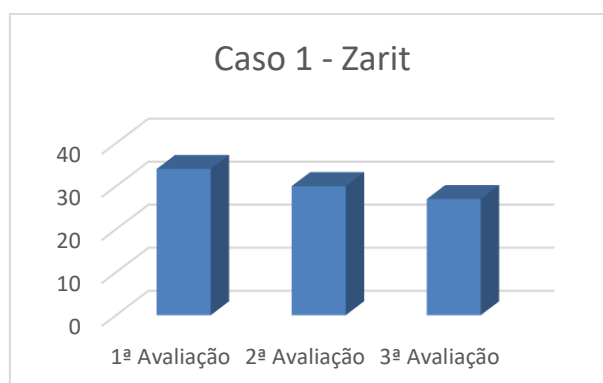
Figura 6 - Caso 4: MIF



Fonte: Própria

Relativamente às avaliações realizadas aos familiares, de modo a verificar a sua sobrecarga enquanto cuidadores, foi aplicada a ZBI, tendo-se obtido resultados positivos individualmente. Na figura 7, é possível observar que o cuidador da criança identificada como 1º caso, teve uma diminuição de sobrecarga de 34 para 30 entre a primeira e a segunda avaliações, e de 30 para 27 entre a segunda e a terceira avaliações.

Figura 7 - Caso 1: ZBI

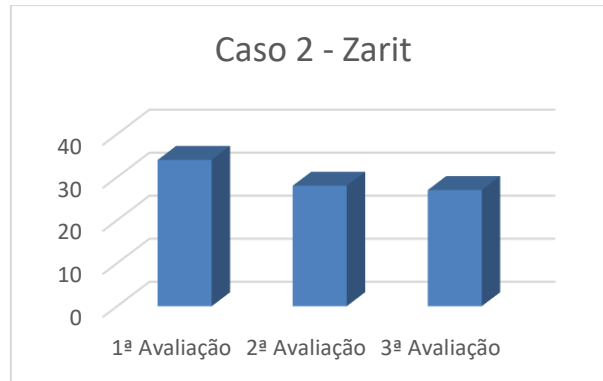


Fonte: Própria

Aquando da avaliação do cuidador referente ao 3º caso, verifica-se, na figura 8, que este também beneficiou de uma diminuição na sobrecarga, tendo iniciado a avaliação com um nível

de 34 e terminando na última avaliação com um nível de 27, com uma segunda avaliação no nível 28.

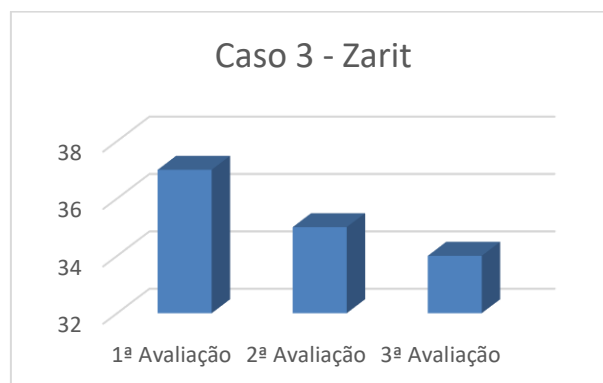
Figura 8 - Caso 2: ZBI



Fonte: Própria

No terceiro caso, também se verificou uma diminuição na sobrecarga, com uma primeira avaliação de 37, uma segunda avaliação no nível 35 e uma última avaliação com um nível de 34, como se observa na figura 9.

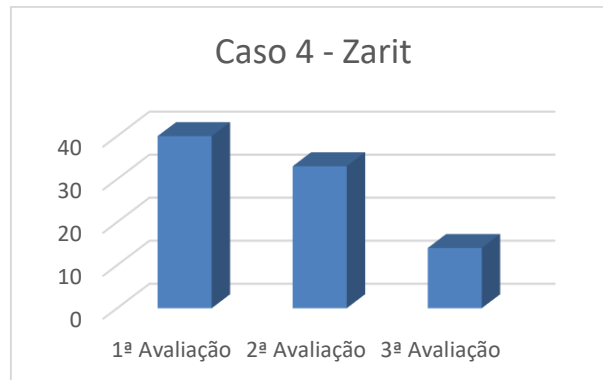
Figura 9 - Caso 3: ZBI



Fonte: Própria

Por fim, é no quarto caso onde se observa uma maior diminuição da sobrecarga do cuidador, com uma diminuição de 40 para 33, nas primeira e segunda avaliações respectivamente, e uma terceira avaliação de nível e sobrecarga 14, como demonstrado na figura 10.

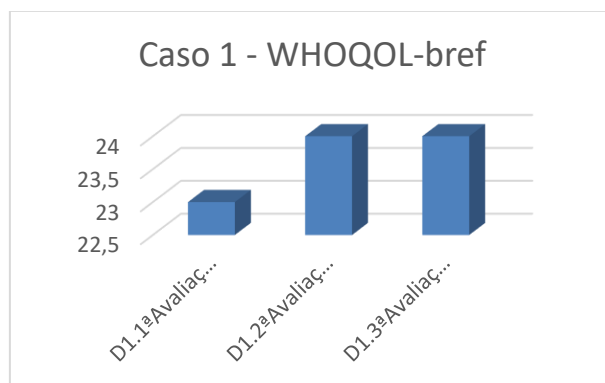
Figura 10 - Caso 4: ZBI



Fonte: Própria

A análise do instrumento de medida que foi utilizado para quantificar a qualidade de vida dos cuidadores é realizada de forma individual para cada domínio de investigação, sendo estes o domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Desta forma, o cuidador referente ao 1º caso, teve um aumento na sua qualidade de vida a nível físico da primeira para a segunda avaliação, 23 para 24, sendo que a mesma se manteve na terceira avaliação, como se observa na figura 11.

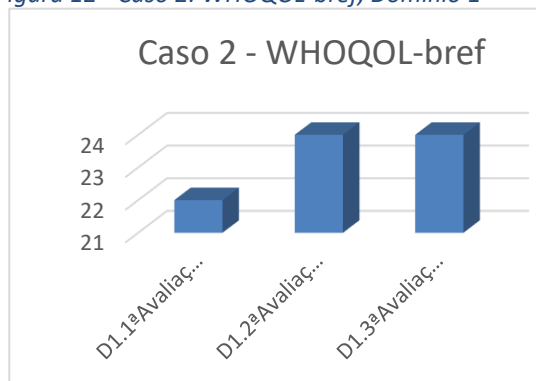
Figura 11 - Caso 1: WHOQOL-bref, Domínio 1



Fonte: Própria

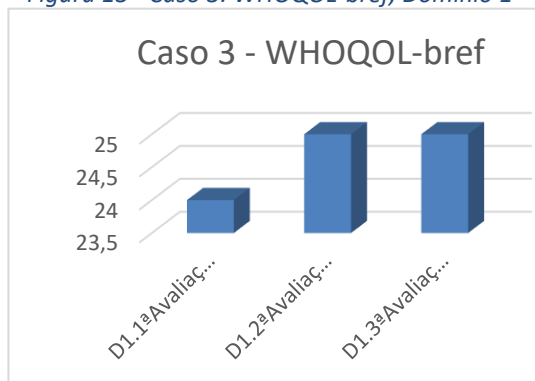
Semelhante ao primeiro caso, o segundo caso, assim como o terceiro, também tiveram um aumento da qualidade de vida da primeira para a segunda avaliação, 22 para 24 e 24 para 25, respetivamente, sendo que se manteve no nível de qualidade de vida 24 aquando da terceira avaliação no 2º caso e ao nível de 25 no 3º caso, visível nas figuras 12 e 13.

Figura 12 - Caso 2: WHOQOL-bref, Domínio 1



Fonte: Própria

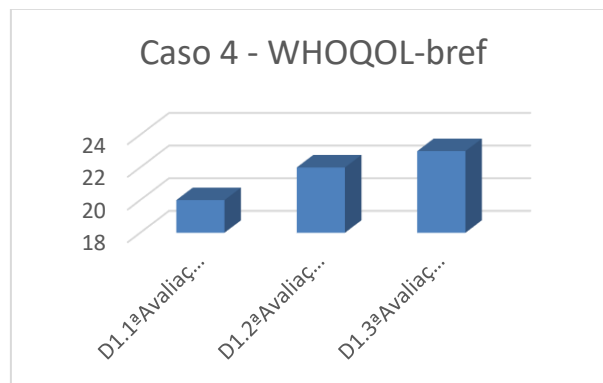
Figura 13 - Caso 3: WHOQOL-bref, Domínio 1



Fonte: Própria

No quarto caso verificaram-se aumentos em todas as avaliações, sendo que a primeira registou um nível de qualidade de vida de 20, a segunda de 22 e a terceira de 23, visível na figura 14.

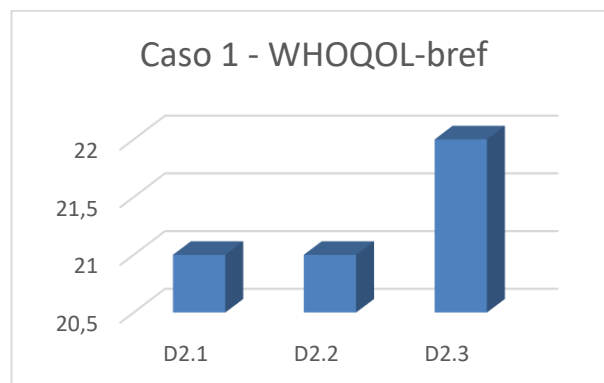
Figura 14 - Caso 4: WHOQOL-bref, Domínio 1



Fonte: Própria

O segundo domínio, relativo à qualidade de vida psicológica teve ganhos no primeiro caso, sendo que apenas entre a segunda e terceira avaliações, aumentando de 21 para 22, observável na figura 15.

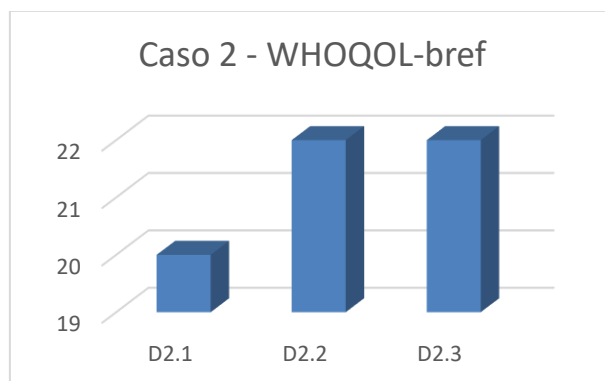
Figura 15 - Caso 1: WHOQOL-bref, Domínio 2



Fonte: Própria

Já no segundo caso, a evolução do domínio psicológico verificou-se entre a primeira e a segunda avaliações, aumentando de 20 para 22 no instrumento de avaliação aplicado, sendo que a segunda e a terceira avaliações se mantiveram iguais no nível 22, demonstrado na figura 16.

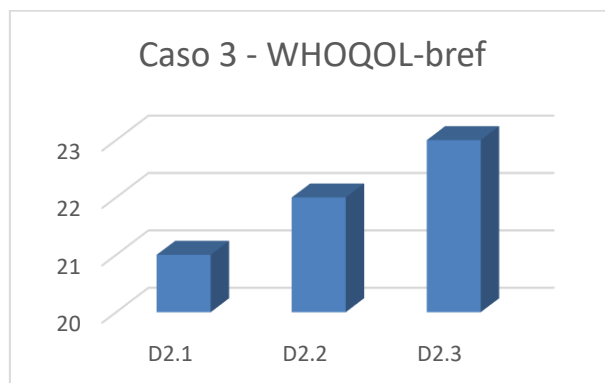
Figura 16 - Caso 2: WHOQOL-bref, Domínio 2



Fonte: Própria

Relativamente à avaliação da qualidade de vida psicológica do cuidador relativo ao caso 3, este obteve ganhos com uma evolução de 21 para 22 entre a primeira e a segunda avaliações, e de 22 para 23 entre a segunda e a terceira avaliações, conforme se verifica na figura 17.

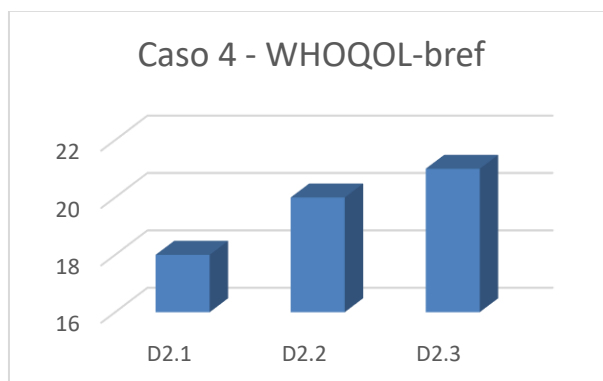
Figura 17 - Caso 3: WHOQOL-bref, Domínio 2



Fonte: Própria

À semelhança do caso mencionado anteriormente, também no caso 4 se verificaram ganhos, aumentando o nível de qualidade de vida psicológica de 18 para 20 entre a primeira e segunda avaliações, e de 20 para 21 para a terceira avaliações.

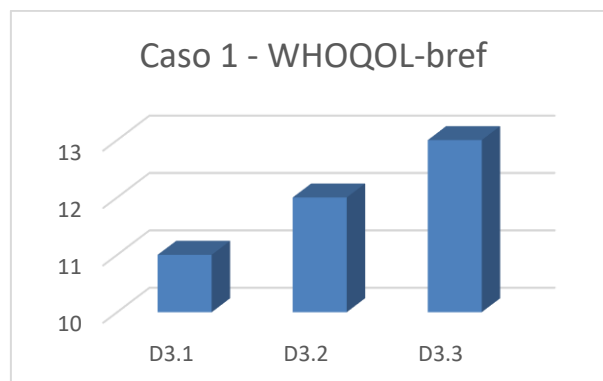
Figura 18 - Caso 4: WHOQOL-bref, Domínio 2



Fonte: Própria

O domínio das relações sociais obteve um balanço positivo no 1º caso, aumentando de 11 para 12 entre a primeira e a segunda avaliações e ainda para 13 na última avaliação. Conforme explanado na figura 19.

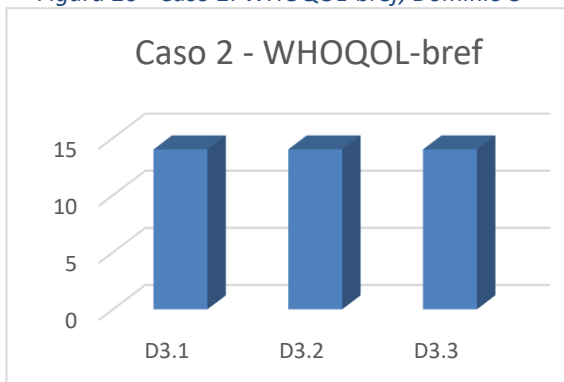
Figura 19 - Caso 1: WHOQOL-bref, Domínio 3



Fonte: Própria

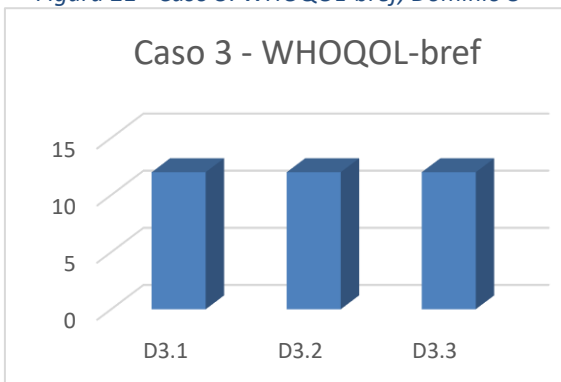
Já nos segundo, terceiro e quarto casos estudados este domínio não obteve evolução mantendo em todas as avaliações um valor de qualidade de vida de 14, 12 e 15, respetivamente, como se pode verificar nas figuras 20, 21 e 22 seguidamente apresentadas.

Figura 20 - Caso 2: WHOQOL-bref, Domínio 3



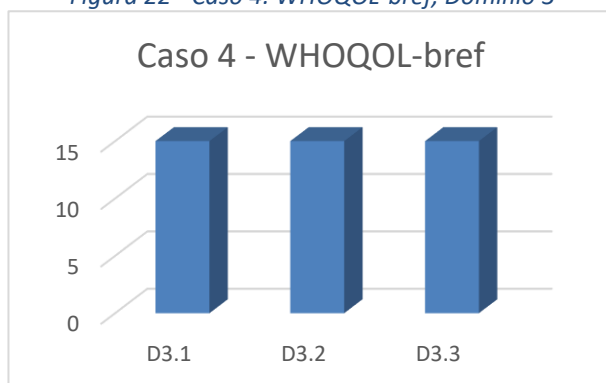
Fonte: Própria

Figura 21 - Caso 3: WHOQOL-bref, Domínio 3



Fonte: Própria

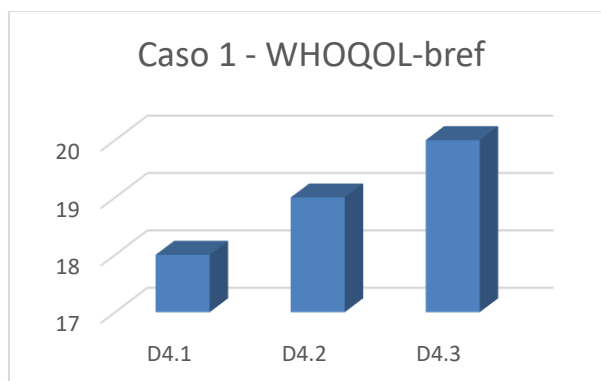
Figura 22 - Caso 4: WHOQOL-bref, Domínio 3



Fonte: Própria

Relativamente ao último domínio, referente ao meio ambiente onde a pessoa vive e desenvolve o seu dia a dia, este teve uma evolução positiva quando analisado o primeiro caso. Deste modo aumentou de 18 para 19 na segunda avaliação, e ainda para 20 na terceira e última avaliação, como mostra a figura 23.

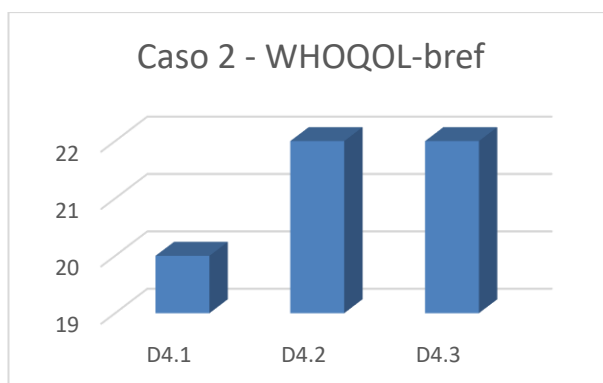
Figura 23 - Caso 1: WHOQOL-bref, Domínio 4



Fonte: Própria

No segundo caso apenas se observou uma evolução positiva neste domínio da escala de qualidade de vida avaliada, entre a primeira e a segunda avaliações, sendo que a terceira se manteve com valor igual à segunda, elucidado na figura 24.

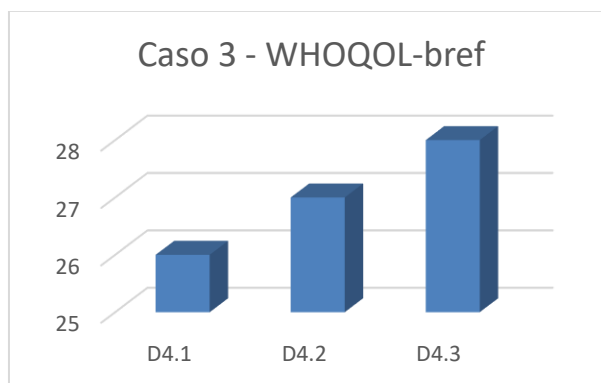
Figura 24 - Caso 2: WHOQOL-bref, Domínio 4



Fonte: Própria

A aplicação do instrumento de avaliação registou também melhorias ao nível do meio ambiente do cuidador da criança estudada com o número de caso 4, tendo-se verificado uma evolução positiva ao longo das avaliações. Assim na primeira avaliação obteve-se um valor de 26, aumentando na segunda avaliação para 27, e na terceira para 28, como se verifica na figura 25.

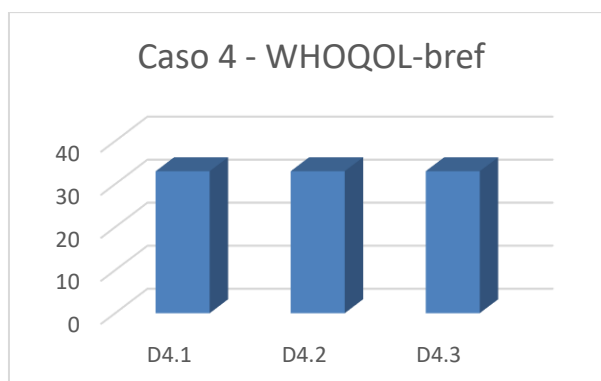
Figura 25 - Caso 3: WHOQOL-bref, Domínio 4



Fonte: Própria

Por último, não se verificaram alterações entre as diferentes avaliações relativas a este domínio, quando do estudo dos cuidadores do quarto caso. Desta forma, como se verifica na figura 26, o nível de qualidade de vida percebido foi de 33.

Figura 26 - Caso 4: WHOQOL-bref, Domínio 4



Fonte: Própria

4.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise de resultados obtidos através da implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação, possibilita a identificação de estratégias suscetíveis de mudança na prática

realizada atualmente. Deste modo, permite uma melhoria dos cuidados prestados, assim como uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, neste caso, dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015b).

Através da análise dos resultados é possível observar que foram selecionadas 4 crianças para participação no estudo realizado. A totalidade destas era portadora do sexo masculino, situando-se a média de idades nos 8,5 anos. De salientar também que a maioria das crianças era proveniente do continente africano, originalmente de Cabo Verde, Angola e Guiné Bissau, sendo que uma das crianças era de nacionalidade portuguesa. Através da análise da literatura disponível, é possível verificar que aproximadamente 93 milhões de crianças e jovens em todo o mundo (5%) sofrem de deficiência moderada ou grave (WHO, 2015). Para além disso, estima-se que 53 milhões de crianças menores de 5 anos, possuam um défice no desenvolvimento, sendo que 95% destas vivem em países pobres (*Global Research on Developmental Disabilities Collaborators*, 2018).

Os diagnósticos aferidos foram maioritariamente lesões medulares, havendo em igual número o diagnóstico de AVC isquémico e TCE grave.

Também a literatura nos esclarece estes factos, afirmando que as lesões medulares em crianças possuem um aumento de 9,7% a 35,9% nos últimos anos. As principais causas situam-se entre os acidentes rodoviários, acidentes pedestres e quedas, entre os 0 e os 6 anos de idade. Também nos recém-nascidos se verificam casos de lesão medular, constituindo-se como 10% das causas de morte à nascença, principalmente por problemas relacionados com a prática do parto (Goulart, Trevisan, Júnior & Abreu, 2007). De salientar que um dos casos com diagnóstico de LM, advém da ocorrência de um Síndrome de Mal de Pott. Este ocorre em cerca de 0,5-1% dos doentes com tuberculose. A Organização Mundial de Saúde afirma que a maior percentagem de ocorrência de casos de tuberculose situa-se na África Subsariana e na Ásia, sendo que as notificações de casos de tuberculose na Região Europeia representam menos de 10% das notificações a nível mundial (Barbeiro, Falcão & Vasconcelos, 2017).

Os AVC's em idade pediátrica constituem-se como um evento raro, podendo ocorrer na gravidez, nos primeiros dias após o parto ou mais tarde na infância e adolescência. Nos países ocidentais o AVC isquémico no adulto representa 80-85%, já na criança surge em 55% dos casos (Silva, 2016) A recuperação de um AVC, a nível pediátrico acontece melhor e mais rapidamente, no entanto devem-se valorizar as sequelas motoras, cognitivas e comportamentais. O AVC está

entre as 10 primeiras causas de morte na idade pediátrica, pois a mortalidade pode atingir 10-25% das crianças (Silva, 2016).

Os traumatismos crânio-encefálicos são frequentes e potencialmente graves na idade pediátrica, constituindo um problema de saúde pública. A maioria dos TCE pediátricos, 65 a 95%, apresentam-se como ligeiros, sendo que as taxas de morbilidade e mortalidade reportadas são baixas. Os casos de morte e sequelas ocorrem nos TCE moderados ou graves, com associação de lesão intracraniana clinicamente significativa (Matias et al., 2017).

Relativamente aos acompanhantes e cuidadores das crianças analisadas, foi possível perceber que a maioria, 3 crianças, possuem como única cuidadora a mãe, sendo que apenas 1 criança possui como cuidadores os dois progenitores. Também a literatura nos mostra que existe uma predominância em ser a mãe a cuidadora principal, não existindo assim grande intervenção por parte dos pais, ou até mesmo nenhuma, pois a maioria das mães encontra-se solteira (Zuurmond et al., 2018; Silva, Moraes, Sabin, Almeida, & Magnago, 2021; Oliveira, Oliveira, Rocha, Gouveia, Costa, & Nogueira, 2021; Derhon, Lima, Teive, Meira, & Zonta, 2020).

Relativamente ao nível do desenvolvimento das AVD's, por parte das crianças, a nível global, os dados indicam melhoria ao longo do tempo.

Deste modo observa-se que o primeiro caso obteve um score de MIF, na primeira avaliação, de 48, relativamente ao domínio físico e 24, relativamente ao domínio cognitivo, com um total de 72. Os autocuidados com maiores défices nesta primeira avaliação situavam-se ao nível do banho, do vestir e despir a metade inferior do corpo e a utilização da sanita, assim como o subir e descer escadas, e finalmente o controle esfíncteres. Também a comunicação se constitui como uma variável a ser trabalhada. Após a intervenção do ER, e do seguimento do plano de intervenção delineado para a criança, numa segunda avaliação conseguiram-se melhorias e aumentos nos scores da MIF. Deste modo o score físico teve um aumento para um nível de 66, assim como o domínio cognitivo teve um aumento para um valor de 29, contabilizando um core total de 95. As melhorias observaram-se relativamente ao banho, autocuidado que se encontrava mais deficitário, vestir e despir tanto a parte superior do corpo, como também inferior do mesmo, utilização da sanita e controlo de esfíncteres. Também ao nível da locomoção e mobilidade de verificaram ligeiras melhorias. A comunicação, que outrora se constituiu como um fator a trabalhar, obteve aumentos de pontuação a nível do preenchimento da MIF, verificando-se também aumentos a nível da cognição social. Finalmente, através da terceira avaliação foi

possível verificar um aumento de score físico para um valor de 81, assim como cognitivo para 32, com um score total de 113. Após a implementação de intervenção de enfermagem de reabilitação, as melhorias que os dados indicam verificam-se nível físico no banho, no vestir e despir, na independência do controle de esfíncteres e na mobilidade. Relativamente à cognição social, esta encontrava-se bastante melhorada, assim como a comunicação.

O segundo caso também apresentou melhorias no desenvolvimento das AVD's, através da avaliação da MIF, no entanto essas só se verificaram na última avaliação. Essencialmente o fator onde se destacou um maior nível de independência, relativamente às restantes avaliações, foi na locomoção. Esta melhoria deveu-se ao fornecimento de uma cadeira de rodas mentoniana, capaz de proporcionar um maior nível de independência funcional à criança.

A terceira criança estudada obteve aumentos na funcionalidade nas três avaliações efetuadas. É possível observar que na primeira avaliação foi obtido um score a nível físico de 25, assim como de 31 ao nível cognitivo, perfazendo um total de 56. Relativamente às questões físicas a criança necessita de uma ajuda total em todas as AVD's, exceto no controle de esfíncteres, conseguindo ser completamente autónoma. Na cognição social possui alguma independência podendo sempre existir questões a serem trabalhadas. Na segunda avaliação verificaram-se melhorias essencialmente a ao nível da alimentação, já conseguido desenvolver algumas capacidades para a realização da mesma, e ao nível da expressão, conseguindo a criança exprimir melhor a sua comunicação verbal. Na terceira avaliação a criança conseguiu obter uma evolução positiva aquando das transferências, originando um maior score na escala MIF, de valor final 60.

O quarto caso foi onde se verificou maior evolução aquando da avaliação das AVD's. Neste caso, na primeira avaliação o score obtido a nível físico situava-se com um valor de 34, e a nível cognitivo com um valo de 11, somando um score total de 45. Nesta primeira avaliação as maiores dificuldades observadas na criança situavam-se no desempenho de todos os autocuidados, excetuando o controle de esfíncteres, pois este apresentava-se totalmente mantido. Também o domínio cognitivo apresentava alguns défices, essencialmente na expressão e na interação social. Na segunda avaliação da MIF já foi possível verificar ganhos em todos os autocuidados, exceto a utilização de escadas, e ao nível de todas as componentes do domínio cognitivo, com um score total de 71. Finalmente, na terceira avaliação foi obtido um score total de 112, com um domínio físico bastante melhorado em todas as vertentes avaliadas, com um score de 82, e um domínio cognitivo também mais evoluído, com um score de 30.

Através desta análise de resultados é possível verificar que foi no caso classificado como 4, que se obteve maiores ganhos aquando do desenvolvimento das AVD's. No entanto, este caso foi o único analisado, onde a situação de doença e diagnóstico, era mais recente, e onde as sequelas de um TCE grave ainda não se tinham instalado. Em todos os outros casos, apesar do objetivo se centrar na recuperação da funcionalidade e na maximização do potencial, os diagnósticos e as incapacidades já se encontravam instaladas há anos, sendo mais difícil a reabilitação e recuperação funcional dos mesmos.

Complementarmente à avaliação das necessidades da criança, ao nível dos autocuidados, assim como da necessidade da intervenção do enfermeiro de reabilitação, também os cuidadores foram estudados e analisados.

O cuidar de crianças e jovens com défices no desenvolvimento que possuem dificuldades complexas, apresenta-se como um desafio substancial para as famílias, requerendo métodos e estratégias para enfrentar níveis de stress e angústia. Neste caso, os pais e cuidadores destas crianças possuem um risco significativo de sofrimento psicológico e problemas a nível de saúde mental, devido à necessidade de cuidado dos seus familiares e das responsabilidades que isso acarreta. A dependência gerada pela incapacidade da criança determina o grau de sobrecarga do cuidador, o que pode ter impacto na sua saúde geral e no seu bem-estar emocional. Deste modo, muitos estudos focam-se na avaliação da sobrecarga do cuidador, assim como da qualidade de vida dos mesmos, aquando da necessidade de cuidados complexos a crianças (Zuurmond et al., 2018; Silva, Moraes, Sabin, Almeida, & Magnago, 2021; Oliveira, Oliveira, Rocha, Gouveia, Costa, & Nogueira, 2021; Derhon, Lima, Teive, Meira, & Zonta, 2020; Matthews, Puplampu & Gelech, 2021; Maddocks, Moodley, Hanass-Hancock, Cobbing & Chetty, 2019; Matthews, Puplampu & Gelech, 2021).

Aquando da avaliação dos cuidadores, neste caso familiares, foram aplicados dois instrumentos de avaliação. A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, referente à avaliação da sobrecarga dos mesmos, e a WHOQOL-bref, que pretende avaliar a qualidade de vida percecionada pelos mesmos.

Através da análise aos cuidadores foi possível verificar que as questões relacionadas com a vida pessoal e social, tais como momentos de lazer e descontração, assim como as relações com amigos e família, são os aspetos mais mencionados como deficitários. Desta forma, através da avaliação da qualidade de vida, no domínio das relações sociais, apenas se verificaram melhorias

da mesma no 1º caso estudado. Nos restantes casos, denominados de caso 2, 3 e 4, não existiram diferenças entre as 3 avaliações realizadas neste domínio. Também a literatura afirma que quanto maior o nível de dependência da pessoa cuidada, menor se apresenta o nível de qualidade de vida dos cuidadores, sendo que estes disponibilizam mais tempo para prestar os cuidados necessários ao seu familiar ou pessoa cuidada, não possuindo tempo e disponibilidade para a prática de atividades físicas e atividades de lazer afim de reduzir o stress (Derhon, Lima, Teive, Meira & Zonta, 2020).

O cuidador familiar passa muito tempo a tentar suprimir as necessidades da criança, na maioria das vezes descurando as suas próprias necessidades. A separação pessoal da família, do trabalho e da vida social são os principais fatores na diminuição da qualidade de vida (Oliveira, Oliveira, Rocha, Gouveia, Costa, & Nogueira, 2021).

Para além disso, o sentimento de falta de apoio prestado e disponibilizado pelos amigos e família, também se constitui como uma das lacunas, que associado à necessidade de cuidados mais exigentes e específicos, proporciona aos cuidadores sentimentos de tristeza, angustia e desespero. Oliveira, Oliveira, Rocha, Gouveia, Costa, & Nogueira (2021) reforçam que crianças com doenças neurológicas necessitam de cuidados que exigem conhecimento, esforço e dedicação contínuos, que associados a novas responsabilidades tornam a situação complexa, stressante e angustiante, podendo levar a outras reações emocionais negativas.

Pela necessidade de novas aprendizagens relativas ao cuidar, todos os familiares referiram insegurança aquando das suas intervenções, que foi diminuindo ao longo do tempo de internamento através do esclarecimento e ensino por parte dos Enfermeiros de Reabilitação. Os mesmos autores supracitados afirmam que se os cuidadores não receberem apoio de modo a suprir as suas necessidades, correm o risco de se tornar também eles pessoas necessitadas de cuidados (Oliveira, Oliveira, Rocha, Gouveia, Costa, & Nogueira, 2021).

Também o domínio da dor física, foi apontado como deficitário, através dos questionários realizados aos cuidadores. Através do questionário relativo à avaliação da qualidade de vida, aquando das questões indexadas ao domínio físico, foi possível perceber que existiu uma estabilidade na perceção das questões a nível físico, sentidas pelas mães relativas aos casos 1, 2 e 3, aquando da segunda para a terceira avaliação. Esta estabilidade deve-se principalmente ao facto de se encontrarem num meio hospitalar há algum tempo, tendo isso implicações na sua saúde física, assim como sono. Neste sentido é importante destacar que cuidar de crianças com

problemas neurológicos envolve apoio na alimentação, banho, vestir, deambular e auxiliar na transferência, expondo esses cuidadores a problemas no sistema musculoesquelético (Oliveira, Oliveira, Rocha, Gouveia, Costa, & Nogueira, 2021).

Para além da dor física, a falta de concentração e a qualidade do sono também foram aspetos referidos como deficitários e não contributivos para uma boa qualidade de vida. Também estudos analisadores da qualidade de vida de cuidadores de crianças com necessidade de cuidados de reabilitação, referem a vitalidade como um dos domínios mais afetados (Derhon, Lima, Teive, Meira & Zonta, 2020; Oliveira, Oliveira, Rocha, Gouveia, Costa, & Nogueira, 2021). De salientar que aquando da avaliação da qualidade de vida, relativamente ao domínio do meio ambiente, no caso 4 este ficou mantido num nível de classificação relativamente alto (33) durante as 3 avaliações, enquanto que nos restantes casos houve alterações positivas. Isto deveu-se o facto do familiar, neste caso a mãe da criança classificada com o caso número 4, já possuir à priori uma situação confortável ao nível de habitação, meio de transporte, emprego e recursos financeiros.

Através da análise dos casos é possível associar um maior nível de ganhos por parte da criança, através da MIF, a uma maior diminuição da sobrecarga do cuidador. No caso 4, observa-se uma diferença de 67 valores entre a primeira e a terceira avaliação da escala MIF, à semelhança da ZBI que obteve uma diferença de 26 valores entre a primeira e a terceira avaliação. No 1º e 2º caso, observaram-se valores iguais de diminuição da ZBI, no entanto o caso número 1 obteve melhoria de valores na MIF entre a primeira e a terceira avaliação, enquanto que no caso número 2, a diferença foi de apenas 4 valores. No caso 3, a diferença entre as avaliações da MIF situou-se nos 4 valores, e igualmente a as avaliações da ZBI obtiveram um diferencial de 3 valores. Também é no caso 4 que se observam melhorias mais significativas nas avaliações da Escala de Qualidade de Vida instituída. Deste modo a literatura afirma que o nível de stress, angustia e preocupação, está diretamente relacionado com o grau de comprometimento de saúde da criança (Luo et. al., 2021).

Deste modo emerge a necessidade de investir na capacitação de cuidadores de crianças em processo de reabilitação. É importante, e uma mais valia, o Enfermeiro de Reabilitação compreender que o cuidador se demonstra como um membro ativo na participação dos cuidados, facilitado as relações terapêuticas entre profissional e criança, e oferecendo uma maior confiança de continuidade de cuidados adequados aquando do regresso ao domicílio.

A capacitação das crianças com necessidade de cuidados de reabilitação constitui-se como um foco importante na área da enfermagem de reabilitação, com vista à maximização do potencial funcional e integração das mesmas no meio social. O empoderamento por parte da pessoa dependente de cuidados faz parte do processo de reabilitação e promoção na aquisição de competências. No entanto também o empoderamento dos cuidadores proporciona uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e dos ganhos em saúde adquiridos.

Para além dos benefícios proporcionados à saúde da criança, assim como o desenvolvimento de relações familiares estreitas, também a capacitação dos cuidadores influencia o nível de sobrecarga dos mesmos e a qualidade de vida sentida. Deste modo o empoderamento dos cuidadores, a elucidação de questões relacionadas com o estado de saúde da criança e a formação de temáticas específicas poderão beneficiar a sua qualidade de vida, assim como diminuir a sobrecarga sentida na prestação e dependência da pessoa cuidada.

5. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Este capítulo consta de uma análise reflexiva acerca das competências adquiridas ao longo do percurso académico do Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, com vista à obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Para tal, será realizada uma analogia entre as atividades desenvolvidas em todo o percurso académico referido e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as Competências de Mestre.

Para além de uma reflexão pessoal acerca das competências desenvolvidas é de salientar a sua integração com aqueles que são os referenciais que regem a profissão de enfermagem, e mais ainda o enfermeiro de reabilitação, sendo obrigatória uma afinidade com o Regulamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, assim como, com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

O enfermeiro especialista é o profissional a quem são reconhecidas as competências para prestar além dos cuidados gerais de enfermagem, cuidados específicos na área clínica da especialidade (Regulamento n.º 140/2019). Através dos princípios do Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista existem quatro domínios comuns de competências para os Enfermeiros Especialistas: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

O domínio de competências específicas define a prestação de cuidados especializados para cada área de especialização em enfermagem. Estas competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definidos para cada área de especialidade, no sentido de adequar os cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019).

O grau de mestre evidencia uma aquisição de especializações de natureza académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais. Este requer uma aquisição de conhecimentos desenvolvidos na investigação, com vista à compreensão e resolução de problemas que possam ser comunicados, tendo por base uma aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma (Decreto-Lei n.º 65/2018).

5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem as dimensões da educação, orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. Neste sentido, o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019). Ainda baseado no mesmo regulamento, são considerados quatro grandes domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal;

Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Neste domínio, o enfermeiro deve demonstrar, durante a sua atuação, um exercício seguro, profissional e ético, nomeadamente no âmbito das questões éticas e legais, tendo por base a deontologia profissional e respeitando os direitos humanos. No exercício profissional de enfermagem, a ética propõe-nos uma reflexão constante sobre a forma como assistimos o outro, no respeito integral por si, pela sua dignidade e pelos seus direitos. Assim a ética inspira uma reflexão própria do enfermeiro e de como exerce a sua profissão, procurando os valores e os princípios que guiam o exercício profissional, para além de procurar, ao mesmo tempo, o respeito pela pessoa. Deste modo a relação interpessoal com a pessoa cuidada, assim como a relação com a equipa multidisciplinar baseia-se em princípios éticos pessoais e profissionais (Deodato, 2016).

Assim, nas primeiras semanas de Estágio, foi-me possível consolidar conhecimentos transmitidos nas aulas de ética, inerentes à disciplina Epistemologia, Ética, Direito e Deontologia em Enfermagem do atual mestrado. Na vertente teórica desta mesma disciplina foi-me possível explorar os fundamentos da tomada de decisão ética, onde se integram a dimensão epistémica, fundamentos éticos, direito associado aos cuidados de saúde e fundamentação deontológica (Nunes, Inês & Constantino, 2019). Desta forma consegui identificar as dimensões epistemológica, ética, deontológica e jurídica, na minha tomada de decisão, compreender a natureza própria do conhecimento de enfermagem, suportar a minha decisão em princípios, valores e normas deontológicas, discutir os fundamentos da tomada de decisão e aspetos próprios do agir do enfermeiro, enquadrar o regime jurídico aplicável ao exercício profissional, refletir criticamente o processo e os resultados da tomada de decisão, promover a proteção dos direitos humanos e dos direitos fundamentais, integrar conhecimentos na análise de casos, saber gerir na equipa, de forma apropriada, as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade, a dignidade ou os direitos do doente (Nunes, Inês & Constantino, 2019). Foi então imprescindível reler e refletir sobre o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015a) com primordial atenção, os artigos que dizem respeito aos Princípios Gerais da profissão de enfermagem, assim como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de

Reabilitação, os Deveres Deontológicos em Geral, os Valores Humanos e os Direitos à Vida e à Qualidade de Vida, baseando a minha atividade profissional nessas premissas.

Mais ainda, os cuidados prestados foram ao encontro dos princípios e valores profissionais explanados e assentes no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermagem (OE, 2015c) e nas Cartas de Direitos e Deveres dos Clientes das respetivas instituições, adotando uma postura responsável e ética, respeitando os direitos da pessoa e das particularidades associadas às normas de cada instituição.

Deste modo, imperou o respeito pela pessoa e família ao longo das intervenções e da planificação das mesmas, tendo por base os direitos à dignidade humana, individualidade, privacidade e anonimato. Na construção do percurso em enfermagem, foram assim interiorizados os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, procurando respeitar os princípios éticos que devem guiar a investigação, nomeadamente: Beneficência, visando fazer o bem para a pessoa e sociedade; Não maleficência, não causando dano; Fidelidade, estabelecendo confiança entre o investigador e a pessoa; Justiça, procedendo com equidade e não diferenciando; Veracidade, dizendo a verdade e informando sobre os riscos e benefícios; Confidencialidade, salvaguardando a informação de caráter pessoal (Nunes, 2020). O desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com a criança e/ou família e a tomada de decisão em equipa permitiram o respeito pelos princípios éticos inerentes à profissão, enquanto profissão autorregulada. O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, sendo que se preocupa com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores. Assim a ética deve estar presente desde a pertinência e definição do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, escolha da metodologia, escolha dos instrumentos de avaliação e obtenção dos resultados (Nunes, 2020).

A responsabilidade profissional também reinou no decorrer dos estágios, no que diz respeito à assiduidade e pontualidade, bem como, na prestação de cuidados de forma responsável e teoricamente fundamentada.

Para a elaboração e aplicação do projeto de estágio, foram respeitados os critérios e meios de submissão do mesmo à comissão de ética, tanto do hospital em causa, como também da universidade, tendo sido obtida aprovação para a implementação do mesmo. De modo a assegurar o direito à confidencialidade e anonimato dos participantes, estes foram informados e esclarecidos sobre as intervenções e os objetivos do projeto por forma a obter o seu

consentimento para a participação no mesmo. Foi assim assegurada em todas as fases a autonomia dos participantes, respeitando as suas opções e interesses, estando sempre presente a confidencialidade dos dados ao longo de todo o desenvolvimento, sendo atribuídos números aos casos estudados, garantindo a proteção da identidade tanto das crianças, como dos familiares participantes no projeto.

O respeito pela dignidade implica o respeito pela liberdade, sendo que a liberdade nos cuidados de enfermagem materializa-se pela obtenção do consentimento informado dos cuidados que o enfermeiro planeia prestar. Deste modo a liberdade da pessoa permite expressar a sua vontade acerca dos cuidados planeados e estabelecidos, levando a uma validação contínua dos planos e integração da pessoa nos mesmos (Deodato, 2016). O consentimento informado foi apresentado aos participantes para a inclusão no projeto, sendo que os intervenientes foram devidamente informados e esclarecidos sobre o projeto e a sua finalidade exclusivamente académica, bem como dos seus direitos, especialmente da possibilidade de cessar a sua participação quando assim o pretendessem, sem qualquer prejuízo ou encargo para si ou qualquer alteração aos cuidados prestados, respeitando os mesmos em todos os procedimentos realizados. O consentimento de menores também foi uma preocupação, conforme a Lei da Investigação Clínica, artigo 7º, pelo menor com idade igual ou superior a 16 anos e do seu representante legal ou, no caso de o menor ter idade inferior à referida, do seu representante legal, o qual deve refletir a vontade presumível do menor, podendo, em ambos os casos, o consentimento ser revogado a todo o tempo, sem prejuízo para o menor (Lei n.º 21/2014). Após o consentimento livre e esclarecido e recolhida a assinatura do respetivo documento, os dados obtidos das diversas avaliações realizadas foram destruídos, uma vez que as informações já se encontram de forma anónima, identificando os casos estudados numericamente, em formato digital. Foram armazenados unicamente os formulários de consentimentos informados, a nível de necessidade de prestação de declarações, no entanto estes serão destruídos 6 meses após a publicação do relatório de estágio.

Deste modo, conseqüentemente foram respeitados os direitos dos participantes no estudo, sendo estes: O direito de não receber dano, não sendo prejudicado e sabendo previamente o prejuízo potencial do estudo, eliminando riscos desnecessários; O direito de conhecimento pleno sobre o estudo; O direito de autodeterminação, respeitado a autonomia da pessoa; O direito à intimidade, podendo não responder a questões solicitadas; O direito ao anonimato e confidencialidade, não divulgando dados sem autorização da pessoa (Nunes, 2020).

A reflexão sobre esta temática levou a uma maior consciencialização dos deveres e dos princípios que regem a nossa profissão, nunca esquecendo que cuidar do outro implica uma enorme responsabilidade pessoal e profissional. Deste modo, poder-se-á afirmar que as competências acima apresentadas foram por mim plenamente atingidas.

Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Partindo dos pressupostos inerentes à Deontologia Profissional, a Melhoria Contínua da Qualidade, determina que o enfermeiro, procure a excelência do exercício profissional em todos os atos que execute, adequando as suas ações com as necessidades singulares de cada pessoa, ao longo de todo o seu ciclo de vida (OE, 2015a).

Deste modo, a melhoria continua da qualidade passa pela participação em projetos na área da qualidade, assim como na avaliação sistemática dos cuidados, da sua qualidade, concebendo programas de melhoria dos mesmos, com a finalidade de da criação de ambientes seguros para a pessoa, gerindo o risco e promovendo, deste modo, o máximo bem-estar (Regulamento n.º 140/2019).

A excelência dos cuidados, pautada pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, traduz também o reflexo na melhoria dos cuidados prestados, conduzidos pela necessidade de reflexão por parte dos enfermeiros, sobre o seu exercício profissional. A melhoria dos cuidados visa a procura da excelência profissional na tradução dos mais elevados níveis de satisfação dos doentes, assim como na promoção do seu máximo potencial de saúde, prevenindo complicações, maximizando o bem-estar e o autocuidado, através de readaptação funcional aos problemas de saúde atuais e organizando os cuidados de saúde (OE, 2001). Também a definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação se constitui como uma ferramenta essencial para a promoção da melhoria continua da qualidade dos cuidados, constituindo-se como um referencial para a reflexão sobre a prática especializada em enfermagem de reabilitação (OE, 2018). Estes assentam a sua ideologia em categorias como a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação e reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de saúde. Neste sentido, a melhoria continua da qualidade dos cuidados, é traduzida na obtenção de ganhos em saúde, respondendo às necessidades da

população e às exigências dos cuidados, sendo a monitorização destes ganhos uma prioridade (Novo & Gaspar, 2021).

Deste modo, a reflexão e participação em programas de saúde dinamizadores, envolveram o domínio de novas temáticas que necessitaram de pesquisa constante, interação com o professor e orientadores dos ensinamentos clínicos, interação com os pares e peritos, e equipa multidisciplinar. Para além disso, as reuniões informais, assim como os momentos de passagem de turno, tornaram-se uma mais valia, no sentido de possibilitarem momentos de aprendizagem, discussão e partilha de experiências, assim como de estudos de caso, que me permitiram uma aquisição de conhecimentos.

Em todos os locais de estágio foi possível participar na continuidade de projetos de melhoria contínua da qualidade relativos à prevenção de quedas e úlceras por pressão, através do preenchimento de escalas de avaliação do risco preconizadas nos serviços, sendo a sua importância coerente com o preconizado no pilar 5 do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021). Estes programas permitiram a minha participação ativa na avaliação de riscos destas temáticas, aquando da entrada de um doente no serviço, executando a sua reavaliação ao longo do internamento, e discutindo estratégias de melhoria e intervenções adequadas de forma participativa no seio da equipa multidisciplinar.

Para além da minha ativa intervenção a nível do preenchimento de escalas de avaliação de risco, assim como definição de estratégias e intervenções mais adequadas a cada situação clínica, foi-me possível, contribuindo para o desenvolvimento do meu projeto de estágio, realizar 2 folhetos informativos para os cuidadores de crianças em processo de reabilitação. Conhecimentos a nível de saúde são uma fonte necessária para a mudança de comportamentos e alterações de padrões e estilos de vida. Neste sentido percebe-se que a informação explanada em forma de folheto informativo tem vindo a ser uma forma de educação para a saúde com bastante adesão em diversos setores. Para estes serem compreensíveis, relevantes e informativos, é necessário que apresentem uma boa inteligibilidade, com linguagem simples, organização estratégica dos conteúdos, e simples para os destinatários apesar da elevada evidência científica (Rosendo & Santiago, 2017). Um dos folhetos teve como temática principal a prevenção de quedas aquando da alta clínica da criança (Apêndice VIII). O segundo folheto, no mesmo sentido, teve em vista a alta clínica e os cuidados com a pele e prevenção de úlceras por pressão no domicílio (Apêndice IX). A elaboração destes folhetos permitiu-me inicialmente uma intensiva pesquisa acerca das temáticas, realizando uma revisão integrativa das mesmas (Apêndices X e XI). Posteriormente, o

conteúdo científico, foi analisado pelos pares, peritos e equipa multidisciplinar do serviço, emitindo os seus pareceres de modo específico acerca das temáticas. Durante esta avaliação realizei pequenas alterações, principalmente por sugestão de clarificação de conteúdos. Após a elaboração dos folhetos, com revisão dos peritos e adequação da mensagem, estes mesmos folhetos foram sujeitos a uma avaliação por parte dos cuidadores a quem se destinavam. Isto permitiu uma validação a nível cultural, clareza, acessibilidade e compreensão da mensagem. O fornecimento de um folheto informativo promove a participação ativa da pessoa nos cuidados, capacitando-a de uma informação mais clara.

A Literacia em Saúde constitui-se como o grau em que as pessoas têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para assim utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde, sendo que os profissionais de saúde são um fator-chave para a promoção da Literacia em Saúde junto da população (DGS, 2019). Neste sentido os folhetos informativos funcionam como meios auxiliares no processo de empoderamento da pessoa para que esta possa ser mais autónoma nas suas tomadas de decisão relacionadas com a saúde.

No primeiro local de estágio, serviço de ortopedia identificou a necessidade da realização de uma ação de formação relativa à temática “Ergonomia: Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho”, decorrente da adoção de posturas incorretas, culminando em sintomatologia álgica referida pelos vários elementos da equipa multidisciplinar. As Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho [LMERT] constituem o problema de saúde ocupacional mais frequente na Europa. Estima-se que na União Europeia, cerca 24% dos trabalhadores refere lombalgias e 22% sofre de dores musculares. Assim, estas lesões não só influenciam a saúde dos trabalhadores, como também aumentam os custos e diminuem a produtividade, podendo causar ausências por doença e incapacidade profissional crónica (*Occupational Safety and Health Administration [OSHA], 2007*). Segundo a Direção-Geral da Saúde designam-se LMERT, as lesões que resultam da ação de fatores de risco profissionais como a repetitividade, a sobrecarga e/ou a postura adotada durante o trabalho (DGS, 2008). Nos estadios mais avançados de LMERT, as consequências podem ser irreversíveis, incapacitantes e podem ainda proporcionar sofrimento psicológico intenso, sendo essencial a intervenção do EEER na sua prevenção, de modo a prevenir manifestações das lesões de forma mais exacerbada (Magalhães, *et al.*, 2021). Neste âmbito, o Enfermeiro de Reabilitação assume um papel fundamental, na medida em que é um profissional com conhecimento específico que lhe permite realizar a articulação entre a gestão, os trabalhadores e a implementação de programas multifatoriais. Para além disso, os Enfermeiros de Reabi-

litação possuem conhecimentos que abrangem diferentes estratégias, tendo um papel preponderante na identificação e avaliação os riscos nos ambientes de trabalho, ajudando a modificar sistemas de trabalho ou alterar práticas. Deste modo foi realizada uma sessão de formação com componentes formativas expositivas, interrogativas, demonstrativas e ativas, com a duração total de 2 horas, onde foi realizada uma avaliação diagnóstica inicial através de questões colocadas aos formandos, uma avaliação continua ao longo da sessão formativa, através do método interrogativo e, uma avaliação final sob observação direta em serviço, através do preenchimento de uma *check list* (Apêndice XII e Anexo VII).

No segundo local de estágio, a minha orientadora clínica já possuía um projeto em curso sobre “Mobilidade e Transferências”, que consistia num plano formativo aos auxiliares de ação médica. Apesar de não ter participado em todo o projeto, tive oportunidade de contribuir e integrar uma das sessões formativas decorrentes no hospital em curso (Apêndice XIII), possibilitando-me uma aprendizagem com peritos na área da reabilitação, assim como desenvolver estratégias, não só na área da formação, como também no conhecimento mais profundo da temática.

Também durante o segundo estágio tive oportunidade de aprofundar conhecimentos que me permitiram uma melhoria do exercício profissional, tendo proposto ao professor orientador, a minha participação no “I Colóquio de Enfermagem de Reabilitação”, que decorreu no Hospital de São Gonçalo, em Amarante, nos dias 25 e 26 de novembro de 2021 (Anexo VIII). No primeiro dia de colóquio pude assistir a uma mesa referente à reabilitação neurológica, onde foram abordados cuidados de enfermagem à pessoa com lesão medular, assim como gestão de bexiga neurogénica e treinos de equilíbrio, sendo esta temática uma realidade diária no serviço onde me encontrava a estagiar. Também foram debatidos assuntos relativos à reabilitação pediátrica, constituindo-se assim, a minha participação na formação, uma mais valia na aquisição de mais conhecimentos acerca da temática, podendo desenvolver a prática clínica baseada na melhor e mais recente evidencia científica. No segundo dia de colóquio tive a oportunidade de participar em 3 workshops relativos à desmistificação da reabilitação da pessoa com ortótese, técnicas de RFR e drenagem de secreções e neuroreabilitação com talas de *Margaret Johnson* (Anexos IX, X e XI). A minha presença nestes workshops foi de extrema importância para o meu conhecimento, considerando-se estas temáticas de extrema relevância para a enfermagem de reabilitação e, mais especificamente, para os cuidados específicos prestados no contexto dos estágios. Também esta maior aquisição de conhecimentos me permitiu uma discussão e troca de ideias no meu local de estágio, com a minha enfermeira orientadora e com peritos na área, tornando-se o conhecimento não só enriquecedor para mim, como também para outros profissionais através da partilha

do mesmo.

Posteriormente, também através de proposta ao professor orientador, tive o privilégio de participar no “e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2021”, que decorreu nos dias 2, 3 e 4 de dezembro de 2021 (Anexo XII). No primeiro dia de congresso foi-me possível a participação num workshop acerca de técnicas terapêuticas complementares em ER, que se tornou deveras enriquecedor para o projeto de estágio, pois este, visando a capacitação do cuidador, requer a adoção de medidas alternativas e estratégias mais inovadoras, para a concretização dos objetivos (Anexo XIII). Nesse mesmo dia também decorreu um seminário relativo à incontinência e auto algaliação (Anexo XIV), um ensino que desenvolvi ao longo do estágio à pessoa e aos cuidadores, possibilitando um conhecimento mais aprofundado da temática e uma prática baseada na melhor evidência. No segundo dia de congresso deu-se destaque à pessoa com deficiência, com objetivação em vários aspetos, um deles relacionado com as barreiras e a equidade a nível desportivo. A partilha de experiências foi deveras enriquecedora tendo por base a característica dos doentes que possui no local de estágio e podendo deste modo realizar um exercício de cidadania. No terceiro dia de congresso tive como objetivo a minha participação no workshop de saúde respiratória na criança, constituindo-se esta temática como a grande objetivação do estágio atual (Anexo XV). Para além da participação em todo o congresso, inclusive nos workshops, ainda me desafiei na apresentação de um póster científico realizado outrora no decorrer na especialidade intitulado de “Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Promoção da Continência Urinária após AVC” (Apêndice XIV), assim como duas comunicações livres. Uma das comunicações livres também já realizada outrora na especialidade intitulada de “Papel do Enfermeiro de Reabilitação na Prevenção de Complicações à Mulher Mastectomizada”, e a segunda comunicação livre, fruto da revisão integrativa decorrente para a elaboração do folheto preventivo sobre quedas na criança, intitulada de “Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Quedas” (Apêndices XV e XVI). Esta última permitiu-me responder a algumas questões da parte do júri, onde tive a oportunidade de referir que a comunicação traduzia uma parcela do projeto de estágio, e que posteriormente seria um desafio a apresentação do relatório de estágio num evento científico.

Por fim, para complementação do conhecimento mais atualizado e de forma a melhor atuar na minha prática diária, assisti aos *webinars* da Ordem dos Enfermeiros intitulados “Cuidados Paliativos #porquetodosimportam: Enfermagem de Cuidados Paliativos Pediátricos”, sendo uma experiência complementar pois doença crónica também é alvo dos cuidados de reabilitação, e “A intervenção da Enfermagem de Reabilitação na sexualidade” (Anexos XVI e XVII). A participação

neste último *webinar* foi enriquecedora na medida em que não possuía muitos conhecimentos acerca da temática, permitindo uma melhor tomada de decisão aquando dos cuidados e aquando dos ensinamentos realizados.

Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

Relativamente ao domínio da Gestão dos Cuidados, é expectável que se desenvolvam competências relacionadas com a gestão de cuidados de enfermagem, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa, com garantia da segurança e da qualidade dos cuidados. Também é imprescindível na área da gestão a adequação dos recursos às necessidades, identificando o estilo de liderança mais adequado. Neste sentido, foi-me possível observar os estilos de liderança presentes nos contextos dos estágios, verificando que mediante o contexto e a situação, diferentes tipos de abordagens de liderança com diferentes posições podem igualmente salvaguardar cuidados de enfermagem com qualidade e motivar a equipa. Uma boa liderança, com uma comunicação adequada, escuta ativa e estímulo de aprendizagem e orientação prática e objetiva garante uma melhoria dos cuidados de enfermagem e uma maior satisfação da equipa. Deste modo, foi-me possível obter competências através da observação, não só dos enfermeiros chefes dos serviços onde estagiei, como também através da observação dos meus enfermeiros orientadores. Estes, sendo enfermeiros especialistas possuem um papel fundamental no seio das equipas, pois são considerados pelos pares como peritos, sendo ouvidos e respeitados. Deste modo conseguem promover uma maior continuidade dos cuidados, mapeando o processo de reabilitação de modo a promover uma recuperação rápida integrada na sociedade. Todas estas premissas contribuem para ganhos na funcionalidade, capacitação para uma maior independência, melhoria da qualidade de vida e redução da limitação da atividade.

A organização dos cuidados de enfermagem constitui-se como uma categoria presente nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Esta gestão e organização remete-nos para a capacidade mais individualizada de gerir os cuidados, assim como nas tomadas de decisão e resolução de problemas aquando da prática direta de cuidados. No entanto, percebemos através da regulamentação da profissão de enfermagem, que a organização dos cuidados se prende também com as questões legais e orientadoras da profissão, pois só com a existência de um quadro de referenciais para o exercício profissional de Enfermagem de Reabilitação é possível uma prestação de cuidados mais eficaz e contributiva para

ganhos em saúde. Deste modo, a organização dos cuidados está intimamente relacionada com a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade, a existência de um sistema de registos adequados à Enfermagem de Reabilitação, a satisfação dos EEER, a dotação adequada de EEER, a existência de formação contínua aos EEER e a existência de metodologias de organização promotoras dos cuidados do EEER (OE, 2018).

Ao longo dos estágios foi-me possível, através da confiança obtida pelos meus orientadores clínicos, otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, discutindo e elaborando conjuntamente planos de cuidados mais adequados, garantindo um nível de excelência dos cuidados prestados e garantindo a segurança e máxima recuperação dos doentes. Também me foi possível a articulação com a equipa multidisciplinar ao longo da realização dos cuidados, tanto com outros enfermeiros como com a equipa de assistentes operacionais, conseguindo obter no seio das equipas uma relação de confiança que me possibilitou a orientação e delegação de tarefas, conseguindo obter a liderança através do exemplo, com vista à melhor prestação de cuidados e, assim garantir a segurança e a qualidade dos mesmos.

Também no primeiro estágio, consegui estabelecer uma relação de grande proximidade com a equipa de fisioterapeutas, sendo a reabilitação dos doentes, naquele serviço, discutida pelos enfermeiros de reabilitação e pelos fisioterapeutas. Nesse sentido, a minha enfermeira orientadora possibilitou-me uma maior experiência de troca de aprendizagens, sendo que participei ativamente na discussão de planos de reabilitação entre enfermeiros especialistas e fisioterapeutas, relativamente aos doentes do foro ortopédico. Essa troca de aprendizagens, assim como colaboração entre diversos elementos da equipa multidisciplinar contribuiu para uma maior aquisição de competências na área da gestão dos cuidados.

Outro fator que possibilitou a aquisição desta competência, no segundo estágio, foi a possibilidade de participar nas reuniões multidisciplinares, onde estavam presentes enfermeiros especialistas, enfermeiros de cuidados gerais, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e terapeutas da fala. Nestas reuniões tive oportunidade de realizar um planeamento individualizado de cada doente, visando os melhores cuidados e mais adequados, articular as necessidades de cada elemento da equipa multidisciplinar, avaliar as intervenções realizadas e adequar terapêuticas se necessário. Também tive oportunidade de discutir processos de alta clínica, avaliando as necessidades e recursos necessários no domicílio, articulando com a famílias as possibilidades pontuais e as necessidades sentidas. Nesse sentido foram adequados recursos físicos às necessidades de cuidados, avaliando a necessidade de

produtos de apoio, alteração a barreiras físicas e arquitetônicas presentes no domicílio e diversos produtos de apoio que tive oportunidade de manusear e adaptar. Para que as pessoas com mobilidade condicionada tenham acesso a todos os sistemas e serviços da comunidade e possam gozar dos seus direitos como cidadãos, é essencial a progressiva eliminação de barreiras arquitetônicas (Pereira, Martins, Gomes, Aguilera & Santos, 2018). Toda a equipa multidisciplinar é envolvida no processo de alta, contribuindo todos para a avaliação do processo de reabilitação e para a necessidade de produtos de apoio indispensáveis aquando da ida para o domicílio.

Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Relativamente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pretende-se que o enfermeiro demonstre capacidade para autoconhecimento reconhecendo a sua interferência nas relações terapêuticas e multiprofissionais, relevando as relações profissionais e organizacionais. Também deve basear a sua prática em padrões de conhecimento validos, atuais e pertinentes, assumindo a sua ação como facilitadora dos processos de aprendizagem e constituindo-se como ativo no campo da investigação.

Durante o período de estágio foi-me possível desenvolver várias competências relacionadas ao saber-estar, saber-ser e saber-fazer, muito importantes, se não elementares, para qualquer intervenção do enfermeiro no ato do cuidar. Neste sentido o autoconhecimento, permitiu-me aperfeiçoar as relações terapêuticas e multiprofissionais e intervir com segurança junto dos doentes, pois só conhecendo as nossas particularidades, fragilidades e potencialidades nos é possível absorver uma elevada consciência de nós, enquanto pessoa e profissional. O estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva facilita não só o juízo clínico, como também a tomada de decisão, promovendo uma prestação de cuidados mais individualizada e mais segura. Assim, o desenvolvimento de competências a nível pessoal e profissional, esteve presente ao longo dos estágios, possibilitando uma maior segurança dos cuidados prestados, uma maior facilidade em comunicar e estabelecer relações tanto com a equipa multidisciplinar, como com a pessoa e a sua família.

Relativamente à praxis baseada em sólidos padrões de conhecimento, esta encontra-se intimamente relacionada, não só com as competências desenvolvidas ao longo dos estágios, mas sim com a aquisição de conhecimentos previamente instituídos na formação teórica do curso.

Este permite-nos aprimorar métodos e técnicas de investigação alicerçadas na mais recente evidencia científica, desenvolvendo o pensamento crítico e reflexivo como forma de otimização dos cuidados e sustentação de uma tomada de decisão mais segura. Neste sentido, o enfermeiro recorre-se das mais variadas fontes de conhecimento para prestar cuidados “(...) cientificamente suportados, tecnicamente rigorosos, centrados em valores, culturalmente competentes (...) colocados ao serviço da situação singular e da procura das melhores respostas, mais adequadas, pertinentes, negociadas para a persecução dos projetos de saúde das pessoas” (Nunes, 2017, 154). Deste modo a prática baseada na evidência torna-se fundamental no processo de desenvolvimento do enfermeiro, possibilitando o mesmo de orientar os cuidados de enfermagem mais adequados e atualizados, permitindo aumentar o seu conhecimento e as sua competências.

Como reflexão da aquisição desta competência foram realizadas três revisões da literatura, estando intimamente relacionadas com as temáticas dos estágios, sendo uma relacionada com a capacitação de cuidadores de crianças em processo de reabilitação, outra com a capacitação de cuidadores para a prevenção de quedas no domicílio e, por último, a capacitação dos cuidadores para os cuidados com a pele e prevenção de úlceras por pressão no domicílio. Para além das revisões de literatura, foram obtidos conhecimentos que me permitiram conhecer as mais recentes evidencias científicas através da participação no I Colóquio de Enfermagem de Reabilitação e no e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2021, assim como nos seus workshops associados. A participação em *webinars* relativos à Enfermagem de Cuidados Paliativos Pediátricos e à Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na Sexualidade, também contribuíram para a minha prática clínica suportada na investigação e no conhecimento.

5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A aquisição de competências específicas do EEER foi igualmente desenvolvida ao longo dos estágios, sendo este um processo evolutivo e construtivo que visa a melhoria da funcionalidade, promoção da independência e máxima satisfação da pessoa, preservando a sua autoestima. As competências específicas do EEER estão assim descritas como três competências principais, tendo cada uma delas as suas unidades de competência, sendo estas:

“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº. 392/2019).

O desenvolvimento destas competências decorreu ao longo dos vários estágios, integrando estes múltiplos contextos vivenciais, diferentes fases do ciclo vital e diferentes limitações e incapacidades inerentes à situação de doença, pelo que a exigência de adequação, adaptação e organização na prestação de cuidados de reabilitação foi uma constante. A elaboração e implementação do projeto de estágio, assim como a elaboração de planos de cuidados durante os estágios tornaram-se facilitadores da aquisição das competências supracitadas, promovendo uma organização e estruturação dos cuidados de reabilitação e desenvolvendo competências no âmbito do ensino e capacitação para o autocuidado da pessoa, família e cuidadores.

Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Ao longo dos estágios foi-me possível acompanhar doentes com diferentes necessidades de intervenção especializadas no domínio da enfermagem de reabilitação e conceber planos de cuidados adequados aos mesmos (Apêndices XVII e XVIII). Neste sentido foram avaliadas as funcionalidades dos doentes através de instrumentos de avaliação e foram diagnosticadas alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade.

Na prática clínica, as escalas e instrumentos de medida constituem-se como grandes aliados. Estes permitem-nos recolher dados importantes que nos identificam riscos ou alterações de funcionalidade, evidenciado aspetos relevantes para o processo de reabilitação. No entanto a sua escolha requer a avaliação da sua aplicabilidade clínica, assim como das suas propriedades psicométricas, sendo estas a validade, a reprodutibilidade e sensibilidade. A validade avalia a efetividade de quanto um instrumento de medida avalia aquilo a que se propôs a medir, sendo que existem avaliações de validade de construto, conteúdo e critério. Para avaliar a reprodutibilidade de um instrumento de avaliação, geralmente utiliza-se a fiabilidade interna, a fiabilidade intraobservador e a fiabilidade interobservador. Assim garante-se que uma avaliação pode ser repetida diversas vezes, por diferentes observadores, em circunstâncias semelhantes, e

ainda assim produzir resultados semelhantes. A sensibilidade de um instrumento define-se como a capacidade que o instrumento possui aquando da alteração de um período se tempo pré-estabelecido, com a intuito de verificar alterações ou não (Sousa, Marques-Vieira, Severino & Caldeira, 2017). Finalmente, após as intervenções do EEER permitem-nos verificar a efetividade das mesmas e resolver o diagnóstico enunciado. Deste modo os instrumentos de avaliação devem permitir avaliar as incapacidades, assim como, monitorizar os progressos realizados, melhorar a comunicação entre a equipa de cuidados e avaliar a eficácia e o benefício das intervenções realizadas.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação elegidos e considerados mais adequados a cada situação, de modo a determinar as incapacidades, foi-me possível conceber planos de intervenção com vista à promoção das capacidades adaptativas, ao autocontrolo e ao autocuidado. Nesses mesmos planos constaram intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e reeducar as funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, de alimentação, de eliminação e de sexualidade. Após a intervenção das mesmas foi possível uma avaliação dos resultados e, desse modo, reprogramar as intervenções ou manter as mesmas de acordo com o esperado.

Os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação evidenciam a necessidade de produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos EEER para a pessoa, assegurando a avaliação sistemática da qualidade e da eficácia dos cuidados, permitindo a sua análise e identificando oportunidades de melhoria (OE, 2018). Neste sentido o EEER tem como principal contributo, não só a prestação de cuidados mais individualizada e adequada às necessidades da pessoa, como também a sua melhor adequação no que diz respeito à satisfação da pessoa, não descuidando a promoção da saúde e bem-estar, em todas as fases e condições de vida.

Para além dos planos de cuidados elaborados o projeto de estágio também traduziu a aquisição desta competência, sendo que o mesmo se baseia em múltiplos estudos de caso, com a finalidade de intervir na máxima funcionalidade da pessoa, incluindo a capacitação da família num modo em que esta deve ser parceira ativa no plano de cuidados.

Os resultados obtidos foram avaliados, verificando-se, tanto no projeto de intervenção como nas atividades específicas ao longo dos estágios, ganhos positivos e produtivos para a pessoa, família e comunidade.

Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Os planos de cuidados elaborados, assim como o projeto de intervenção, visaram o planejamento precoce do regresso ao domicílio, com componentes de treino práticas. Deste modo, aquando do momento de entrada da pessoa nos serviços já se começa a planear a sua alta clínica, tentando conhecer o ambiente e toda a envolvência que circunda a pessoa, contribuindo assim diretamente, para a melhoria da mobilidade e acima de tudo para a melhoria das acessibilidades. O EEER deve considerar, na sua prestação de cuidados, a promoção da acessibilidade, sendo que esta se constitui como um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas (Silva, Oliveira, Ribeiro, Prazeres & Ribeiro, 2019). É deveras importante que a capacitação da pessoa, bem como dos familiares e/ou cuidadores seja um dos pilares fundamentais do plano de cuidados, desmistificando as barreiras físicas e arquitetónicas do domicílio, acessos inexistentes ou condições desfavoráveis à sua condição de saúde. Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, evidenciam a readaptação e reeducação funcional, assim como a promoção da inclusão social, colocando o EEER responsável pelo regresso seguro a casa, devendo avaliar possíveis barreiras existentes no domicílio não compatíveis com a funcionalidade da pessoa. Ao longo dos estágios foi possível a identificação destas, articulando com a equipa multidisciplinar a melhor forma das ultrapassar/eliminar, e implementando planos de treino adequados às mesmas, com recurso a dispositivos adaptativos, materiais de apoio e estratégias facilitadoras, com vista à recuperação ou manutenção da funcionalidade e qualidade de vida, promovendo a reintegração e participação social.

Para além dos planos de cuidados realizados, da aplicação do projeto de intervenção, foram diariamente realizadas intervenções relativas à capacitação da pessoa, elaborando e implementando treinos de AVD's já instituídos nas instituições, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

As barreiras à acessibilidade tornam as desigualdades mais visíveis, favorecendo a discriminação, acentuando os preconceitos e determinam a inexistência de oportunidades, aumentando a deficiência da pessoa, sendo urgente uma intervenção sistematizada dos profissionais (Silva, Oliveira, Ribeiro, Prazeres & Ribeiro, 2019). Neste sentido, a promoção da

mobilidade, acessibilidade e participação social foi um aspeto tido em consideração de forma mais específica com um grupo de adolescentes, através do acompanhamento dos mesmos ao Dia do Desporto Adaptado da Fundação INATEL. A prática desportiva para os cidadãos com deficiência é destacada na Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Decreto-Lei nº 38/2004), sendo que esta experiência, enquanto futura enfermeira de reabilitação, permitiu-me correlacionar esta competência com a definição de fatores ambientais, sendo que estes se constituem como “(...) o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida.” (Organização Mundial da Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2004, 152), sendo que estes devem ser considerados para cada componente da funcionalidade. Os fatores ambientais são classificados sob a perspetiva da pessoa cuja situação está descrita, sendo que as rampas ou os passeios e lancis rebaixados sem piso antiderrapante são facilitadores para um utilizador de cadeira de rodas, no entanto tornam-se um obstáculo para uma pessoa cega. Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação defendem que os fatores ambientais “(...) podem influenciar não só a estrutura e a função do corpo, mas também o seu desempenho enquanto membros de uma sociedade, no que diz respeito à capacidade de executar ações ou tarefas.” (OE, 2018, 7). É neste sentido que os enfermeiros de reabilitação, dadas as suas competências específicas e a sua responsabilidade acrescida, são importantes enquanto cidadãos facilitadores na melhoria das condições de acessibilidade (Pereira, Martins, Gomes, Aguilera & Santos, 2018). O EEER deve preocupar-se com os elementos ambientais no exercício do cuidar e participando na definição de estratégias com vista à plena integração da pessoa com deficiência. As medidas promotoras de acessibilidade traduzem vantagens, sendo indispensáveis para o exercício de cidadania de forma inclusiva e holística, promovendo a participação social ativa, e, deste modo, diminuindo o isolamento social.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

As atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, permitiram, junto de cada pessoa que beneficiou dos cuidados de ER, maximizar as capacidades funcionais, potenciando assim, o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação têm como foco “(...) a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, restaurando a funcionalidade quanto possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades.” (OE, 2018, 7). Deste

modo, as minhas intervenções foram desenvolvidas no sentido da estimulação para o autocuidado, desenvolvendo o processo de readaptação funcional, promovendo o máximo potencial e prevenindo riscos associados. Assim, como já referido, foram concebidos e implementados planos de treino motor e cardiorrespiratório, sendo que os mesmos foram avaliados e reformulados consoante os resultados obtidos e os objetivos delineados.

Foi possível atingir, não só esta competência específica do EEER, através dos planos concebidos diariamente nos estágios, onde eram implementados programas de treino motor e cardiorrespiratório, e onde os mesmos eram consecutivamente avaliados e reformulados em função dos resultados esperados, como também contribuir para a execução prática de um dos pilares dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. A promoção da saúde, assim como o bem-estar e autocuidado e a readaptação e reeducação funcional, constituem-se como categorias fundamentais para a prática de qualidade dos EEER, sendo amplamente atingidas e desenvolvidas ao longo dos estágios. Para além dos planos diários, realizados para as diferentes pessoas com necessidades de reabilitação internadas nos serviços, foram realizados diversos planos de cuidados onde se verificou claramente o desenvolvimento dos programas supracitados. Através dos planos de cuidados é possível observar-se uma efetiva maximização da funcionalidade e desenvolvimento das capacidades das pessoas. Também com a implementação do projeto de intervenção se verificaram ganhos na funcionalidade e maximização das capacidades, sendo esse um objetivo base da ER. Para além da pessoa alvo dos cuidados foram incluídos os cuidadores informais, como parceiros ativos nos cuidados e nos planos de reabilitação, conseguindo estabelecer-se uma relação terapêutica com ambos, promotora de uma maior aceitação e participação ativa no processo de reabilitação.

5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A obtenção do grau de Mestre, segundo o Decreto-Lei nº 65 de 16 de agosto (Decreto-Lei nº 65/2018), é conferido a quem demonstre:

- Capacidade de, em contexto de investigação, desenvolver e aprofundar conhecimentos obtidos no 1.º ciclo;

- Capacidade de resolução de problemas e compreensão em situações não familiares ainda que na sua área de estudo, tendo por base os conhecimentos adquiridos;

- Capacidade de, através da integração de conhecimentos, lidar com situações complexas, desenvolvendo soluções mesmo que em situações limitadas ou incompletas, “incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei n.º 65/2018, 4162);

- Capacidade de comunicar, de forma clara, “as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas” (Decreto-Lei n.º 65/2018, 4162);

- “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 65/2018, 4162).

A aquisição de competências de mestre, incorpora o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências do EEER, atingidas através da pesquisa suportada pela evidência científica e obtenção de novos conhecimentos no decorrer dos estágios clínicos, consistentes com a excelência da prática dos cuidados específicos.

A crescente produção da melhor evidência e o ritmo impaciente com que este fenómeno acontece, requer da parte do EEER uma pesquisa diária e constante, com o objetivo da melhor prestação de cuidados. Desde modo, foram desenvolvidos e aprofundados os conhecimentos obtidos no 1.º ciclo, permitindo o desenvolvimento de atividades sustentadas na melhor evidência científica, sendo que a aquisição de competências de mestre permitiu o desenvolvimento do exercício profissional em enfermagem com níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão adaptados a competências especializadas relativas ao campo de intervenção da enfermagem de reabilitação. Atualmente, a formação e atualização constantes, torna-se uma necessidade devido ao elevado ritmo de produção de evidência científica, assim como a sua facilidade na transmissão da mesma. É, por isso, imprescindível um conhecimento, o mais atualizado possível, das melhores e mais seguras práticas na área da saúde, contribuindo este para melhores cuidados prestados, sendo que se vão repercutir no aumento da esperança média de vida, assim como da qualidade de vida sentida pelas pessoas cuidadas, diminuição de complicações associadas a doença crónica, morbidade e mortalidade (Baixinho, Presado, Ferreira & Costa 2019).

O desenvolvimento de competências de mestre, envolve uma construção de uma “(...) base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.” (Decreto-Lei n.º 65/2018, 4162), sendo esta competência amplamente atingida aquando da realização de um mestrado integrado com especialidade, onde nas competências que regem a especialidade de enfermagem predomina a investigação, com base a mais recente evidência científica, e onde é produzido um relatório de estágio com enfoque nas atividades desenvolvidas ao longo do processo de formação.

A realização do relatório de estágio, visa responder, não só à aquisição de competências a nível da especialidade de enfermagem, especificamente enfermagem de reabilitação, como também enaltecer as competências de mestre desenvolvidas e elaboradas de forma mais particular. É assim possível elaborar diferentes etapas no projeto de intervenção, nomeadamente a construção, implementação, avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação e posterior disseminação de informação.

No projeto de intervenção foi possível a realização de um estudo de casos múltiplos. Nestes foi possível caracterizar a funcionalidade de crianças a nível do autocuidado, assim como determinar o nível de sobrecarga dos cuidadores e respetiva qualidade de vida dos mesmos. Posteriormente, implementar planos de enfermagem de reabilitação tendo em conta os défices de autocuidado da criança, incluindo os cuidadores no seu processo de reabilitação. Finalmente foi possível identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação e avaliar a efetividade da intervenção do enfermeiro de reabilitação, tanto ao nível do autocuidado das crianças, como também na sobrecarga dos cuidadores e na sua qualidade de vida sentida. Deste modo implementaram-se planos de cuidados individualizados, conseguindo extrair resultados sensíveis aos cuidados de ER que demonstram a efetividade da intervenção do EEER. A elaboração do relatório de estágio permite o tratamento e avaliação dos resultados, conseguindo, desta forma, comunicar as conclusões retiradas, assim como os conhecimentos adquiridos e os raciocínios elaborados a toda a população, quer especialista, quer não especialista.

Para além da elaboração do relatório de estágio, foi possível a elaboração de dois folhetos informativos, destinados os cuidadores, contribuindo estes para a literacia em saúde, juntamente com o ensino personalizado e direcionado. A elaboração destes folhetos, a sua entrega e o seu ensino visaram a contribuição para uma planificação da alta de forma mais cautelosa. Desta forma foi possível uma capacitação dos cuidadores para a prevenção de quedas e úlceras por pressão,

facilitando o processo de transição e visando uma continuidade dos cuidados prestados. Estabelecer uma ligação de transição segura entre os intervenientes torna-se cada vez mais importante, salientando assim o papel do cuidador informal como parceiro de cuidados fundamental para a manutenção da qualidade de vida de quem recebe os cuidados, devendo ser incluído aquando do momento de admissão e contemplado no plano de cuidados (Cordeiro, Reis do Arco & Carvalho, 2021).

A realização de uma formação em serviço relativa à temática “Ergonomia: Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho”, também me permitiu desenvolver competência na área da mestria em enfermagem, no sentido em que foi necessário uma avaliação das necessidades do serviço e dos seus enfermeiros, levando a uma procura de conhecimento acerca da temática, preparação e palificação da sessão, desenvolvimento de métodos de aprendizagem convidativos e interativos, e desenvolvimento da comunicação e linguagem com elementos instruídos sobre a temática. A realização desta sessão tornou-se num desafio positivo, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, promovendo um ambiente de troca de ideias e experiências contributivas para uma maior aprendizagem e desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem.

Todo o processo formativo foi deveras importante no processo de aquisição de competências, sendo que as mesmas estão explanadas no presente relatório, assim como a reflexão inerente à elaboração do mesmo. Deste modo foi possível desenvolver o pensamento e juízo crítico, baseados na procura de tomadas de decisão acertadas e fundamentadas em conhecimento científico, assim como desenvolver capacidades clínicas diferenciadas, promovendo uma evolução dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

CONCLUSÃO

A procura por uma prática de excelência na área da enfermagem, alicerçada ao conhecimento científico mais recente, de modo a permitir uma prática de cuidados mais adequada a cada pessoa individualmente e um nível de excelência diferenciador, induziu a necessidade de frequentar o Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. A

seleção da Enfermagem de Reabilitação traduziu-se através de um gosto e uma curiosidade pessoal, assim como a área de maior intervenção ao nível da reabilitação a nível pediátrico. Esta ainda pouco explorada e trabalhada, assim como a parceria de cuidados de reabilitação de crianças com os cuidadores, possibilitaram uma intervenção diferenciadora e inovadora na área da Enfermagem de Reabilitação.

Com a elaboração deste projeto e posterior relatório, foi possível desenvolver uma intervenção especializada ao nível dos autocuidados e atividades de vida diária de crianças com necessidade de cuidados de reabilitação, assim como desenvolver uma parceria de cuidados com os familiares cuidadores, muitas vezes não inclusos no processo de cuidados, procurando investigar o seu nível de sobrecarga enquanto cuidadores, assim como também a sua qualidade de vida. Neste sentido, a enfermagem de reabilitação desenvolvida teve enfoque, não só na criança necessitada de cuidados especializados, como também nos cuidadores que se encontram tão próximos desta e que, muitas vezes, são afetados pela sua situação de saúde-doença.

De modo a ser possível realizar a investigação e atingir os objetivos pretendidos foi realizado um estudo descritivo de casos múltiplos. A elaboração do mesmo passou por diferentes etapas de processo, intrinsecamente associadas reflexões, realizações de revisões de literatura de forma a sustentar as intervenções realizadas, e a elaboração e reformulação de objetivos específicos no desenvolvimento do mesmo.

O desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista foi um objetivo amplamente verificado, guiando a minha prática clínica ao longo dos Ensinos Clínicos realizados com base na ética e na deontologia profissional inerente à profissão, com vista à manutenção da funcionalidade e maximização das potencialidades da pessoa. Deste modo pretendeu-se uma maior satisfação da pessoa cuidada, assim como dos seus familiares e cuidadores, incluindo-os no planeamento e execução dos cuidados, de forma promover ambientes seguros e qualidade de vida a todos os intervenientes.

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação estas estiveram inerentes a todo o processo evolutivo, através do desenvolvimento de planos de cuidados especializados, incluindo não só a pessoa necessitada de cuidados como a família e cuidadores, no sentido da reintegração social, executando o exercício da cidadania e promovendo igualmente a autonomia.

O desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem verificou-se ao longo do percurso na procura pela melhor e mais recente evidência científica, de forma a prestar cuidados de excelência. O desenvolvimento de um estudo constituiu-se como um contributo nesta área de desenvolvimento permitindo a realização de um projeto e a execução do mesmo, permitindo obter resultados e interpretá-los. Deste modo o meu progresso permitiu a produção de resultados suscetíveis de serem benéficos também para futuros profissionais.

O desenvolvimento de um programa de reabilitação visando a capacitação dos cuidadores permitiu desenvolver competências na área da especialidade de reabilitação, com a criança e com os cuidadores, sendo esta uma área de interesse pessoal, assim como também permitiu o desenvolvimento de recente evidência científica numa área que ainda é tão pouco explorada na especialidade referida.

O desenvolvimento do projeto deparou-se com diversas limitações, nomeadamente a reduzida dimensão da amostra, o contexto pandémico em que decorreram os estágios, não permitindo ter mais do que um cuidador com a criança e a parca literatura disponível sobre a temática. De salientar que esta investigação poderá despoletar novas investigações na área em questão, pois existe pouca literatura portuguesa acerca do tema, assim como enfermeiros especialistas em reabilitação, que explorem mais afincadamente a área da reabilitação pediátrica.

É de salientar que a procura por mais e melhores conhecimentos se constitui como uma prática diária do EEER, de modo a que exista uma melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados. Também a prática reflexiva beneficiadora de análise crítica será um desenvolvimento continuo, assim como a dinamização dentro das equipas de enfermagem e de enfermagem de reabilitação, na procura pela excelência dos cuidados e da maximização da funcionalidade dos indivíduos.

RERERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Almeida, M., Higarashi, I., Molina, R., Marcon, S. & Vieira, T. (2006). O SER MÃE DE CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA: REALIZANDO CUIDADOS COMPLEXOS. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(1), p.36-46. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715303005>.
- Alves, J. (2015). *Oportunidades de parceria no cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde - a perspetiva dos pais*. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18056/1/Relat%C3%B3rio%20Jo%C3%A3o%20Alves%20-%20final.pdf>
- Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N. & Freitas, G. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Portugal. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Baixinho, C. L., Presado, H., Ferreira, Ó., & Costa, A. P. (2019). Qualitative research and knowledge transfer—from project to decision-making?. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(1), 1-2.
- Barbeiro, C., Falcão, C. & Vasconcelos, M. (2017). Deformidade Torácica: Uma Sequela da Doença de Pott. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 29 (1), p.45 – 46.
- Cancela, D. (2008). *O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, Principais Consequências e Reabilitação*. Projeto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado(a) em Enfermagem.
- Cordeiro, R.; Reis do Arco, H.; Carvalho, J. C. (2021). *Trabalho Interdisciplinar no Cuidado à Pessoa Idosa, Família e/ou Cuidador Informal*. In Almeida, M.L.; Tavares, J.; Ferreira, J.S.S. (Coord.). *Competências em enfermagem, Gerontogeriatrica: Uma exigência para a Qualidade do Cuidado*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. (pp. 133-140). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)
- Curado, M. (2016). *A Medida e as Escalas de Avaliação da Saúde das Populações Neonatais e Pediátricas. Estudo de Simulação de Monte Carlo com Variáveis Ordinais* (Dissertação Elaborada com vista à obtenção do Grau de Doutor no Ramo de Motricidade Humana na Especialidade de Comportamento Motor). Universidade de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República, I Série –A*, n.º 205.

Decreto-Lei n.º 38/2004 de 18 de agosto (2004). Define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência. *Diário da República, I Série –A*, n.º 194.

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. *Diário da República, I Série*, n.º 157.

Deodato, S. (2016). *Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Em Marques-Vieira, C. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (p.35-40). Lusodidata: Loures

Derhon, V., Lima, E., Teive, H., Meira, A. & Zonta, M. (2020). Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com ataxias hereditárias. *Revista inspirar movimento & saúde*, vol.20(3), p.1-22.

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021 (2021). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República, II Série*, n.º 187.

Direção-Geral da Saúde (2008). *Guia de orientação para prevenção das lesões musculoesqueléticas e relacionadas com o trabalho: programa nacional contra as doenças reumáticas*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016)*. Direção-Geral da Saúde

Direção-Geral da Saúde (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde

Dorant, E., & Krieger, T. (2017). Contextual Exploration of a New Family Caregiver Support Concept for Geriatric Settings Using a Participatory Health Research Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), p.1467. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121467>.

- Figueiredo, M. (2021). *Cuidados Centrados na Pessoa Vs Cuidados Centrados na Família*. EBOOK: II Jornadas de Enfermagem – Escola Superior de Saúed Egas Moniz. O Cuidado Centrado na Pessoa.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), p.178-183.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência.
- França, A., Sousa, S. & Castelhana, P. (2021). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Criança/Adolescente. Em Ribeiro, O., *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (p.84-95). Lisboa: Lidel.
- Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Global Health*, 6(10), e1100–e1121. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7).
- Goulart, D., Trevisan, D., Júnior, A. & Abreu, D. (2007). Traumatismo raqui-medular infantil. *Fisioterapia em Movimento*, 20(4), p.21-29.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). EMERGÊNCIAS MÉDICAS - Manual TAS. Versão 2.0.
- José, H. & Sousa, L. (2021). *Questões Epistemológicas em Enfermagem para a Conceção e Integração dos Cuidados*. Em C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (1ª ed., p.3-12). Sintra: Sabooks Lusodidacta.
- Kirshblum S., Biering-Sorensen F. & Betz R. (2014). International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury: cases with classification challenges. *Spinal Cord Medicine*, 37(2), p.120-127. <https://doi.org/10.1179/2045772314Y.0000000196>.
- Laíns, J. (1991). *Guia para o uso do Banco Uniformizado de Dados para Reabilitação Médica - MIF*. Versão Portuguesa de Guide fo the Uniform Data System for Medical Rehabilitation, FIM (1984). Produção Sandoz.

- Latado, V. (2017). *A Criança com Necessidade de Cuidados de Reabilitação*. Em Marques-Vieira, C. & Sousa, L., *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (p. 307-329). Loures: Lusodidacta.
- Lei n.º 21/2014 de 16 de abril (2014). Lei da investigação clínica. *Diário da República, I Série, n.º 75/2014*.
- Luo, D., Gu, W., Bao, Y., Cai, X., Lu, Y., Li, R., Wang, Y., & Li, M. (2021). Resilience outstrips the negative effect of caregiver burden on quality of life among parents of children with type 1 diabetes: An Application of Johnson–Neyman Analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 00, p. 1-9. <https://doi.org/10.1111/jocn.15739>.
- Macedo, E., Silva, L., Paiva, M. & Ramos, M. (2015). Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), p.769-777. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0196.2613>.
- Maddocks, S., Moodley, M., Hanass-Hancock, J., Cobbing, S. & Chetty, V. (2019). Children living with HIV-related disabilities in a resource-poor community in South Africa: caregiver perceptions of caring and rehabilitation. *AIDS Care*. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1654076>.
- Magalhães, A., Chamusca, D., Leitão, I., Capelo, J., Silva, M. & Pereira, V. (2021). Reabilitar quem cuida: um projeto de ginástica laboral para profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), p.73-82.
- Mai, K., Davis, R., Hamilton, S., Robertson-James, C., Calaman, S. & Turchi, R. (2020). Identifying Caregiver Needs for Children With a Tracheostomy Living at Home. *Clinical Pediatrics*, 59(13), p. 1169–1181. DOI: 10.1177/0009922820941209.
- Mano, M. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista de Enfermagem Referência*, 1ª Série (8), p.53-61.
- Martins, M. (2021). *Modelos de Parceria para a centralidade na Pessoa e Família*. EBOOK: II Jornadas de Enfermagem – Escola Superior de Saúde Egas Moniz. O Cuidado Centrado na Pessoa.

- Martins, M., Ribeiro, O. & Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), p. 42-48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>
- Matias, J., Almeida, S., Ferrito, S., Queiroz, A., Alves, A., Tavares, A., Amorim, A., Calhau, P. & Melo, I. (2017). A Experiência numa Norma de Atuação no Traumatismo Crânio-Encefálico Leve em Idade Pediátrica: Estudo Longitudinal de Três Anos. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 30(10), p.704-712. <https://doi.org/10.20344/amp.8795>.
- Matthews, E., Pupilampu, V. & Gelech, J. (2021). Tactics and Strategies of Family Adaptation among Parents Caring for Children and Youth with Developmental Disabilities. *Global Qualitative Nursing Research*, 8, p.1-8. <https://doi.org/10.1177/23333936211028184>.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Morais, C. (2012). *Matrizes conceituais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Novo, A. & Gaspar, L. (2021). *Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. Em Ribeiro, O., *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp.12-18). Lisboa: Lidel.
- Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. *Revista Percursos*, 3-9. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.
- Nunes, L. (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. (1.ª Ed.). Loures: Lusodidacta.

Nunes, L. (2020). *ASPETOS ÉTICOS na investigação de Enfermagem*. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.

Nunes, L., Inês, R., & Constantino, M. (2019). *Aprendizagens complexas: sintonias e interações da epistemologia, ética, direito e deontologia em Enfermagem*. Paper presented at the 6º Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior, Instituto Politécnico de Santarém.

Occupational Safety and Health Administration [OSHA] (2007). Lesões músculo-esqueléticas de origem profissional: Regresso ao trabalho. Obtido em 2021, 10 de Junho, da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/75>.

Oliveira, L., Oliveira, A., Rocha, D., Gouveia, M., Costa, R. & Nogueira, L. (2021). *Quality of life of family caregivers of children with microcephaly*. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, vol. 43 (e54159), p.1-6. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v43i1.54159>.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual enunciados descritivos.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão documental dos cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Parecer nº 03/2016*. Lisboa: Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice, 6ª edição*. St. Louis Mosby, St. Louis
- Organização Mundial da Saúde & Direção-Geral da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [CIF]*. Lisboa.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de Enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), p.121-132. <http://doi.org/10.12707/RIV16030>.
- Pereira, R., Martins, M., Gomes, B., J. Aguilera & Santos, J. (2018). A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), p.66-72.
- Petronilho, F. & Machado, M. (2017). *Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a construção de Cuidado de Reabilitação*. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (p. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Diário da República, II Série*, nº 26.
- Regulamento nº 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Diário da República, II Série*, nº 85.
- Reis, G., & Bule, M. (2017). *Capacitação e atividade de vida*. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p. 57-66). Loures: Lusodidacta.
- Ribeiro, O., Moura, M. & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em Ribeiro, O., *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*, (p.48-57). Lisboa: Lidel.
- Rosendo, I., & Santiago, L. M. (2017). Validação de três folhetos informativos sobre diabetes, sua terapêutica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(4), p.244-50. https://www.researchgate.net/publication/321721806_Validacao_de_tres_folhetos_informativos_sobre_diabetes_sua_terapeutica_e_exercicio_fisico.

- Santos, C. (2012). *Acidente Vascular Cerebral Isquémico nas crianças - Conhecimentos dos enfermeiros do serviço de Pediatria de um Hospital Central do Grande Porto*. Projeto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado(a) em Enfermagem.
- Sequeira, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, p.33-39.
- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V. & Ribeiro, O. (2019). Novos Desafios para Velhos Problemas: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), p.20–26. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4561>.
- Silva, J., Moraes, O., Sabin, L., Almeida, F. & Magnago, T. (2021). Resiliência de cuidadores familiares de crianças e adolescentes em tratamento de neoplasias e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6): e20190388, p.1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0388>.
- Silva, L. & Mercês, N. (2017). Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, (p.1194-1197). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>.
- Silva, R. (2016). *AVC na criança e adulto jovem*. 14.ª Reunião da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral.
- Silva, R. (2016). *AVC na criança e adulto jovem*. 14.ª Reunião da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Disponível em: <http://raiox.pt/14-a-reuniao-da-spavc-particularidades-do-avc-na-crianca/>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). *Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação*. Em Marques-Vieira, C. & Sousa, L., *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 113-121). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(1), (p.64–69). <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>.

Universidade de Évora (2018). DESPACHO Nº 90/2018: Regulamento do Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional, Trabalho de Projeto e Dissertação de Natureza Científica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, p.153-159. <https://doi.org/10.1007/BF00435734>.

World Health Organization (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid: WHO.

World Health Organization (2015). WHO global disability action plan 2014–2020: Better health for all people with disability. Author. <https://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>.

World Health Organization. (2015). WHO global disability action plan 2014–2020: Better health for all people with disability. Author. <https://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>.

Zuurmond, M., Nyante, G., Baltussen, M., Seeley, J., Abanga, J., Shakespeare, T., Collum-bien, M., & Bernays, S. (2018). A support programme for caregivers of children with disabilities in Ghana: Understanding the impact on the wellbeing of caregivers. *Child: Care, Health and Development*, p.1-9. <https://doi.org/10.1111/cch.12618>.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão Integrativa da Temática em Estudo

Capacitação de Cuidadores de Crianças em Processo de Reabilitação

Objetivo: Verificar quais os contributos do enfermeiro de reabilitação na Capacitação de Cuidadores de Crianças em Processo de Reabilitação.

Método: A elaboração da presente revisão integrativa segue o protocolo do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada nas bases de dados científicas eletrónicas da Biblioteca do Conhecimento Online [B-On] e *Elton Bryson Stephens Company* [EBSCO], nas quais se utilizaram as seguintes palavras-chave: “Capacity”, “Caregiver”, “Child”, “Rehabilitation” and “Nursing”, validadas nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS] e *Medical Subject Headings* [MeSH].

Resultados: Resultante desta pesquisa surgiram 4360 artigos não duplicados. Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 12 artigos. Como forma de exclusão, foi realizada a leitura dos resumos destes artigos, sendo que, 8 artigos cumpriam todos os critérios. Dos 8 artigos, 4 são classificados como estudos qualitativos e 4 como estudos quantitativos.

Conclusão: Os estudos selecionados evidenciam o benefício das intervenções do enfermeiro de reabilitação nas crianças, promovendo um maior aumento da autonomia das mesmas, e, conseqüentemente, diminuindo a sobrecarga dos cuidadores ao mesmo tempo que estes aumentam os seus níveis de qualidade de vida.

Palavras-Chave: Capacity, Caregiver, Child, Rehabilitation e Nursing.

Referências Bibliográficas:

Derhon, V., Lima, E., Teive, H., Meira, A. & Zonta, M. (2020). Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com ataxias hereditárias. *Revista inspirar movimento & saúde*, vol.20 (3), p. 1-22.

Luo, D., Gu, W., Bao, Y., Cai, X., Lu, Y., Li, R., Wang, Y., & Li, M. (2021). Resilience outstrips the negative effect of caregiver burden on quality of life among parents of children with type 1 diabetes: An Application of Johnson–Neyman Analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 00, p. 1-9. DOI: 10.1111/jocn.15739.

Maddocks, S., Moodley, M., Hanass-Hancock, J., Cobbing, S. & Chetty, V. (2019). Children living with HIV-related disabilities in a resource-poor community in South Africa: caregiver perceptions of caring and rehabilitation. *AIDS Care*. DOI: 10.1080/09540121.2019.1654076.

Mai, K., Davis, R., Hamilton, S., Robertson-James, C., Calaman, S. & Turchi, R. (2020). Identifying Caregiver Needs for Children With a Tracheostomy Living at Home. *Clinical Pediatrics*, 59(13), p. 1169–1181. DOI: 10.1177/0009922820941209.

Matthews, E., Pupilampu, V. & Gelech, J. (2021). Tactics and Strategies of Family Adaptation among Parents Caring for Children and Youth with Developmental Disabilities. *Global Qualitative Nursing Research*, 8, p.1-8. DOI: 10.1177/23333936211028184.

Oliveira, L., Oliveira, A., Rocha, D., Gouveia, M., Costa, R. & Nogueira, L. (2021). Quality of life of family caregivers of children with microcephaly. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, vol. 43 (e54159), p. 1-6. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v43i1.54159.

Silva, J., Moraes, O., Sabin, L., Almeida, F. & Magnago, T. (2021). Resiliência de cuidadores familiares de crianças e adolescentes em tratamento de neoplasias e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6): e20190388, p. 1-8. DOI: 10.1590/0034-7167- 2019-0388.

World Health Organization. (2015). WHO global disability action plan 2014–2020: Better health for all people with disability. Author. <https://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>.

Zuurmond, M., Nyante, G., Baltussen, M., Seeley, J., Abanga, J., Shakespeare, T., Collumbien, M., & Bernays, S. (2018). A support programme for caregivers of children with disabilities in Ghana: Understanding the impact on the wellbeing of caregivers. *Child: Care, Health and Development*, p. 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.12618>.

Apêndice II – Projeto de Estágio

Universidade de Évora

Mestrado em Enfermagem em Associação

Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio I

1º ANO - 2º SEMESTRE

PROJETO DE ESTÁGIO: CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Docente Orientador: Luís Sousa

Joana Siquenique, n.º 47102

julho de 2021

Universidade de Évora

Mestrado em Enfermagem em Associação

Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio I

1º ANO - 2º SEMESTRE

**PROJETO DE ESTÁGIO: CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES DE
CRIANÇAS EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO**

Docente Orientador: Luís Sousa

Joana Siquenique, n.º 47102

julho de 2021

Abreviaturas e Símbolos

ABVD's - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD's - Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA - *American Psychological Association*

AVD's - Atividades de Vida Diária

CADI - *Carer Assessment of Difficulties Index*

CAMI - *Carer Assessment of Managing Index*

CASI - *Carer Assessment of Satisfaction Index*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMRA - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

DGS – Direção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ICN - *International Council of Nurses*

MIF - Escala de Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

SRPD - Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento

ZBI - *Zarit Burden Interview*

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO.....	111
1. COMPETENCIAS A DESENVOLVER.....	112
2. JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	112
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	113
3.1 - BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....	113
3.1.1. Autocuidado.....	113
3.1.2. Autocuidado na Criança.....	114
3.1.3. Processo de Transição.....	117
3.1.4. Capacitação da Família.....	118
3.2 - METODOLOGIA.....	119
3.3 - PARTICIPANTES.....	119
3.4 - RECOLHA DE DADOS.....	120
3.5 - TRATAMENTO DOS DADOS.....	123
3.6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	124

ÍNDICE DE APENDICES

	p.
Apêndice I – Declaração de Consentimento Informado.....	23

ÍNDICE DE ANEXOS

	p.
Anexo I - Escala de Medida de Independência Funcional (MIF).....	28
Anexo II - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (<i>Zarit Burden Interview</i>).....	30
Anexo III - WHOQOL-bref.....	34

INTRODUÇÃO

A elaboração deste Projeto de Intervenção surge no âmbito do Estágio I do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. A implementação deste Projeto de Intervenção será realizada no contexto do Estágio Final, tendo como finalidade a elaboração de um relatório final. A elaboração deste projeto, assim como a sua aplicabilidade, tem como objetivo a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER] assim como o grau de Mestre em Enfermagem.

O Estágio Final, onde será realizada a implementação do Projeto de Intervenção, irá decorrer no Centro [REDACTED] no Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento [REDACTED]. O [REDACTED] dispõe de 150 camas para internamento, estando organizado em três serviços, de acordo com o grupo etário e regime de prestação de cuidados. O [REDACTED] é composto por 16 camas para o internamento de crianças e jovens até aos 18 anos de idade, com patologias neurológicas, osteoarticulares, medulares e outras patologias. A escolha do local de estágio, no [REDACTED] e, especialmente a intervenção em contexto pediátrico, vai ao encontro das minhas necessidades profissionais pois, pretendendo aprofundar conhecimentos e adquirir competências no âmbito da reabilitação pediátrica.

O Projeto de Intervenção tem como título “Capacitação de Cuidadores de Crianças em Processo de Reabilitação”, sendo que o objetivo geral será avaliar o contributo de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação na capacitação dos cuidadores de crianças em processo de reabilitação, e os objetivos específicos são:

- Diagnosticar quais os défices da criança, tendo em conta os autocuidados;
- Capacitar os cuidadores da criança para o processo de reabilitação da mesma, tendo em conta os diagnósticos enunciados;
- Avaliar a efetividade e o benefício das intervenções na capacitação dos cuidadores no processo de reabilitação da criança.

Para além do projeto de intervenção a desenvolver, no âmbito do Estágio I, também irei mencionar quais as competências a desenvolver com a elaboração do mesmo.

Finalmente serão disponibilizadas as referências bibliográficas utilizadas, sendo que este trabalho assenta nas normas da American Psychological Association [APA].

1. COMPETENCIAS A DESENVOLVER

Com a elaboração deste projeto e, posteriormente, aplicação do mesmo, pretendo desenvolver conhecimentos e procedimentos especializados, sendo que a sua aplicação a nível prático, me irá permitir tomar decisões relacionadas com a promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação. Deste modo é possível ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou, até mesmo com sequelas, maximizando o seu potencial funcional e a sua, inerentemente, a sua independência (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

A Enfermagem de Reabilitação visa os cuidados a pessoas com necessidades especiais ao longo da vida, tendo como base o “(...) diagnóstico e intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando ou minimizando as incapacidades ou minimizando as mesmas gerando ganhos em saúde.” (OE, 2018, p.6).

A aquisição de competências de Mestre irá basear-se na reflexão dos conhecimentos adquiridos, no decorrer dos estágios realizados, demonstrando os mesmos com a elaboração de um relatório. Conforme a legislação, o grau de Mestre é atribuído a quem demonstre possuir conhecimentos e consiga aplicar os mesmos, possua capacidade para integrar novos conhecimentos e lidar com situações complexas, detenha capacidades ao nível da comunicação das suas conclusões de forma clara e, por fim, possua competências de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo orientado e autónomo (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

2. JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Estágio Final, onde será realizada a implementação do Projeto de Intervenção, irá decorrer no CMRA. A escolha do local de estágio, deveu-se essencialmente à curiosidade pelo trabalho realizado na instituição, tendo em conta também os excelentes resultados verificados através de experiências familiares. A intervenção em contexto pediátrico, vai ao encontro das minhas necessidades profissionais, assim como pessoais, pois, tendo em conta que no meu local de trabalho possuo crianças com necessidades de cuidados de reabilitação, pretendendo aprofundar conhecimentos e adquirir competências nesse mesmo âmbito. A escolha pessoal para a reabilitação a nível pediátrico também se deve ao facto de esta ser uma área pouco explorada

e trabalhada, principalmente a parceria de cuidados com os pais das crianças, a nível do processo de reabilitação.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

3.1 - BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1.1. Autocuidado

A conceptualização do Autocuidado foi iniciada por Orem, em 1956, e posteriormente validada pela mesma autora em 1967. Dorothea Orem desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, relacionando três teorias, sendo estas a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Deste modo, Orem (2001) define o Autocuidado como uma função humana reguladora pois, este constitui-se como uma ação realizada deliberadamente pela própria pessoa, de modo a regular o seu próprio funcionamento, ou o funcionamento dos seus dependentes. A autora ainda afirma que estas ações garantem o fornecimento de requisitos necessários à vida, tais como água, ar e alimentos, assim como também permitem o crescimento, desenvolvimento e manutenção da integridade humana (Orem, 2001).

Deste modo o Autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal, englobando as atividades exigidas à satisfação das necessidades diárias, geralmente denominadas Atividades de Vida Diária [AVD's]. A OE (2011) afirma que estas são atividades ou tarefas comuns que as pessoas realizam de forma autónoma e rotineira no seu dia a dia. Estas atividades podem agrupadas em duas tipologias: as atividades básicas de vida diária [ABVD's] relacionadas com o cuidado pessoal e as atividades instrumentais de vida diária [AIVD's] que dizem respeito às atividades domésticas e comunitárias (Vigia, Ferreira & Sousa, 2017).

Queirós (2010) acrescenta que este autocuidado é universal por abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diária e instrumentais. A evolução deste conceito culmina na associação da autonomia, independência e responsabilidade pessoal. Neste sentido o Autocuidado torna-se um fenómeno complexo e multidimensional, podendo ser descrito como um processo de saúde e bem-estar dos indivíduos inato, mas também aprendido, na perspetiva da tomada de iniciativa, responsabilidade e funcionamento do desenvolvimento do seu potencial para a saúde (Petronilho, 2012).

Em 2005, o Departamento de Saúde do Reino Unido, define o Autocuidado, não só como o cuidado realizado pelos indivíduos para promover a sua saúde e bem-estar, mas também incluindo os cuidados prestados às suas crianças, família, amigos e outros (*Department of Health*, 2005). Esta definição corrobora uma dimensão já proposta por Orem, ao incluir na definição de autocuidado o cuidar daqueles que lhe são próximos e significativos.

A conceção de autocuidado adotada pelo Departamento de Saúde do Reino Unido remete-nos, indo ao encontro com aquilo que vários autores postulam, os diversos fatores que influenciam o envolvimento e as atividades de autocuidado das pessoas. Nestes fatores referido inserem-se a história e experiência pessoal, o nível de conhecimento, as crenças e valores, as habilidades cognitivas e aptidões literárias, os antecedentes culturais, a confiança, autoestima, autoeficácia e autocontrolo, a capacidade de avaliação da realidade, a capacidade de tomar decisões, a capacidade de avaliação da informação existente e a forma como esta é apresentada, a evidência dos benefícios do suporte para o autocuidado e o suporte e encorajamento dos profissionais de saúde (*Department of Health*, 2005). É frequente, quando analisamos o conceito de Autocuidado, este estar diretamente conectado com as AVD's, no entanto, com já verificado, muitos autores o consideram muito mais dimensional, sendo que o *International Council of Nurses [ICN]* (2010) expande o conceito a aspetos mais elaborados da vida, referindo que que o Autocuidado “é uma atividade realizada pelo próprio ...”, que consiste no “... tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (*ICN*, 2010, p. 46). Nesta perspetiva, é assumido que o Autocuidado é o cuidado prestado pelo indivíduo a si próprio, acrescentando que o mesmo corresponde não só às atividades de vida diária, mas também às diversas necessidades de cada pessoa. Desta forma, é possível afirmar que o autocuidado se constitui como uma prática constante da vida das pessoas, existindo elementos que o definem e que se vão consolidando ao longo do percurso biográfico de cada pessoa.

3.1.2. Autocuidado na Criança

O enfermeiro constitui-se como parceiro de cuidados, principalmente quando estes são direcionados para a criança, trabalhando em conjunto com a mesma e com a família/pessoa significativa, em qualquer contexto que esta se encontre, prestando cuidados à criança saudável ou doente e proporcionando educação para a saúde e mobilização de recursos de suporte à família/pessoa significativa (OE, 2010).

O crescimento e o desenvolvimento são processos complexos, que seguem uma sequência decidida e organizada, sendo estes influenciados por inúmeros fatores. Para além, dos biológicos, todo o meio envolvente contribui para o crescimento e desenvolvimento da criança, nomeadamente a estimulação parental. No entanto, conceptualizar o desenvolvimento infantil não se torna simples, variando com o referencial teórico que se queira adotar e os aspetos que se queiram abordar. Para Mussen *et al.* (1995) o desenvolvimento é definido como a ocorrência de mudanças nas estruturas físicas, neurológicas, cognitivas e comportamentais, que emergem de forma ordenada e são relativamente duradouras. Este estudo consistiu em detetar como e porquê o organismo humano cresce e muda durante a vida, tendo como um dos objetivos compreender as mudanças que parecem ser universais – não interessando a cultura ou as experiências. Outro dos objetivos focou-se na explicação das diferenças individuais. Por último quis-se compreender como o comportamento das crianças é influenciado pelo contexto ou pela sua situação ambiental. Deste modo estes três aspetos – padrões universais, diferenças individuais e influências contextuais – tornam-se essenciais para o claro entendimento do desenvolvimento da criança.

Para Brazelton (2002), o desenvolvimento constitui-se como um complexo, que segue uma determinada sequência e organização, sendo influenciado por inúmeros fatores. Deste modo o ritmo do desenvolvimento, seja ele motor, cognitivo ou de linguagem, é individual, podendo haver variações de criança para criança.

Para uma abordagem holística da criança, deve-se ter em atenção, o desenvolvimento físico, psicomotor, emocional e social. Todas estas variáveis encontram-se interligadas e devem ser avaliadas pelos profissionais de saúde através de escalas de desenvolvimento. Assim, compete aos profissionais de saúde possuir conhecimentos acerca das diferentes fases do desenvolvimento infantil, de modo a que precocemente se possam identificar eventuais alterações, com o objetivo de minimizar ou corrigir as mesmas, promovendo a saúde da criança e da família em que ela está inserida.

Na Teoria do Autocuidado, podemos observar que, ao longo do crescimento e desenvolvimento da pessoa, a sua capacidade de autocuidado vai sendo adquirida, no entanto quando falamos em desenvolvimento infantil temos que ter em atenção que este autocuidado pode ainda não estar desenvolvido e adquirido. Os pais, são segundo a Teoria do Défice de Autocuidado, agentes no cuidar, pois têm como função colmatar a necessidade terapêutica de autocuidado da criança, que é socialmente dependente deles. Deste modo o papel do enfermeiro especialista torna-se relevante, estabelecendo com a família uma parceria de cuidados, promotora da otimização da saúde. Como já referido, o Autocuidado caracteriza-se como

atividades realizadas pela própria pessoa, no sentido de manter, manter operacional e lidar com as suas necessidades individuais básicas e íntimas. Assim sendo, se uma criança ainda não possuir maturidade psico-motora para a execução das suas atividades de vida diária e apesar de apresentar limitações condicionadas pela doença, não poderemos identificar como diagnóstico de enfermagem que existe um déficit no autocuidado, uma vez que a criança no seu domicílio, devido à sua imaturidade fisiológica ainda é dependente na família para a execução dos mesmos. No entanto, na criança que já possua maturidade psico-motora, e que devido ao seu processo de doença se tornou dependente nos autocuidados, é importante realizar intervenções de enfermagem com o objetivo de reduzir o grau de dependência ou até mesmo torná-la novamente independente. Deste modo, é possível afirmar a incapacidade para a realização dos autocuidados pode ser influenciada por fatores intrínsecos à criança, como por exemplo a idade e o estágio de desenvolvimento inerente, ou extrínsecos, como por exemplo uma situação de doença causando incapacidade.

O desenvolvimento da funcionalidade na infância inicia-se com a aquisição de diversas habilidades a nível motor, possibilitando à criança o domínio do seu corpo em diferentes posturas, sejam elas estáticas ou dinâmicas (Ferreira *et al.*, 2009). Assim o desenvolvimento do autocuidado torna-se importante no desenvolvimento neuro psicomotor da criança, tornando-se fundamental para a aquisição de aptidões motoras, independência funcional, autonomia e, até mesmo, para a construção da autoestima e autoconfiança da criança. Os 3 primeiros anos de vida são assinalados pelo amadurecimento neuro sensorial, traduzindo-se nas aquisições motoras e da linguagem. Dos 3 aos 7 anos, as alterações motoras posturais tornam-se menos visíveis, tornando evidentes as expressões cognitivas e a compreensão de argumentos lógicos, aspetos socio emocionais e comunicação gráfica (Ferreira *et al.*, 2009).

Tanto a família como a escola se constituem como fundações que exercem um papel de grande importância no desenvolvimento das crianças (Silva & Dessen, 2004). A família no sentido da orientação, incentivo e fornecimento de oportunidades de experiência à criança, como o cuidado e higiene pessoal, atividades de vestuário, banho e alimentação, fornecendo tempo adequado para a criança as praticar no seu quotidiano (Galvão & Cavalcanti, 2007). E a escola, não menos importante, inclui não só a socialização e participação nas atividades académicas, como também a participação ativa em atividades funcionais, que suportam as competências de incorporação de regras sociais e diminuição de comportamentos agressivos (Galvão & Cavalcanti, 2007; Voivo, 2004).

Os pais, enquanto cuidadores informais, são membros na parceria de cuidados, sendo vistos pela equipa de enfermagem como agentes integrantes dos cuidados.

Segundo Parke e Buriel (1998) citado por Cruz & Ducharne (2006) a parentalidade pode ser definida como um modelo tripartido, em que os pais assumem três papéis, sendo estes, o de parceiros de interação numa base regular, como instrutores e conselheiros, delineando padrões de comportamento, colocando exigências e, finalmente, são responsáveis pela organização em casa e provimento de múltiplas experiências externas à mesma. Através do Conselho da Europa foi promovida a Conferência de Estrasburgo, em 11 maio de 2006, que introduziu o conceito de Parentalidade Positiva. O objetivo deste conceito é promover a nível o desenvolvimento de relações positivas entre pais e filhos, de modo a otimizar todo o potencial de crescimento de uma criança.

Concluindo, não existe efetivamente uma idade determinante para o desenvolvimento do autocuidado na criança, sendo que será com os seus cuidadores que a criança aprenderá a importância do autocuidado para a manutenção da sua saúde e para a prevenção da doença. Cada criança possui um ritmo próprio de aprendizagem, na idade ideal e adequada a si, a auto cuidar-se, competindo aos cuidadores em geral avaliar e ensinar às crianças a importância do autocuidado para o seu desenvolvimento físico, mental e espiritual.

3.1.3. Processo de Transição

Meleis definiu transição, na sua teoria de médio alcance, como um processo caracterizado por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem, sendo entendido como a passagem entre duas fases da vida, ou de um estado para o outro, pelo que se espera alcançar uma adequada adaptação ao novo papel ou situação (Meleis, 2012). O conceito de transição, no contexto da enfermagem, remete para uma mudança do estado de saúde, nos papéis desempenhados, nas expectativas de vida, nas habilidades ou mesmo na capacidade de gerir a condição de saúde. Deste modo é imperativo que, com esta transição do estado de saúde, a pessoa desenvolva novos conhecimentos e novas habilidades, capazes de modificar comportamentos, tem em conta a sua nova condição de saúde (Meleis, 2012). Tendo em conta a autora da teoria, Silva refere que as transições referidas na área da enfermagem se podem prender com a assunção do papel do cuidador informal, a construção dos papéis parentais, a mudança de uma condição de independência/autonomia no autocuidado para um quadro de dependência, ou até mesmo, a incorporação de um regime terapêutico complexo no quotidiano (Silva 2007). Meleis encara os processos de desenvolvimento e o ciclo de vida, onde se inserem

as experiências de saúde e doença, como potenciais situações de transição devido às mudanças que provocam nas pessoas e no meio ambiente (Meleis, 2012). Neste contexto, a enfermagem, enquanto ciência humana focada nas experiências e respostas das pessoas à saúde e doença, deve procurar identificá-las, descobrir os fatores que as influenciam para, deste modo, ajudar na vivência dessas mesmas transições de modo saudável.

3.1.4. Capacitação da Família

O International Council of Nurses (ICN) define família como: “grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015 p.143). Uma vez que a família se apresenta constantemente na vida da criança e que esta deve responder às necessidades da mesma, podemos afirmar que a capacitação da família se constitui como uma dinâmica essencial.

A promoção de saúde visa elevar o estado de saúde dos indivíduos e da comunidade capacitando-as, para que estes possuam um maior controlo sobre estilos de vida saudáveis. Deste modo os enfermeiros têm como objetivo a capacitação das famílias, proporcionando oportunidade aos membros da mesma para mostrarem as suas habilidades e competências atuais, assim como, adquirirem novas, para atenderem às necessidades da criança (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 11).

Estudos mostram que a capacitação do cuidador informal é fundamental para a sua adaptação ao papel, com efeitos na sua qualidade de vida, bem como na prestação de cuidados em si. Assim, a capacitação baseada em programas de apoio deve privilegiar a necessidades do cuidador informal, através de ações educativas, assim como o facto dessa capacitação e ir ao encontro das rotinas diárias, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e diminuição dos problemas emocionais. O reconhecimento da singularidade de cada situação de saúde, tornar-se-á uma mais-valia, uma vez que as necessidades estão a ser correspondidas (Silva, 2019).

A intervenção do EEER permite facilitar a humanização do apoio ao cuidador, através da sua adequação às pessoas, aos seus contextos e condições, no sentido de uma maior e melhor individualização dos cuidados. Silveira, no seu estudo onde avalia a capacitação dos cuidadores informais, conclui que o impacto das estratégias educacionais se torna evidente através de indicadores de transição bem-sucedida, expressos e medidos através da evidência de sensação

de bem-estar, excelência do papel de cuidador, refletidos na adaptação familiar e procura de suporte social (Silveira, 2020).

Tendo em conta que o seio familiar é considerado um lugar de crescimento, de soberania, de convívio, de afetos e alegria ou de tristeza e sofrimento, este está em constante transformação, adaptação às exigências e às fases do desenvolvimento dos seus membros. Deste modo o envolvimento da família no planeamento dos cuidados, no processo de decisão, e até mesmo no processo de reabilitação, educando-a e formando-a, constitui um fator essencial, para uma melhor parceria nos cuidados à criança. Assim, em conjunto, trabalha-se para um tratamento holístico da criança, atendendo a todas as suas necessidades, diminuindo a tensão e minimizando os efeitos negativos da hospitalização (Sanders, 2014).

Em 1988, Anne Casey desenvolveu, a partir do Modelo de Cuidados Centrados na Família, o Modelo da Parceria de Cuidados. Este realça a importância dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, destacando um princípio fundamental, o de reconhecer que estes são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos. Na situação de doença, de forma a preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados devem ter em conta a proteção, estímulo e amor, reconhecendo-se a importância do papel da família, nomeadamente dos pais (Casey, 1993). Deste modo, os profissionais e enfermagem devem incentivar os pais a prestar cuidados de suporte às necessidades da criança, como a higiene, a alimentação, o conforto e o amor e só deverá interferir se a família não apresentar capacidades e conhecimentos para garantir esses cuidados, tendo como finalidade o bem-estar máximo da criança.

3.2 - METODOLOGIA

O presente estudo classifica-se como descritivo, pois irá incidir “sobre uma situação, tal como ela se apresenta no meio natural, com vista a compreender conceitos mal elucidados ou pouco estudados” (Fortin, 2009, p.236). Para a sua realização irão ser utilizados estudos de casos, sendo que a pesquisa descritiva irá ser realizada através da análise de documentos, levantamentos e aplicação de instrumentos, neste caso instrumentos de avaliação através de escalas.

3.3 - PARTICIPANTES

Os participantes do projeto irão ser as crianças internadas no [REDACTED], durante o período de estágio, assim como os familiares principais e acompanhantes de cada criança. Para a

realização do projeto, os participantes serão devidamente esclarecidos acerca do mesmo e terão de consentir a sua participação, assim como o tratamento de dados relativos aos mesmos.

3.4 - RECOLHA DE DADOS

A implementação do presente Projeto de Intervenção decorrerá num período de 16 semanas, com início a 13 de setembro até 31 de dezembro de 2021. Será realizada uma pesquisa bibliográfica que dará suporte científico ao projeto, à sua implementação e à posterior elaboração do relatório.

Tendo em conta o problema e os objetivos deste projeto de intervenção, os focos de enfermagem definidos foram: a capacidade de desempenho nas AVD's, tendo em conta o nível de desenvolvimento da criança, assim como a capacitação dos cuidadores. Cada um dos focos será avaliado através de instrumento de avaliação, nomeadamente escalas.

Serão recolhidos dados de caracterização social e familiar da criança, assim como a sua condição de saúde/doença, e o seu grau de desenvolvimento em cada uma das AVD's anteriormente à situação com necessidade de reabilitação. Esta recolha de dados será realizada através da consulta dos dados dos processos clínicos, observação e entrevista à criança e aos seus cuidadores.

A capacidade de desempenho nas AVD's será avaliada através da Escala de Medida de Independência Funcional [MIF] (Anexo I). A escolha da MIF como instrumento de avaliação teve em conta a referência bibliográfica, sendo este um dos testes estatísticos mais frequentemente utilizado pelos investigadores da área da saúde infantil e pediatria (Curado, 2016). Esta avalia o grau de capacidade ou incapacidade, 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, monitorizando assim a evolução da pessoa durante os programas de reabilitação. Assim, a MIF é um instrumento que permite fazer o acompanhamento de pessoas em processo de reabilitação, não se focalizando na capacidade de realizar tarefas, mas sim na realização efetiva e de forma independente das AVD's. Esta escala permite avaliar o desempenho da criança/jovem na realização de um conjunto de 18 tarefas incluídas em 2 domínios, o motor (4 subescalas com 13 itens) e o cognitivo (2 subescalas com 5 itens). O domínio motor é composto pelas subescalas: autocuidado (6 itens), controlo esfíncteriano (2 itens), mobilidade e transferências (3 itens), locomoção (2 itens). O domínio cognitivo é composto pelas subescalas: comunicação (2 itens) e cognição social (3 itens) (Laíns, 1991). Os diferentes itens presentes na escala são respetivos ao

autocuidado: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior do corpo, vestir metade inferior do corpo, utilização do sanitário; controlo dos esfíncteres; mobilidade/transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas, sanitário, banheira, chuveiro; locomoção: marcha/cadeira de rodas e escadas; comunicação a nível da compreensão e expressão, e na cognição social a nível da interação social, resolução de problemas e memória. Os itens são avaliados em pontuações entre 1 e 7, sendo que a pontuação total varia entre 18 e 126. Quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência e quanto maior for a pontuação, maior é o grau de independência. De acordo com o score total são atribuídos os graus de: Independência total; Dependência modificada; e Dependência completa (OE, 2016).

Em relação aos cuidadores, será utilizada a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (*Zarit Burden Interview [ZBI]*) (Anexo II). Esta escala constitui um instrumento fiável, com boas características psicométricas para avaliar a sobrecarga associada ao cuidar. Deste modo, a sua utilização é sugerida, quer ao nível da prática clínica como instrumento de diagnóstico (risco de sobrecarga/sobrecarga), quer como instrumento de monitorização/avaliação de programas de intervenção em cuidadores informais. Por outro lado, a utilização da escala de sobrecarga em termos de investigação permite avaliar as repercussões negativas associadas ao cuidar numa determinada população e estabelecer comparações com os dados internacionais, uma vez que este instrumento é utilizado na maioria dos países com programas de intervenção dirigidos aos cuidadores (Sequeira, 2009). Segundo Macedo, Silva, Paiva & Ramos (2015) a ZBI foi a mais aplicada em estudos que pretendiam avaliar a sobrecarga das mães cuidadoras de crianças e adolescentes com doença crónica. Esta escala permite identificar quatro fatores, sendo estes: 1- Impacto da prestação de cuidados; 2-Relação interpessoal; 3-Expectativas com o cuidar; 4- Percepção de autoeficácia. Os dois primeiros fatores referidos estão direcionados para a sobrecarga objetiva, sendo que os dois últimos para a sobrecarga subjetiva. O primeiro fator pretende avaliar o impacto no cuidador, associado à prestação de cuidados, em termos de tempo livre, saúde, limitação social, perda de controlo, etc.. O segundo fator reflete as implicações na relação entre o cuidador e a pessoa dependente (vergonha, irritação, tensão, etc.). O terceiro fator engloba as expectativas que o cuidador tem face ao cuidar, relativamente ao futuro, às suas capacidades para cuidar, etc. O quarto fator está direcionado para avaliar a percepção de autoeficácia do cuidador, ou seja, a percepção acerca do desempenho do seu papel (Sequeira, 2009). A escala referida é composta 22 itens, sendo que a escala de resposta varia de 0 a 4, de acordo com a presença ou a intensidade de uma resposta afirmativa (0= nunca; 1= raramente; 2= algumas vezes; 3=frequentemente; 4= sempre). O último item da escala constitui uma exceção, em que a pessoa terá que responder qual a intensidade de sobrecarga no seu papel de cuidador,

sendo que as respostas são: 0= nem um pouco; 1= um pouco; 2= moderadamente; 3= muito; 4= extremamente. Todos os itens devem ser pontuados. O score total da escala é obtido adicionando todos os itens e devem variar de 0 a 88. Quanto maior o score, maior a sobrecarga. A escala em questão foi desenvolvida com o intuito de ser auto aplicada, no entanto pode ser questionada pelo investigador.

O termo qualidade de vida consolida-se, na literatura nacional e internacional, como um constructo multidimensional. O grupo *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL 8*, da Organização Mundial de Saúde, define qualidade de vida como "as individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals expectations, standards and concerns". Os instrumentos WHOQOL podem ser usados em diferentes culturas e terem comparação de resultados. Sendo WHOQOL-bref uma versão abreviada para a avaliação subjetiva de qualidade de vida, também se tornou importante no projeto realizado (Anexo III). O questionário é composto por 26 questões, sendo duas de cariz geral e as restantes direcionadas para os domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. A avaliação através deste instrumento não se avalia através de um score total, mas sim um através de scores para cada domínio individualmente. As únicas duas questões relativas à qualidade de geral são calculadas em conjunto, com o objetivo de criar um Índice Geral de Qualidade de Vida. As respostas às questões são obtidas por uma escala do tipo *Likert*, com 5 pontos (1 a 5), invertidos nas questões 3, 4 e 26. Quanto maior os resultados, maior o Índice de Qualidade de Vida, sendo que o score final obtido em cada domínio e na qualidade de vida em geral, pode-se transformar em dois tipos de intervalos de resultados: 4 a 20 ou 0 a 100, tendo em consideração a pontuação utilizada (Fleck *et al.*, 2000). A escolha deste instrumento teve em consideração a evidencia científica, verificando-se que o WHOQOL-bref é aplicado em diversos estudos que pretendem avaliar a qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com doença crónica, sendo o mesmo aplicado nos Estados Unidos da América, Espanha e Brasil (Macedo, Silva, Paiva & Ramos, 2015).

As variáveis selecionadas para o projeto de intervenção em relação aos cuidadores, centram-se no sexo, idade, grau de escolaridade e profissão atual. Também será identificado o estado civil dos cuidadores, assim como o grau de parentesco do cuidador com a pessoa dependente. Em relação à pessoa dependente serão analisadas variáveis como o sexo, idade e diagnóstico de internamento.

A recolha de dados e aplicação das escalas será efetuada no momento de admissão da criança no internamento e, posteriormente às intervenções realizadas a nível da capacitação dos

familiares, em momentos ainda a definir, o que permitirá observar os níveis de dependência da pessoa, assim como o nível de capacitação dos cuidadores, adequando as intervenções de enfermagem ao longo do processo de reabilitação.

Para além da referenciação bibliográfica baseada na evidência, a escolha dos instrumentos de avaliação teve também o consentimento de peritos na área.

3.5 - TRATAMENTO DOS DADOS

De forma a proteger a identidade tanto das crianças, como dos familiares participantes no projeto, serão atribuídos números aos casos estudados.

As avaliações vão ser efetuadas em diferentes momentos distintos, havendo uma posterior comparação de modo a que se verifique a evolução, e conseqüentemente, os ganhos em saúde.

Serão utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. Na estatística descritiva serão utilizadas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão, mediana e amplitude interquartil) e frequência absoluta (n) e relativa (%).

Assim, se existirem três momentos de avaliação, serão utilizadas as medianas, assim como os percentis 25 e 75 (para calcular a amplitude interquartil), para comparação dos resultados das aplicações dos instrumentos de avaliação. Deste modo a primeira avaliação será comparada com a segunda avaliação, assim como com a terceira avaliação, e a segunda e a terceira avaliações serão igualmente equiparadas. De modo a comparar as diferentes avaliações realizadas através dos instrumentos, será utilizado o teste de Wilcoxon Signed Ranks. Serão ainda utilizados: o teste de Mann-Whitney, aplicado em duas amostras independentes e o teste Kruskal Wallis para mais de duas amostras independentes. Será adotado o nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$).

No final, será realizada uma síntese dos resultados obtidos ao nível dos diferentes focos avaliados de modo a obter uma avaliação global da efetividade do projeto de intervenção.

3.6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De modo a assegurar o direito à confidencialidade e anonimato dos participantes, estes serão informados e esclarecidos sobre as intervenções e os objetivos do estudo por forma a obter o seu consentimento para a participação no Projeto de Intervenção. Neste Projeto será assegurada em todas as fases a autonomia dos participantes, respeitando as suas opções e interesses. A

confidencialidade dos dados estará presente ao longo de todo o desenvolvimento, uma vez que se destinam unicamente ao desenvolvimento deste, estando descritos de forma anónima durante todas as fases da sua elaboração. O consentimento informado (Apêndice I), será apresentado aos participantes para a inclusão no projeto, sendo que os intervenientes serão informados e esclarecidos sobre o estudo e a sua finalidade exclusivamente académica, bem como dos seus direitos, respeitando os mesmos em todos os procedimentos realizados. Deste modo, serão respeitados os princípios éticos em investigação em enfermagem, nomeadamente, o da beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Tal como os enunciados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, relativa à investigação com seres humanos e também obtido o seu consentimento verbal (Nunes, 2013). O Projeto será ainda presente à Comissão de Ética do Centro [REDACTED].

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brazelton, T. (2002). *Dar atenção à criança: Para compreender os problemas normais do crescimento*. Mem Martins: Terramar.
- Casey, A. (1993). *Development and Use of Partnership Model of Nursing Care*. In Child Health Nursing. London.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Cruz, O. & Ducharme, M. (2006). Intervenção na parentalidade – o caso específico da formação de pais. *Revista Galego-Portuguesa de Psicologia e Educação*, 13(11-12), 295-309.
- Curado, M. (2016). *A Medida e as Escalas de Avaliação da Saúde das Populações Neonatais e Pediátricas. Estudo de Simulação de Monte Carlo com Variáveis Ordinais* (Dissertação Elaborada com vista à obtenção do Grau de Doutor no Ramo de Motricidade Humana na Especialidade de Comportamento Motor). Universidade de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.
- Department of Health (2005). *Self Care – A Real Choice: Self Care Support – A Practical Option*. Consultado a 25 de junho de 2021. Disponível em http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf.

- Direção Geral da Saúde (2011). Norma 054/2011 de 27/12/2011 – *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Ferreira, D. *et al.* (2009). Funcionalidade de crianças com e sem Síndrome de Down. *Revista Neurociências*, 17(3), 231-238. DOI: 10.34024/rnc.2009.v17.8547.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., *et al* (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata.
- Galvão, C. R. C. & Cavalcanti, A. A. S. (2007). *Terapia ocupacional: Fundamentação e prática*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). *Perspetivas de Enfermagem Pediátrica*. In *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência. p. 1-21.
- Laíns, J. (1991). Guia para o uso do Banco Uniformizado de Dados para Reabilitação Médica - MIF. Versão Portuguesa de Guide fo the Uniform Data System for Medical Rehabilitation, FIM (1984). Produção Sandoz.
- Macedo, E., Silva, L., Paiva, M. & Ramos, M. (2015). Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 769-777. DOI: 10.1590/0104-1169.0196.2613
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing. Development and Progress* (5ª ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março.
- Mussen, P., Conger, J., Kagan, J., & Huston, A. (1995). *Desenvolvimento e personalidade da criança* (3ª ed.). São Paulo: Herbra.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS. Disponível em

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

- OE. (2006). Tomada de Posição sobre segurança do Cliente. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Projeto de Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer n.º 12/2011. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Reabilitação: Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª série, n.º 85, 13565 – 13568.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice (6ª ed)*. Mosby, St. Louis.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Sanders, J. (2014). *A Criança Hospitalizada: Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização*. In *Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed.)*. Loures: Lusociência. p. 1025-1116.
- Sequeira, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 33-39.
- Silva, A. (2019). *Habilidades do Cuidador Informal para Cuidar da Pessoa Dependente no Autocuidado*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria.
- Silva, M. (2007). *Educar para o autocuidado num serviço hospitalar (Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem)*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Porto.

Silva, N. & Dessen, M. (2004). A família e os programas de intervenção: Tendências atuais. In EDUFSCar, p. 179-187.

Silveira, M. (2020). *Consulta de Enfermagem: Capacitação do cuidador informal da pessoa com Gastrostomia* (Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre na área de enfermagem comunitária). Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém.

Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2017). *Treino de Atividades de Vida Diária*. In Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo da Vida. Loures: Lusodidata. p. 351-64.

Voivo, M. (2004). *Inclusão escolar de crianças com Síndrome de Down* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

Apêndice III - Consentimento Informado dos Participantes para Inclusão no Projeto

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAR EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Título do Estudo: Capacitação de Cuidadores de Crianças em Processo de Reabilitação.

Enquadramento: Mestrado em Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde com especialização em Enfermagem de Reabilitação – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Orientador: Professor Doutor Luís Sousa.

Explicação do Estudo: O objetivo do estudo é avaliar a efetividade das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação de cuidadores de crianças em processo de reabilitação. Comtempla avaliação do estado de dependência da criança, assim como a sobrecarga dos cuidadores, e implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação durante o período de internamento.

Confidencialidade e anonimato: Os dados obtidos neste estudo serão totalmente confidenciais e usados exclusivamente para o mesmo, não havendo a identificação de nenhum dos participantes, garantindo assim o anonimato dos mesmos. Caso o participante deseje abandonar o estudo durante o período de investigação, não sofrerá de qualquer consequência.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento da área científica.

Investigador: Joana Sofia Damas Siquenique

Assinatura

Data

___/___/___

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando de que serão apenas utilizados para esta investigação e nas garantidas da confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura

Data

___/___/___

Se não for o próprio a assinar (por incapacidade)

Grau de relação com o participante: _____

Assinatura

Data

___/___/___

(Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e o outro exemplar para a pessoa que consente)

Apêndice IV – Caso 1

Descrição do Caso 1

1. Colheita de Dados

Dados Gerais	
Identificação	Caso 1
Idade	11 anos
Género	Masculino
Nacionalidade	Guiné Bissau
Agregado Familiar	Vive com a mãe
Produtos de Apoio	Cadeira de rodas mecânica que se encontra desajustada
Nível de Escolaridade	A frequentar o 2º ano
Residência	1º andar com elevador e sem barreiras arquitetónicas de acesso
Dados de Saúde	
Antecedentes Pessoais	Tuberculose.
Alergias	Desconhece
Cirurgias Anteriores	Descompressão medular circunferencial, vertebrectomia e artrodese posterior com instrumentação bipedicular T3-T4 a T12-L1
Regime medicamentoso	Oxibutinina 5mg 1+0+1,5. Nitrofurantoina 100mg id. Movicol bidiário. Glicerina supositorio em SOS.
Diagnóstico	Sequelas de lesão medular no contexto de Mal de Pott, com paraplegia AIS B NN T3.

2. Historial de Saúde

Menino de 11 anos, natural da Guiné Bissau, tendo sido evacuado por motivos médicos para Portugal em 2019. A residir em residência cedida pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Reside com a mãe, de 28 anos, saudável, em primeiro andar com elevador. Mãe nega história de doenças hereditárias e familiares.

Criança com desenvolvimento normal até ao 2º ano de idade, altura em que iniciou quadro de episódios febris frequentes que provocaram uma perda da capacidade para a marcha, deformidade da coluna e alterações vesicosfincterianas.

Atualmente frequenta o ensino escolar, encontrando-se no 2º ano, com bons resultados escolares.

Com diagnóstico de sequelas de lesão medular no contexto de Mal de Pott, com paraplegia AIS B NN T3.

Foi evacuado em 2019 para Portugal, e posteriormente internado no Hospital D. Estefânia a 30 de julho de 2019. Neste internamento realizou teste *Interferon Gamma Release Assay [IGRA]*, que foi positivo, e iniciou tratamento anti-bacilar a 08/08/2019. Realizou ressonância magnética que revelou espondilodisceíte secundária a Mal de Pott. Os registos clínicos referem ainda lesão do 2º neurónio de L3-L4 bilateral e L5 à direita. Teve alta de infeciologia a 16/08/2019 com indicação para a unidade de terapêutica anti-bacilar até 09/2020.

Foi submetido a cirurgia a 18/03/2021 para descompressão medular circunferencial, vertebrectomia e artrodese posterior com instrumentação bipedicular T3-T4 a T12-L1. Realizou colete de *Jewett* durante 3 meses, data em que suspendeu após indicação médica.

Desde a alta com necessidade de recorrer ao serviço de urgência por 2 vezes por queixas álgicas no período pós-cirúrgico precoce, mas sem ocorrências de outras intercorrências.

No centro de reabilitação, a 15 de julho de 2021, foi observado em consulta, apresentando queixas álgicas. Apresentava-se ainda consciente, colaborante e orientado. Não realizado avaliação formal de capacidades superiores, mas não apresentava deficits cognitivos. Cifoescoliose marcada. Revestimento cutâneo integro, com cicatriz cirúrgica dorsal hipertrófica. Quadro neuromotor de paraplegia AIS B NN T3. ROTs +1 rotulianos e 2+ anquilianos bilateralmente. Tónus muscular flácido (membros inferiores). Clónus rapidamente esgotável na tibiotársica esquerda. A nível funcional: independe para condução de cadeira de rodas mecânica e transferências.

Regime vesical com algiações intermitentes de 3/3h, com perdas frequentes para a fralda e pausa noturna. A realizar treino intestinal, com supositório de glicerina.

Ficou internado no serviço de pediatria dia 02/09/2021 para maximização e reeducação vesicoesfincteriana e realização de ensinamentos ao jovem e à mãe.

3. Aplicação dos Instrumentos de Avaliação

3.1. Medida de Independência Funcional [MIF]

Datas		02/09/2021	22/09/2021	10/10/2021
Autocuidados	A - Alimentação	7	7	7
	B - Higiene Pessoal	7	7	7
	C - Banho	3	5	6
	D - Vestir metade superior	5	6	7
	E – Vestir metade inferior	2	4	6
	F – Utilização da sanita	1	4	7
Controlo dos Esfínteres	G - Bexiga	1	4	6
	H - Intestino	1	4	6
Mobilidade - Transferências	I – Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	5	6	7
	J - Sanita	5	6	7
	K – Banheira, Duche	5	6	7
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	5	6	6
	M - Escadas	1	1	1
Sub - Score Motor		48	66	81
Comunicação	N - Compreensão	4	5	6
	O - Expressão	4	5	6
Cognição Social	P – Interação Social	6	7	7
	Q – Resolução de Problemas	5	6	7
	R - Memória	5	6	7
Sub – Score Cognitivo		24	29	32
SCORE		72	95	113

Legenda:

Independência:

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência Modificada (ajuda técnica)

Dependência Modificada

5 – Supervisão

4 – Ajuda Mínima (pessoa participa em $\geq 75\%$)

3 – Ajuda Moderada (pessoa participa em $\geq 50\%$)

Dependência Completa

2 – Ajuda Máxima (pessoa participa em $\geq 25\%$)

1 – Ajuda Total (pessoa participa em $\leq 25\%$)

Sub-score Motor – Entre 13 - 91

Sub-Score Cognitivo – Entre 5 – 35

Score – Entre 18 - 126

Interpretação da MIF:

02/09/2021

Através de entrevista à mãe, assim como consulta do preenchimento da MIF, quando da entrada da criança no serviço de internamento, foi possível verificar que a mesma apresenta um score total no instrumento de avaliação de 72.

Relativamente ao autocuidado alimentação, a criança não apresenta nenhuma necessidade de auxílio, conseguindo autonomamente comer de um prato, com alimentos com todos os tipos de consistências, e bebe de um copo sobre uma mesa. Também utiliza os talheres respetivos, sem dispositivos auxiliares, conseguindo mastigar e deglutir os alimentos sem qualquer dificuldade. A este nível foi-lhe atribuída uma independência completa, com score 7.

O autocuidado higiene pessoal, inclui higiene oral, pentear, lavar as mãos e a face, sendo que a criança consegue desenvolver estas atividades autonomamente, apresentando um score 7, independência completa.

No que diz respeito ao banho, tendo em conta que este autocuidado caracteriza as atividades de lavagem do corpo, desde o pescoço até aos pés, em banheira ou chuveiro, com segurança, foi atribuída uma pontuação de nível 3. Neste caso a criança consegue realizar 50% a 74% das tarefas, necessitando de auxílio para lavar a totalidade do corpo pois os membros inferiores e as costas ficam deficitadas neste autocuidado.

Relativamente a vestir a metade superior do corpo, este item está caracterizado com uma pontuação de 5, necessitando de supervisão ou preparação. No presente caso a criança necessita da presença de um adulto e encorajamento para realizar a tarefa.

Na metade inferior do corpo a criança possui uma capacidade de nível 2 no instrumento de avaliação utilizado. Este autocuidado inclui a atividade de vestir da cintura para baixo, bem como

colocar ou retirar uma prótese ou ortótese. A criança estudada consegue realizar 25 a 49% da tarefa, conseguindo iniciar a atividade na região mais abaixo dos membros inferiores, no entanto não a consegue completar.

A utilização da sanita é um processo que apresenta muitas dificuldades para a criança, caracterizando o preenchimento da escala num nível 1. A criança não consegue despir e vestir a roupa antes e após a utilização do sanitário, necessitando de ajuda total para a realização do autocuidado.

No controle da bexiga a criança necessita de dispositivos auxiliares tais como cateter vesical intermitente e fralda. Para além da realização do cateterismo intermitente, que é realizado por um terceiro, e não pela própria criança, possui também perdas abundantes na fralda. Nesse sentido a classificação na MIF está situada no nível 1, necessitando de ajuda total.

Relativamente ao controle intestinal, este também se encontra situado com uma classificação de 1, ou seja, necessitando a criança de uma ajuda total. Esta classificação deve-se ao facto de a criança necessitar de dispositivo auxiliar de fralda, sendo que continuamente possui perdas de fezes, sem ter controle sobre as mesmas.

Nas transferências para o leito, cadeira e cadeira de rodas, a criança necessita de supervisão para a execução das mesmas. Também é necessária preparação com uma tábua de transferências, assim como mobilização dos pedais da cadeira de rodas. Deste modo, possui um score de 5, necessitando de supervisão e preparação.

Nas transferências para a sanita, assim como banheira, a criança mantém as mesmas dificuldades, necessitando de supervisão e preparação dos materiais de apoio, assim como desvio de objetos que possam ser prejudiciais. Situa-se no nível 5 em ambas as categorias.

A locomoção é efetivada em cadeira de rodas, que a criança utiliza autonomamente apenas em curtas distâncias (mínimo 15 metros), obtendo uma classificação de 5.

Ao nível das escadas, a criança tem que ser totalmente transportada, necessitando de ajuda total para a realização da tarefa. Neste caso é classificado com uma pontuação de 1 na MIF, ajuda total.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 48.

Relativamente à compreensão, a criança utiliza tanto o nível auditivo como visual. Neste sentido compreende as conversações e textos apenas acerca das necessidades quotidianas básicas 75 a 90% das vezes, necessitando de uma ajuda mínima. Neste sentido teve uma classificação de 4 no instrumento preenchido.

A expressão é trabalhada de forma verbal, sendo possível compreender que necessita de uma ajuda mínima neste domínio, nível 4, pois expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em 75 a 90% das vezes.

A interação social, vista como desenvolvimento de técnicas e meios para se fazer compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, é uma atividade que a criança desempenha com uma independência modificada, nível 6. Neste sentido a criança conduz de forma apropriada as relações com os membros da equipa de saúde, com as outras crianças e com a família. No entanto, por vezes, necessita de um maior período de tempo para se adaptar às situações sociais.

A resolução dos problemas inclui a tomada de decisões de forma razoável, segura e adaptada ao momento acerca de tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e atividades para a resolução destes problemas. Neste domínio a criança necessita de supervisão para resolver problemas de rotina, mas somente em condições de stress ou não familiares, menos de 10% das vezes. Neste domínio obtém uma classificação de 5, tendo em conta a necessidade de supervisão.

Relativamente à memória, esta atividade inclui as competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas. A criança em estudo necessita de supervisão nesta atividade, nível 5, requerendo ajuda de sugestão e repetição, mas só em condições de stress ou não familiares, menos de 10% das vezes.

O sub-score cognitivo obteve uma classificação de 24.

22/09/2021

Passado 1 mês do preenchimento da MIF, foi possível realizar um novo preenchimento do instrumento através da observação direta da criança, assim como convívio e desenvolvimento de atividades com a mesma.

Relativamente ao autocuidado alimentação, a criança manteve uma independência completa, nível 7. Neste sentido não apresenta nenhuma necessidade de auxílio, conseguindo autonomamente comer de um prato, com alimentos com todos os tipos de consistências, e bebe de um copo sobre uma mesa. Também utiliza os talheres respetivos, sem dispositivos auxiliares, conseguindo mastigar e deglutir os alimentos sem qualquer dificuldade.

Também no autocuidado higiene pessoal, inclui higiene oral, pentear, lavar as mãos e a face, manteve independência completa de nível 7, sendo que consegue desenvolver estas atividades autonomamente.

No que diz respeito ao banho, a criança evoluiu para o nível 5, requerendo supervisão ou preparação. Neste caso a criança em estudo necessita de encorajamento e preparação dos utensílios necessários.

Relativamente a vestir a metade superior do corpo, houve uma evolução do nível 5 para o nível 6, independência modificada, conseguindo desenvolver a tarefa, no entanto demora mais tempo que o habitual.

Na metade inferior do corpo também se verificou uma evolução do nível 2 para 4, ajuda mínima sem contacto.

Na utilização da sanita houve uma excelente evolução, obtendo um nível 4, sendo este uma ajuda mínima sem contacto. Nesta avaliação a criança realiza 75% ou mais da tarefa conseguindo desenvolver a atividade e apenas necessitando de auxílio verbal para indicar onde a peça de vestuário inferior inda não se encontra corretamente adaptada.

No controle da bexiga a criança necessita de dispositivos auxiliares tais como cateter vesical intermitente e fralda. Na realização do cateterismo intermitente a criança consegue desempenhar a atividade em 75% ou mais, requerendo uma ajuda mínima. As perdas que possui na fralda diminuíram significativamente, ocorrendo sensivelmente uma perda por semana. Neste sentido a sua classificação situa-se no nível 4, ajuda mínima com contacto.

Relativamente ao controle intestinal, este também se encontra situado com uma classificação de 4, ou seja, necessitando de uma ajuda mínima com contacto. Esta classificação deve-se ao facto de a criança necessitar de ajuda medicamentosa como o supositório.

Nas transferências para o leito, cadeira e cadeira de rodas, a criança necessita apenas de ajuda técnica de tábua de transferência, conseguindo realizar a transferência sem mais auxílio de outrem, classificando-se como uma independência modificada, nível 6. supervisão para a execução das mesmas.

Nas transferências para a sanita, assim como banheira, a criança mantém a mesma independência modificada, nível 6, com a necessidade do mesmo dispositivo auxiliar.

A locomoção é efetivada em cadeira de rodas, que a criança utiliza autonomamente em longas distâncias. Para além disso consegue rodar a cadeira, manobrar a mesma até uma mesa, leito e sanita, transpor inclinações pequenas, conseguindo deslizar a cadeira sobre alcatifas ou perfis de portas. Com esta independência modificada situa-se no nível 6.

Ao nível das escadas, a criança tem que ser totalmente transportada, necessitando de ajuda total para a realização da tarefa, mantendo um nível de necessidade de ajuda total, nível 1.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 81.

Relativamente à compreensão auditiva e visual, a criança compreende as conversações e textos sobre as necessidades quotidianas em 90% das vezes, necessitando apenas de uma ajuda presente, nível 5.

A expressão é trabalhada de forma verbal, sendo possível compreender que necessita de uma ajuda presente neste domínio, nível 5, pois expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em mais de 90% das vezes.

A interação social, vista como desenvolvimento de técnicas e meios para se fazer compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, é uma atividade que a criança desempenha com uma independência completa, nível 7. Neste sentido a criança conduz de forma apropriada as relações com os membros da equipa de saúde, com as outras crianças e com a família.

A resolução dos problemas inclui a tomada de decisões de forma razoável, segura e adaptada ao momento acerca de tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e atividades para a resolução destes problemas. Neste domínio a criança possui uma independência modificada, nível 6, pois reconhece os problemas, toma as decisões apropriadas, inicia e conduz uma sequência de disposições destinadas à resolução de problemas complexos na maioria das situações.

Relativamente à memória, esta atividade inclui as competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas. A criança em estudo possui uma independência modificada, nível 6, tendo alguma dificuldade em reconhecer as pessoas.

O sub-score cognitivo obteve uma classificação de 29.

O score total do preenchimento do instrumento de avaliação foi de 95.

10/10/2021

Aquando do dia da alta clínica da criança foi novamente aplicada a MIF, através de observação direta.

Relativamente ao autocuidado alimentação, a criança manteve uma independência completa, nível 7. Neste sentido não apresenta nenhuma necessidade de auxílio, conseguindo autonomamente comer de um prato, com alimentos com todos os tipos de consistências, e bebe de um copo sobre uma mesa. Também utiliza os talheres respetivos, sem dispositivos auxiliares, conseguindo mastigar e deglutir os alimentos sem qualquer dificuldade.

Também no autocuidado higiene pessoal, inclui higiene oral, pentear, lavar as mãos e a face, manteve independência completa de nível 7, sendo que consegue desenvolver estas atividades autonomamente.

No que diz respeito ao banho, a criança evoluiu para o nível 6, possuindo uma independência modificada. Neste autocuidado a criança necessita de equipamento especializado, produto de apoio de cadeira de banho rotativa e demora mais tempo que o habitual.

Relativamente a vestir a metade superior do corpo, houve uma evolução para o nível 7, independência completa, conseguindo lavar e secar o corpo.

Na metade inferior do corpo também se verificou uma evolução para o nível 6, dependência modificada, apenas demorando mais tempo do que é habitual.

Na utilização da sanita houve uma excelente evolução, obtendo um nível 7, sendo este uma independência completa. Nesta avaliação a criança limpa-se após a defecação e consegue despirm-se e vestir-se antes e após a realização da tarefa.

No controle da bexiga a criança necessita de dispositivo auxiliar tal como cateter vesical intermitente. Na realização do cateterismo intermitente a criança consegue desempenhar a atividade toda sozinha, sem auxílio de outrem. Não existem perdas de urina. Neste sentido a sua classificação situa-se no nível 6, independência modificada

Relativamente ao controle intestinal, este também se encontra situado com uma classificação de 7, ou seja, possuindo uma independência modificada. Esta classificação deve-se ao facto de a criança necessitar de ajuda medicamentosa, sem episódios de incontinência.

Nas transferências para o leito, cadeira e cadeira de rodas, a criança apresenta um nível 7, independência completa. Neste sentido tem a capacidade de aproximar-se de um leito ou de uma cadeira, travar a cadeira de rodas, afastar os pedais, retirar os braços da cadeira de rodas, e realizar uma transferência por deslizamento, retornado à cadeira de rodas, com segurança.

Nas transferências para a sanita, assim como banheira, a criança mantém a mesma independência completa, nível 7, conseguindo realizar a tarefa completamente autónoma em segurança.

A locomoção é efetivada em cadeira de rodas, que a criança utiliza autonomamente em longas distâncias. Para além disso consegue rodar a cadeira, manobrar a mesma até uma mesa, leito e sanita, transpor inclinações pequenas, conseguindo deslizar a cadeira sobre alcatifas ou perfis de portas. Com esta independência modificada situa-se no nível 6.

Ao nível das escadas, a criança tem que ser totalmente transportada, necessitando de ajuda total para a realização da tarefa, mantendo um nível de necessidade de ajuda total, nível 1.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 66.

Relativamente à compreensão auditiva e visual, a criança compreende as diretivas escritas ou faladas e a conversação complexa ou abstrata na maioria das situações, possuindo uma independência modificada, nível 6.

A expressão é trabalhada de forma verbal, sendo possível compreender que possui uma independência modificada, nível 6, pois exprime ideias complexas ou abstratas na maioria das situações.

A interação social, vista como desenvolvimento de técnicas e meios para se fazer compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, é uma atividade que a criança desempenha com uma independência completa, nível 7. Neste sentido a criança conduz de forma apropriada as relações com os membros da equipa de saúde, com as outras crianças e com a família.

A resolução dos problemas inclui a tomada de decisões de forma razoável, segura e adaptada ao momento acerca de tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e atividades para a resolução destes problemas. Neste domínio a criança possui uma independência completa, nível 7, pois reconhece os problemas, toma as decisões apropriadas, inicia e conduz uma sequência de disposições destinadas à resolução de problemas complexos até ao fim e autocorrigue eventuais erros.

Relativamente à memória, esta atividade inclui as competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas. A criança em estudo possui uma independia completa, nível 7, pois reconhece as pessoas que encontra com frequência e lembra-se das atividades quotidianas habituais, executando os pedidos de outros sem necessidade de repetição.

O sub-score cognitivo obteve uma classificação de 32.

O score total do preenchimento do instrumento de avaliação foi de 113.

3.2. Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

	15/09/2021 – 22/09/2021 – 10/10/2021				
	Nunca	Raram ente	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?		XX	X		
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar			X	XX	

não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?					
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?			XX	X	
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	XX	X			
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	XX	X			
6. Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?		X	X	X	
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?				X	XX
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?					XXX
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	XXX				
10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	XXX				
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?		XXX			

12. Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?			XXX		
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?		XX	X		
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	XX	X			
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	XXX				
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	XXX				
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	XXX				
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?		XX	X		
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?					XXX
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X	XX			

21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	X		XX		
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?		X	XX		
Score	34 – 30 - 27				

Interpretação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit:

15/09/2021

No dia 15 de setembro de 2021, o instrumento de avaliação foi preenchido, através de questionário à mãe, tendo em conta a sua recordação de como se sentia no momento de entrada no serviço, obtendo-se um score de sobrecarga de 34, num total de 88. Nesta primeira avaliação a mãe referiu como aspetos mais preocupantes o facto da sua vida pessoal e social se encontrar mais descuidada, não conseguindo ter momentos de lazer e descontração. Também uma das grandes preocupações se centrou na incógnita do futuro para a criança, sentindo a mãe que o seu filho está muito dependente de si. Por fim, a insegurança relativamente a questões ligadas diretamente ao estado de saúde, também foram referidas, havendo abertura para questionar quais os pontos que lhe suscitavam maior preocupação, de modo a, numa conversa informal, poder esclarecer e elucidar. Nesse sentido as barreiras arquitetónicas no domicílio estiveram presentes no leque de cuidados, não descurando a falta de mobilidade por parte da criança e alguns cuidados acrescidos que a mãe deverá ter em atenção, tais como a prevenção de quedas e os cuidados à pele.

22/09/2021

Posteriormente, dia 22 de setembro foi realizado um segundo preenchimento da escala, igualmente através de questionário à mãe, tendo-se verificado uma melhoria na sobrecarga da mãe no que diz respeito ao tempo que a mãe possui para si própria e para a restante família, assim como na segurança das suas ações, diminuindo o score da avaliação para 30. Previamente a esta avaliação algumas questões já tinham sido esclarecidas e elucidadas. Também foi referido à familiar que o tempo que possui para si própria e para os outros, membros da família e amigos, se constitui como tempo de qualidade, necessário para o bem-estar de qualquer ser humano. Nesse sentido, as relações sociais e as atividades de lazer estão inclusas nos cuidados à própria,

sendo que a mesma só conseguirá estar totalmente disponível e empenhada no papel ativo do seu filho, se ela própria se encontrar na sua plenitude.

10/10/2021

No dia da alta clínica realizou-se um novo questionário à mãe, tornando-se evidente que a intervenção do enfermeiro de reabilitação trouxe ganhos em saúde nesta vertente pois, a avaliação da escala ainda possuiu uma diminuição para um score de 27 em 88. Nesta última avaliação foi possível observar uma mãe mais descontraída, benefício também das intervenções com a criança, que proporcionaram uma melhoria na funcionalidade e autonomia. Deste modo a mãe consegue sentir-se mais confiante, sabendo que o seu filho é capaz de realizar as suas AVD's de forma autónoma. Para além disso, os ensinamentos realizados ao cuidador ao longo do internamento também contribuíram para uma maior confiança no auxílio dos cuidados.

3.3. WHOQOL-bref

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	23 24 24		
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	21 21 22		
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □	11 12 13		
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	18 19 20		

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.


		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5












		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.



		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1		3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2		4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3		5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3		5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3		5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3		5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2			5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1		3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3		5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1		3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2			5

1ª Avaliação – Representada a **preto**

2ª Avaliação – Representada a **azul**

3ª Avaliação - Representada a **vermelho**

Interpretação da WHOQOL-bref:

15/09/2021

No dia 15 de setembro de 2021, o instrumento de avaliação foi preenchido, através de questionário à mãe, tendo em conta a sua recordação de como se sentia no momento de entrada no serviço, obtendo-se um total de 23 pontos no domínio físico, 21 no psicológico, 11 nas relações sociais e 18 no meio ambiente. No geral a mãe sente que possui alguma qualidade de vida, no entanto existem aspetos mais deficitários. Relativamente às relações sociais, com amigos e familiares, estas apresentam um nível mais baixo de satisfação, acompanhadas pela falta de apoio prestado e disponibilizado pelas mesmas na situação atual. Estas lacunas, essenciais para a máxima qualidade de vida da pessoa, originam sentimentos de tristeza e desespero, proporcionando à mãe alguma angústia.

22/09/2021

Posteriormente, dia 22 de setembro foi realizado um segundo preenchimento da escala, igualmente através de questionário à mãe, tendo-se verificado uma melhoria nos domínios físico, aumentando para 24, relações sociais, aumentando para 12, e meio ambiente, aumentando para 19. Nesta avaliação verificou-se que o domínio psicológico não possui evolução, também relacionado com o desgaste físico e psicológico do internamento. Apesar do domínio físico ter aumentado a sua pontuação em termos globais, a mãe referiu sentir mais dores físicas decorrentes das noites passadas meio hospitalar.

10/10/2021

No dia da alta clínica realizou-se um novo questionário à mãe, tendo-se verificado que o nível de qualidade de vida percebido pela mesma ainda teve um aumento nos domínios psicológico, aumentando para 21, relações sociais, com aumento para 13 e meio ambiente também aumentando 1 valor, de 19 para 20. Finalmente, nesta avaliação também se obtiveram ganhos, proporcionando uma maior qualidade de vida percebida pela mãe. Na avaliação a progenitora referiu sentir-se um pouco aliviada pela alta clínica, fazendo-se sentir ao nível do domínio psicológico e meio ambiente.

4. Plano de Cuidados

FOCO: Movimento Corporal		
Diagnóstico: Movimento corporal comprometido.		
Data de início\termo	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/10/2021	<p>Dimensão: Movimento Corporal</p> <p>1º Executar técnica de exercício musculares e articulares passivos (prevenindo ou reduzindo as contraturas e deformidades, incrementando a função motora).</p> <p>2º Executar técnica de exercícios musculares e articulares ativos-resistidos.</p> <p>3º Executar técnica de exercícios musculares e articulares com alongamentos (alongamentos são usados para aumentar a flexibilidade das fibras musculares, melhorar a <i>performance</i> e reduzir o risco de traumatismo).</p>	<p>15/09 – Força muscular nos membros superiores e deficitária nos membros inferiores.</p> <p>22/09 – É possível verificar um nível de força mais elevado nos membros superiores, ao invés dos membros inferiores.</p> <p>10/10 – Após as intervenções da enfermagem de reabilitação verificam-se ganhos na força muscular, não só nos membros inferiores, como também em alguns segmentos dos membros superiores.</p>
FOCO: Movimento Corporal		
Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.		
Data de início\termo	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações

<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento 1º Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. 22/09 – A criança apenas possui algumas noções de exercícios musculares e articulares. 10/10 – É possível verificar que a criança já possui mais conhecimentos acerca de técnicas de exercício muscular e articular, sugerindo formas de realizar os mesmos aquando da intervenção do enfermeiro de reabilitação.</p>
<p>FOCO: Movimento Corporal</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a consciencialização de relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre prevenção de rigidez articular.</p>		
<p>Data de início/término</p>	<p>Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem</p>	<p>Avaliações</p>
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Avaliar conhecimento da mãe sobre relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento. 2º Avaliar conhecimento da mãe sobre os exercícios musculares e articulares. 3º Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de rigidez articular.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento de exercícios musculares e articulares. 22/09 – A mãe possui poucos conhecimentos acerca de exercícios musculares e articulares. 10/10 - Consciencialização da mãe sobre relação entre os exercícios musculares e</p>

		articulares e o movimento melhorada. Conhecimento da mãe sobre os exercícios musculares e articulares melhorado. Conhecimento da mãe sobre prevenção de rigidez articular melhorado.
FOCO: Movimento Corporal		
Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/10/2021	Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Analisar com a mãe a relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento. 2º Avaliar capacidade da mãe para executar técnicas de exercício muscular e articular. 2º Ensinar a mãe sobre exercícios musculares e articulares (mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular). 3º Instruir a mãe sobre exercícios musculares e articulares (mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular). 4º Ensinar a mãe sobre prevenção de rigidez articular.	15/09 – A mãe não executa exercícios musculares e articulares. 22/09 – A mãe tentar realizar alguns exercícios musculares e articulares, ainda sem destreza. 10/10 - Capacidade da mãe para executar os exercícios musculares e articulares melhorada.
FOCO: Papel Parental		
Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a consciencialização sobre papel parental.		
Potencial da mãe para melhorar papel parental especial durante a hospitalização.		

Potencial da mãe para melhorar papel parental especial no domicílio.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
22/09/2021 a 10/10/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Analisar com a mãe o papel parental durante a hospitalização.</p> <p>2º Analisar com a mãe o papel parental no domicílio.</p> <p>3º Apoiar o papel parental.</p> <p>4º Incentivar o papel parental.</p> <p>5º Promover o desenvolvimento do papel parental.</p> <p>6º Negociar o papel parental.</p> <p>7º Orientar a mãe para serviço de saúde.</p>	<p>22/09 – Papel parental muito presente, participativo e consciente durante a hospitalização. Consciencialização da mãe sobre o papel parental.</p>
<p>FOCO: Úlcera por Pressão</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre úlcera por pressão.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/10/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de úlceras por pressão.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre vigilância da pele.</p> <p>3º Avaliar conhecimento da mãe sobre posicionamentos.</p> <p>4º Avaliar conhecimento da mãe sobre produtos de apoio.</p> <p>5º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Conhecimento por parte da mãe sobre prevenção de úlceras por pressão limitado. Possui noções básicas de prevenção de úlceras por pressão.</p> <p>22/09 - Conhecimento da mãe sobre úlceras por pressão melhorado.</p>

		10/10 – Conhecimento mais profundo sobre úlceras por pressão e formas preventivas, assim como de vigilância da pele e produtos de apoio existentes.
<p>FOCO: Úlcera por Pressão</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para prevenir úlcera por pressão.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre úlceras por pressão: Vigiar alterações e condições de risco; Dispositivos auxiliares; Posicionamentos; Produtos de apoio para o domicílio.</p> <p>2º Instruir/treinar a mãe para prevenir úlceras por pressão: Avaliar zona de pressão através de dispositivos; Utilizar dispositivos de prevenção de úlceras por pressão; Posicionar.</p> <p>3º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Mãe faz avaliação da pele diariamente.</p> <p>22/09 – A mãe avalia pele e zonas de pressão e posiciona corretamente a criança.</p> <p>10/10 - Capacidade da mãe para prevenir úlceras por pressão melhorada.</p>
<p>FOCO: Dor</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento da criança sobre dor.</p>	<p>15/09 – Pouco conhecimento da criança sobre dor e estratégias para a contornar.</p>

	<p>2º Avaliar o conhecimento da criança sobre estratégias de alívio da dor.</p> <p>3º Ensinar a criança sobre dor.</p> <p>4º Ensinar a criança sobre estratégias não farmacológicas.</p> <p>5º Ensinar a criança sobre regime medicamentoso.</p>	<p>22/09 – Criança possui algum conhecimento sobre dor.</p> <p>10/10 – Criança sabe o que é a dor, consegue identificá-la e adquirir estratégias para o seu alívio.</p>
<p>FOCO: Dor</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre dor.</p> <p>2º Avaliar o conhecimento da mãe sobre estratégias de alívio da dor.</p>	<p>15/09 – Pouco conhecimento da mãe sobre dor e estratégias para a contornar, sentindo-se impotente quando o filho possui dor.</p> <p>22/09 – Mãe possui algum conhecimento sobre dor, regime medicamentoso e estratégias não farmacológicas para alívio da dor.</p> <p>10/10 – Conhecimento da mãe sobre dor, regime medicamentoso e estratégias não farmacológicas para alívio da dor melhorado.</p>
<p>FOCO: Dor</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para estratégias de alívio da dor.</p>		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre dor. 2º Ensinar a mãe a vigiar a dor. 3º Ensinar a mãe a gerir a dor. 4º Ensinar a mãe sobre regime medicamentoso. 5º Ensinar a mãe sobre medidas não farmacológicas para aliviar a dor.</p>	<p>15/09 – Não possui capacidade para inibir dor e estratégias para a contornar, sentindo-se impotente quando o filho possui dor.</p> <p>22/09 – Mãe sabe vigiar a dor e utiliza estratégias medicamentosas e não farmacológicas para o seu alívio.</p> <p>10/10 – Capacidade para alívio de dor melhorada.</p>
<p>FOCO: Autocontrolo Continência Urinária</p> <p>Diagnóstico: Autocontrolo continência urinária comprometido.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Autocontrolo</p> <p>1º Avaliar autocontrolo: continência urinária 2º Monitorizar eliminação urinária. 3º Planear a ingestão de líquidos. 4º Planear a eliminação urinária. 5º Supervisionar autocontrolo: continência urinária.</p>	<p>15/09 – A criança necessita de cateterização vesical para autocontrolo continência urinária. A criança demonstra possuir autocontrolo a nível urinário realizando o devido planeamento da eliminação urinária, assim como da ingestão de líquidos.</p>

FOCO: Autocontrolo Continência Urinária		
Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre planeamento da eliminação urinária.		
Potencial da criança para melhorar conhecimento técnica de autocateterização da bexiga.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/10/2021	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre autocontrolo continência urinária.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da criança sobre autocateterização da bexiga.</p> <p>3º Ensinar sobre autocontrolo continência urinária.</p> <p>4º Ensinar a criança sobre planeamento da eliminação urinária.</p> <p>5º Ensinar sobre técnica de autocateterização da bexiga.</p> <p>6º Ensinar sobre técnica de treino vesical.</p>	<p>15/09 - A criança tem algumas noções de como se realizada a técnica de autocateterização da bexiga, mas não sabe todos os passos.</p> <p>22/09 – A criança demonstra algum conhecimento sobre o planeamento da eliminação urinária, no entanto é difícil exprimi-lo de forma totalmente correta. A criança tem algumas noções de como se realizada a técnica de autocateterização da bexiga, mas não sabe todos os passos.</p> <p>10/10 – A criança verbaliza o planeamento da sua eliminação urinária sem nenhuma dificuldade. A criança demonstra saber toda a técnica de autocateterização da bexiga, explicando-a passo por passo ao enfermeiro.</p>
FOCO: Autocontrolo Continência Urinária		

Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre planeamento da eliminação urinária.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/10/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para autocontrolo: continência urinária.</p> <p>2º Ensinar a mãe sobre continência urinária.</p> <p>3º Ensinar a mãe sobre planeamento da eliminação urinária.</p>	15/09 – A mãe demonstra total conhecimento sobre o planeamento da eliminação urinária. A mãe conhece dispositivo auxiliar para cateterização da bexiga.
FOCO: Autocontrolo Continência Urinária		
Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a capacidade para executar cateterização da bexiga.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/10/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Instruir/treinar a mãe sobre planeamento da eliminação urinária.</p> <p>2º Instruir/treinar a mãe sobre técnica de cateterização da bexiga.</p> <p>3º Assistir a mãe na técnica de cateterização da bexiga.</p>	15/09 – A mãe demonstra destreza no planeamento da eliminação urinária. A mãe demonstra capacidade para realizar técnica de cateterização da bexiga corretamente e fá-lo diariamente.
FOCO: Autocontrolo Continência Intestinal		
Diagnóstico: Autocontrolo continência intestinal comprometido.		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/10/2021	Dimensão: Autocontrolo 1º Avaliar autocontrolo: continência intestinal 2º Executar massagem abdominal. 3º Planear o padrão de eliminação intestinal.	15/09 – A criança necessita da utilização de terapêutica para autocontrolo continência intestinal.
<p>FOCO: Autocontrolo Continência Intestinal</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre planeamento da eliminação intestinal.</p> <p>Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre regime dietético.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/10/2021	Dimensão: Conhecimento 1º Avaliar conhecimento sobre autocontrolo continência intestinal. 2º Avaliar conhecimento sobre massagem abdominal. 3º Avaliar conhecimento sobre técnica de treino intestinal. 4º Avaliar conhecimento sobre regime dietético. 5º Ensinar a criança sobre continência intestinal. 6º Ensinar a criança sobre técnica de massagem abdominal. 7º Ensinar a criança sobre vigilância da eliminação intestinal.	15/09 – A criança possui algum conhecimento acerca da técnica de treino intestinal. 22/09 – A criança possui algum conhecimento acerca da técnica de treino intestinal, no entanto não sabe especificar. A criança não possui conhecimento sobre técnica de massagem abdominal.

	<p>8º Ensinar a criança sobre regime dietético.</p>	<p>A criança não possui conhecimento acerca do regime dietético mais adequando à sua condição de saúde.</p> <p>Até 10/10 – A criança possui conhecimento específico acerca do seu treino intestinal. Possui também conhecimento sobre técnica de massagem abdominal, conseguindo explicar a mesma a outro. Conhecimento melhorado acerca do regime dietético mais adequando à sua condição clínica.</p>
<p style="text-align: center;">FOCO: Autocontrole Continência Intestinal</p> <p style="text-align: center;">Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre planejamento da eliminação intestinal.</p> <p style="text-align: center;">Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal.</p> <p style="text-align: center;">Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre prevenção de maceração.</p> <p style="text-align: center;">Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre regime dietético.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para autocontrole continência intestinal.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre vigilância da eliminação intestinal.</p>	<p>15/09 - A mãe possui conhecimento sobre autocontrole continência intestinal, assim como a necessidade da sua vigilância. A mãe está desperta para prevenção de maceração</p>

	<p>3º Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de maceração cutânea.</p> <p>4º Avaliar conhecimento da mãe sobre regime dietético adequado.</p>	<p>cutânea. A mãe possui algumas noções do regime dietético mais adequado, no entanto necessita de alguns esclarecimentos.</p> <p>22/09 – A mãe melhorou conhecimento sobre regime dietético adequado à condição clínica do filho.</p> <p>10/10 – Mãe sabe qual o melhor regime dietético adequando à saúde do filho.</p>
<p>FOCO: Autocontrole Continência Intestinal</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a capacidade para colocação de laxante infantil.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre continência intestinal.</p> <p>2º Ensinar a mãe sobre vigilância da eliminação intestinal.</p> <p>3º Ensinar a mãe sobre prevenção de maceração cutânea.</p> <p>4º Ensinar a mãe sobre regime dietético.</p> <p>5º Instruir/treinar a mãe para executar técnica de colocação de laxante infantil.</p> <p>6º Assistir a mãe na técnica de colocação de laxante infantil.</p>	<p>15/09 - A mãe sabe sobre autocontrole continência intestinal, assim como a necessidade da sua vigilância. A mãe está desperta para prevenção de maceração cutânea. A mãe possui algumas noções do regime dietético mais adequado, no entanto necessita de alguns esclarecimentos. A mãe demonstra má colocação de laxante infantil.</p>

		<p>22/09 – A mãe melhorou conhecimento sobre regime dietético adequado à condição clínica do filho. A mãe melhorou correta colocação de laxante infantil.</p> <p>10/10 – Mãe sabe qual o melhor regime dietético adequando à saúde do filho. Coloca laxante infantil corretamente.</p>
<p>FOCO: Transferir-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre transferir-se.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar capacidade para assistir no transferir-se.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre adaptação do domicílio para transferir-se.</p> <p>2º Ensinar a mãe sobre transferir: Medidas de segurança. Adaptação do domicílio.</p> <p>Instruir/treinar a mãe a assistir no transferir-se.</p>	<p>15/09 – Conhecimento da mãe sobre algumas estratégias na transferência.</p> <p>22/09 – Conhecimento da mãe sobre transferir-se melhorado.</p> <p>10/10 - Capacidade da mãe para assistir no transferir-se melhorada.</p>
<p>FOCO: Mover-se em Cadeira de Rodas</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.</p>		

Potencial para melhorar conhecimento sobre mover-se em cadeira de rodas.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/10/2021	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.</p> <p>2º Avaliar conhecimento sobre mover-se em cadeira de rodas.</p> <p>3º Ensinar sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.</p> <p>4º Ensinar sobre mover-se em cadeira de rodas.</p>	<p>15/09 – Conhece dispositivo auxiliar para mover-se em cadeira de rodas. Não identifica barreiras arquitetónicas no domicílio para mover-se em cadeira de rodas.</p> <p>22/09 - Identifica barreiras arquitetónicas no domicílio para mover-se em cadeira de rodas.</p> <p>10/10 – Conhece necessidade de adaptação do domicílio para cadeira de rodas nova. Conhece indicações de segurança para cadeira de rodas.</p>
<p>FOCO: Mover-se em Cadeira de Rodas</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/10/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.</p> <p>2º Ensinar a mãe sobre adaptação do domicílio para mover em cadeira de rodas.</p>	<p>15/09 – Conhece dispositivo auxiliar para mover-se em cadeira de rodas. Não identifica barreiras arquitetónicas no domicílio para cadeira de rodas.</p>

		<p>22/09 - Identifica barreiras arquitetónicas no domicílio para cadeira de rodas.</p> <p>10/10 – Conhece necessidade de adaptação do domicílio para cadeira de rodas nova. Conhece indicações de segurança para cadeira de rodas.</p>
<p>FOCO: Autocuidado Higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>2º Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p> <p>3º Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>4º Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>15/09 – Não conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>22/09 - Conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>10/10 – Identifica barreiras arquitetónicas no domicílio para o autocuidado: higiene.</p>
<p>FOCO: Autocuidado Higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p> <p>3º Ensinar mãe sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>4º Ensinar mãe sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>15/09 – Não conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>22/09 - Conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>10/10 – Identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para o autocuidado: higiene.</p>
<p>FOCO: Queda</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre risco de queda.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de quedas.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre vigilância dos riscos.</p> <p>3º Avaliar conhecimento da mãe sobre posicionamentos.</p> <p>4º Avaliar conhecimento da mãe sobre produtos de segurança/preventivos.</p> <p>5º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Conhecimento por parte da mãe sobre prevenção de quedas limitado. Possui noções básicas de prevenção de quedas.</p> <p>22/09 - Conhecimento da mãe sobre prevenção de quedas melhorado.</p> <p>10/10 – Conhecimento mais profundo sobre quedas e formas preventivas, assim como de</p>

		vigilância do ambiente e produtos de segurança existentes.
FOCO: Queda		
Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para prevenir quedas.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/10/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre quedas: Vigiar alterações do ambiente e condições de risco; Dispositivos de segurança; Posicionamentos; Produtos de apoio para o domicílio.</p> <p>2º Instruir/treinar a mãe para prevenir quedas: Avaliar possíveis riscos; Utilizar dispositivos de segurança; Posicionar.</p> <p>3º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Mãe faz avaliação do risco de queda constantemente nas suas intervenções.</p> <p>22/09 – A mãe avalia riscos e posiciona corretamente a criança tendo em conta as condições e produtos de segurança existentes.</p> <p>10/10 - Capacidade da mãe para prevenir quedas melhorada.</p>

APENDICE V – CASO 2

Descrição do Caso 2

1. Colheita de Dados

Dados Gerais	
Identificação	Caso 2
Idade	06 anos
Género	Masculino
Nacionalidade	Cabo Verde
Agregado Familiar	Vive com a mãe
Produtos de Apoio	Cadeira de transporte que se encontra desajustada
Nível de Escolaridade	Jardim de Infância
Residência	2º andar com elevador e sem barreiras arquitetónicas de acesso
Dados de Saúde	
Antecedentes Pessoais	Lesão vertebro medular obstétrica NN C2 AIS C, bexiga e intestino neurogénico
Alergias	Desconhece
Cirurgias Anteriores	Cirurgia urológica para correção de fimose e orquidopexia bilateral
Regime medicamentoso	Oxibutinina ½ cp+0+1cp. Bacterim suspensão 5ml à noite. Supositório de glicerina 2x dia.
Diagnóstico	Lesão vertebro medular obstétrica NN C2 AIS C

2. Historial de Saúde

Menino de 5 anos, fruto de gestação vigiada em Cabo Verde, de pais não consanguíneos e sem antecedentes familiares de relevo. Gravidez sem intercorrências com parto às 40 semanas, segundo registos, com indicação para cesariana, que não foi realizada por ausência de recursos. Parto com má progressão no canal de parto, não instrumentado, com tração manual da coluna cervical e consequente lesão medular obstétrica.

Perfil biométrico no nascimento: peso 3660g, comprimento 50,9cm, índice de Apgar 5/7/8 com necessidade de manobras de reanimação. No pós-parto imediato, verificada ausência de movimentos a nível dos membros superiores.

Transferido para Portugal aos 14 meses, tendo iniciado seguimento no Hospital Dona Estefânia [HDE] nas especialidades de Pediatria, Neuropediatria, Pneumologia, Urologia e Medicina Física e Reabilitação [MFR].

Tem realizado programa de reabilitação no HDE que suspendeu na fase de pandemia e tem ainda apoio por Fisioterapia uma vez por semana no âmbito de Equipas Locais de Intervenção [ELI].

Sob regime de Cateterismo Intermitente de 3/3 horas com pausa noturna, com algumas perdas nos intervalos. Sem episódios de infeção urinária desde início da profilaxia de bactrim. Em treino intestinal com supositório de glicerina bidual com perdas na fralda.

Necessita de suporte ventilatório com Ventilação não Invasiva [VNI] noturno.

A nível motor, membros superiores afuncionais (movimento a nível dos trapézios), e presença de movimentos nos membros inferiores com maior amplitude à direita. Totalmente dependente nas Atividades de Vida Diárias [AVD's], utilizando a boca para atividades como desenho ou uso de tablet.

Dia 02/09/2021 observado em consulta no Serviço de Pediatria do Centro de Reabilitação apresentando-se:

Vígil, orientado e colaborante. Bem-disposto e sorridente. Comunicativo e sem aparentes alterações da cognição e da linguagem.

Eupneico em repouso em ar atmosférico.

Revestimento cutâneo íntegro.

Gibosidade toraco-lombar direita de longa amplitude.

Questionário Nórdico Muscoloéssquelético: Tetraplegia. ASIA Impairment Scale [AIS] C NN C2.

Várias limitações articulares a nível dos membros superiores: ombro esquerdo sem limitações, ombro direito com 120º de flexão e 100º de abdução. Cotovelo com hiperextensão à direita, com apenas 25º de flexão, em pronação fixa. Cotovelo esquerdo com 90º de flexão,

reduzindo à posição neutra. Membro inferior esquerdo em rotação externa. Défice na dorsiflexão da articulação tibiotársica bilateral (0º à direita e -10º à esquerda). Ausência de movimentos a nível dos membros superiores. Membros inferiores com FM global G3.

Apresenta controlo cefálico adequado. Sedestação com razoável equilíbrio estático, com necessidade de apoio posterior.

Faz rolamentos no leito, dependente na restante sequencia motora.

Tónus aumentado a nível dos flexores do punho, flexores dos dedos G1+; reto anterior G1+ e tricípite sural G3. Reflexo cutâneo plantar em extensão bilateralmente.

Fica internado, ficando acompanhado pela mãe, para programa de reabilitação intensivo com os seguintes objetivos:

- Maximização da autonomia possível em AVD's.
- Avaliação e minimização das limitações e deformidade articulares.
- Avaliação uronefrológica e reeducação vesico-esfincteriana e intestinal.
- Avaliação e otimização da função respiratória.
- Estudo e prescrição de produtos de apoio.
- Ensino aos familiares.

Foram realizados Exames Complementares de Diagnóstico [ECD] em internamentos anteriores onde foi realizado estudo de Ressonância Magnética do crânio com neuroeixo: "Mielomalacia entre C2-C3 e C5 bilateralmente, com predomínio esquerdo, com redução da espessura e provável aderência da medula ao saco tecal e com sinais sugestivos de siderose meníngea envolvente. Aspetos sequelares de provável etiologia traumática no período neonatal".

Dia 10 de setembro de 2021, realizou prova de função respiratória demonstrando diminuição da capacidade vital forçada e do volume expiratório máximo no 1º segundo com índice Tiffeneau normal. Também se verificou diminuição do débito expiratório máximo forçado com restantes débitos expiratórios normais, assim como diminuição da pressão inspiratória máxima.

Dia 13 de setembro de 2021 realizou estudo urodinâmico revelando bexiga de normocapacidade, com características de hiperatividade neurógena do detrusor, sem perdas. Apresentou sinais de dissinergia vesico-esfíncetria no final do exame.

3. Aplicação dos Instrumentos de Avaliação

3.1. Medida de Independência Funcional [MIF]

Datas		02/09/2021	22/09/2021	15/10/2021
Autocuidados	A - Alimentação	1	1	1

	B - Higiene Pessoal	1	1	1
	C - Banho	1	1	1
	D - Vestir metade superior	1	1	1
	E – Vestir metade inferior	1	1	1
	F – Utilização da sanita	1	1	1
Controlo dos Esfínteres	G - Bexiga	1	1	1
	H - Intestino	1	1	1
Mobilidade - Transferências	I – Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1	1	1
	J - Sanita	1	1	1
	K – Banheira, Duche	1	1	1
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	1	1	5
	M - Escadas	1	1	1
Sub - Score Motor		13	13	17
Comunicação	N - Compreensão	6	6	6
	O - Expressão	6	6	6
Cognição Social	P – Interação Social	7	7	7
	Q – Resolução de Problemas	5	5	5
	R - Memória	7	7	7
Sub – Score Cognitivo		31	31	31
SCORE		44	44	48

Legenda:

Independência:

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência Modificada (ajuda técnica)

Dependência Modificada

5 – Supervisão

4 – Ajuda Mínima (pessoa participa em $\geq 75\%$)

3 – Ajuda Moderada (pessoa participa em $\geq 50\%$)

Dependência Completa

2 – Ajuda Máxima (pessoa participa em $\geq 25\%$)

1 – Ajuda Total (pessoa participa em $\leq 25\%$)

Sub-score Motor – Entre 13 - 91

Sub-Score Cognitivo – Entre 5 – 35

Score – Entre 18 - 126

Interpretação da MIF:

02/09/2021

Através de entrevista à mãe, assim como consulta do preenchimento da MIF, quando da entrada da criança no serviço de internamento, foi possível verificar que a mesma apresenta um score total no instrumento de avaliação de 44.

Relativamente aos autocuidados, tais como a alimentação, higiene pessoal, banho, vestir a metade superior e inferior do corpo e utilização de sanita a criança não consegue realizar 25% das tarefas, apresentando nível 1 na MIF, com necessidade de ajuda total.

Na secção do controle de esfíncteres, tanto no esfíncter vesical como intestinal a criança necessita de ajuda total, apresentando-se no nível 1. Para além da necessidade de realizar cateterismo intermitente a nível vesical, possui perdas frequentes, necessitando também da utilização de absorvente, como a fralda. A incontinência intestinal também acontece, sendo necessário a utilização também de dispositivo absorvente como a fralda.

Aquando da avaliação da mobilidade da criança, assim como das transferências da mesma, todos os itens (transferências para leito, cadeira, cadeira de rodas, sanita, sanita, banheira e duche) apresentam uma classificação de nível 1 na MIF, visto a criança necessitar de ajuda total para a realização das mesmas.

A locomoção é efetivada em cadeira de rodas, que a criança não consegue utilizar autonomamente. Tendo em conta que a mesma realiza menos de 25% do esforço, na MIF obtém-se uma classificação de 1, ajuda total.

Ao nível das escadas, a criança tem que ser totalmente transportada, necessitando de ajuda total para a realização da tarefa. Neste caso é classificado com uma pontuação de 1 na MIF, ajuda total.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 13.

Relativamente à compreensão, a criança utiliza tanto o nível auditivo como visual. Neste sentido compreende as diretivas escritas ou faladas e a conversação complexa ou abstrata na maioria das situações, não necessitando de ajuda. Assim teve uma classificação de 6 no instrumento preenchido, apresentando uma independência modificada.

A expressão é trabalhada de forma verbal, sendo possível compreender que possui uma independência modificada neste domínio, nível 6, pois exprime ideias complexas ou abstratas na maioria das situações, não necessitando de ajuda.

A interação social, vista como desenvolvimento de técnicas e meios para se fazer compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, é uma atividade que a criança desempenha com uma independência completa, nível 7. Neste sentido a criança conduz de forma apropriada as relações com os membros da equipa de saúde, com as outras crianças e com a família.

A resolução dos problemas inclui a tomada de decisões de forma razoável, segura e adaptada ao momento acerca de tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e atividades para a resolução destes problemas. Neste domínio a criança necessita de supervisão para resolver problemas de rotina, mas somente em condições de stress ou não familiares, menos de 10% das vezes. Neste domínio obtém uma classificação de 5, tendo em conta a necessidade de supervisão.

Relativamente à memória, esta atividade inclui as competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas. A criança em estudo possui uma independência completa nesta atividade, nível 7, reconhecendo as pessoas que encontra com frequência e lembrando-se das atividades quotidianas habituais. Para além disso executa os pedidos e as solicitações por parte de outros sem necessidade de repetição.

O sub-score cognitivo obteve uma classificação de 31.

22/09/2021

Passado 1 mês do preenchimento da MIF, foi possível realizar um novo preenchimento do instrumento através da observação direta da criança, assim como convívio e desenvolvimento de atividades com a mesma.

Relativamente aos autocuidados, tais como a alimentação, higiene pessoal, banho, vestir a metade superior e inferior do corpo e utilização de sanita a criança mantém a incapacidade em executar estas tarefas, apresentando nível 1 na MIF, com necessidade de ajuda total.

Também ao nível do controle de esfíncteres mantém-se a necessidade de ajuda total, apresentando-se no nível 1. Para além da necessidade de realizar cateterismo intermitente a nível vesical, possui perdas frequentes, necessitando também da utilização de absorvente, como a fralda. A incontinência intestinal também acontece, sendo necessário a utilização também de dispositivo absorvente como a fralda.

Aquando da avaliação da mobilidade da criança, assim como das transferências da mesma, todos os itens (transferências para leito, cadeira, cadeira de rodas, sanita, sanita, banheira e duche) apresentam uma classificação de nível 1 na MIF, visto a criança manter a necessidade de ajuda total para a realização das mesmas.

Igualmente a locomoção é efetivada em cadeira de rodas, que a criança não consegue utilizar autonomamente. Tendo em conta que a mesma realiza menos de 25% do esforço, na MIF obtém-se uma classificação de 1, ajuda total.

Ao nível das escadas, a criança tem que ser totalmente transportada, necessitando de ajuda total para a realização da tarefa. Neste caso é classificado com uma pontuação de 1 na MIF, ajuda total.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 13.

Relativamente à compreensão, expressão, interação social e resolução de problemas, a criança manteve a mesma classificação da avaliação anterior, conseguindo um sub-score cognitivo obteve uma classificação de 31.

O score total do preenchimento do instrumento de avaliação foi de 44.

15/10/2021

Aquando do dia da alta clínica da criança foi novamente aplicada a MIF, através de observação direta.

Relativamente aos autocuidados, assim como controle de esfíncteres e mobilidade e transferências, mantém-se a incapacidade para a realização destas tarefas, com a necessidade de ajuda total, nível 1.

A grande evolução ocorreu ao nível da locomoção, que aumentou de nível 1 para 5, devido ao fornecimento de uma cadeira de rodas elétrica mentoniana. Esta evolução permitiu à criança um maior nível de independência, conseguindo assim necessitar apenas de uma supervisão, ou seja, a presença de alguém para que consiga percorrer pelo menos 45 metros.

Ao nível das escadas, a criança tem que ser totalmente transportada, necessitando de ajuda total para a realização da tarefa, mantendo um nível de necessidade de ajuda total, nível 1.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 17.

Relativamente à compreensão, expressão, interação social e resolução de problemas, a criança manteve a mesma classificação da avaliação anterior, conseguindo um sub-score cognitivo obteve uma classificação de 31.

O score total do preenchimento do instrumento de avaliação foi de 48.

3.2. Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

	15/09/2021 – 22/09/2021 – 15/10/2021				
	Nunca	Raram ente	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	XX X				
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?		X	XX		
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?				X	XX
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	XX X				
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	XX X				
6. Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?	XX X				
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?					X XX
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?					XXX
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	XXX				

10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?		X	XX		
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?			X	XX	
12. Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?		XX			
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?	XX		X		
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	XX				
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	XXX				
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	XXX				
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?			XX		
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem			X		XX

com o seu familiar para outra pessoa?					
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?			XX		X
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	XX X				
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	XX X				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?		X	XX		
Score	34 – 28 - 27				

Interpretação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit:

15/09/2021

No dia 15 de setembro de 2021, o instrumento de avaliação foi preenchido, através de questionário à mãe, tendo em conta a sua recordação de como se sentia no momento de entrada no serviço, obtendo-se um score de sobrecarga de 34, num total de 88. Nesta primeira avaliação uma das grandes preocupações centrou-se na incógnita do futuro para a criança, sentindo a mãe que o seu filho está muito dependente de si. Por fim, a insegurança relativamente a questões ligadas diretamente ao estado de saúde, também foram referidas, havendo abertura para questionar quais os pontos que lhe suscitavam maior preocupação, de modo a, numa conversa informal, poder esclarecer e elucidar. Nesse sentido as barreiras arquitetónicas no domicílio estiveram presentes no leque de cuidados, não descurando a falta de mobilidade por parte da criança e alguns cuidados acrescidos que a mãe deverá ter em atenção, tais como a prevenção de quedas e os cuidados à pele.

22/09/2021

Posteriormente, dia 22 de setembro foi realizado um segundo preenchimento da escala, igualmente através de questionário à mãe, tendo-se verificado uma melhoria na sobrecarga da mãe no que diz respeito ao tempo que a mãe possui para si própria e para a restante família, assim como na segurança das suas ações, diminuindo o score da avaliação para 28. Previamente

a esta avaliação algumas questões já tinham sido esclarecidas e elucidadas. A mãe foi incluída como parceira nos cuidados, dando-lhe uma maior confiança na sua atuação e independência para a realização dos mesmos com segurança.

15/10/2021

No dia da alta clínica realizou-se um novo questionário à mãe, tornando-se evidente que a intervenção do enfermeiro de reabilitação trouxe ganhos em saúde nesta vertente pois, a avaliação da escala ainda possuiu uma diminuição para um score de 27 em 88. Nesta última avaliação foi possível observar uma mãe mais descontraída, benefício também das intervenções com a criança e com a mãe como parceira ativa nos cuidados de saúde do seu filho.

3.3. WHOQOL-bref

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	22 24 24		
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	20 22 22		
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □	14 14 14		
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	20 22 22		

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.


		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5












		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2			5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1		3		5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3		5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3		5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1			4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1			4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1		3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.



		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3		5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3		5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2		4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1			4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2		4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1		3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1			4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3		5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3		5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3		5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3		5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1		3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3		5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1		3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2			5

1ª Avaliação – Representada a **preto**

2ª Avaliação – Representada a **azul**

3ª Avaliação - Representada a **vermelho**

Interpretação da WHOQOL-bref:

15/09/2021

No dia 15 de setembro de 2021, o instrumento de avaliação foi preenchido, através de questionário à mãe, tendo em conta a sua recordação de como se sentia no momento de entrada no serviço, obtendo-se um total de 22 pontos no domínio físico, 20 no psicológico, 14 nas relações sociais e 20 no meio ambiente. Aquando desta primeira avaliação a mãe referiu não possuir muito apoio por parte de familiares e amigos gerando-lhe sentimentos de tristeza e angústia. Para além disso, refere que possui dificuldades em encontrar soluções para questões burocráticas, devido ao parco transporte que possui, tendo em conta o encargo de uma criança com necessidade de acessibilidades. As questões físicas também foram mencionadas, tais como a dificuldade em dormir e na concentração, visto se encontrar num meio hospitalar.

22/09/2021

Posteriormente, dia 22 de setembro foi realizado um segundo preenchimento da escala, igualmente através de questionário à mãe, tendo-se verificado uma melhoria nos domínios físico, aumentando para 24, psicológico, aumentando para 22, e meio ambiente, aumentando para 22. Nesta avaliação foi possível observar uma mãe mais descontraída, com maior segurança aquando dos cuidados do filho, proporcionando uma maior autoestima e, consequentemente, aumento da qualidade de vida.

15/10/2021

No dia da alta clínica realizou-se um novo questionário à mãe, tendo-se verificado que o nível de qualidade de vida percecionado pela mesma se mantinha como na segunda avaliação realizada.

4. Plano de Cuidados

FOCO: Movimento Corporal		
Diagnóstico: Movimento corporal comprometido.		
Data de início\termo	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Movimento Corporal</p> <p>1º Monitorizar a força muscular dos membros através da escala da Força Muscular Modificada.</p> <p>2º Monitorizar amplitudes articulares através do goniómetro.</p> <p>3º Executar técnica de exercício musculares e articulares passivos (prevenindo ou reduzindo as contraturas e deformidades, incrementando a função motora).</p> <p>4º Executar técnica de exercícios musculares e articulares ativos-resistidos.</p> <p>5º Executar técnica de exercícios musculares e articulares com alongamentos (alongamentos são usados para aumentar a flexibilidade das fibras musculares, melhorar a <i>performance</i> e reduzir o risco de traumatismo).</p>	<p>15/09 – Força muscular mais elevada nos membros inferiores e deficitária nos membros superiores. Através de goniómetro observam-se limitações nas amplitudes articulares.</p> <p>22/09 – Através da Escala de Força Muscular Modificada é possível verificar um nível de força mais elevado nos membros inferiores, ao invés dos membros superiores. Ao nível da goniometria foi possível observar ligeiros aumentos das amplitudes articulares, nomeadamente a nível da flexão do ombro.</p> <p>15/10 – Após as intervenções da enfermagem de reabilitação verificam-se ganhos na força muscular, não só nos membros inferiores, como também em alguns segmentos dos membros</p>

		<p>superiores. Em relação às amplitudes articulares, através da goniometria foi possível verificar alguns aumentos das amplitudes articulares, nomeadamente na adução do ombro, supinação do antebraço, e flexão, extensão e abdução do punho. Nos membros inferiores também se verificaram melhorias nas amplitudes articulares, principalmente na flexão, abdução e rotação medial do quadril, flexão do joelho, e eversão da tibiotársica, dificultadas pela presença de espasticidade de algumas articulações.</p>
<p>FOCO: Movimento Corporal</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p>		
Data de início\término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>22/09 – A criança apenas possui algumas noções de exercícios musculares e articulares.</p>

		15/10 – É possível verificar que a criança já possui mais conhecimentos acerca de técnicas de exercício muscular e articular, sugerindo formas de realizar os mesmos aquando da intervenção do enfermeiro de reabilitação.
<p>FOCO: Movimento Corporal</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a consciencialização de relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre prevenção de rigidez articular.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre os exercícios musculares e articulares.</p> <p>3º Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de rigidez articular.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento de exercícios musculares e articulares.</p> <p>22/09 – A mãe possui poucos conhecimentos acerca de exercícios musculares e articulares.</p> <p>15/10 - Consciencialização da mãe sobre relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento melhorada. Conhecimento da mãe sobre os exercícios musculares e articulares melhorado.</p>

		Conhecimento da mãe sobre prevenção de rigidez articular melhorado.
<p>FOCO: Movimento Corporal</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Analisar com a mãe a relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento.</p> <p>2º Avaliar capacidade da mãe para executar técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>2º Ensinar a mãe sobre exercícios musculares e articulares (mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular).</p> <p>3º Instruir a mãe sobre exercícios musculares e articulares (mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular).</p> <p>4º Ensinar a mãe sobre prevenção de rigidez articular.</p>	<p>15/09 – A mãe não executa exercícios musculares e articulares.</p> <p>22/09 – A mãe tentar realizar alguns exercícios musculares e articulares, ainda sem destreza.</p> <p>15/10 - Capacidade da mãe para executar os exercícios musculares e articulares melhorada.</p>
<p>FOCO: Papel Parental</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a consciencialização sobre papel parental.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar papel parental especial durante a hospitalização.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar papel parental especial no domicílio.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações

<p>22/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Analisar com a mãe o papel parental durante a hospitalização. 2º Analisar com a mãe o papel parental no domicílio. 3º Apoiar o papel parental. 4º Incentivar o papel parental. 5º Promover o desenvolvimento do papel parental. 6º Negociar o papel parental. 7º Orientar a mãe para serviço de saúde.</p>	<p>22/09 – Papel parental muito presente, participativo e consciente durante a hospitalização. Consciencialização da mãe sobre o papel parental.</p>
<p>FOCO: Úlcera por Pressão</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre úlcera por pressão.</p>		
<p>Data de início/término</p>	<p>Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem</p>	<p>Avaliações</p>
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de úlceras por pressão. 2º Avaliar conhecimento da mãe sobre vigilância da pele. 3º Avaliar conhecimento da mãe sobre posicionamentos. 4º Avaliar conhecimento da mãe sobre produtos de apoio. 5º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Conhecimento por parte da mãe sobre prevenção de úlceras por pressão limitado. Possui noções básicas de prevenção de úlceras por pressão.</p> <p>22/09 - Conhecimento da mãe sobre úlceras por pressão melhorado.</p> <p>15/10 – Conhecimento mais profundo sobre úlceras por pressão e formas preventivas, assim</p>

		como de vigilância da pele e produtos de apoio existentes.
<p>FOCO: Úlcera por Pressão</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para prevenir úlcera por pressão.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre úlceras por pressão: Vigiar alterações e condições de risco; Dispositivos auxiliares; Posicionamentos; Produtos de apoio para o domicílio.</p> <p>2º Instruir/treinar a mãe para prevenir úlceras por pressão: Avaliar zona de pressão através de dispositivos; Utilizar dispositivos de prevenção de úlceras por pressão; Posicionar.</p> <p>3º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Mãe faz avaliação da pele diariamente.</p> <p>22/09 – A mãe avalia pele e zonas de pressão e posiciona corretamente a criança.</p> <p>15/10 - Capacidade da mãe para prevenir úlceras por pressão melhorada.</p>
<p>FOCO: Dor</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento da criança sobre dor.</p> <p>2º Avaliar o conhecimento da criança sobre estratégias de alívio da dor.</p> <p>3º Ensinar a criança sobre dor.</p>	<p>15/09 – Pouco conhecimento da criança sobre dor e estratégias para a contornar.</p> <p>22/09 – Criança possui algum conhecimento sobre dor.</p>

	<p>4º Ensinar a criança sobre estratégias não farmacológicas.</p> <p>5º Ensinar a criança sobre regime medicamentoso.</p>	<p>15/10 – Criança sabe o que é a dor, consegue identificá-la e adquirir estratégias para o seu alívio.</p>
<p>FOCO: Dor</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre dor.</p> <p>2º Avaliar o conhecimento da mãe sobre estratégias de alívio da dor.</p>	<p>15/09 – Pouco conhecimento da mãe sobre dor e estratégias para a contornar, sentindo-se impotente quando o filho possui dor.</p> <p>22/09 – Mãe possui algum conhecimento sobre dor, regime medicamentoso e estratégias não farmacológicas para alívio da dor.</p> <p>15/10 – Conhecimento da mãe sobre dor, regime medicamentoso e estratégias não farmacológicas para alívio da dor melhorado.</p>
<p>FOCO: Dor</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para estratégias de alívio da dor.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações

<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre dor. 2º Ensinar a mãe a vigiar a dor. 3º Ensinar a mãe a gerir a dor. 4º Ensinar a mãe sobre regime medicamentoso. 5º Ensinar a mãe sobre medidas não farmacológicas para aliviar a dor.</p>	<p>15/09 – Não possui capacidade para inibir dor e estratégias para a contornar, sentindo-se impotente quando o filho possui dor. 22/09 – Mãe sabe vigiar a dor e utiliza estratégias medicamentosas e não farmacológicas para o seu alívio. 15/10 – Capacidade para alívio de dor melhorada.</p>
<p>FOCO: Espasticidade</p> <p>Diagnóstico: Espasticidade em grau elevado nos membros superiores.</p> <p>Espasticidade em grau reduzido nos membros inferiores.</p>		
<p>Data de início/término</p>	<p>Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem</p>	<p>Avaliações</p>
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Espasticidade</p> <p>1º Monitorizar espasticidade através da Escala de Ashworth Modificada. 2º Posicionar em padrão antiespástico. 3º Aplicar talas compressoras (Margaret Johnson). 4º Executar exercícios musculares e articulares. 5º Executar técnica de relaxamento (alongamento estático e dinâmico). 6º Executar técnica de massagem. 7º Diminuir os estímulos que possam desencadear a espasticidade.</p>	<p>15/09 – Através da aplicação do instrumento de avaliação foi possível verificar a presença de espasticidade em grau elevado nos membros superiores e espasticidade em grau reduzido nos membros inferiores. 22/09 – Realizada nova avaliação, após as intervenções de enfermagem de reabilitação demonstrando uma melhoria a nível da</p>

		<p>espasticidade na adução da articulação coxofemoral.</p> <p>15/10 – Com a continuação das intervenções de enfermagem de reabilitação foi notória a melhoria a nível da espasticidade, tanto nos membros superiores como nos membros inferiores.</p>
<p>FOCO: Espasticidade</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>2º Avaliar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>3º Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>4º Ensinar sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.</p>	<p>15/09 – Criança não possui conhecimentos sobre exercícios e posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>22/09 – Parco conhecimento da criança a nível das técnicas de exercícios e posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>15/10 – Conhecimento da criança mãe sobre os exercícios musculares e articulares melhorado.</p> <p>Conhecimento da criança sobre</p>

		posicionamento em padrão antiespástico melhorado.
FOCO: Espasticidade Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Ensinar a mãe sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico. 2º Ensinar a mãe sobre exercícios musculares e articulares.	15/09 – Mãe não possui conhecimentos sobre exercícios e posicionamento em padrão antiespástico. 22/09 – Parco conhecimento da mãe sobre posicionamento em padrão antiespástico. Parco conhecimento da mãe sobre os exercícios musculares e articulares. 15/10 - Conhecimento da mãe sobre posicionamento em padrão antiespástico melhorado. Conhecimento da mãe sobre os exercícios musculares e articulares melhorado.
FOCO: Espasticidade Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para executar os exercícios musculares e articulares. Potencial da mãe para melhorar capacidade para executar posicionamento em padrão antiespástico.		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Instruir/treinar mãe sobre posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>2º Instruir/treinar mãe sobre técnica de exercícios musculares e articulares.</p>	<p>15/09 – Mãe não sabe posicionar em padrão antiespástico nem realizar técnicas de exercícios musculares e articulares.</p> <p>22/09 – Mãe posiciona em padrão antiespástico, com alguns pequenos erros, no entanto não demonstra destreza nem confiança na execução de técnicas de exercícios musculares e articulares.</p> <p>15/10 - Capacidade da mãe para executar posicionamento em padrão antespástico melhorada. Capacidade da mãe para executar exercícios musculares e articulares melhorada.</p>
<p>FOCO: Autocontrolo Continência Urinária</p> <p>Diagnóstico: Autocontrolo continência urinária comprometido.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Autocontrolo</p> <p>1º Avaliar autocontrolo: continência urinária</p> <p>2º Monitorizar eliminação urinária.</p>	<p>15/09 – A criança necessita de cateterização vesical para autocontrolo continência urinária.</p> <p>A criança demonstra possuir autocontrolo a</p>

	<p>3º Planear a ingestão de líquidos.</p> <p>4º Planear a eliminação urinária.</p> <p>5º Supervisionar autocontrole: continência urinária.</p>	<p>nível urinário realizando o devido planeamento da eliminação urinária, assim como da ingestão de líquidos.</p>
<p>FOCO: Autocontrole Continência Urinária</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre planeamento da eliminação urinária.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento técnica de autocateterização da bexiga.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre autocontrole continência urinária.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da criança sobre autocateterização da bexiga.</p> <p>3º Ensinar sobre autocontrole continência urinária.</p> <p>4º Ensinar a criança sobre planeamento da eliminação urinária.</p> <p>5º Ensinar sobre técnica de autocateterização da bexiga.</p> <p>6º Ensinar sobre técnica de treino vesical.</p>	<p>15/09 - A criança tem algumas noções de como se realizada a técnica de autocateterização da bexiga, mas não sabe todos os passos.</p> <p>22/09 – A criança demonstra algum conhecimento sobre o planeamento da eliminação urinária, no entanto é difícil exprimi-lo de forma totalmente correta. A criança tem algumas noções de como se realizada a técnica de autocateterização da bexiga, mas não sabe todos os passos.</p> <p>15/10 – A criança verbaliza o planeamento da sua eliminação urinária sem nenhuma</p>

		dificuldade. A criança demonstra saber toda a técnica de autocateterização da bexiga, explicando-a passo por passo ao enfermeiro.
FOCO: Autocontrolo Continência Urinária		
Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre planeamento da eliminação urinária.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para autocontrolo: continência urinária. 2º Ensinar a mãe sobre continência urinária. 3º Ensinar a mãe sobre planeamento da eliminação urinária.	15/09 – A mãe demonstra total conhecimento sobre o planeamento da eliminação urinária. A mãe conhece dispositivo auxiliar para cateterização da bexiga.
FOCO: Autocontrolo Continência Urinária		
Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a capacidade para executar cateterização da bexiga.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Instruir/treinar a mãe sobre planeamento da eliminação urinária. 2º Instruir/treinar a mãe sobre técnica de cateterização da bexiga. 3º Assistir a mãe na técnica de cateterização da bexiga.	15/09 – A mãe demonstra destreza no planeamento da eliminação urinária. A mãe demonstra capacidade para realizar técnica de

		cateterização da bexiga corretamente e fá-lo diariamente.
<p>FOCO: Autocontrolo Continência Intestinal</p> <p>Diagnóstico: Autocontrolo continência intestinal comprometido.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Autocontrolo</p> <p>1º Avaliar autocontrolo: continência intestinal</p> <p>2º Executar massagem abdominal.</p> <p>3º Planear o padrão de eliminação intestinal.</p>	<p>15/09 – A criança necessita da utilização de terapêutica para autocontrolo continência intestinal.</p>
<p>FOCO: Autocontrolo Continência Intestinal</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre planeamento da eliminação intestinal.</p> <p>Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre regime dietético.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre autocontrolo continência intestinal.</p> <p>2º Avaliar conhecimento sobre massagem abdominal.</p> <p>3º Avaliar conhecimento sobre técnica de treino intestinal.</p>	<p>15/09 – A criança possui algum conhecimento acerca da técnica de treino intestinal.</p>

	<p>4º Avaliar conhecimento sobre regime dietético.</p> <p>5º Ensinar a criança sobre continência intestinal.</p> <p>6º Ensinar a criança sobre técnica de massagem abdominal.</p> <p>7º Ensinar a criança sobre vigilância da eliminação intestinal.</p> <p>8º Ensinar a criança sobre regime dietético.</p>	<p>22/09 – A criança possui algum conhecimento acerca da técnica de treino intestinal, no entanto não sabe especificar.</p> <p>A criança não possui conhecimento sobre técnica de massagem abdominal.</p> <p>A criança não possui conhecimento acerca do regime dietético mais adequando à sua condição de saúde.</p> <p>Até 15/10 – A criança possui conhecimento específico acerca do seu treino intestinal. Possui também conhecimento sobre técnica de massagem abdominal, conseguindo explicar a mesma a outro. Conhecimento melhorado acerca do regime dietético mais adequando à sua condição clínica.</p>
<p style="text-align: center;">FOCO: Autocontrolo Continência Intestinal</p> <p style="text-align: center;">Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre planeamento da eliminação intestinal.</p> <p style="text-align: center;">Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal.</p> <p style="text-align: center;">Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre prevenção de maceração.</p> <p style="text-align: center;">Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre regime dietético.</p>		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para autocontrole continência intestinal.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre vigilância da eliminação intestinal.</p> <p>3º Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de maceração cutânea.</p> <p>4º Avaliar conhecimento da mãe sobre regime dietético adequado.</p>	<p>15/09 - A mãe possui conhecimento sobre autocontrole continência intestinal, assim como a necessidade da sua vigilância. A mãe está desperta para prevenção de maceração cutânea. A mãe possui algumas noções do regime dietético mais adequado, no entanto necessita de alguns esclarecimentos.</p> <p>22/09 – A mãe melhorou conhecimento sobre regime dietético adequado à condição clínica do filho.</p> <p>15/10 – Mãe sabe qual o melhor regime dietético adequando à saúde do filho.</p>
<p>FOCO: Autocontrole Continência Intestinal</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a capacidade para colocação de laxante infantil.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>2º Ensinar a mãe sobre continência intestinal.</p> <p>3º Ensinar a mãe sobre vigilância da eliminação intestinal.</p>	<p>15/09 - A mãe sabe sobre autocontrole continência intestinal, assim como a necessidade da sua vigilância. A mãe está</p>

	<p>4º Ensinar a mãe sobre prevenção de maceração cutânea.</p> <p>5º Ensinar a mãe sobre regime dietético.</p> <p>6º Instruir/treinar a mãe para executar técnica de colocação de laxante infantil.</p> <p>7º Assistir a mãe na técnica de colocação de laxante infantil.</p>	<p>desperta para prevenção de maceração cutânea. A mãe possui algumas noções do regime dietético mais adequado, no entanto necessita de alguns esclarecimentos. A mãe demonstra má colocação de laxante infantil.</p> <p>22/09 – A mãe melhorou conhecimento sobre regime dietético adequado à condição clínica do filho. A mãe melhorou correta colocação de laxante infantil.</p> <p>15/10 – Mãe sabe qual o melhor regime dietético adequando à saúde do filho. Coloca laxante infantil corretamente.</p>
<p>FOCO: Ventilação</p> <p>Diagnóstico: Ventilação comprometida.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Ventilação</p> <p>1º Avaliar respiração.</p> <p>2º Avaliar ventilação.</p> <p>3º Auscultar tórax.</p>	<p>15/09 – Apresenta esforço respiratório a pequenos esforços. Com amplitude aumentada, mas simétrica.</p> <p>22/09 – Apresenta esforço respiratório a pequenos esforços. Com amplitude</p>

<p>4º Executar técnica de posicionamento para otimizar ventilação: Elevar a cabeceira da cama entre 30-45º, de acordo com a tolerância.</p> <p>5º Executar técnicas respiratórias:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exercícios de tomada de consciência da respiração adaptando a linguagem à faixa etária da criança; usar o brinquedo para a tomada de consciência. Recorrer ao pensamento mágico e a histórias fantásticas e de super-heróis, associando a música de acordo com os gostos da criança.- Dissociar tempos respiratórios usando linguagem e dispositivos adequados para o ensino. Controlar a inspiração/expiração. Expirar com lábios semicerrados, promovendo as trocas gasosas e mantendo uma queda gradual da pressão alveolar, evitando o colapso.- Inspirações e expirações profundas com exercitador respiratório, inspirometro de incentivo e recurso a adaptação de outros brinquedos (balões, bolinhas de sabão, bolhas na água, moinhos de vento, sopradores de festa), permitindo o aumento da expansão pulmonar pela diminuição espontânea da pressão pleural.- Exercícios seletivos ou globais: reeducação funcional do diafragma com resistência ou carga (sacos de areia); reeducação costal global seletiva; expansão torácica dirigida. Manobras de compressão e descompressão do tórax e de respiração segmentar, com a compreensão da técnica por parte da criança e a sua colaboração ativa durante a intervenção. <p>6º Incentivar o uso de técnicas respiratórias.</p>	<p>aumentada, mas simétrica. Utilização de músculos acessórios na expiração. Respiração predominantemente abdominal.</p> <p>15/10 - Ventilação melhorada. Apresenta melhorias a nível do esforço respiratório.</p>
---	--

- 7º Incentivar o uso de dispositivos respiratórios.
- 8º Incentivar repouso.
- 9º Monitorizar frequência respiratória.
- 10º Monitorizar saturação periférica de oxigénio.
- 11º Observar tórax.
- 12º Otimizar ventilação através de técnica de posicionamento.
- 13º Planear atividade física.
- 14º Vigiar consciência.
- 15º Vigiar pele.
- 16º Vigiar ventilação (Respiração abdominal, torácica ou mista. Respiração com uso de músculos acessórios. Ritmo regular ou irregular. Amplitude superficial, normal ou profunda. Expansão torácica simétrica ou assimétrica. Tempo inspiratório curto ou prolongado. Tempo expiratório curto ou prolongado. Presença de ruídos adventícios).
- 17º Vigiar respiração (Esforço respiratório em repouso, para pequenos esforços, para médios esforços ou para grandes esforços. Sem esforço respiratório. Pele e mucosa labial normocoradas ou cianosadas).

FOCO: Ventilação

Diagnóstico: **Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre técnica de posicionamento.**

Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnicas respiratórias.

Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório.

Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar da ventilação.

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento da criança sobre autocontrolo do padrão respiratório.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da criança sobre dispositivo auxiliar da ventilação.</p> <p>3º Avaliar conhecimento da criança sobre técnicas respiratórias.</p> <p>4º Avaliar conhecimento da criança sobre técnica de posicionamento.</p> <p>5º Ensinar a criança sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.</p> <p>6º Instruir/treinar a criança para executar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.</p> <p>7º Assistir a criança a otimizar ventilação através de técnicas respiratórias.</p> <p>8º Assistir a criança a otimizar a ventilação através de dispositivos.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento sobre técnica de posicionamento, autocontrolo da respiração e técnicas respiratórias.</p> <p>22/09 – Conhecimento sobre técnica de posicionamento, autocontrolo da respiração e técnicas respiratórias pouco controlado.</p> <p>15/10 - Conhecimento da criança sobre técnica de posicionamento melhorado. Conhecimento da criança sobre técnicas respiratórias melhorado. Capacidade da criança para executar técnicas respiratórias melhorada.</p>
<p>FOCO: Ventilação</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre técnica de posicionamento.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre técnicas respiratórias.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre dispositivos ventilatórios.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre técnica de posicionamento.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento sobre técnica de posicionamento, autocontrolo da respiração e</p>

	<p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre técnicas respiratórias.</p> <p>3º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivos ventilatórios.</p>	<p>técnicas respiratórias. Conhecimento sobre dispositivo ventilatório que a criança necessita de utilizar no período noturno.</p> <p>22/09 – Conhecimento sobre técnica de posicionamento, autocontrolo da respiração e técnicas respiratórias pouco controlado. Possui conhecimento sobre dispositivo ventilatório que possui no domicílio.</p> <p>15/10 - Conhecimento da mãe sobre técnicas de posicionamento melhorado. Conhecimento da mãe sobre técnicas respiratórias melhorado. Conhecimento da mãe sobre dispositivos ventilatórios melhorado.</p>
<p>FOCO: Ventilação</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a capacidade para executar técnicas respiratórias.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar técnica de posicionamento.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar a capacidade para usar dispositivos ventilatórios.</p>		
<p>Data de início/término</p>	<p>Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem</p>	<p>Avaliações</p>

<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre técnica de posicionamento.</p> <p>2º Instruir/treinar mãe a executar técnica de posicionamento.</p> <p>3º Assistir a mãe a executar técnica de posicionamento.</p> <p>4º Ensinar a mãe sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.</p> <p>6º Instruir/treinar a mãe para executar técnicas respiratórias para otimização da ventilação.</p> <p>7º Assistir a mãe a executar técnicas respiratórias para otimização da ventilação.</p> <p>8º Ensinar a mãe a otimizar a ventilação com recurso a dispositivos ventilatórios.</p> <p>9º Instruir a mãe a otimizar a ventilação com recurso a dispositivos ventilatórios.</p> <p>10º Assistir a mãe a otimizar a ventilação com recurso a dispositivos ventilatórios.</p>	<p>15/09 – Sem capacidade para executar técnica de posicionamento, autocontrolo da respiração e técnicas respiratórias.</p> <p>22/09 – Capacidade para técnica de posicionamento melhorada. Capacidade para execução de técnicas de autocontrolo da respiração e técnicas respiratórias pouco controlado.</p> <p>15/10 - Capacidade da mãe para executar técnica de posicionamento melhorada. Capacidade da mãe para executar técnicas respiratórias melhorada. Capacidade da mãe para usar dispositivos ventilatórios melhorada.</p>
<p>FOCO: Intolerância à Atividade</p> <p>Diagnóstico: Intolerância à atividade.</p>		
<p>Data de início/término</p>	<p>Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem</p>	<p>Avaliações</p>
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Intolerância à atividade</p> <p>1º Avaliar intolerância à atividade através da Escala de Borg Modificada.</p> <p>2º Planear a atividade.</p> <p>3º Gerir a atividade física.</p>	<p>15/09 - Apresenta cansaço fácil aquando da realização de mobilizações e exercícios.</p> <p>Movimentos corporais são cansativos.</p>

	<p>4º Planear o repouso.</p> <p>5º Negociar atividade física.</p> <p>6º Executar exercícios.</p> <p>7º Supervisionar resposta ao exercício.</p>	<p>22/09 – Apresenta cansaço fácil aquando da realização de mobilizações e exercícios. Movimentos corporais são cansativos.</p> <p>15/10 – Melhoria da tolerância à atividade física, verificando-se, na escala de Borg modificada, uma redução de dispneia moderada aquando do exercício para um nível de dispneia leve. Também em repouso se verificaram melhorias, não apresentando agora dispneia.</p>
<p>FOCO: Intolerância à Atividade</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre conservação de energia.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnica de exercício.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre hábitos de exercício.</p> <p>2º Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia.</p>	<p>15/09 – Défice conhecimento da criança sobre exercícios e técnicas de conservação de energia.</p>

		<p>22/09 – Algum conhecimento da criança sobre exercícios e técnicas de conservação de energia.</p> <p>15/10 - Conhecimento da criança sobre técnica de exercício melhorada, assim como de técnicas para conservação de energia.</p>
<p>FOCO: Intolerância à Atividade</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar a capacidade de executar técnica de conservação de energia.</p> <p>Potencial da criança para melhorar a capacidade executar técnica de exercício.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Aprendizagem das Capacidades</p> <p>1º Ensinar a criança sobre técnicas de conservação de energia.</p> <p>2º Instruir a criança sobre técnicas de conservação de energia.</p> <p>3º Ensinar a criança sobre exercícios.</p> <p>4º Instruir/treinar a criança para a execução de exercícios (ex. fortalecimento muscular)</p>	<p>15/09 – Criança não executa técnicas de conservação de energia nem exercícios.</p> <p>22/09 – Criança consegue utilizar técnicas de conservação de energia aquando do exercício.</p> <p>15/10 – Criança executa corretamente exercícios e técnicas de conservação de energia ao longo dos mesmos.</p>
<p>FOCO: Intolerância à Atividade</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre conservação de energia.</p>		

Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre técnica de exercício.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Avaliar conhecimento ad mãe sobre técnica de exercício. 2º Avaliar conhecimento da mãe sobre técnica de conservação de energia.	15/09 – Défice conhecimento da mãe sobre exercícios e técnicas de conservação de energia. 22/09 – Algum conhecimento da mãe sobre exercícios e técnicas de conservação de energia. 15/10 - Conhecimento da mãe sobre técnica de exercício melhorada, assim como de técnicas para conservação de energia.
FOCO: Intolerância à Atividade Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para assistir na técnica de conservação de energia. Potencial da mãe para melhorar a capacidade para assistir na técnica de exercício.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Ensinar a mãe sobre técnicas de conservação de energia. 2º Instruir a mãe para assistir nas técnicas de conservação de energia.	15/09 – Défice de capacidade da mãe sobre exercícios e técnicas de conservação de energia.

	<p>3º Ensinar a mãe sobre vigilância na resposta à atividade.</p> <p>5º Ensinar a mãe sobre técnicas de exercício.</p> <p>6º Instruir/treinar a mãe para assistir nas técnicas de exercício.</p>	<p>22/09 – Mãe consegue assistir em exercícios e técnicas de conservação de energia.</p> <p>15/10 - Capacidade da mãe para assistir na técnica de exercício melhorada.</p>
<p>FOCO: Posicionar-se</p> <p>Diagnóstico: Posicionar-se comprometido.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre posicionar-se.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Posicionar-se</p> <p>1º Posicionar a criança.</p> <p>2º Assistir a criança a posicionar-se.</p> <p>3º Incentivar a criança a posicionar-se.</p> <p>4º Avalia conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.</p> <p>5º Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação posicionar-se.</p> <p>6º Ensinar a criança sobre o posicionar-se: Medidas de segurança, posicionamentos e dispositivo auxiliar.</p>	<p>15/09 - Criança não possui conhecimento sobre posicionar-se, nem possui dispositivo auxiliar.</p> <p>22/09 - Criança possui conhecimento sobre posicionar-se, nem possui dispositivo auxiliar.</p> <p>15/10 - Conhecimento da criança sobre posicionar-se melhorado. Criança possui dispositivo auxiliar para posicionar-se e como o mesmo funciona.</p>
<p>FOCO: Posicionar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre o posicionar-se.</p>		

Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre conhecimento de posicionamentos.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.</p>	<p>15/09 – Mãe não possui conhecimentos específicos sobre como posicionar. Não possui conhecimentos sobre dispositivos auxiliares para o posicionamento.</p> <p>22/09 - Mãe possui conhecimentos sobre como posicionar, mas não específicos. Não possui conhecimentos sobre dispositivos auxiliares para o posicionamento.</p> <p>15/10 - Conhecimento da mãe sobre o posicionar-se melhorado. Conhecimento sobre dispositivo auxiliar e correta colocação do mesmo.</p>
<p>FOCO: Posicionar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para assistir no posicionar-se.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre o posicionar-se.</p>	<p>15/09 – Mãe não possui capacidade para posicionar corretamente.</p>

	<p>2º Ensinar a mãe sobre o posicionar-se: Medidas de segurança, dispositivo auxiliar e adaptação ao domicílio.</p> <p>3º Ensinar a mãe para assistir no posicionar-se.</p> <p>4º Instruir/treinar a mãe a assistir no posicionar-se.</p> <p>5º Assistir a mãe a assistir no posicionar-se.</p>	<p>22/09 – Mãe posiciona corretamente, não utilizando dispositivos auxiliares de posicionamento.</p> <p>15/10 - Capacidade da mãe para assistir no posicionar-se melhorada, assim como utilização de dispositivos auxiliares.</p>
<p>FOCO: Erguer-se</p> <p>Diagnóstico: Erguer-se comprometido.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Erguer-se</p> <p>1º Assistir a criança no erguer-se.</p>	<p>15/09 – A criança não consegue erguer-se.</p> <p>22/09 – Consegue erguer-se com auxílio de talas de barbas e plano inclinado dorsal. Possui alguns períodos de instabilidade hemodinâmica e não consegue identificá-los.</p> <p>15/10 - Erguer-se melhorado, com dispositivo auxiliar plano inclinado dorsal. Criança consegue identificar condições de segurança.</p>
<p>FOCO: Erguer-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para erguer-se.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.</p>		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento da criança sobre técnica de adaptação para erguer-se.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da criança sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.</p> <p>3º Ensinar a criança sobre o erguer-se: Condições de segurança. Dispositivo auxiliar para erguer-se. Técnica de adaptação para erguer-se.</p> <p>4º Ensinar a criança sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.</p> <p>5º Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para erguer-se.</p> <p>6º Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para erguer-se.</p> <p>7º Instruir/treinar a criança para o uso de dispositivo auxiliar para erguer-se.</p> <p>8º Incentivar a criança a erguer-se.</p>	<p>15/09 – Criança não possui conhecimento de como poderá erguer-se.</p> <p>22/09 – Pouco conhecimento por parte da criança para erguer-se. Com conhecimento de dispositivos auxiliares para se conseguir erguer.</p> <p>15/10 - Conhecimento da criança para erguer-se melhorado. Capacidade da criança para erguer-se melhorada.</p>
<p>FOCO: Erguer-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre o erguer-se.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para erguer-se.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre o erguer-se.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre adaptação do domicílio para erguer-se.</p>	<p>15/09 - Parco conhecimento da mãe sobre dispositivos auxiliares para erguer-se.</p>

	3º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.	22/09 – Conhecimento da mãe sobre o erguer-se melhorado. 15/10 – Pleno conhecimento de como auxiliar para erguer-se, assim como na utilização de dispositivo auxiliar.
FOCO: Erguer-se Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para assistir no erguer-se.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Ensinar mãe sobre o erguer-se: Medidas de segurança. Dispositivo auxiliar. 2º Ensinar a mãe sobre adaptação do domicílio para erguer-se. 3º Instruir a mãe a assistir no erguer-se.	15/09 – Mãe auxilia no erguer-se, no entanto sem dispositivo auxiliar nem medidas de segurança. 22/09 – Mãe assiste no erguer com correta colocação de dispositivo auxiliar e medidas de segurança. 15/10 - Capacidade da mãe para assistir no erguer-se, através de dispositivos auxiliares, melhorada.
FOCO: Transferir-se Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre transferir-se. Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se.		

Potencial da mãe para melhorar capacidade para assistir no transferir-se.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Avaliar conhecimento da mãe sobre adaptação do domicílio para transferir-se. 2º Ensinar a mãe sobre transferir: Medidas de segurança. Adaptação do domicílio. Instruir/treinar a mãe a assistir no transferir-se.	15/09 – Conhecimento da mãe sobre algumas estratégias na transferência. 22/09 – Conhecimento da mãe sobre transferir-se melhorado. 15/10 - Capacidade da mãe para assistir no transferir-se melhorada.
FOCO: Mover-se em Cadeira de Rodas Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas. Potencial para melhorar conhecimento sobre mover-se em cadeira de rodas.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	Dimensão: Conhecimento 1º Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas. 2º Avaliar conhecimento sobre mover-se em cadeira de rodas. 3º Ensinar sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas. 4º Ensinar sobre mover-se em cadeira de rodas.	15/09 – Conhece dispositivo auxiliar para mover-se em cadeira de rodas. Não identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para mover-se em cadeira de rodas. 22/09 - Identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para mover-se em cadeira de rodas.

		15/10 – Conhece necessidade de adaptação do domicílio para cadeira de rodas nova. Conhece indicações de segurança para cadeira de rodas.
<p>FOCO: Mover-se em Cadeira de Rodas</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.</p> <p>2º Ensinar a mãe sobre adaptação do domicílio para mover em cadeira de rodas.</p>	<p>15/09 – Conhece dispositivo auxiliar para mover-se em cadeira de rodas. Não identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para cadeira de rodas.</p> <p>22/09 - Identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para cadeira de rodas.</p> <p>15/10 – Conhece necessidade de adaptação do domicílio para cadeira de rodas nova. Conhece indicações de segurança para cadeira de rodas.</p>
<p>FOCO: Autocuidado Higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>2º Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p> <p>3º Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>4º Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>15/09 – Não conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>22/09 - Conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>15/10 – Identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para o autocuidado: higiene.</p>
<p>FOCO: Autocuidado Higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p> <p>3º Ensinar mãe sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>4º Ensinar mãe sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>15/09 – Não conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>22/09 - Conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p>

		15/10 – Identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para o autocuidado: higiene.
FOCO: Queda Diagnóstico: Alto Risco de queda.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	Dimensão: Queda 1º Posicionar a criança. 2º Providenciar dispositivos para prevenção de quedas. 3º Aplicar dispositivos de prevenção de quedas. 4º Vigiar sinais segurança dos equipamentos. 5º Avaliar risco de queda através da escala de Humpty Dumpty.	15/09 – Criança com alto risco de queda na escala de humpty dumpty. 22/09 – Criança mantém avaliação de alto risco de queda na escala avaliada. 15/10 – Devido ao diagnóstico e estado de saúde mantém-se elevado risco de queda na escala de humpty dumpty.
FOCO: Queda Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre risco de queda.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 15/10/2021	Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de quedas. 2º Avaliar conhecimento da mãe sobre vigilância dos riscos. 3º Avaliar conhecimento da mãe sobre posicionamentos.	15/09 – Conhecimento por parte da mãe sobre prevenção de quedas limitado. Possui noções básicas de prevenção de quedas.

	<p>4º Avaliar conhecimento da mãe sobre produtos de segurança/preventivos.</p> <p>5º Providenciar material informativo.</p>	<p>22/09 - Conhecimento da mãe sobre prevenção de quedas melhorado.</p> <p>15/10 – Conhecimento mais profundo sobre quedas e formas preventivas, assim como de vigilância do ambiente e produtos de segurança existentes.</p>
<p>FOCO: Queda</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para prevenir quedas.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 15/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre quedas: Vigiar alterações do ambiente e condições de risco; Dispositivos de segurança; Posicionamentos; Produtos de apoio para o domicílio.</p> <p>2º Instruir/treinar a mãe para prevenir quedas: Avaliar possíveis riscos; Utilizar dispositivos de segurança; Posicionar.</p> <p>3º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Mãe faz avaliação do risco de queda constantemente nas suas intervenções.</p> <p>22/09 – A mãe avalia riscos e posiciona corretamente a criança tendo em conta as condições e produtos de segurança existentes.</p> <p>15/10 - Capacidade da mãe para prevenir quedas melhorada.</p>

APENDICE VI – CASO 3

Descrição do Caso 3

1. Colheita de Dados

Dados Gerais	
Identificação	Caso 3
Idade	08 anos
Género	Masculino
Nacionalidade	Angola
Agregado Familiar	Vive com a mãe
Produtos de Apoio	Cadeira de transporte
Nível de Escolaridade	Jardim de Infância
Residência	Rés do Chão sem barreiras arquitetónicas de acesso
Dados de Saúde	
Antecedentes Pessoais	AVC isquémico aos 4 anos
Alergias	Desconhece
Regime medicamentoso	Baclofeno 10mg. Vigantol 2 gotas.
Diagnóstico	Tetraparésia Espástica

2. Historial de Saúde

Criança do sexo masculino, com 8 anos de idade, natural de Angola, residente em Portugal há 9 meses.

Mãe teve gravidez vigiada sem intercorrências, com parto eutócico às 36 semanas com 2950g. Mãe 47 anos, saudável, professora do 1º ciclo.

Como antecedentes pessoais, foi internado ao 20º dia de vida por desnutrição grave com perda de 1kg, que recuperou após suplementação e AVC isquêmico aos 4 anos.

Com desenvolvimento normal até aos 4 anos de idade (03/06/2017), quando iniciou quadro de desnutrição grave e de convulsões que levou os pais a procurar clínica privada, onde permaneceu internado durante 1 mês em coma induzido, com necessidade de Ventilação não Invasiva com traqueostomia.

Realizou ressonância magnética 23/06/2017: “Enfarte sub-agudo do tronco cerebral atingido metade direita da protuberância e bulbo raquidiano com pequeno foco à esquerda secundário a trombo do tronco basilar. Necrose laminar cortical occipital esquerdo de provável origem embólica”.

Teve alta com quadro de tetraparésia espástica, com afasia global, sendo transferido para outra clínica na África do Sul onde fez vários exames complementares de diagnóstico (que a mãe desconhece), mas segundo a progenitora mostrariam uma redução da dimensão da lesão, nesta clínica foi recomendado tratamento de reabilitação que realizou de forma irregular.

Veio para Portugal aonde foi avaliado inicialmente no Hospital Fernando da Fonseca e posteriormente encaminhado para o Hospital Dona Estefânia. Foi seguido por Cardiologia no Hospital de Santa Marta, Cirurgia Neurovascular no Hospital de S. José, e aguardando outros resultado e consultas. Foi referenciado para o centro de reabilitação.

Observado em consulta no centro de reabilitação no dia 03/09/2021, apresentava-se: Com compreensão aparentemente normal, com respostas consistentes, mas com disartria moderada. Segundo a mãe realiza dieta com várias consistências, mas engasga-se com a saliva. Quadro neuromotor de tetraparésia espástica de predomínio esquerdo, com movimentos ativos contra a gravidade polisegmentares dos 4 membros. Tônus globalmente aumentado com graus 2 e 3 na escala de ashworth modificada. Reflexos osteotendinosos aumentados bilateralmente (+ direita) com área de reflexogénea aumentada. Clónus fatigável ~3 segundos na região tibiotársica à direita. Tem controlo cefálico e de tronco na posição sentada estático razoável, a nível dinâmico é precário. Utiliza eficazmente tablet e cadeira de rodas manual com recurso à mão direita.

Foi proposto para internamento no próprio dia no centro de recuperação para programa de reabilitação intensivo, ficando internado no dia 10/09/2021 com os seguintes objetivos:

- Diminuição de dependência para as AVD's.
- Ganho/manutenção de amplitudes articulares.
- Avaliação da deglutição.
- Avaliação da linguagem.
- Controlo do tônus.

Estudo de prescrição de produtos de apoio.

Ensinos aos familiares.

3. Aplicação dos Instrumentos de Avaliação

3.1. Medida de Independência Funcional [MIF]

Datas		10/09/2021	30/09/2021	30/10/2021
Autocuidados	A - Alimentação	1	2	2
	B - Higiene Pessoal	1	1	1
	C - Banho	1	1	1
	D - Vestir metade superior	1	1	1
	E – Vestir metade inferior	1	1	1
	F – Utilização da sanita	1	1	1
Controlo dos Esfínteres	G - Bexiga	7	7	7
	H - Intestino	7	7	7
Mobilidade - Transferências	I – Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1	1	2
	J - Sanita	1	1	2
	K – Banheira, Duche	1	1	1
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	1	1	1
	M - Escadas	1	1	1
Sub - Score Motor		25	26	28
Comunicação	N - Compreensão	6	6	6
	O - Expressão	5	6	6
Cognição Social	P – Interação Social	7	7	7
	Q – Resolução de Problemas	6	6	6
	R - Memória	7	7	7
Sub – Score Cognitivo		31	32	32
SCORE		56	58	60
Legenda:				
Independência:				
7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)				

6 – Independência Modificada (ajuda técnica)

Dependência Modificada

5 – Supervisão

4 – Ajuda Mínima (pessoa participa em $\geq 75\%$)

3 – Ajuda Moderada (pessoa participa em $\geq 50\%$)

Dependência Completa

2 – Ajuda Máxima (pessoa participa em $\geq 25\%$)

1 – Ajuda Total (pessoa participa em $\leq 25\%$)

Sub-score Motor – Entre 13 - 91

Sub-Score Cognitivo – Entre 5 – 35

Score – Entre 18 - 126

Interpretação da MIF:

10/09/2021

Através de entrevista à mãe, assim como consulta do preenchimento da MIF, quando da entrada da criança no serviço de internamento, foi possível verificar que a mesma apresenta um score total no instrumento de avaliação de 56.

Relativamente aos autocuidados, tais como a alimentação, higiene pessoal, banho, vestir a metade superior e inferior do corpo e utilização de sanita a criança não consegue realizar 25% das tarefas, apresentando nível 1 na MIF, com necessidade de ajuda total.

Na secção do controle de esfínteres, tanto no esfíncter vesical como intestinal a criança possui uma independência completa, nível 7, pois controla adequadamente a bexiga e a defecação, nunca estando incontinente.

Aquando da avaliação da mobilidade da criança, assim como das transferências da mesma, todos os itens (transferências para leito, cadeira, cadeira de rodas, sanita, sanita, banheira e duche) apresentam uma classificação de nível 1 na MIF, visto a criança necessitar de ajuda total para a realização das mesmas.

A locomoção é efetivada em cadeira de rodas, que a criança consegue utilizar autonomamente apenas com a mão direita, no entanto não consegue percorrer uma distância de pelo menos 15 metros. Neste sentido obtém uma classificação de 1, ajuda total.

Ao nível das escadas, a criança tem que ser totalmente transportada, necessitando de ajuda total para a realização da tarefa. Neste caso é classificado com uma pontuação de 1 na MIF, ajuda total.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 25.

Relativamente à compreensão, a criança utiliza tanto o nível auditivo como visual. Neste sentido compreende as diretivas escritas ou faladas e a conversação complexa ou abstrata na maioria das situações, não necessitando de ajuda. Assim teve uma classificação de 6 no instrumento preenchido, apresentando uma independência modificada.

A expressão é trabalhada de forma verbal, sendo possível compreender que necessita de uma ajuda presente neste domínio, nível 5, pois em menos de 10% das vezes tem a necessidade de repetir a expressão para ser compreendido.

A interação social, vista como desenvolvimento de técnicas e meios para se fazer compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, é uma atividade que a criança desempenha com uma independência completa, nível 7. Neste sentido a criança conduz de forma apropriada as relações com os membros da equipa de saúde, com as outras crianças e com a família.

A resolução dos problemas inclui a tomada de decisões de forma razoável, segura e adaptada ao momento acerca de tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e atividades para a resolução destes problemas. Neste domínio a criança possui uma independência modificada pois reconhece os problemas, toma as decisões apropriadas, inicia e conduz uma sequência de disposições destinadas à resolução de problemas complexos na maioria das situações. Neste domínio obtém uma classificação de 6.

Relativamente à memória, esta atividade inclui as competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas. A criança em estudo possui uma independência completa nesta atividade, nível 7, reconhecendo as pessoas que encontra com frequência e lembrando-se das atividades quotidianas habituais. Para além disso executa os pedidos e as solicitações por parte de outros sem necessidade de repetição.

O sub-score cognitivo obteve uma classificação de 31.

30/09/2021

Passado 1 mês do preenchimento da MIF, foi possível realizar um novo preenchimento do instrumento através da observação direta da criança, assim como convívio e desenvolvimento de atividades com a mesma.

Relativamente ao autocuidado alimentação verificaram-se ganhos na autonomia, existindo um aumento a nível da MIF de 1 para 2, ajuda máxima. Neste domínio a criança já consegue realizar 25 a 49% das tarefas da alimentação, utilizando uma colher adaptada para levar os alimentos à boca, assim como um tapete antiderrapante.

Ao nível da higiene pessoal, banho, vestir a metade superior e inferior do corpo e utilização de sanita, a criança mantém o nível de incapacidade em executar estas tarefas, apresentando nível 1 na MIF, com necessidade de ajuda total.

Na secção do controle de esfíncteres, tanto no esfíncter vesical como intestinal a criança possui uma independência completa, nível 7, pois controla adequadamente a bexiga e a defecação, nunca estando incontinente.

Aquando da avaliação da mobilidade da criança, assim como das transferências da mesma, todos os itens (transferências para leito, cadeira, cadeira de rodas, sanita, sanita, banheira e duche) apresentam uma classificação de nível 1 na MIF, visto a criança necessitar de ajuda total para a realização das mesmas.

A locomoção é efetivada em cadeira de rodas, que a criança consegue utilizar autonomamente apenas com a mão direita, no entanto não consegue percorrer uma distância de pelo menos 15 metros. Neste sentido mantém uma classificação de 1, ajuda total.

Ao nível das escadas, a criança tem que ser totalmente transportada, necessitando de ajuda total para a realização da tarefa. Neste caso é classificado com uma pontuação de 1 na MIF, ajuda total.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 26.

Relativamente à compreensão, a criança utiliza tanto o nível auditivo como visual. Neste sentido compreende as diretivas escritas ou faldas e a conversação complexa ou abstrata na maioria das situações, não necessitando de ajuda. Assim teve uma classificação de 6 no instrumento preenchido, apresentando uma independência modificada.

A expressão é trabalhada de forma verbal, sendo possível compreender que possui uma independia modificada neste domínio, nível 6, pois exprime ideias complexas ou abstratas na maioria das situações, não necessitando de ajuda.

A interação social, vista como desenvolvimento de técnicas e meios para se fazer compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, é uma atividade que a criança desempenha com uma independência completa, nível 7. Neste sentido a criança conduz

de forma apropriada as relações com os membros da equipa de saúde, com as outras crianças e com a família.

A resolução dos problemas inclui a tomada de decisões de forma razoável, segura e adaptada ao momento acerca de tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e atividades para a resolução destes problemas. Neste domínio a criança possui uma independência modificada pois reconhece os problemas, toma as decisões apropriadas, inicia e conduz uma sequência de disposições destinadas à resolução de problemas complexos na maioria das situações. Neste domínio obtém uma classificação de 6.

Relativamente à memória, esta atividade inclui as competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas. A criança em estudo possui uma independência completa nesta atividade, nível 7, reconhecendo as pessoas que encontra com frequência e lembrando-se das atividades quotidianas habituais. Para além disso executa os pedidos e as solicitações por parte de outros sem necessidade de repetição.

O sub-score cognitivo obteve uma classificação de 32.

O score total do preenchimento do instrumento de avaliação foi de 58.

30/10/2021

Aquando do dia da alta clínica da criança foi novamente aplicada a MIF, através de observação direta.

Na alimentação a criança manteve o nível de avaliação de 2, ajuda máxima.

Ao nível da higiene pessoal, banho, vestir a metade superior e inferior do corpo e utilização de sanita, a criança mantém o nível de incapacidade em executar estas tarefas, apresentando nível 1 na MIF, com necessidade de ajuda total.

Na secção do controle de esfíncteres, tanto no esfíncter vesical como intestinal a criança possui uma independência completa, nível 7, pois controla adequadamente a bexiga e a defecação, nunca estando incontinente.

Na mobilidade e transferências, ao longo deste período, verificaram-se ganhos e melhorias, aumentando o nível da MIF de 1 para 2, ajuda máxima, aquando das transferências para o leito, cadeira, cadeira de rodas e sanita. Neste domínio a criança executa 25 a 49% da transferência. Aquando da transferência para a banheira mantém o nível de dependência necessitando de ajuda total.

A locomoção é efetivada em cadeira de rodas, que a criança consegue utilizar autonomamente apenas com a mão direita, no entanto não consegue percorrer uma distância de pelo menos 15 metros. Neste sentido mantém uma classificação de 1, ajuda total.

Ao nível das escadas, a criança tem que ser totalmente transportada, necessitando de ajuda total para a realização da tarefa. Neste caso é classificado com uma pontuação de 1 na MIF, ajuda total.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 28.

Relativamente à compreensão, a criança utiliza tanto o nível auditivo como visual. Neste sentido compreende as diretivas escritas ou faladas e a conversação complexa ou abstrata na maioria das situações, não necessitando de ajuda. Assim teve uma classificação de 6 no instrumento preenchido, apresentando uma independência modificada.

A expressão é trabalhada de forma verbal, sendo possível compreender que possui uma independência modificada neste domínio, nível 6, pois exprime ideias complexas ou abstratas na maioria das situações, não necessitando de ajuda.

A interação social, vista como desenvolvimento de técnicas e meios para se fazer compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, é uma atividade que a criança desempenha com uma independência completa, nível 7. Neste sentido a criança conduz de forma apropriada as relações com os membros da equipa de saúde, com as outras crianças e com a família.

A resolução dos problemas inclui a tomada de decisões de forma razoável, segura e adaptada ao momento acerca de tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e atividades para a resolução destes problemas. Neste domínio a criança possui uma independência modificada pois reconhece os problemas, toma as decisões apropriadas, inicia e conduz uma sequência de disposições destinadas à resolução de problemas complexos na maioria das situações. Neste domínio obtém uma classificação de 6.

Relativamente à memória, esta atividade inclui as competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas. A criança em estudo possui uma independência completa nesta atividade, nível 7, reconhecendo as pessoas que encontra com frequência e lembrando-se das atividades quotidianas habituais. Para além disso executa os pedidos e as solicitações por parte de outros sem necessidade de repetição.

O sub-score cognitivo obteve uma classificação de 32.

O score total do preenchimento do instrumento de avaliação foi de 60.

3.2. Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

	15/09/2021 – 30/09/2021 – 30/10/2021				
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?		X X X			
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?			X X X		
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?					X X X
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	X X X				
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	X X X				
6. Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?	X X X				
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?					X X X
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?					X X X

9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	XXX				
10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?			XXX		
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?				XXX	
12. Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?		X	XX		
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?	X	X	X		
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	XXX				
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	XXX				
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	XXX				

17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?			XX X		
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?				X	XX
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?			X	X	X
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X	XX			
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	XX	X			
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?		X	XX		
Score	37 – 35 - 34				

Interpretação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit:

15/09/2021

No dia 15 de setembro de 2021, o instrumento de avaliação foi preenchido, através de questionário à mãe, tendo em conta a sua recordação de como se sentia no momento de entrada no serviço, obtendo-se um score de sobrecarga de 37, num total de 88. Nesta primeira avaliação a mãe referiu como aspetos mais preocupantes o facto da sua vida pessoal e social se encontrar mais descuidada, não conseguindo ter momentos de lazer e descontração. Também uma das grandes preocupações se centrou na incógnita do futuro para a criança, sentindo a mãe que o seu filho está muito dependente de si. Por fim, a insegurança relativamente a questões ligadas diretamente ao estado de saúde, também foram referidas, havendo abertura para questionar quais os pontos que lhe suscitavam maior preocupação, de modo a, numa conversa informal, poder esclarecer e elucidar. Nesse sentido as barreiras arquitetónicas no domicílio estiveram presentes no leque de cuidados, não descurando a falta de mobilidade por parte da criança e

alguns cuidados acrescidos que a mãe deverá ter em atenção, tais como a prevenção de quedas e os cuidados à pele.

30/09/2021

Posteriormente, dia 30 de setembro foi realizado um segundo preenchimento da escala, igualmente através de questionário à mãe, tendo-se verificado uma melhoria na sobrecarga da mãe no que diz respeito ao tempo que a mãe possui para si própria e para a restante família, assim como na segurança das suas ações, diminuindo o score da avaliação para 35. Previamente a esta avaliação algumas questões já tinham sido esclarecidas e elucidadas. Também foi referido à familiar que o tempo que possui para si própria e para os outros, membros da família e amigos, se constitui como tempo de qualidade, necessário para o bem-estar de qualquer ser humano. Nesse sentido, as relações sociais e as atividades de lazer estão inclusas nos cuidados à própria, sendo que a mesma só conseguirá estar totalmente disponível e empenhada no papel ativo do seu filho, se ela própria se encontrar na sua plenitude.

30/10/2021

No dia da alta clínica realizou-se um novo questionário à mãe, tornando-se evidente que a intervenção do enfermeiro de reabilitação trouxe ganhos em saúde nesta vertente pois, a avaliação da escala ainda possuiu uma diminuição para um score de 34 em 88. Nesta última avaliação foi possível observar uma mãe mais descontraída, benefício também das intervenções com a criança e com a mãe como parceira ativa nos cuidados de saúde do seu filho.

3.3. WHOQOL-bref

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	24 25 25		
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □	21 22 23		
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □	12 12 12		
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	26 27 28		

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.


		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5











		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.



		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1		3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2		4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3		5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3		5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3		5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2		4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3		5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1		3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1		3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2			5

1ª Avaliação – Representada a **preto**

2ª Avaliação – Representada a **azul**

3ª Avaliação - Representada a **vermelho**

Interpretação da WHOQOL-bref:

15/09/2021

No dia 15 de setembro de 2021, o instrumento de avaliação foi preenchido, através de questionário à mãe, tendo em conta a sua recordação de como se sentia no momento de entrada no serviço, obtendo-se um total de 24 pontos no domínio físico, 21 no psicológico, 12 nas relações sociais e 26 no meio ambiente. Aquando desta primeira avaliação a mãe referiu não possuir muito apoio por parte de familiares e amigos gerando-lhe sentimentos de tristeza e angústia. Para além disso, refere que possui dificuldades em encontrar soluções para questões burocráticas, devido ao parco transporte que possui, tendo em conta o encargo de uma criança com necessidade de acessibilidades. As questões físicas também foram mencionadas, tais como a dificuldade em dormir e na concentração, visto se encontrar num meio hospitalar.

30/09/2021

Posteriormente, dia 22 de setembro foi realizado um segundo preenchimento da escala, igualmente através de questionário à mãe, tendo-se verificado uma melhoria nos domínios físico, aumentando para 25, psicológico, aumentando para 22, e meio ambiente, aumentando para 27. Nesta avaliação foi possível observar uma mãe mais descontraída, com maior segurança aquando dos cuidados do filho, proporcionando uma maior autoestima e, conseqüentemente, aumento da qualidade de vida.

30/10/2021

No dia da alta clínica realizou-se um novo questionário à mãe, tendo-se verificado que o nível de qualidade de vida percecionado pela mesma ainda teve um aumento nos domínios psicológico, aumentando para 23 e meio ambiente também aumentando 1 valore, de 27 para 28.

4. Plano de Cuidados

FOCO: Movimento Corporal		
Diagnóstico: Movimento corporal comprometido.		
Data de início\termo	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	<p>Dimensão: Movimento Corporal</p> <p>1º Executar técnica de exercício musculares e articulares passivos (prevenindo ou reduzindo as contraturas e deformidades, incrementando a função motora).</p> <p>2º Executar técnica de exercícios musculares e articulares ativos-resistidos.</p> <p>3º Executar técnica de exercícios musculares e articulares com alongamentos (alongamentos são usados para aumentar a flexibilidade das fibras musculares, melhorar a <i>performance</i> e reduzir o risco de traumatismo).</p>	<p>15/09 – Força muscular mais elevada no hemicorpo direito. Observam-se limitações nas amplitudes articulares.</p> <p>30/09 – Mantém maior força no hemicorpo direito. Membros inferiores possuem maior capacidade para força. É possível observar ligeiros aumentos das amplitudes articulares.</p> <p>30/10 – Após as intervenções da enfermagem de reabilitação verificam-se ganhos na força muscular, não só nos membros inferiores, como também em alguns segmentos dos membros superiores. Nos membros inferiores também se verificaram melhorias nas amplitudes articulares, principalmente na flexão, abdução e rotação medial do quadril, flexão do joelho, e</p>

		eversão da tibiotalar, dificultadas pela presença de espasticidade de algumas articulações.
<p>FOCO: Movimento Corporal</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p>		
Data de início\termo	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>30/09 – A criança apenas possui algumas noções de exercícios musculares e articulares.</p> <p>30/10 – É possível verificar que a criança já possui mais conhecimentos acerca de técnicas de exercício muscular e articular, sugerindo formas de realizar os mesmos quando da intervenção do enfermeiro de reabilitação.</p>
<p>FOCO: Movimento Corporal</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a consciencialização de relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre prevenção de rigidez articular.</p>		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre os exercícios musculares e articulares.</p> <p>3º Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de rigidez articular.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento de exercícios musculares e articulares.</p> <p>30/09 – A mãe possui poucos conhecimentos acerca de exercícios musculares e articulares.</p> <p>30/10 - Consciencialização da mãe sobre relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento melhorada. Conhecimento da mãe sobre os exercícios musculares e articulares melhorado. Conhecimento da mãe sobre prevenção de rigidez articular melhorado.</p>
<p>FOCO: Movimento Corporal</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Analisar com a mãe a relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento.</p> <p>2º Avaliar capacidade da mãe para executar técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<p>15/09 – A mãe não executa exercícios musculares e articulares.</p> <p>30/09 – A mãe tentar realizar alguns exercícios musculares e articulares, ainda sem destreza.</p>

	<p>2º Ensinar a mãe sobre exercícios musculares e articulares (mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular).</p> <p>3º Instruir a mãe sobre exercícios musculares e articulares (mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular).</p> <p>4º Ensinar a mãe sobre prevenção de rigidez articular.</p>	30/10 - Capacidade da mãe para executar os exercícios musculares e articulares melhorada.
<p>FOCO: Papel Parental</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a consciencialização sobre papel parental.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar papel parental especial durante a hospitalização.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar papel parental especial no domicílio.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>22/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Analisar com a mãe o papel parental durante a hospitalização.</p> <p>2º Analisar com a mãe o papel parental no domicílio.</p> <p>3º Apoiar o papel parental.</p> <p>4º Incentivar o papel parental.</p> <p>5º Promover o desenvolvimento do papel parental.</p> <p>6º Negociar o papel parental.</p> <p>7º Orientar a mãe para serviço de saúde.</p>	<p>30/09 – Papel parental muito presente, participativo e consciente durante a hospitalização. Consciencialização da mãe sobre o papel parental.</p>
<p>FOCO: Úlcera por Pressão</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre úlcera por pressão.</p>		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de úlceras por pressão.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre vigilância da pele.</p> <p>3º Avaliar conhecimento da mãe sobre posicionamentos.</p> <p>4º Avaliar conhecimento da mãe sobre produtos de apoio.</p> <p>5º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Conhecimento por parte da mãe sobre prevenção de úlceras por pressão limitado. Possui noções básicas de prevenção de úlceras por pressão.</p> <p>30/09 - Conhecimento da mãe sobre úlceras por pressão melhorado.</p> <p>30/10 – Conhecimento mais profundo sobre úlceras por pressão e formas preventivas, assim como de vigilância da pele e produtos de apoio existentes.</p>
<p>FOCO: Úlcera por Pressão</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para prevenir úlcera por pressão.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre úlceras por pressão: Vigiar alterações e condições de risco; Dispositivos auxiliares; Posicionamentos; Produtos de apoio para o domicílio.</p>	<p>15/09 – Mãe faz avaliação da pele diariamente.</p> <p>30/09 – A mãe avalia pele e zonas de pressão e posiciona corretamente a criança.</p> <p>30/10 - Capacidade da mãe para prevenir úlceras por pressão melhorada.</p>

	<p>2º Instruir/treinar a mãe para prevenir úlceras por pressão: Avaliar zona de pressão através de dispositivos; Utilizar dispositivos de prevenção de úlceras por pressão; Posicionar.</p> <p>3º Providenciar material informativo.</p>	
<p>FOCO: Dor</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento da criança sobre dor.</p> <p>2º Avaliar o conhecimento da criança sobre estratégias de alívio da dor.</p> <p>3º Ensinar a criança sobre dor.</p> <p>4º Ensinar a criança sobre estratégias não farmacológicas.</p> <p>5º Ensinar a criança sobre regime medicamentoso.</p>	<p>15/09 – Pouco conhecimento da criança sobre dor e estratégias para a contornar.</p> <p>30/09 – Criança possui algum conhecimento sobre dor.</p> <p>30/10 – Criança sabe o que é a dor, consegue identificá-la e adquirir estratégias para o seu alívio.</p>
<p>FOCO: Dor</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações

<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre dor.</p> <p>2º Avaliar o conhecimento da mãe sobre estratégias de alívio da dor.</p>	<p>15/09 – Pouco conhecimento da mãe sobre dor e estratégias para a contornar, sentindo-se impotente quando o filho possui dor.</p> <p>30/09 – Mãe possui algum conhecimento sobre dor, regime medicamentoso e estratégias não farmacológicas para alívio da dor.</p> <p>30/10 – Conhecimento da mãe sobre dor, regime medicamentoso e estratégias não farmacológicas para alívio da dor melhorado.</p>
<p>FOCO: Dor</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para estratégias de alívio da dor.</p>		
<p>Data de início/término</p>	<p>Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem</p>	<p>Avaliações</p>
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre dor.</p> <p>2º Ensinar a mãe a vigiar a dor.</p> <p>3º Ensinar a mãe a gerir a dor.</p> <p>4º Ensinar a mãe sobre regime medicamentoso.</p> <p>5º Ensinar a mãe sobre medidas não farmacológicas para aliviar a dor.</p>	<p>30/09 – Não possui capacidade para inibir dor e estratégias para a contornar, sentindo-se impotente quando o filho possui dor.</p> <p>30/09 – Mãe sabe vigiar a dor e utiliza estratégias medicamentosas e não farmacológicas para o seu alívio.</p> <p>30/10 – Capacidade para alívio de dor melhorada.</p>

FOCO: Espasticidade		
Diagnóstico: Espasticidade em grau elevado.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	<p>Dimensão: Espasticidade</p> <p>1º Monitorizar espasticidade.</p> <p>2º Posicionar em padrão antiespástico.</p> <p>3º Aplicar talas compressoras (Margaret Johnson).</p> <p>4º Executar exercícios musculares e articulares.</p> <p>5º Executar técnica de relaxamento (alongamento estático e dinâmico).</p> <p>6º Executar técnica de massagem.</p> <p>7º Diminuir os estímulos que possam desencadear a espasticidade.</p>	<p>15/09 – Através da aplicação do instrumento de avaliação foi possível verificar a presença de espasticidade em grau elevado nos membros superiores e espasticidade em grau reduzido nos membros inferiores.</p> <p>30/09 – Realizada nova avaliação, após as intervenções de enfermagem de reabilitação demonstrando uma melhoria a nível da espasticidade na adução da articulação coxofemoral.</p> <p>30/10 – Com a continuação das intervenções de enfermagem de reabilitação foi notória a melhoria a nível da espasticidade, tanto nos membros superiores como nos membros inferiores.</p>
FOCO: Espasticidade		
Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.		

Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>2º Avaliar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>3º Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>4º Ensinar sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.</p>	<p>15/09 – Criança não possui conhecimentos sobre exercícios e posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>30/09 – Parco conhecimento da criança a nível das técnicas de exercícios e posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>30/10 – Conhecimento da criança mãe sobre os exercícios musculares e articulares melhorado. Conhecimento da criança sobre posicionamento em padrão antiespástico melhorado.</p>
<p>FOCO: Espasticidade</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações

<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>2º Ensinar a mãe sobre exercícios musculares e articulares.</p>	<p>15/09 – Mãe não possui conhecimentos sobre exercícios e posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>30/09 – Parco conhecimento da mãe sobre posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>Parco conhecimento da mãe sobre os exercícios musculares e articulares.</p> <p>30/10 - Conhecimento da mãe sobre posicionamento em padrão antiespástico melhorado. Conhecimento da mãe sobre os exercícios musculares e articulares melhorado.</p>
<p>FOCO: Espasticidade</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar capacidade para executar posicionamento em padrão antiespástico.</p>		
<p>Data de início/término</p>	<p>Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem</p>	<p>Avaliações</p>
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Instruir/treinar mãe sobre posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>2º Instruir/treinar mãe sobre técnica de exercícios musculares e articulares.</p>	<p>15/09 – Mãe não sabe posicionar em padrão antiespástico nem realizar técnicas de exercícios musculares e articulares.</p> <p>30/09 – Mãe posiciona em padrão antiespástico, com alguns pequenos erros, no</p>

		<p>enanto não demonstra destreza nem confiança na execução de técnicas de exercícios musculares e articulares.</p> <p>30/10 - Capacidade da mãe para executar posicionamento em padrão antespástico melhorada. Capacidade da mãe para executar exercícios musculares e articulares melhorada.</p>
<p>FOCO: Ventilação</p> <p>Diagnóstico: Ventilação comprometida.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Ventilação</p> <p>1º Avaliar respiração.</p> <p>2º Avaliar ventilação.</p> <p>3º Auscultar tórax.</p> <p>4º Executar técnica de posicionamento para otimizar ventilação: Elevar a cabeceira da cama entre 30-45º, de acordo com a tolerância.</p> <p>5º Executar técnicas respiratórias:</p> <p>- Exercícios de tomada de consciência da respiração adaptando a linguagem à faixa etária da criança; usar o brinquedo para a tomada de consciência. Recorrer ao</p>	<p>15/09 – Apresenta esforço respiratório a pequenos esforços. Com amplitude aumentada, mas simétrica.</p> <p>30/09 – Apresenta esforço respiratório a pequenos esforços. Com amplitude aumentada, mas simétrica. Utilização de músculos acessórios na expiração. Respiração predominantemente abdominal.</p> <p>30/10 - Ventilação melhorada. Apresenta melhorias a nível do esforço respiratório.</p>

pensamento mágico e a histórias fantásticas e de super-heróis, associando a música de acordo com os gostos da criança.

- Dissociar tempos respiratórios usando linguagem e dispositivos adequado para o ensino. Controlar a inspiração/expiração. Expirar com lábios semicerrados, promovendo as trocas gasosas e mantendo uma queda gradual da pressão alveolar, evitando o colapso.

- Inspirações e expirações profundas com exercitador respiratório, inspirometro de incentivo e recurso a adaptação de outros brinquedos (balões, bolinhas de sabão, bolhas na água, moinhos de vento, sopradores de festa), permitindo o aumento da expansão pulmonar pela diminuição espontânea da pressão pleural.

- Exercícios seletivos ou globais: reeducação funcional do diafragma com resistência ou carga (sacos de areia); reeducação costal global seletiva; expansão torácica dirigida. Manobras de compressão e descompressão do tórax e de respiração segmentar, com a compreensão da técnica por parte da criança e a sua colaboração ativa durante a intervenção.

6º Incentivar o uso de técnicas respiratórias.

7º Incentivar o uso de dispositivos respiratórios.

8º Incentivar repouso.

9º Monitorizar frequência respiratória.

10º Monitorizar saturação periférica de oxigénio.

11º Observar tórax.

	<p>12º Otimizar ventilação através de técnica de posicionamento.</p> <p>13º Planear atividade física.</p> <p>14º Vigiar consciência.</p> <p>15º Vigiar pele.</p> <p>16º Vigiar ventilação (Respiração abdominal, torácica ou mista. Respiração com uso de músculos acessórios. Ritmo regular ou irregular. Amplitude superficial, normal ou profunda. Expansão torácica simétrica ou assimétrica. Tempo inspiratório curto ou prolongado. Tempo expiratório curto ou prolongado. Presença de ruídos adventícios).</p> <p>17º Vigiar respiração (Esforço respiratório em repouso, para pequenos esforços, para médios esforços ou para grandes esforços. Sem esforço respiratório. Pele e mucosa labial normocoradas ou cianosadas).</p>	
<p>FOCO: Ventilação</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre técnica de posicionamento.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnicas respiratórias.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar da ventilação.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento da criança sobre autocontrolo do padrão respiratório.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da criança sobre dispositivo auxiliar da ventilação.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento sobre técnica de posicionamento, autocontrolo da respiração e técnicas respiratórias.</p>

	<p>3º Avaliar conhecimento da criança sobre técnicas respiratórias.</p> <p>4º Avaliar conhecimento da criança sobre técnica de posicionamento.</p> <p>5º Ensinar a criança sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.</p> <p>6º Instruir/treinar a criança para executar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.</p> <p>7º Assistir a criança a otimizar ventilação através de técnicas respiratórias.</p> <p>8º Assistir a criança a otimizar a ventilação através de dispositivos.</p>	<p>30/09 – Conhecimento sobre técnica de posicionamento, autocontrolo da respiração e técnicas respiratórias pouco controlado.</p> <p>30/10 - Conhecimento da criança sobre técnica de posicionamento melhorado. Conhecimento da criança sobre técnicas respiratórias melhorado. Capacidade da criança para executar técnicas respiratórias melhorada.</p>
<p>FOCO: Ventilação</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre técnica de posicionamento.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre técnicas respiratórias.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre dispositivos ventilatórios.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a</p> <p>30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre técnica de posicionamento.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre técnicas respiratórias.</p> <p>3º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivos ventilatórios.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento sobre técnica de posicionamento, autocontrolo da respiração e técnicas respiratórias. Conhecimento sobre dispositivo ventilatório que a criança necessita de utilizar no período noturno.</p> <p>30/09 – Conhecimento sobre técnica de posicionamento, autocontrolo da respiração e</p>

		<p>técnicas respiratórias pouco controlado. Possui conhecimento sobre dispositivo ventilatório que possui no domicílio.</p> <p>30/10 - Conhecimento da mãe sobre técnicas de posicionamento melhorado. Conhecimento da mãe sobre técnicas respiratórias melhorado. Conhecimento da mãe sobre dispositivos ventilatórios melhorado.</p>
<p>FOCO: Ventilação</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar a capacidade para executar técnicas respiratórias.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar técnica de posicionamento.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar a capacidade para usar dispositivos ventilatórios.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre técnica de posicionamento.</p> <p>2º Instruir/treinar mãe a executar técnica de posicionamento.</p> <p>3º Assistir a mãe a executar técnica de posicionamento.</p> <p>4º Ensinar a mãe sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.</p> <p>6º Instruir/treinar a mãe para executar técnicas respiratórias para otimização da ventilação.</p>	<p>15/09 – Sem capacidade para executar técnica de posicionamento, autocontrolo da respiração e técnicas respiratórias.</p> <p>30/09 – Capacidade para técnica de posicionamento melhorada. Capacidade para execução de técnicas de autocontrolo da</p>

	<p>7º Assistir a mãe a executar técnicas respiratórias para otimização da ventilação.</p> <p>8º Ensinar a mãe a otimizar a ventilação com recurso a dispositivos ventilatórios.</p> <p>9º Instruir a mãe a otimizar a ventilação com recurso a dispositivos ventilatórios.</p> <p>10º Assistir a mãe a otimizar a ventilação com recurso a dispositivos ventilatórios.</p>	<p>respiração e técnicas respiratórias pouco controlado.</p> <p>30/10 - Capacidade da mãe para executar técnica de posicionamento melhorada. Capacidade da mãe para executar técnicas respiratórias melhorada. Capacidade da mãe para usar dispositivos ventilatórios melhorada.</p>
<p>FOCO: Intolerância à Atividade</p> <p>Diagnóstico: Intolerância à atividade.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Intolerância à atividade</p> <p>1º Avaliar intolerância à atividade.</p> <p>2º Planear a atividade.</p> <p>3º Gerir a atividade física.</p> <p>4º Planear o repouso.</p> <p>5º Negociar atividade física.</p> <p>6º Executar exercícios.</p> <p>7º Supervisionar resposta ao exercício.</p>	<p>15/09 - Apresenta cansaço fácil aquando da realização de mobilizações e exercícios. Movimentos corporais são cansativos.</p> <p>30/09 – Apresenta cansaço fácil aquando da realização de mobilizações e exercícios. Movimentos corporais são cansativos.</p> <p>30/10 – Melhoria da tolerância à atividade física, verificando-se, na escala de Borg modificada, uma redução de dispneia moderada aquando do exercício para um nível</p>

		de dispneia leve. Também em repouso se verificaram melhorias, não apresentando agora dispneia.
FOCO: Intolerância à Atividade Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre conservação de energia. Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnica de exercício.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	Dimensão: Conhecimento 1º Avaliar conhecimento sobre hábitos de exercício. 2º Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia.	15/09 – Défice conhecimento da criança sobre exercícios e técnicas de conservação de energia. 30/09 – Algum conhecimento da criança sobre exercícios e técnicas de conservação de energia. 30/10 - Conhecimento da criança sobre técnica de exercício melhorada, assim como de técnicas para conservação de energia.
FOCO: Intolerância à Atividade Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar a capacidade de executar técnica de conservação de energia. Potencial da criança para melhorar a capacidade executar técnica de exercício.		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Aprendizagem das Capacidades</p> <p>1º Ensinar a criança sobre técnicas de conservação de energia.</p> <p>2º Instruir a criança sobre técnicas de conservação de energia.</p> <p>3º Ensinar a criança sobre exercícios.</p> <p>4º Instruir/treinar a criança para a execução de exercícios (ex. fortalecimento muscular)</p>	<p>15/09 – Criança não executa técnicas de conservação de energia nem exercícios.</p> <p>30/09 – Criança consegue utilizar técnicas de conservação de energia aquando do exercício.</p> <p>30/10 – Criança executa corretamente exercícios e técnicas de conservação de energia ao longo dos mesmos.</p>
<p>FOCO: Intolerância à Atividade</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre conservação de energia.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre técnica de exercício.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre técnica de exercício.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre técnica de conservação de energia.</p>	<p>15/09 – Défice conhecimento da mãe sobre exercícios e técnicas de conservação de energia.</p> <p>30/09 – Algum conhecimento da mãe sobre exercícios e técnicas de conservação de energia.</p>

		30/10 - Conhecimento da mãe sobre técnica de exercício melhorada, assim como de técnicas para conservação de energia.
<p>FOCO: Intolerância à Atividade</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para assistir na técnica de conservação de energia.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar a capacidade para assistir na técnica de exercício.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre técnicas de conservação de energia.</p> <p>2º Instruir a mãe para assistir nas técnicas de conservação de energia.</p> <p>3º Ensinar a mãe sobre vigilância na resposta à atividade.</p> <p>5º Ensinar a mãe sobre técnicas de exercício.</p> <p>6º Instruir/treinar a mãe para assistir nas técnicas de exercício.</p>	<p>15/09 – Défice de capacidade da mãe sobre exercícios e técnicas de conservação de energia.</p> <p>30/09 – Mãe consegue assistir em exercícios e técnicas de conservação de energia.</p> <p>30/10 - Capacidade da mãe para assistir na técnica de exercício melhorada.</p>
<p>FOCO: Posicionar-se</p> <p>Diagnóstico: Posicionar-se comprometido.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre posicionar-se.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se</p>		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	Dimensão: Posicionar-se 1º Posicionar a criança. 2º Assistir a criança a posicionar-se. 3º Incentivar a criança a posicionar-se. 4º Avalia conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se. 5º Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação posicionar-se. 6º Ensinar a criança sobre o posicionar-se: Medidas de segurança, posicionamentos e dispositivo auxiliar.	15/09 - Criança não possui conhecimento sobre posicionar-se, nem possui dispositivo auxiliar. 30/09 - Criança possui conhecimento sobre posicionar-se, nem possui dispositivo auxiliar. 30/10 - Conhecimento da criança sobre posicionar-se melhorado. Criança possui dispositivo auxiliar para posicionar-se e como o mesmo funciona.
FOCO: Posicionar-se Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre o posicionar-se. Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Avaliar conhecimento da mãe sobre conhecimento de posicionamentos. 2º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.	15/09 – Mãe não possui conhecimentos específicos sobre como posicionar. Não possui conhecimentos sobre dispositivos auxiliares para o posicionamento.

		<p>30/09 - Mãe possui conhecimentos sobre como posicionar, mas não específicos. Não possui conhecimentos sobre dispositivos auxiliares para o posicionamento.</p> <p>30/10 - Conhecimento da mãe sobre o posicionar-se melhorado. Conhecimento sobre dispositivo auxiliar e correta colocação do mesmo.</p>
<p>FOCO: Posicionar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para assistir no posicionar-se.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre o posicionar-se.</p> <p>2º Ensinar a mãe sobre o posicionar-se: Medidas de segurança, dispositivo auxiliar e adaptação ao domicílio.</p> <p>3º Ensinar a mãe para assistir no posicionar-se.</p> <p>4º Instruir/treinar a mãe a assistir no posicionar-se.</p> <p>5º Assistir a mãe a assistir no posicionar-se.</p>	<p>15/09 – Mãe não possui capacidade para posicionar corretamente.</p> <p>30/09 – Mãe posiciona corretamente, não utilizando dispositivos auxiliares de posicionamento.</p> <p>30/10 - Capacidade da mãe para assistir no posicionar-se melhorada, assim como utilização de dispositivos auxiliares.</p>
<p>FOCO: Erguer-se</p>		

Diagnóstico: Erguer-se comprometido.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	Dimensão: Erguer-se 1º Assistir a criança no erguer-se.	15/09 – A criança não consegue erguer-se. 30/09 – Consegue erguer-se com auxílio de standing frame mobile e talas de barbas e plano inclinado dorsal. 30/10 - Erguer-se melhorado, com dispositivo auxiliar standing frame mobile. Criança consegue identificar condições de segurança.
FOCO: Erguer-se Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para erguer-se. Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	Dimensão: Conhecimento 1º Avaliar conhecimento da criança sobre técnica de adaptação para erguer-se. 2º Avaliar conhecimento da criança sobre dispositivo auxiliar para erguer-se. 3º Ensinar a criança sobre o erguer-se: Condições de segurança. Dispositivo auxiliar para erguer-se. Técnica de adaptação para erguer-se. 4º Ensinar a criança sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.	15/09 – Criança não possui conhecimento de como poderá erguer-se. 30/09 – Pouco conhecimento por parte da criança para erguer-se. Com conhecimento de dispositivos auxiliares para se conseguir erguer.

	<p>5º Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para erguer-se.</p> <p>6º Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para erguer-se.</p> <p>7º Instruir/treinar a criança para o uso de dispositivo auxiliar para erguer-se.</p> <p>8º Incentivar a criança a erguer-se.</p>	<p>30/10 - Conhecimento da criança para erguer-se melhorado. Capacidade da criança para erguer-se melhorada.</p>
<p>FOCO: Erguer-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre o erguer-se.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para erguer-se.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre o erguer-se.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre adaptação do domicílio para erguer-se.</p> <p>3º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.</p>	<p>15/09 - Parco conhecimento da mãe sobre dispositivos auxiliares para erguer-se.</p> <p>30/09 – Conhecimento da mãe sobre o erguer-se melhorado.</p> <p>30/10 – Pleno conhecimento de como auxiliar para erguer-se, assim como na utilização de dispositivo auxiliar.</p>
<p>FOCO: Erguer-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para assistir no erguer-se.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações

<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar mãe sobre o erguer-se: Medidas de segurança. Dispositivo auxiliar.</p> <p>2º Ensinar a mãe sobre adaptação do domicílio para erguer-se.</p> <p>3º Instruir a mãe a assistir no erguer-se.</p>	<p>15/09 – Mãe auxilia no erguer-se, no entanto sem dispositivo auxiliar nem medidas de segurança.</p> <p>30/09 – Mãe assiste no erguer com correta colocação de dispositivo auxiliar e medidas de segurança.</p> <p>30/10 - Capacidade da mãe para assistir no erguer-se, através de dispositivos auxiliares, melhorada.</p>
<p>FOCO: Transferir-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre transferir-se.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se.</p> <p>Potencial da mãe para melhorar capacidade para assistir no transferir-se.</p>		
<p>Data de início/término</p>	<p>Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem</p>	<p>Avaliações</p>
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre adaptação do domicílio para transferir-se.</p> <p>2º Ensinar a mãe sobre transferir: Medidas de segurança. Adaptação do domicílio.</p> <p>Instruir/treinar a mãe a assistir no transferir-se.</p>	<p>15/09 – Conhecimento da mãe sobre algumas estratégias na transferência.</p> <p>30/09 – Conhecimento da mãe sobre transferir-se melhorado.</p> <p>30/10 - Capacidade da mãe para assistir no transferir-se melhorada.</p>

FOCO: Mover-se em Cadeira de Rodas		
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.		
Potencial para melhorar conhecimento sobre mover-se em cadeira de rodas.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.</p> <p>2º Avaliar conhecimento sobre mover-se em cadeira de rodas.</p> <p>3º Ensinar sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.</p> <p>4º Ensinar sobre mover-se em cadeira de rodas.</p>	<p>15/09 – Conhece dispositivo auxiliar para mover-se em cadeira de rodas. Não identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para mover-se em cadeira de rodas.</p> <p>30/09 - Identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para mover-se em cadeira de rodas.</p> <p>30/10 – Conhece indicações de segurança para cadeira de rodas.</p>
FOCO: Mover-se em Cadeira de Rodas		
Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se me cadeira de rodas.</p>	<p>15/09 – Conhece dispositivo auxiliar para mover-se em cadeira de rodas. Não identifica</p>

	2º Ensinar a mãe sobre adaptação do domicílio para mover em cadeira de rodas.	barreiras arquitetônicas no domicílio para cadeira de rodas. 30/09 - Identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para cadeira de rodas. 30/10 – Conhece indicações de segurança para cadeira de rodas.
FOCO: Autocuidado Higiene		
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.		
Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	Dimensão: Conhecimento 1º Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene. 2º Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene. 3º Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene. 4º Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.	15/09 – Não conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares. 30/09 - Conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares. 30/10 – Identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para o autocuidado: higiene.
FOCO: Autocuidado Higiene		
Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.		

Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p> <p>3º Ensinar mãe sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>4º Ensinar mãe sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>15/09 – Não conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>30/09 - Conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>30/10 – Identifica barreiras arquitetônicas no domicílio para o autocuidado: higiene.</p>
<p>FOCO: Queda</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre risco de queda.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 30/10/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de quedas.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre vigilância dos riscos.</p> <p>3º Avaliar conhecimento da mãe sobre posicionamentos.</p> <p>4º Avaliar conhecimento da mãe sobre produtos de segurança/preventivos.</p> <p>5º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Conhecimento por parte da mãe sobre prevenção de quedas limitado. Possui noções básicas de prevenção de quedas.</p> <p>30/09 - Conhecimento da mãe sobre prevenção de quedas melhorado.</p>

		30/10 – Conhecimento mais profundo sobre quedas e formas preventivas, assim como de vigilância do ambiente e produtos de segurança existentes.
<p>FOCO: Queda</p> <p>Diagnóstico: Potencial da mãe para melhorar capacidade para prevenir quedas.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 30/10/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar a mãe sobre quedas: Vigiar alterações do ambiente e condições de risco; Dispositivos de segurança; Posicionamentos; Produtos de apoio para o domicílio.</p> <p>2º Instruir/treinar a mãe para prevenir quedas: Avaliar possíveis riscos; Utilizar dispositivos de segurança; Posicionar.</p> <p>3º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Mãe faz avaliação do risco de queda constantemente nas suas intervenções.</p> <p>30/09 – A mãe avalia riscos e posiciona corretamente a criança tendo em conta as condições e produtos de segurança existentes.</p> <p>30/10 - Capacidade da mãe para prevenir quedas melhorada.</p>

APENDICE VII – CASO 4

Descrição do Caso 4

1. Colheita de Dados

Dados Gerais	
Identificação	Caso 4
Idade	11 anos
Género	Masculino
Nacionalidade	Portugal
Agregado Familiar	Vive com a mãe, pai e irmã mais nova
Produtos de Apoio	Cadeira de transporte
Nível de Escolaridade	5º ano
Residência	Morada sem barreiras arquitetónicas de acesso
Dados de Saúde	
Antecedentes Pessoais	Previamente saudável
Alergias	Desconhece
Regime medicamentoso	Gabapentina 150mg 9-13-19. Levetiracetam 150mg 10-22h. Risperidona 0,25mg 10h. Risperidona 0,8mg 22h. Diazepam 5mg SOS retal.
Diagnóstico	TCE grave

2. Historial de Saúde

Criança de 11 anos que, a 16/07/2021, foi vítima de acidente de viação cinética com queda de viatura de cerca de 30 metros e projeção cerca de mais 5 metros (que seguiria sem cinto de

segurança), com embate em área rochosa com traumatismo craniano grave e perda de massa encefálica. De salientar que irmã de 14 anos faleceu no local.

No local com Glasgow de 6, com anisocoria franca e movimentos de descorticação. Transportado para o Hospital, onde à chegada com fibrilação ventricular, recuperando com massagem cardíaca. Realizou vários Exames Complementares de Diagnóstico ficando com os seguintes diagnósticos:

- TCE grave
- Esfacelo cervical posterior
- Fratura da mandíbula
- Avulsão parcial da orelha esquerda
- Fratura exposta do úmero próxima à esquerda
- Lesão Renal Aguda

No Hospital, a 16/07/2021, foi submetido a craniectomia de decompressão. Ficando internado na unidade de cuidados intensivos.

A 21/07/2021 foi transferido para o Hospital de Santa Maria.

Dia 23/07/2021 foi intervencionado pela cirurgia plástica, que realizou desbridamento cirúrgico de bordos necrosados da sutura craniana e do esfacelo retroauricular com encerramento com retalho traumático. Devido a saída de líquor região retroauricular, a neurocirurgia interviu durante este procedimento, realizando reforço da duroplastia em região temporal exposta. Pela ortopedia foi submetido a redução aberta da fratura do úmero esquerdo com fixação de fios.

Esteve com ventilação invasiva até ao quarto dia de internamento, tendo sido extubado sem intercorrências, ficando em ar ambiente com boas saturações de oxigénio periféricas.

Durante internamento na apresentou-se com picos febris, tendo sido isolado nas secreções brônquicas *Pseudomonas aeruginosa*.

A nível neurológico foi-se apresentando mais reativo, com pupilas isocóricas e isoreativas, emitindo sons inespecíficos. Com movimentos espontâneos do membro inferior esquerdo. Movimentos do hemicorpo à direita de menor amplitude e menos frequentes.

Alimentado via enteral com sonda orogástrica por onde cumpria esquema alimentares de nutrinimax com tolerância progressiva.

Desde o sexto dia de internamento com episódios de poliúria, pelo que foi referenciado à nefrologia pediátrica, tendo cumprido administrações de desmopressina.

A dia 28/07/2021, transferido para o serviço de cirurgia pediátrica, para manutenção dos cuidados.

À chegada ao serviço de cirurgia pediátrica a criança apresentava um score na escala de Glasgow de 9, tendo vindo a evoluir favoravelmente, encontrando-se atualmente num score de 12. Abertura ocular espontânea, cumpre ordens e emite sons inespecíficos. Pupilas isocóricas e isoreativas.

No início do internamento apresentou aparentes episódios convulsivos, manifestados por agitação psicomotora, sudorese, movimentos de mastigação, tendo sido revista a terapêutica pela neuropediatria (iniciou levetiracetam e ajustou fenitoina). Sem novos episódios a relatar após o reajuste.

Pele pálida e mucosas rodadas, hidratado. Apresenta abaulamento frentoparietotemporal à esquerda.

Eupneico a ar ambiente sem sinais de dificuldade respiratória.

Apirético desde dia 29/07/2021 (último pico de 38,6°C).

Tendencialmente bradicárdico, com frequência cardíaca de 44 batimentos por minuto a dormir.

Inicialmente alimentado pela sonda orogástrica, até dia 03/08/2021, dia em que a exteriorizou. Desde então foi alimentado via oral de uma dieta mole, com apetite e tolerância.

Apresentava cicatrizes cranianas, pré-auriculares, retroauriculares e cervicais à esquerda com boa evolução cicatricial.

A nível occipital com úlcera pressão de grau 2 (+- 6x3cm) com tecido de granulação e fibrina, bordos com tecido de epitelização. Tendo sido o seu tratamento instituído com Algivon e Allewyn Classic.

A nível do dorso à esquerda apresenta lesão (+- 1x1cm) com tecido de fibrina e epitelização nos bordos. Apicado o mesmo tratamento, Algivon e penso simples.

Pela fratura do úmero à esquerda, cumpriu utilização de suspensão braquial com banda torácica, que retirou a 11/08/2021.

Apresentava membro superior direito com flexão, com dor à sua extensão, confirmando-se fratura do cotovelo após realização de TAC.

Cumpriu utilização de tala no punho à direita, que foi reajustada por maceração a nível do pulso.

Relativamente à eliminação urinária, apresentou débitos urinários elevados, com necessidade de cumprir desmopressina, que suspendeu a dia 19/08/2021. Foi desalgaliado a dia 11/08/2021, tendo urinado espontaneamente na fralda e no urinol quando oferecido. Débitos urinários atuais adequados.

Com transito intestinal mantido.

A partir do dia 18/08/2021 ficou com indicação para levantar para cadeirão que tem cumprido diariamente sem intercorrências.

Esteve sempre acompanhado pelo seu pai, o avô materno e a sua mãe de forma alternada, que se demonstraram colaborantes na recuperação da criança.

De salientar que o seu pai e mãe têm apoio psicológico. A mãe encontra-se medicada, ao invés do pai, que recusou qualquer terapêutica.

3. Aplicação dos Instrumentos de Avaliação

3.1. Medida de Independência Funcional [MIF]

Datas		10/09/2021	30/09/2021	30/10/2021
Autocuidados	A - Alimentação	2	4	6
	B - Higiene Pessoal	2	4	7
	C - Banho	2	3	6
	D - Vestir metade superior	2	3	7
	E – Vestir metade inferior	2	3	7
	F – Utilização da sanita	2	3	6
Controlo dos Esfíncteres	G - Bexiga	7	7	7
	H - Intestino	7	7	7
Mobilidade - Transferências	I – Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	2	4	7
	J - Sanita	2	4	7
	K – Banheira, Duche	2	3	6
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas	1	5	6
	M - Escadas	1	1	3
Sub - Score Motor		34	51	82
Comunicação	N - Compreensão	3	5	6
	O - Expressão	2	3	5
Cognição Social	P – Interação Social	2	4	6
	Q – Resolução de Problemas	2	4	6
	R - Memória	2	4	7
Sub – Score Cognitivo		11	20	30
SCORE		45	71	112

Legenda:

Independência:

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência Modificada (ajuda técnica)

Dependência Modificada

5 – Supervisão

4 – Ajuda Mínima (pessoa participa em $\geq 75\%$)

3 – Ajuda Moderada (pessoa participa em $\geq 50\%$)

Dependência Completa

2 – Ajuda Máxima (pessoa participa em $\geq 25\%$)

1 – Ajuda Total (pessoa participa em $\leq 25\%$)

Sub-score Motor – Entre 13 - 91

Sub-Score Cognitivo – Entre 5 – 35

Score – Entre 18 - 126

Interpretação da MIF:

02/09/2021

Através de entrevista à mãe, assim como consulta do preenchimento da MIF, quando da entrada da criança no serviço de internamento, foi possível verificar que a mesma apresenta um score total no instrumento de avaliação de 45.

Relativamente aos autocuidados, tais como a alimentação, higiene pessoal, banho, vestir a metade superior e inferior do corpo e utilização de sanita a criança consegue realizar 25% a 49% das, apresentando nível 2 na MIF, com necessidade de ajuda máxima.

Na secção do controle de esfíncteres, tanto no esfíncter vesical como intestinal a criança possui uma independência completa, nível 7, pois controla adequadamente a bexiga e a defecação, nunca estando incontinente.

Aquando da avaliação da mobilidade da criança, assim como das transferências da mesma, todos os itens (transferências para leito, cadeira, cadeira de rodas, sanita, sanita, banheira e duche) apresentam uma classificação de nível 2 na MIF, visto a criança necessitar de ajuda máxima para a realização das mesmas.

A locomoção é efetivada em cadeira de rodas, que a criança não consegue conduzir, necessitando da ajuda de outro para a tarefa. Neste sentido obtém uma classificação de 1, ajuda total.

Ao nível das escadas, a criança tem que ser totalmente transportada, necessitando de ajuda total para a realização da tarefa. Neste caso é classificado com uma pontuação de 1 na MIF, ajuda total.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 34.

Relativamente à compreensão, a criança utiliza tanto o nível auditivo como visual. Neste sentido entende orientações e conversações sobre as atividades quotidianas básicas 50 a 74% das vezes. Assim teve uma classificação de 3 no instrumento preenchido, apresentando uma necessidade de ajuda moderada.

A expressão é trabalhada de forma verbal, sendo possível apenas compreender palavras isoladas, obtendo uma classificação de nível 2, ajuda máxima.

A interação social, vista como desenvolvimento de técnicas e meios para se fazer compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, é uma atividade que a criança desempenha com uma necessidade de direção máxima, nível 2. Neste sentido a criança conduz de forma apropriada 25 a 49% das relações.

A resolução dos problemas inclui a tomada de decisões de forma razoável, segura e adaptada ao momento acerca de tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e atividades para a resolução destes problemas. Neste domínio a criança possui uma necessidade de direção máxima, pois necessita de ser dirigida mais de 50% das vezes para poder iniciar, planificar ou completar atividades simples diárias. Neste domínio obtém uma classificação de 2.

Relativamente à memória, esta atividade inclui as competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas. A criança em estudo possui uma necessidade de ajuda máxima nesta atividade, nível 2, necessitando de ajuda mais de 50% das vezes.

O sub-score cognitivo obteve uma classificação de 11.

10/10/2021

Após a realização de intervenções de enfermagem de reabilitação, foi possível realizar um novo preenchimento do instrumento através da observação direta da criança, assim como convívio e desenvolvimento de atividades com a mesma.

Relativamente ao autocuidado alimentação verificaram-se ganhos na autonomia, existindo um aumento a nível da MIF de 2 para 4, ajuda mínima com contacto. Neste domínio a criança já consegue realizar 75% das tarefas da alimentação, utilizando uma colher adaptada para levar os alimentos à boca, assim como um tapete antiderrapante e um rebordo de prato.

Ao nível da higiene pessoal, também se verificou um aumento no instrumento de avaliação para uma classificação de 4, ajuda mínima com contacto, realizado 75% das atividades higiene oral, pentear, lavar as mãos e a face.

Relativamente ao banho, vestir a metade superior e inferior do corpo e utilização de sanita, a criança também teve ganhos necessitando de uma ajuda moderada, nível 3, conseguindo realizar 50 a 74% das tarefas.

Na secção do controle de esfíncteres, tanto no esfíncter vesical como intestinal a criança possui uma independência completa, nível 7, pois controla adequadamente a bexiga e a defecação, nunca estando incontinente.

Aquando da avaliação da mobilidade da criança, assim como das transferências da mesma para o leito, cadeira, cadeira de rodas e sanita, verificou-se uma evolução. Neste nível a criança necessita de uma ajuda mínima com contacto, nível 4, conseguindo assegurar 75% da transferência.

Aquando da transferência para o duche ou banheira possui uma necessidade de ajuda moderada, nível 3.

A locomoção é efetivada já pelo próprio pé, no entanto só consegue realizar marcha para pequenas distâncias, obtendo um nível 5 na MIF.

Ao nível das escadas, a criança tem que ser totalmente transportada, necessitando de ajuda total para a realização da tarefa. Neste caso é classificado com uma pontuação de 1 na MIF, ajuda total.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 51.

Relativamente à compreensão, a criança utiliza tanto o nível auditivo como visual. Neste sentido necessita de uma conversação a velocidade mais baixa, com repetição, ênfase das palavras e auxílio de gestos. Assim teve uma classificação de 5 no instrumento preenchido, apresentando uma necessidade de ajuda presente.

A expressão é trabalhada de forma verbal, sendo possível compreender que possui uma necessidade de ajuda moderada neste domínio, nível 3, pois exprime as necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana em 50 a 74% das vezes.

A interação social, vista como desenvolvimento de técnicas e meios para se fazer compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, é uma atividade que

a criança desempenha com uma necessidade de direção mínima, nível 4. Neste sentido a criança conduz de forma apropriada as relações em 75 a 90% das vezes.

A resolução dos problemas inclui a tomada de decisões de forma razoável, segura e adaptada ao momento acerca de tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e atividades para a resolução destes problemas. Neste domínio a criança possui uma necessidade de direção mínima, conseguindo resolver os problemas de rotina 75 a 90% das vezes. Neste domínio obtém uma classificação de 4.

Relativamente à memória, esta atividade inclui as competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas. A criança em estudo possui uma necessidade de ajuda mínima, nível 4, reconhecendo as pessoas que encontra com frequência e lembrando-se das atividades quotidianas habituais 75 a 90% das vezes.

O sub-score cognitivo obteve uma classificação de 20.

O score total do preenchimento do instrumento de avaliação foi de 71.

10/11/2021

Aquando do dia da alta clínica da criança foi novamente aplicada a MIF, através de observação direta.

Na alimentação a criança manteve a evolução aumentando de um nível de 4 para 6 na MIF. Assim consegue obter uma independência modificada com o auxilio de dispositivos de apoio para a alimentação e necessitando de um pouco mais de tempo que o normal para conseguir completar a tarefa.

Ao nível da higiene pessoal, esta encontra-se com uma independência completa, nível 7, conseguindo lavar os dentes, pentear o cabelo e lavar as mãos e a cara autonomamente.

Relativamente ao banho, esta atividade é realizada com demora de mais tempo que o habitual, possuindo uma independência modificada, nível 6. Para além disso é utilizada uma esponja de cabo longo para auxiliar a tarefa.

No autocuidado vestir, seja a metade superior do corpo, como a metade inferior, a criança consegue atingir uma independência completa, nível 7. Neste sentido consegue vestir-se e despir-se, incluindo a obtenção da roupa dos seus locais habituais, tais como gavetas e armários.

Aquando da utilização da sanita possui uma independência modificada, nível 6, demorando apenas mais tempo que o habitual.

Na secção do controle de esfíncteres, tanto no esfíncter vesical como intestinal a criança possui uma independência completa, nível 7, pois controla adequadamente a bexiga e a defecação, nunca estando incontinente.

Na mobilidade e transferências, ao longo deste período, verificaram-se ganhos e melhorias, aumentando o nível da MIF para 7, independência completa, aquando das transferências para o leito, cadeira, cadeira de rodas e sanita. Neste domínio a criança consegue aproxima-se da superfície, sentar-se e levantar-se autonomamente. Aquando da transferência para a banheira possui uma independência pois a transferência não é efetivada com total segurança.

A locomoção é efetivada pelo próprio pé, conseguindo caminhar 45 metros. No entanto a mesma não é realizada com total segurança, obtendo um nível de 6, independência modificada.

Relativamente às escadas verificaram-se ganhos, conseguindo realizar 50 a 74% do esforço de subir e descer um lance de escadas.

O sub-score a nível motor teve uma pontuação de 82.

Relativamente à compreensão, a criança utiliza tanto o nível auditivo como visual. Neste sentido compreende as diretivas escritas ou faldas e a conversação complexa ou abstrata na maioria das situações, não necessitando de ajuda. Assim teve uma classificação de 6 no instrumento preenchido, apresentando uma independência modificada.

A expressão é trabalhada de forma verbal, sendo possível compreender que possui uma necessidade de ajuda presente neste domínio, nível 5, pois necessita de repetir por vezes as palavras ou frases para conseguir ser compreendido.

A interação social, vista como desenvolvimento de técnicas e meios para se fazer compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, é uma atividade que a criança desempenha com uma independência modificada, nível 6. Neste necessita de mais tempo do que o habitual para se adaptar às situações sociais.

A resolução dos problemas inclui a tomada de decisões de forma razoável, segura e adaptada ao momento acerca de tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e atividades para a resolução destes problemas. Neste domínio a criança possui uma independência modificada pois reconhece os problemas, toma as decisões apropriadas, inicia e conduz uma sequência de disposições destinadas à resolução de problemas complexos na maioria das situações. Neste domínio obtém uma classificação de 6.

Relativamente à memória, esta atividade inclui as competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas. A criança em estudo

possui uma independência completa nesta atividade, nível 7, reconhecendo as pessoas que encontra com frequência e lembrando-se das atividades quotidianas habituais. Para além disso executa os pedidos e as solicitações por parte de outros sem necessidade de repetição.

O sub-score cognitivo obteve uma classificação de 30.

O score total do preenchimento do instrumento de avaliação foi de 112.

3.2. Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

	15/09/2021 – 10/10/2021 – 10/11/2021				
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	X X	X			
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	X	X		X	
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?			X	X	X
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	XX X				
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	XX X				
6. Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?	X X X				

7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?					X XX
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?				X	XX
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	XXX				
10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?			X X		X
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?		X		X	X
12. Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?		X	X X		
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?	X X	X			
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	XX X				
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	XXX				

16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	XXX				
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	X		XX		
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?	X				XX
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?		X		X	X
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X	X	X		
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	XX X				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	X		XX		
Score	40 – 33 - 14				

Interpretação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit:

15/09/2021

No dia 15 de setembro de 2021, o instrumento de avaliação foi preenchido, através de questionário à mãe, tendo em conta a sua recordação de como se sentia no momento de entrada no serviço, obtendo-se um score de sobrecarga de 40, num total de 88. A criança em estudo possui no seu plano de cuidados ativo a mãe e o pai, no entanto a mãe encontra-se no serviço de internamento todos os dias da semana e o pai encontra-se apenas aos fins de semana. Neste sentido a aplicação dos instrumentos de avaliação referentes aos cuidadores foram aplicados exclusivamente à mãe, no entanto, a parceria ativa de cuidados com os cuidadores foi realizada

com os dois progenitores. Nesta primeira avaliação a mãe referiu como aspetos mais preocupantes o facto da sua vida pessoal e social se encontrar mais descuidada, não conseguindo ter momentos de lazer e descontração. Também uma das grandes preocupações se centrou na incógnita do futuro para a criança, sentindo a mãe que o seu filho está muito dependente de si. Todas estas preocupações geram sentimento de diminuição da saúde da própria mãe, necessitando de ajuda medicamentosa. Por fim, a insegurança relativamente a questões ligadas diretamente ao estado de saúde, também foram referidas, havendo abertura para questionar quais os pontos que lhe suscitavam maior preocupação, de modo a, numa conversa informal, poder esclarecer e elucidar. Nesse sentido as barreiras arquitetónicas no domicílio estiveram presentes no leque de cuidados, não descurando a falta de mobilidade por parte da criança e alguns cuidados acrescidos que a mãe deverá ter em atenção, tais como a prevenção de quedas e os cuidados à pele.

10/10/2021

Posteriormente, dia 10 de outubro foi realizado um segundo preenchimento da escala, igualmente através de questionário à mãe, tendo-se verificado uma melhoria na sobrecarga da mãe no que diz respeito ao tempo que a mãe possui para si própria e para a restante família, assim como na segurança das suas ações, diminuindo o score da avaliação para 33. Previamente a esta avaliação algumas questões já tinham sido esclarecidas e elucidadas. Também foi referido à familiar que o tempo que possui para si própria e para os outros, membros da família e amigos, se constitui como tempo de qualidade, necessário para o bem-estar de qualquer ser humano. Nesse sentido, as relações sociais e as atividades de lazer estão inclusas nos cuidados à própria, sendo que a mesma só conseguirá estar totalmente disponível e empenhada no papel ativo do seu filho, se ela própria se encontrar na sua plenitude.

10/11/2021

No dia da alta clínica realizou-se um novo questionário à mãe, tornando-se evidente que a intervenção do enfermeiro de reabilitação trouxe ganhos em saúde nesta vertente pois, a avaliação da escala ainda possuiu uma diminuição para um score de 14 em 88. Nesta última avaliação foi possível observar uma mãe mais descontraída, benefício também das intervenções com a criança e com a mãe como parceira ativa nos cuidados de saúde do seu filho.

3.3. WHOQOL-bref

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	20 22 23		
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □	18 20 21		
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □	15 15 15		
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	33 33 33		

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

1ª Avaliação – Representada a **preto**

2ª Avaliação – Representada a **azul**

3ª Avaliação - Representada a **vermelho**

Interpretação da WHOQOL-bref:

15/09/2021

No dia 15 de setembro de 2021, o instrumento de avaliação foi preenchido, através de questionário à mãe, tendo em conta a sua recordação de como se sentia no momento de entrada no serviço, obtendo-se um total de 20 pontos no domínio físico, 18 no psicológico, 15 nas relações sociais e 23 no meio ambiente. Aquando desta primeira avaliação a mãe referiu sentir falta de apoio por parte de familiares e amigos. Refere ainda que o acidente de viação prévio, trouxe muitas sequelas, devido à gravidade, e pensa que talvez as pessoas tenham medo de a abordar, acabando por se sentir muito sozinha. De momento sente que o seu sono está afetado, devido ao meio hospitalar em que se encontra, afetando também a sua saúde física, pois sente muitas dores corporais, e a sua concentração. Com toda a envolvimento da situação originadora do internamento da criança a mãe possui muitos sentimentos de tristeza profunda e angústia, querendo lutar pela recuperação da vida do filho, mas por outro lado, não querendo mais viver devido à perda da filha.

10/10/2021

Posteriormente, dia 10 de outubro foi realizado um segundo preenchimento da escala, igualmente através de questionário à mãe, tendo-se verificado uma melhoria nos domínios físico, aumentando para 22 e psicológico, aumentando para 20. Nesta avaliação foi possível observar uma mãe mais descontraída, com maior segurança aquando dos cuidados do filho, proporcionando uma maior autoestima e, conseqüentemente, aumento da qualidade de vida.

10/11/2021

No dia da alta clínica realizou-se um novo questionário à mãe, tendo-se verificado que o nível de qualidade de vida percecionado pela mesma ainda teve um aumento nos domínios físico e psicológico novamente, aumentando para 23 e 21, respetivamente.

4. Plano de Cuidados

FOCO: Movimento Corporal		
Diagnóstico: Movimento corporal comprometido.		
Data de início\término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/11/2021	<p>Dimensão: Movimento Corporal</p> <p>1º Executar técnica de exercício musculares e articulares passivos (prevenindo ou reduzindo as contraturas e deformidades, incrementando a função motora).</p> <p>2º Executar técnica de exercícios musculares e articulares ativos-resistidos.</p> <p>3º Executar técnica de exercícios musculares e articulares com alongamentos (alongamentos são usados para aumentar a flexibilidade das fibras musculares, melhorar a <i>performance</i> e reduzir o risco de traumatismo).</p>	<p>15/09 – Força muscular mais elevada no hemicorpo esquerdo. Observam-se limitações nas amplitudes articulares ao nível do hemicorpo direito.</p> <p>10/10 – Mantém maior força no hemicorpo esquerdo. Membros inferiores possuem maior capacidade para força. É possível observar ligeiros aumentos das amplitudes articulares no hemicorpo direito.</p> <p>10/11 – Após as intervenções da enfermagem de reabilitação verificam-se ganhos na força muscular. Também se verificaram melhorias nas amplitudes articulares.</p>
FOCO: Movimento Corporal		
Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.		

Data de início\termo	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/11/2021	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>10/10 – A criança apenas possui algumas noções de exercícios musculares e articulares.</p> <p>10/11 – É possível verificar que a criança já possui mais conhecimentos acerca de técnicas de exercício muscular e articular, sugerindo formas de realizar os mesmos aquando da intervenção do enfermeiro de reabilitação.</p>
<p>FOCO: Movimento Corporal</p> <p>Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar a consciencialização de relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento.</p> <p>Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares.</p> <p>Potencial dos pais para melhorar o conhecimento sobre prevenção de rigidez articular.</p>		
Data de início/termo	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/11/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento dos pais sobre relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento.</p> <p>2º Avaliar conhecimento dos pais sobre os exercícios musculares e articulares.</p>	<p>15/09 – Sem conhecimento de exercícios musculares e articulares.</p> <p>10/10 – Os pais possuem poucos conhecimentos acerca de exercícios musculares e articulares.</p>

	3º Avaliar conhecimento dos pais sobre prevenção de rigidez articular.	10/11 - Consciencialização dos pais sobre relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento melhorada. Conhecimento dos pais sobre os exercícios musculares e articulares melhorado. Conhecimento dos pais sobre prevenção de rigidez articular melhorado.
FOCO: Movimento Corporal		
Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/11/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Analisar com os pais a relação entre os exercícios musculares e articulares e o movimento.</p> <p>2º Avaliar capacidade dos pais para executar técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>2º Ensinar os pais sobre exercícios musculares e articulares (mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular).</p> <p>3º Instruir os pais sobre exercícios musculares e articulares (mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular).</p> <p>4º Ensinar os pais sobre prevenção de rigidez articular.</p>	<p>15/09 – Os pais não executa, exercícios musculares e articulares.</p> <p>10/10 – Os pais tentam realizar alguns exercícios musculares e articulares, ainda sem destreza.</p> <p>10/11 - Capacidade dos pais para executar os exercícios musculares e articulares melhorada.</p>
FOCO: Papel Parental		

<p>Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar a consciencialização sobre papel parental.</p> <p>Potencial dos pais para melhorar papel parental especial durante a hospitalização.</p> <p>Potencial dos pais para melhorar papel parental especial no domicílio.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Analisar com os pais o papel parental durante a hospitalização.</p> <p>2º Analisar com os pais o papel parental no domicílio.</p> <p>3º Apoiar o papel parental.</p> <p>4º Incentivar o papel parental.</p> <p>5º Promover o desenvolvimento do papel parental.</p> <p>6º Negociar o papel parental.</p> <p>7º Orientar os pais para serviço de saúde.</p>	<p>15/09 – Papel parental muito presente, participativo e consciente durante a hospitalização. Consciencialização da mãe sobre o papel parental.</p>
<p>FOCO: Úlcera por Pressão</p> <p>Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre úlcera por pressão.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento dos pais sobre prevenção de úlceras por pressão.</p> <p>2º Avaliar conhecimento dos pais sobre vigilância da pele.</p> <p>3º Avaliar conhecimento dos pais sobre posicionamentos.</p>	<p>15/09 – Conhecimento por parte dos pais sobre prevenção de úlceras por pressão limitado. Possuem noções básicas de prevenção de úlceras por pressão.</p>

	<p>4º Avaliar conhecimento dos pais sobre produtos de apoio.</p> <p>5º Providenciar material informativo.</p>	<p>10/10 - Conhecimento dos pais sobre úlceras por pressão melhorado.</p> <p>10/11 – Conhecimento mais profundo sobre úlceras por pressão e formas preventivas, assim como de vigilância da pele e produtos de apoio existentes.</p>
<p>FOCO: Úlcera por Pressão</p> <p>Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar capacidade para prevenir úlcera por pressão.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar os pais sobre úlceras por pressão: Vigiar alterações e condições de risco; Dispositivos auxiliares; Posicionamentos; Produtos de apoio para o domicílio.</p> <p>2º Instruir/treinar os pais para prevenir úlceras por pressão: Avaliar zona de pressão através de dispositivos; Utilizar dispositivos de prevenção de úlceras por pressão; Posicionar.</p> <p>3º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Pais fazem avaliação da pele diariamente.</p> <p>10/10 – Pais avaliam pele e zonas de pressão e posiciona corretamente a criança.</p> <p>10/11 - Capacidade dos pais para prevenir úlceras por pressão melhorada.</p>
<p>FOCO: Dor</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações

<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento da criança sobre dor.</p> <p>2º Avaliar o conhecimento da criança sobre estratégias de alívio da dor.</p> <p>3º Ensinar a criança sobre dor.</p> <p>4º Ensinar a criança sobre estratégias não farmacológicas.</p> <p>5º Ensinar a criança sobre regime medicamentoso.</p>	<p>15/09 – Pouco conhecimento da criança sobre dor e estratégias para a contornar.</p> <p>10/10 – Criança possui algum conhecimento sobre dor.</p> <p>10/11 – Criança sabe o que é a dor, consegue identificá-la e adquirir estratégias para o seu alívio.</p>
<p>FOCO: Dor</p> <p>Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor.</p>		
<p>Data de início/término</p>	<p>Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem</p>	<p>Avaliações</p>
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento dos pais sobre dor.</p> <p>2º Avaliar o conhecimento dos pais sobre estratégias de alívio da dor.</p>	<p>15/09 – Pouco conhecimento dos pais sobre dor e estratégias para a contornar, sentindo-se impotente quando o filho possui dor.</p> <p>10/10 – Pais possuem algum conhecimento sobre dor, regime medicamentoso e estratégias não farmacológicas para alívio da dor.</p> <p>10/11 – Conhecimento dos pais sobre dor, regime medicamentoso e estratégias não farmacológicas para alívio da dor melhorado.</p>
<p>FOCO: Dor</p>		

Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar capacidade para estratégias de alívio da dor.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/11/2021	Dimensão: Prestador de Cuidados 1º Ensinar os pais sobre dor. 2º Ensinar os pais a vigiar a dor. 3º Ensinar os pais a gerir a dor. 4º Ensinar os pais sobre regime medicamentoso. 5º Ensinar os pais sobre medidas não farmacológicas para aliviar a dor.	30/09 – Não possui capacidade para inibir dor e estratégias para a contornar, sentindo-se impotentes quando o filho possui dor. 10/10 – Os pais sabem vigiar a dor e utilizam estratégias medicamentosas e não farmacológicas para o seu alívio. 10/11 – Capacidade para alívio de dor melhorada.
FOCO: Espasticidade Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/11/2021	Dimensão: Conhecimento 1º Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. 2º Avaliar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico. 3º Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular. 4º Ensinar sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.	15/09 – Criança não possui conhecimentos sobre exercícios e posicionamento em padrão antiespástico.

		<p>10/10 – Parco conhecimento da criança a nível das técnicas de exercícios e posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>10/11 – Conhecimento da criança mãe sobre os exercícios musculares e articulares melhorado. Conhecimento da criança sobre posicionamento em padrão antiespástico melhorado.</p>
<p>FOCO: Espasticidade</p> <p>Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar os pais sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>2º Ensinar os pais sobre exercícios musculares e articulares.</p>	<p>15/09 – Pais não possuem conhecimentos sobre exercícios e posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>10/10 – Parco conhecimento dos pais sobre posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>Parco conhecimento dos pais sobre os exercícios musculares e articulares.</p>

		10/11 - Conhecimento dos pais sobre posicionamento em padrão antiespástico melhorado. Conhecimento dos pais sobre os exercícios musculares e articulares melhorado.
<p>FOCO: Espasticidade</p> <p>Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar capacidade para executar os exercícios musculares e articulares.</p> <p>Potencial dos pais para melhorar capacidade para executar posicionamento em padrão antiespástico.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Instruir/treinar os pais sobre posicionamento em padrão antiespástico.</p> <p>2º Instruir/treinar os pais sobre técnica de exercícios musculares e articulares.</p>	<p>15/09 – Pais não sabem posicionar em padrão antiespástico nem realizar técnicas de exercícios musculares e articulares.</p> <p>10/10 – Pais posicionam em padrão antiespástico, com alguns pequenos erros, no entanto não demonstra destreza nem confiança na execução de técnicas de exercícios musculares e articulares.</p> <p>10/11 - Capacidade dos pais para executar posicionamento em padrão antiespástico melhorada. Capacidade dos pais para executar exercícios musculares e articulares melhorada.</p>

FOCO: Posicionar-se Diagnóstico: Posicionar-se comprometido. Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre posicionar-se. Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/11/2021	Dimensão: Posicionar-se 1º Posicionar a criança. 2º Assistir a criança a posicionar-se. 3º Incentivar a criança a posicionar-se. 4º Avalia conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se. 5º Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação posicionar-se. 6º Ensinar a criança sobre o posicionar-se: Medidas de segurança, posicionamentos e dispositivo auxiliar.	15/09 - Criança não possui conhecimento sobre posicionar-se, nem possui dispositivo auxiliar. 10/10 - Criança possui conhecimento sobre posicionar-se, nem possui dispositivo auxiliar. 10/11 - Conhecimento da criança sobre posicionar-se melhorado. Criança possui dispositivo auxiliar para posicionar-se e como o mesmo funciona.
FOCO: Posicionar-se Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre o posicionar-se. Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações

<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento da mãe sobre conhecimento de posicionamentos.</p> <p>2º Avaliar conhecimento da mãe sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.</p>	<p>15/09 – Pais não possuem conhecimentos específicos sobre como posicionar. Não possui conhecimentos sobre dispositivos auxiliares para o posicionamento.</p> <p>10/10 - Pais possuem conhecimentos sobre como posicionar, mas não específicos. Não possui conhecimentos sobre dispositivos auxiliares para o posicionamento.</p> <p>10/11 - Conhecimento dos pais sobre o posicionar-se melhorado. Conhecimento sobre dispositivo auxiliar e correta colocação do mesmo.</p>
<p>FOCO: Posicionar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar capacidade para assistir no posicionar-se.</p>		
<p>Data de início/término</p>	<p>Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem</p>	<p>Avaliações</p>
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar os pais sobre o posicionar-se.</p> <p>2º Ensinar os pais sobre o posicionar-se: Medidas de segurança, dispositivo auxiliar e adaptação ao domicílio.</p> <p>3º Ensinar os pais para assistir no posicionar-se.</p>	<p>15/09 – Pais não possuem capacidade para posicionar corretamente.</p> <p>10/10 – Pais posicionam corretamente, não utilizando dispositivos auxiliares de posicionamento.</p>

	<p>4º Instruir/treinar os pais a assistir no posicionar-se.</p> <p>5º Assistir os pais a assistir no posicionar-se.</p>	<p>10/11 - Capacidade dos pais para assistir no posicionar-se melhorada, assim como utilização de dispositivos auxiliares.</p>
<p>FOCO: Erguer-se</p> <p>Diagnóstico: Erguer-se comprometido.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Erguer-se</p> <p>1º Assistir a criança no erguer-se.</p>	<p>15/09 – A criança não consegue erguer-se.</p> <p>10/10 – Consegue erguer-se com auxílio de standing frame mobile e talas de barbas e plano inclinado dorsal.</p> <p>10/11 - Erguer-se melhorado, com dispositivo auxiliar standing frame mobile. Criança consegue identificar condições de segurança.</p>
<p>FOCO: Erguer-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para erguer-se.</p> <p>Potencial da criança para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento da criança sobre técnica de adaptação para erguer-se.</p>	<p>15/09 – Criança não possui conhecimento de como poderá erguer-se.</p>

	<p>2º Avaliar conhecimento da criança sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.</p> <p>3º Ensinar a criança sobre o erguer-se: Condições de segurança. Dispositivo auxiliar para erguer-se. Técnica de adaptação para erguer-se.</p> <p>4º Ensinar a criança sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.</p> <p>5º Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para erguer-se.</p> <p>6º Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para erguer-se.</p> <p>7º Instruir/treinar a criança para o uso de dispositivo auxiliar para erguer-se.</p> <p>8º Incentivar a criança a erguer-se.</p>	<p>10/10 – Pouco conhecimento por parte da criança para erguer-se. Com conhecimento de dispositivos auxiliares para se conseguir erguer.</p> <p>10/11 - Conhecimento da criança para erguer-se melhorado. Capacidade da criança para erguer-se melhorada.</p>
<p>FOCO: Erguer-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre o erguer-se.</p> <p>Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para erguer-se.</p> <p>Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento dos pais sobre o erguer-se.</p> <p>2º Avaliar conhecimento dos pais sobre adaptação do domicílio para erguer-se.</p> <p>3º Avaliar conhecimento dos pais sobre dispositivo auxiliar para erguer-se.</p>	<p>15/09 - Parco conhecimento dos pais sobre dispositivos auxiliares para erguer-se.</p> <p>10/10 – Conhecimento dos pais sobre o erguer-se melhorado.</p> <p>10/11 – Pleno conhecimento de como auxiliar para erguer-se, assim como na utilização de dispositivo auxiliar.</p>

FOCO: Erguer-se		
Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar capacidade para assistir no erguer-se.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/11/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar os pais sobre o erguer-se: Medidas de segurança. Dispositivo auxiliar.</p> <p>2º Ensinar os pais sobre adaptação do domicílio para erguer-se.</p> <p>3º Instruir os pais a assistir no erguer-se.</p>	<p>15/09 – Pais auxiliam no erguer-se, no entanto sem dispositivo auxiliar nem medidas de segurança.</p> <p>10/10 – Pais assistem no erguer com correta colocação de dispositivo auxiliar e medidas de segurança.</p> <p>10/11 - Capacidade dos pais para assistir no erguer-se, através de dispositivos auxiliares, melhorada.</p>
FOCO: Transferir-se		
Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre transferir-se.		
Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se.		
Potencial dos pais para melhorar capacidade para assistir no transferir-se.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/11/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento dos pais sobre adaptação do domicílio para transferir-se.</p>	<p>15/09 – Conhecimento dos pais sobre algumas estratégias na transferência.</p>

	2º Ensinar os pais sobre transferir: Medidas de segurança. Adaptação do domicílio. Instruir/treinar a mãe a assistir no transferir-se.	10/10 – Conhecimento da mãe sobre transferir-se melhorado. 10/11 - Capacidade da mãe para assistir no transferir-se melhorada.
<p>FOCO: Autocuidado Higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>2º Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p> <p>3º Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>4º Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>15/09 – Não conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>30/09 - Conhece a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>30/10 – Identifica barreiras arquitetónicas no domicílio para o autocuidado: higiene.</p>
<p>FOCO: Autocuidado Higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>		

Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento dos pais sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>2º Avaliar conhecimento dos pais sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p> <p>3º Ensinar os pais sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</p> <p>4º Ensinar os pais sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>15/09 – Não conhecem a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>10/10 - Conhecem a necessidade de adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene, nem de dispositivos auxiliares.</p> <p>10/11 – Identificam barreiras arquitetônicas no domicílio para o autocuidado: higiene.</p>
<p>FOCO: Queda</p> <p>Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar conhecimento sobre risco de queda.</p>		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<p>15/09/2021 a 10/11/2021</p>	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento dos pais sobre prevenção de quedas.</p> <p>2º Avaliar conhecimento dos pais sobre vigilância dos riscos.</p> <p>3º Avaliar conhecimento dos pais sobre posicionamentos.</p> <p>4º Avaliar conhecimento dos pais sobre produtos de segurança/preventivos.</p> <p>5º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Conhecimento por parte dos pais sobre prevenção de quedas limitado. Possui noções básicas de prevenção de quedas.</p> <p>10/10 - Conhecimento dos pais sobre prevenção de quedas melhorado.</p> <p>10/11 – Conhecimento mais profundo sobre quedas e formas preventivas, assim como de</p>

		vigilância do ambiente e produtos de segurança existentes.
FOCO: Queda		
Diagnóstico: Potencial dos pais para melhorar capacidade para prevenir quedas.		
Data de início/término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
15/09/2021 a 10/11/2021	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Ensinar os pais sobre quedas: Vigiar alterações do ambiente e condições de risco; Dispositivos de segurança; Posicionamentos; Produtos de apoio para o domicílio.</p> <p>2º Instruir/treinar os pais para prevenir quedas: Avaliar possíveis riscos; Utilizar dispositivos de segurança; Posicionar.</p> <p>3º Providenciar material informativo.</p>	<p>15/09 – Pais fazem avaliação do risco de queda constantemente nas suas intervenções.</p> <p>10/10 – Pais avaliam riscos e posicionam corretamente a criança tendo em conta as condições e produtos de segurança existentes.</p> <p>10/11 - Capacidade dos pais para prevenir quedas melhorada.</p>

APENDICE VIII – Folheto “Prevenção de Quedas no Domicílio”

Carrinhos e Cadeiras de Rodas

- Manter sempre cintos apertados. Travar rodas quando parado.
- Prestar apoio nas transferências.



Prevenir quedas não é impedir crescer



Prevenção de Quedas no domicílio



Sala

- Janelas: Dispositivos de proteção.
- Escadas: Proteções antes e após as escadas.
- Móveis: Longe de janelas e cortinas.
- Tapetes: Evitar tapetes escorregadios.
- Calçado antiderrapante e bem ajustado ao pé.

Quarto

- Brinquedos: Evitar brinquedos afiados e espalhados.
- Berços: Grades no máximo 5cm entre elas e uma altura > 60cm. Confirmar travão das grades da cama.
- Deixar luz de presença à noite.

WC

- Colocar fecho na sanita.
- Nunca deixar a criança sozinha no WC.



Cozinha

- Não colocar criança na superfície de trabalho.
- Limpar imediatamente qualquer líquido derramado e não deixar a criança brincar com o chão molhado.
- Cadeira de refeição sempre encostada à parede.



Parques Infantis

- Ter atenção as condições do parque e a idade adequada para andar em algumas atrações.

APENDICE IX – FOLHETO “Prevenção de Úlceras por Pressão”

Zonas de maior ocorrência

- Cabeça - 10%
- Ombros - 5%
- Anca e intranadegueira - 50%
- Calcanhares - 35%



Prevenir úlceras por pressão não é impedir crescer



Prevenção de Úlceras por Pressão

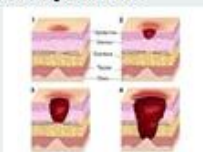


Úlcera por Pressão

Inicialmente a pele fica mais vermelha nas zonas de maior pressão.

Posteriormente pode surgir o aparecimento de bolhas.

Se não houver uma intervenção a ferida pode abrir, aumentando o risco de infeção e podendo ficar cada vez mais profunda.



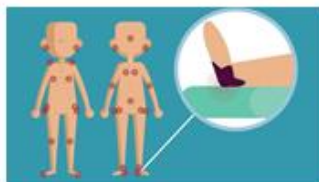
Prevenir

As úlceras causam dor e diminuição da qualidade de vida.

Podem infetar.

Podem agravar outras doenças.

Podem levar ao internamento.



- Manter a pele limpa e seca (no banho usar água morna e sabão neutro, toalhas macias e não esfregar a pele).

- Vigiar toda a pele (se vermelhar mudar posição com mais frequência).

- Aliviar pressão quando sentado (apoiar pés com almofada—manter boa postura).

- Proteger as zonas mais sensíveis (ombros, cotovelos, ancas, joelhos, tornozelos, calcanhares) com superfícies de apoio.

- Manter alimentação e hidratação adequadas.

- Proteger a pele da humidade excessiva (urinar em intervalos regulares, mudar a fralda frequentemente).



APENDICE X – Revisão Integrativa “Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Quedas”

Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Quedas

Nurse’s Contributions to the Training of Child Caregivers in the Area of Fall Prevention

Aportes de las Enfermeras en la Formación de Cuidadores de Niños en el Ámbito de la Prevención de Caídas

Joana Siquenique ^{*1}; Sónia Maximiano ^{*2}; Cláudia Bagulho ^{*3}

^{*1}Enfermeira no Centro de Recuperação de Menores de Assumar – Portalegre; Pós-Graduada em Intervenção em Feridas; Pós-Graduada em Gestão em Saúde; Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - Escola Superior de Saúde S. João de Deus de Évora. Email: joanassique@hotmail.com

^{*2}Enfermeira no

^{*3}Enfermeira no

Resumo

Objetivo: Verificar quais os contributos do enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Quedas.

Método: A elaboração da presente revisão integrativa segue o protocolo do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada nas bases de dados científicas eletrónicas da Biblioteca do Conhecimento Online

[B-On] e *Elton Bryson Stephens Company* [EBSCO], nas quais se utilizaram as seguintes palavras-chave: “Enfermagem”, “Prevenção de Acidentes”, “Acidentes por Quedas”, “Cuidadores”, “Ensino”, “Criança” and “Acidentes Domésticos”, validadas nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS] e *Medical Subject Headings* [MeSH].

Resultados: Resultante desta pesquisa surgiram 44389 artigos não duplicados. Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 14 artigos. Como forma de exclusão, foi realizada a leitura dos resumos destes artigos, sendo que, apenas 4 artigos cumpriam todos os critérios. Dos 4 artigos, 2 são classificados como estudos quasi-experimentais, 1 é classificado como estudo transversal e 1 é classificado como estudo qualitativo de pesquisa-ação.

Conclusão: Os estudos selecionados evidenciam que as intervenções do enfermeiro de reabilitação

Palavras-Chave: Enfermagem; Prevenção de Acidentes; Acidentes por Quedas; Cuidadores; Ensino; Criança; Acidentes Domésticos.

Referências Bibliográficas

1. Amini, R., Kalvandi, N., Khodaveisi, M. & Tapak, L. (2021). Investigation of the Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior on the Mothers’ Preventive Practices Regarding Toddler Home Injuries. *SAGE journals*, 33(4), 250-257.
2. APSI, 2012. Resumo do Perfil de Segurança Infantil de Portugal e Relatório de Avaliação de Segurança Infantil de Portugal 2012.
3. Costa, I., Nascimento, S. & Anjos, S. (2014). Quedas em crianças e jovens: Um estudo retrospectivo (2000-2013). Reedição, revista e adaptada. Associação para a Promoção da Segurança Infantil.
4. Direção-Geral da Saúde (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Lisboa: DGS
5. Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
6. Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015.
7. INSA, 2011. Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada. Relatório 2006 – 2008.
8. Joanna Briggs Institute (2020a). CRITICAL APPRAISAL TOOLS. In Joanna Briggs Institute. Disponível em <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>

9. Joanna Briggs Institute (2020b). JBI EBP Database Guide. In Joanna Briggs Institute. Disponível em <http://ospguides.ovid.com/OSPGuides/jbidb.htm>
10. Machin, A., Ngamsuoy, A. & Pearson, P. (2018). Collaborative child home injury prevention in Thailand: An action research study. *Nursing & Health Sciences*, 20, 206-213
11. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. & The PRISMA Group (2009, julho 21). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*. 6(7), 1-7. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
12. Nouman, Y., Hussain, M., Afzal, M. & Gilani, S. (2019). Effectiveness of Health Education Among Mothers to Reduce Unintentional Home Injuries of Under-five year old Children in Rural Community. *Pakistan Journal of Public Health*, 9(1), 26-29.
13. Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, n.º 85, 13565 – 13568.
14. Porritt, K., McArthur, A., Lockwood, C. & Munn, Z. (2019). *JBI Handbook for Evidence Implementation*. Adelaide, Austrália.: JBI.
15. Rezapur-Shahkolai, F., Afshari, M., Moghimbeigi, A. & Hazavehei, S. (2017). Home-related injuries among under-five-year children and mothers' care regarding injury prevention in rural areas. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 24(33), 354-362.
16. World Health Organization (2008). *World and European Report on Child Injury Prevention*

APENDICE XI – Revisão Integrativa “Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Úlceras por Pressão”

Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Úlceras por Pressão

Objetivo: Verificar quais os contributos do enfermeiro de reabilitação na Capacitação de Cuidadores de Crianças em Processo de Reabilitação na área da prevenção de úlceras por pressão.

Método: A elaboração da presente revisão integrativa segue o protocolo do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada nas bases de dados científicas eletrónicas da Biblioteca do Conhecimento Online [B-On] e *Elton Bryson Stephens Company* [EBSCO], nas quais se utilizaram as seguintes palavras-chave: : Prevention; Pressure Ulcer; Child; Nursing; Capacity; Caregiver; validadas nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS] e *Medical Subject Headings* [MeSH].

Resultados: Resultante desta pesquisa surgiram 24 565 artigos não duplicados. Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 8 artigos. Como forma de exclusão, foi realizada a leitura dos resumos destes artigos, sendo que, 8 artigos cumpriam todos os critérios. Dos 8 artigos, 1 é classificado como qualitativo e 2 como estudos quantitativos.

Conclusão: Os estudos selecionados evidenciam o benefício das intervenções do enfermeiro de reabilitação nas crianças ao nível da prevenção de úlceras de pressão. O enfermeiro constitui-se como um capacitador e empoderador dos cuidadores de forma a prevenir a úlceras dos seus familiares e pessoas cuidadas, propicias ao desenvolvimento de lesões cutâneas devido à falta de mobilidade.

Palavras-Chave: Prevention; Pressure Ulcer; Child; Nursing; Capacity; Caregiver.

Bibliografia:

Bian, C., Peng, F., Guo, H. & Chen, K. (2021). Investigation on Quality of Life and Economic Burden of Children with Cerebral Palsy in Changzhou. *Journal of Healthcare Engineering*, p. 1-9. <https://doi.org/10.1155/2022/1519689>

Curran, R., Murdoch, J., Bachmann, M., Bateman, E., Cornick, R., Picken, S., Simelane, M. & Fairall, L. (2021). Addressing the quality of paediatric primary care: health worker and caregiver perspectives from a process evaluation of PACK child, a health systems intervention in South Africa. *BMC Pediatrics*, 21(58), p. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02512-7>

Zhao, N., Tian, Z., Li, Y., Yu, H. & Yang, Y. (2021). Virtual Reality-Based Analysis of Pressure Ulcer Care Information Related to Medical Equipment for the Prevention of Pressure Ulcer Skin Foam Dressings in the Elderly. *Journal of Healthcare Engineering*, 9:6389001. DOI: 10.1155/2021/6389001. PMID: 34795884; PMCID: PMC8594979.

APENDICE XII – Formação “Ergonomia: Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho”

Ergonomia: Prevenção de Lesões Músculo- Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho

Joana Siquenique
Mestranda em Enfermagem de Reabilitação

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Objetivos

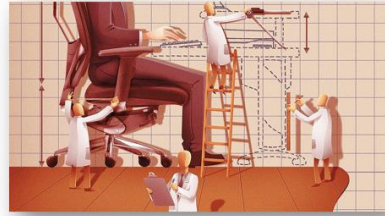
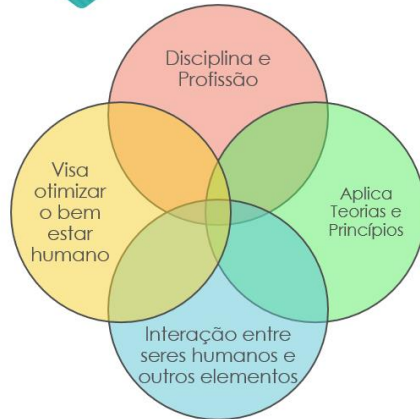
Geral

- Adquirir competências para a prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho [LMERT], nos Enfermeiros do serviço de Ortopedia

Específicos:

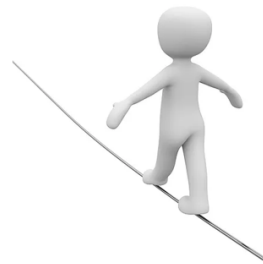
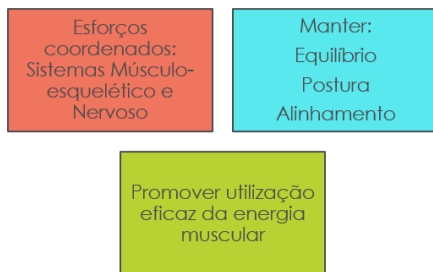
- Definir corretamente LMERT;
- Identificar fatores de risco das LMERT;
- Identificar sinais e sintomas das LMERT;
- Saber adotar comportamentos que previnam o aparecimento de LMER.

Ergonomia



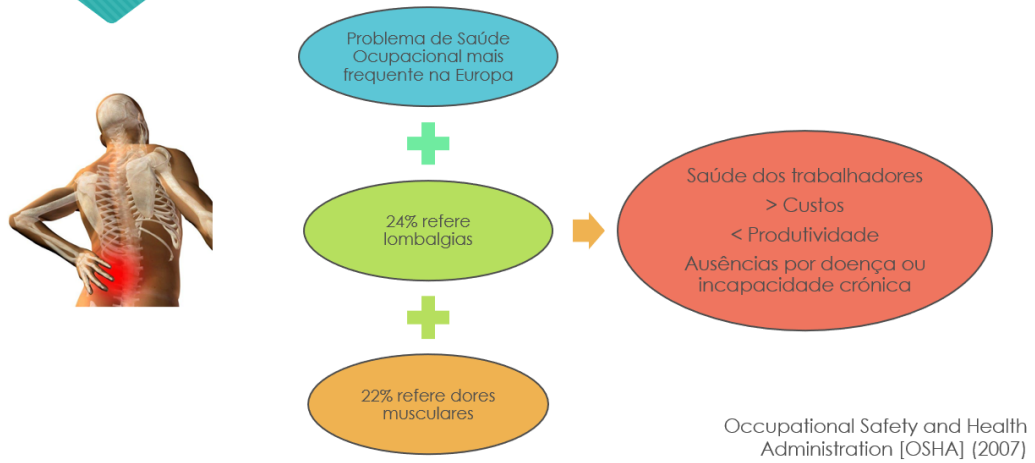
International Ergonomics Association (2000)

Mecânica Corporal

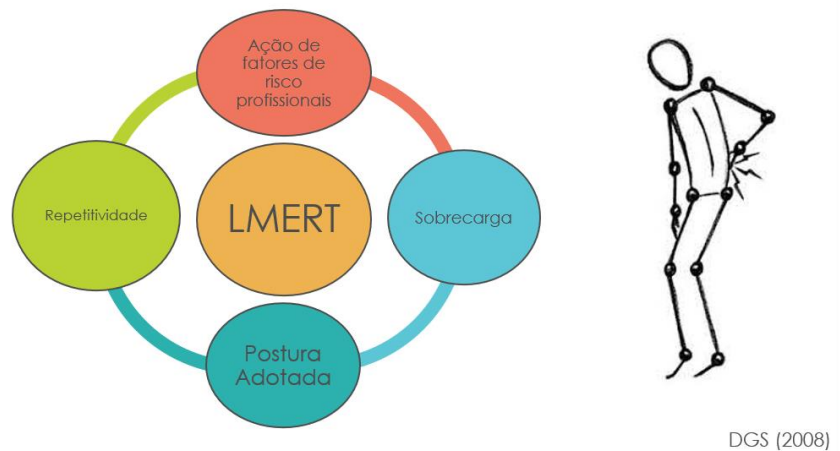


Potter & Perry (2006)
Alexandre & Rogante (2000)

Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho [LMERT]



LMERT – DGS



LMERT – Fatores de Risco

Fatores Físicos

- Força
- Postura
- Movimentos repetidos
- Vibração
- Iluminação deficiente
- Temperatura

Fatores Individuais

- Características antropométricas
- Estilos de Vida
- Situação de Saúde
- Idade
- Género

Fatores Organizacionais e Psicossociais

- Ritmos intensos de trabalho
- Limitação na tomada de decisão
- Monotonia das tarefas
- Ausência de controlo sobre o trabalho
- Pressão temporal
- Ausência de pausas
- Relacionamento com os colegas

(Serranheira *et al.*, 2005)

LMERT – Sintomas

Principais Sintomas

- Desconforto ou incómodo
- Dor e fadigas localizadas (pode irradiar)

- Parestesias
- Sensação de peso
- Sensação/perda objetiva de força muscular
- Edema

Serranheira, F. & Uva, A. (2007)

LMERT – Diagnóstico?

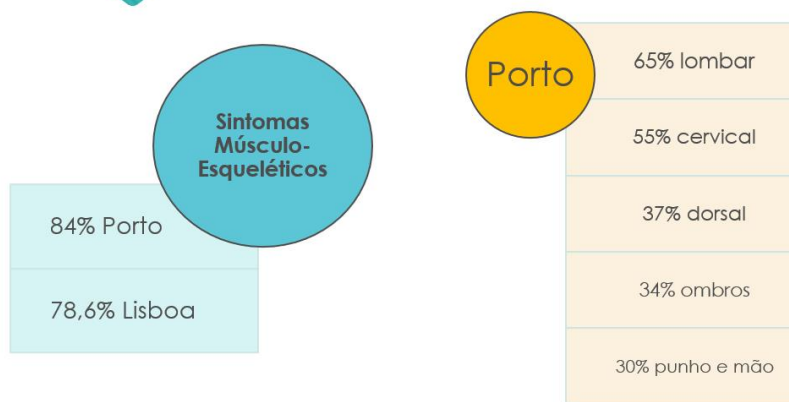
Manifestações Clínicas Ignoradas



Progredir para Incapacidade

Jerónimo, J.M.A. (2013)

LMERT em Portugal



DGS (2008)

LMERT – Mecânica Corporal

Postura

• Posição do corpo no espaço, que envolve o mínimo de sobrecarga das estruturas com o menor gasto de energia para o máximo de eficiência na utilização do corpo.

Alinhamento

• Posição do corpo em que os segmentos corporais estão colocados respeitando a sua anatomia e fisiologia. A coluna vertebral é o «eixo» de um bom alinhamento.

Equilíbrio

• Posição do corpo em que o peso se encontra dividido equitativamente pela superfície de apoio e que permite manter a postura correta.
• O equilíbrio tem 3 componentes: base de sustentação, centro de gravidade e linha de gravidade.

DGS (2008)

LMERT – Mecânica Corporal

Base de Sustentação

- É a área onde a pessoa está apoiada. Quanto maior for a base de sustentação, maior será a estabilidade alcançada.
- Na adoção de uma correta base de sustentação deve ter-se também em conta a posição e a orientação dos pés, que devem estar virados no sentido do movimento.

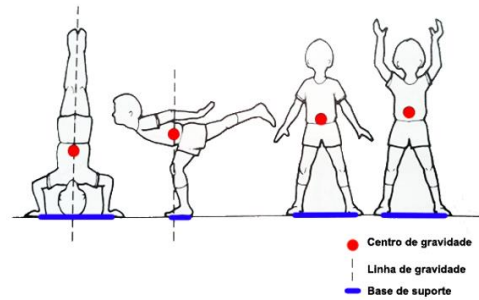


DGS (2008)

LMERT – Mecânica Corporal

Centro de Gravidade

- É o centro de massa ou a zona mais pesada de um objeto.
- Consiste no ponto exato em que o peso da parte superior do corpo é igual ao da parte inferior.
- Na pessoa, localiza-se ao nível da segunda vértebra sagrada.

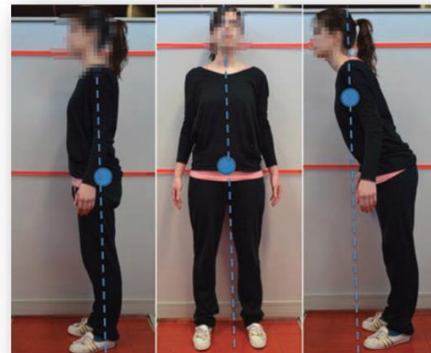


DGS (2008)

LMERT – Mecânica Corporal

Linha da Gravidade

- É uma linha imaginária traçada perpendicularmente ao centro de gravidade do objeto.
- Quando a linha de gravidade cai dentro da base de sustentação, obtém-se maior estabilidade.

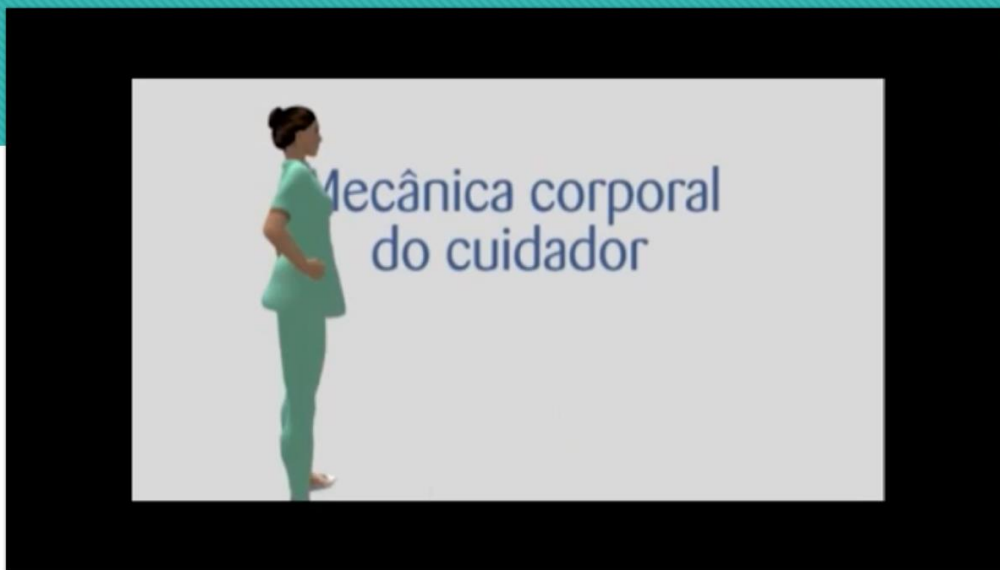


DGS (2008)

LMERT - Prevenção



DGS (2008)



LMERT - Prevenção



Fardamento confortável e largo para permitir toda a amplitude de movimentos

Calçado fechado para diminuir o risco de lesão na mudança de direção.



DGS (2008)

LMERT - Prevenção

Avaliação Ergonómica da Tarefa

Existência de um espaço físico suficiente - recomenda-se uma área de 2,5m livres, desde o centro da cama

Piso com condições de segurança - não escorregadio, desnivelado, com cabos ou outros obstáculos

Quais os recursos humanos e técnicos disponíveis - cada profissional não deve levantar mais de 35% do seu peso corporal

Planear e repartir os movimentos, identificando quem coordena, melhora a conjugação de esforços.



DGS (2008)

LMERT - Prevenção



Equipamento regulável em altura, ajustando-o de acordo com o centro de gravidade do profissional e o tipo de procedimento a realizar

Auxiliares mecânicos: disco giratório, cinto de transferência, tábua para transferência, elevadores, resguardos ou outros



DGS (2008)





LMERT - Prevenção

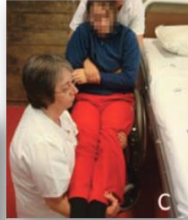
Na execução de esforços, manter a região dorso-lombar direita, fletir os joelhos evitando a inclinação do tronco e colocar a força nos músculos dos membros inferiores.

Evitar movimentos de rotação e flexão da coluna, manter o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar.



DGS (2008)

LMERT - Prevenção



Ao levantar a pessoa, ou objetos, colocá-los o mais próximo possível do corpo, mantendo os membros superiores junto ao tronco.

Não colocar objetos a alturas que impliquem estiramento para os alcançar.

DGS (2008)

LMERT - Prevenção

Alternar entre tarefas que exijam períodos de maior e menor esforço muscular

Evitar movimentos repetitivos

DGS (2008)

LMERT - Prevenção

Realizar contrações isométricas dos músculos abdominais durante a realização do esforço.

Realizar exercícios de alongamento e relaxamento entre tarefas de maior sobrecarga e no final, para reduzir a tensão no sistema músculo-esquelético



DGS (2008)

Vamos praticar???



Bibliografia

- Alexandre, N. M., & Rogante, M. M. (2000). Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos. *Rev. Esc. Enf. US*, 165-173.
- DGS (2008). Guia de orientação para prevenção das lesões musculoesqueléticas e relacionadas com o trabalho: programa nacional contra as doenças reumáticas. Lisboa: DGS.
- *International Ergonomics Association* (2000). Definição Internacional de Ergonomia. San Diego, USA.
- Jerónimo, J.M.A. (2013). *Estudo da prevalência e fatores de risco de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros* (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Occupational Safety and Health Administration [OSHA] (2007). *Lesões músculo-esqueléticas de origem profissional: Regresso ao trabalho*. Obtido em 2021, 10 de Junho, da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/75>.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). Fundamentos de Enfermagem. Loures: Lusociência.
- Serranheira, F., Lopes, F. & Uva, A. (2005). Lesões Músculo-Esqueléticas (LME) e Trabalho: uma associação muito frequente. *Jornal das Ciências Médicas*, CLXVIII, 59-78.
- Serranheira, F. & Uva, A. (2007). *Colóquio Internacional de Segurança e Higiene Ocupacionais: Identificação e avaliação do risco de LMESLT* - Braga: Escola de Engenharia da Universidade do Minho.

Ergonomia: Prevenção de Lesões Músculo- Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho

Joana Siquenique
Mestranda em Enfermagem de Reabilitação

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



**APENDICE XIII – Plano da Sessão de Formação “Ergonomia: Prevenção de Lesões
Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho”**

Plano da Sessão de Formação

Local: Ortopedia [REDACTED]	Grupo: 10 enfermeiros
Título: Ergonomia: Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o trabalho	Data: 22 de junho de 2021
	Duração: 2 horas
	Preletora: Joana Siquenique

<p>OBJETIVOS:</p> <p>Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Adquirir competências para a prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho [LMERT], nos Enfermeiros do serviço de Ortopedia [REDACTED] <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Definir corretamente LMERT; → Identificar fatores de risco das LMERT; → Identificar sinais e sintomas das LMERT; → Saber adotar comportamentos que previnam o aparecimento de LMER.

CONTEÚDOS	MÉTODOS/TÉCNICAS DE ENSINO	MEIOS AUXILIARES	DURAÇÃO
<p>INTRODUÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> → Apresentação dos preletores; → Apresentação do tema. 	Expositivo e Interrogativo	Computador/Multimédia	+/- 10 min.
<p>DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> → Ergonomia. → Mecânica corporal. → LMERT: Fatores de Risco; Sinais e Sintomas; 	Expositivo e Interrogativo	Computador/Multimédia	+/- 20 min.

Localizações mais frequentes. → LMERT em Portugal.			
→ Princípios de Mecânica Corporal. → Prevenção: Posicionamentos; Mobilizações no leito; Transferências.	Expositivo e Interrogativo	Computador/Multimédia	+/- 10 min.
PRÁTICA EM CONTEXTO REAL	Demonstrativo e Ativo	Contexto Real	+/- 60 min.
CONCLUSÃO → Resumo da temática → Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo e Interrogativo	Computador/Multimédia	+/- 20 min.
<p>AVALIAÇÃO</p> <p>Avaliação diagnóstica, no início da sessão, através de questões colocadas aos formandos, de modo a que o formador tenha uma perceção de qual o conhecimento dos mesmos acerca da temática abordada.</p> <p>Avaliação contínua, ao longo da sessão formativa, através do método interrogativo.</p> <p>Avaliação sob observação direta em serviço da temática apreendida, através do preenchimento de uma <i>check list</i>.</p>			

APENDICE XIV – Formação “Mobilidade e Transferências”

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO/ACTUALIZAÇÃO PARA AAM - 2021

Intervenção dos AAM nas atividades com os utentes

MOBILIDADE E TRANSFERÊNCIAS



Enfermeiros Especialistas

SUMÁRIO

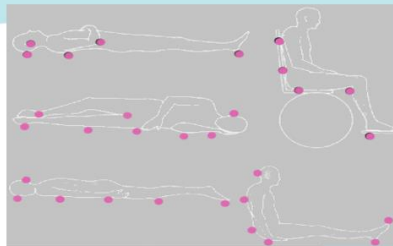
- MOBILIDADE NO LEITO
 - Mudança da posição deitado - sentado
 - Colocação da arrastadeira
 - Colaboração nos posicionamentos
- MANUSEIO DA CADEIRA DE RODAS
- TRANSFERÊNCIAS
 - Hemiplégico: Cadeira de rodas - cama
 - Hemiplégico: Cadeira de rodas - sanita
 - LVM: Cadeira de rodas - carro
 - Elevador
 - Chão

MOBILIDADE E TRANSFERÊNCIAS

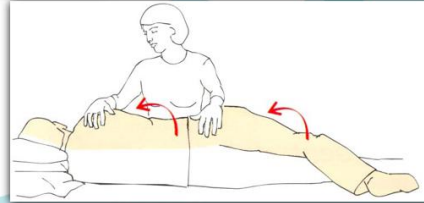
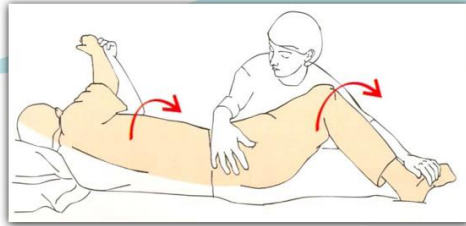
Princípios básicos

- Conhecer:
 - doença ou lesão do utente
 - características pessoais
 - espaço e ajudas técnicas disponíveis
- Utilizar vestuário adequado, não levar objectos cortantes nos bolsos, nem adornos
- Manter as costas rectas e ligeiramente inclinadas para a frente e as pernas flectidas

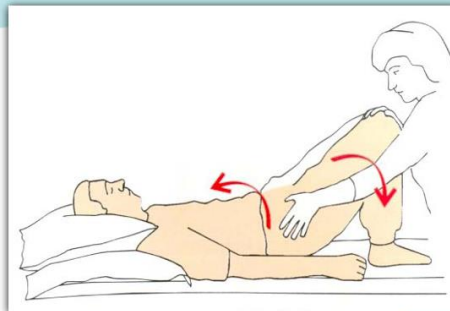
MOBILIDADE NO LEITO



MOBILIDADE NO LEITO - Alternância de decúbito -

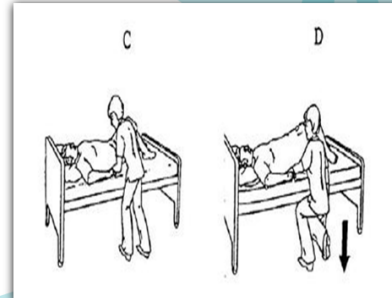
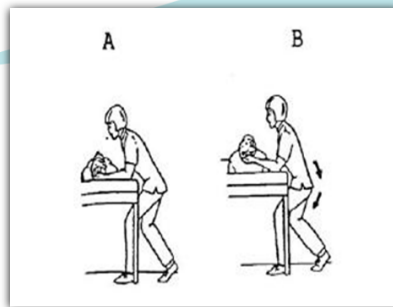


MOBILIDADE NO LEITO - Colocação da Arrastadeira -



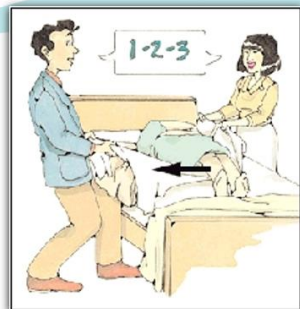
MOBILIDADE NO LEITO

- Deslocações laterais na posição de deitado -



MOBILIDADE NO LEITO

- Deslocações laterais na posição de deitado com resguardo -



<http://www.uofmmmedicalcenter.org/HealthLibrary/Article/82556>

MOBILIDADE NO LEITO

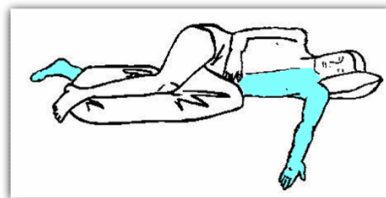
- Deslocações laterais na posição de deitado com resguardo -



<http://www.mounthittany.org/articles/healthsheets/5733>

MOBILIDADE NO LEITO

- Colaboração nos Posicionamentos -



- AAM do lado oposto ao do enfermeiro
- Tipo de almofadas
- Como apoiar os membros do utente para o enfermeiro colocar as almofadas
- Alinhamento depende de ser ou não AVC e nunca desmanchar um posicionamento por mais "estranho" que pareça.

MOBILIDADE NO LEITO
- Colaboração nos Posicionamentos -

POSICIONAMENTOS NO LEITO

PESSOA COM LESÃO MEDULAR

DECÚBITO DORSAL



DECÚBITO LATERAL



DECÚBITO SEMI DORSAL



DECÚBITO SEMI VENTRAL



DECÚBITO VENTRAL, EM BLOCOS



TRANSFERÊNCIAS - Manuseio da Cadeira de Rodas -



TRANSFERÊNCIAS - Manuseio da Cadeira de Rodas Regras Fundamentais -

- Imobilize a cadeira de rodas utilizando os travões sempre que pare e sempre que tenha de fazer uma transferência;
- Nunca levante a cadeira pelas partes amovíveis, pois elas podem sair do lugar.
- Cada cadeira tem as suas particularidades. Por precaução verifique sempre quais são as partes destacáveis (braços, apoio dos pés e cabeça).

TRANSFERÊNCIAS

- Características da cadeira de rodas -



TRANSFERÊNCIAS

- Posicionamento na Cadeira de Rodas -

Se o utente está mal posicionado na cadeira de rodas (a cair para um dos lados, muito "deitado", etc.):

- Peça ajuda a um técnico de saúde;
- Ajude o utente a sentar-se melhor;



TRANSFERÊNCIAS

- Posicionamento na Cadeira de Rodas -

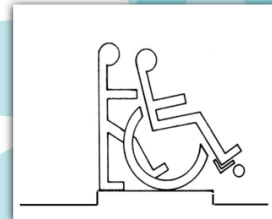
POSICIONAMENTO NA CADEIRA DE RODAS

- Se tem um membro superior pendente da cadeira, ajudá-lo a colocar no colo ou sobre o tabuleiro;
- Se o utente tem o pé afectado a "tremor", deve colocá-lo correctamente sobre o pedal e fazer um pouco de pressão no joelho.

TRANSFERÊNCIAS

- Descer um Passeio ou um Degrau -

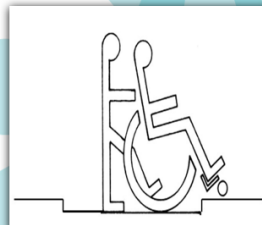
- Aproxime a cadeira do passeio ou do degrau;
- Apoie o pé numa das barras transversais situada entre as rodas;
- Apoie-se simultaneamente nos punhos da cadeira e incline-a ligeiramente para trás;
- Desça utilizando as rodas grandes e evite o choque. A manobra só estará terminada quando as rodas pequenas, por sua vez estiverem, assentes no chão;
- Proceda de maneira a que, se for caso disso, a cabeça do utente fique apoiada no seu peito.



TRANSFERÊNCIAS

- Subir um Passeio ou um Degrau -

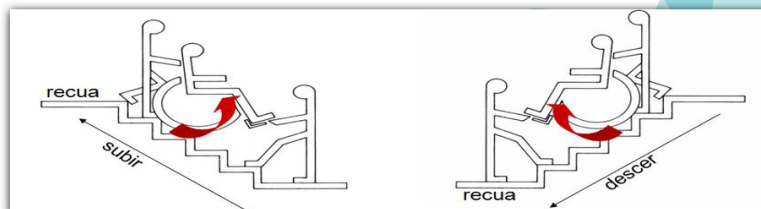
- Aproxime a cadeira do passeio ou degrau;
- Incline ligeiramente para trás até as rodas pequenas estarem em cima do degrau ou passeio;
- Levante a cadeira pelos punhos até que as rodas grandes estejam sobre o passeio ou degrau;
- Proceda de maneira a que, se for caso disso, a cabeça do utente fique apoiada no seu peito.



TRANSFERÊNCIAS

- Subir e Descer uma Escada -

- São necessárias duas pessoas;
- A subir /descer uma das pessoas vai recuando;
- Aproxime as rodas grandes do degrau, inclinando ligeiramente a cadeira para trás e suba-a prudentemente degrau a degrau;
- É indispensável que as duas pessoas retomem o equilíbrio em cada degrau.



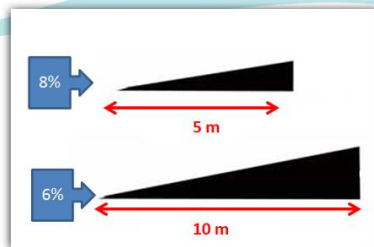
TRANSFERÊNCIAS

- Rampa -

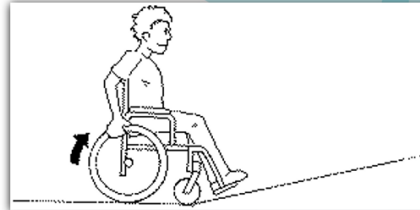
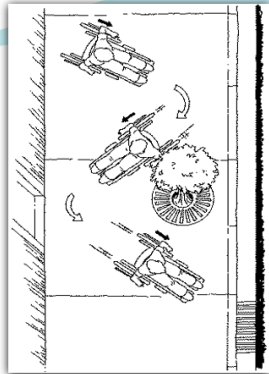


TRANSFERÊNCIAS

- Rampa -

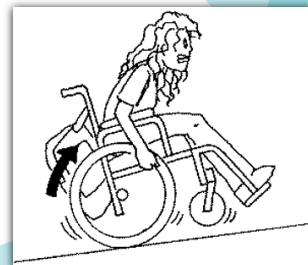
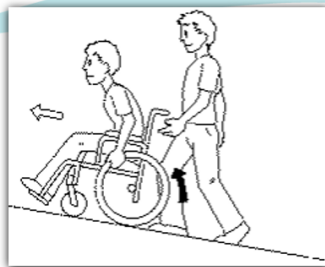


TRANSFERÊNCIAS - Rampa -



http://www.wheelchairnet.org/WCN_ProdServ/Docs/MWTG/Sec4/sec4.html

TRANSFERÊNCIAS - Rampa -



TRANSFERÊNCIAS

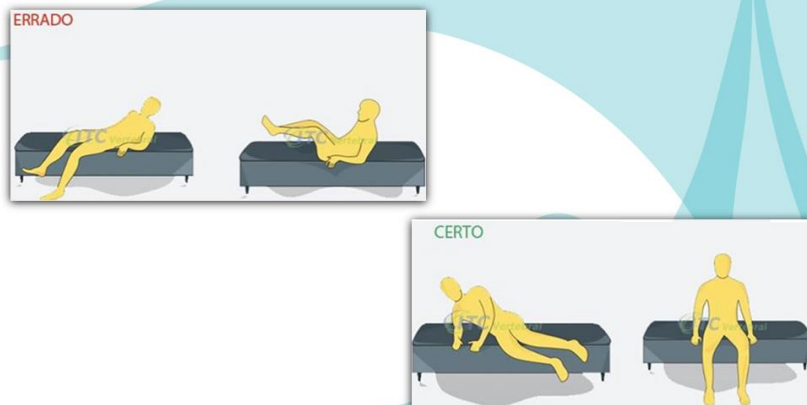
TRANSFERÊNCIAS - Produtos de Apoio -



TRANSFERÊNCIAS - Produtos de Apoio -

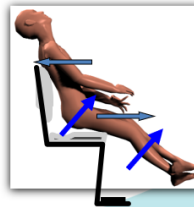


TRANSFERÊNCIAS - Posição de deitado para sentado -



TRANSFERÊNCIAS - Levantar da cadeira -

- Incentivar o utente a fazer o máximo possível por si mesmo;
- Explicar ao utente os movimentos que vamos realizar e pedir a sua colaboração;
- Dar uma ordem única, clara e precisa para o movimento;



TRANSFERÊNCIAS - Levantar da cadeira (Cont.) -

- Dar tempo suficiente para o utente fazer o que pedimos;
- Não puxar o utente pelos braços ou pernas;
- Pedir para que se desloque até à parte da frente da cadeira e que coloque os pés para trás;
- Apoiar bem os nossos pés no chão (usar sapatos anti-derrapantes);
- Travar os joelhos do utente com os nossos joelhos;



TRANSFERÊNCIAS - Levantar da cadeira -

- Segurar o utente ao nível da cintura (no nós da roupa ou utilizando um cinto);
- Não permitir que o utente nos agarre no pescoço ;
- Pedir ao utente que se incline para frente;
- Pedir ao utente para apoiar os braços na cadeira e ajudar no levantar.



TRANSFERÊNCIAS - Cadeira de rodas/cama -



TRANSFERÊNCIAS - Cadeira de rodas/sanita -

- Espaços pequenos



TRANSFERÊNCIAS - Cadeira de rodas/sanita -



TRANSFERÊNCIAS - Cadeira de rodas/carro -

Transferência para o carro, com tábua
(com os membros inferiores em último lugar)



Transferência para o carro, com tábua
(com os membros inferiores em 1º lugar)



TRANSFERÊNCIAS - Elevador -



TRANSFERÊNCIAS - Chão -

Se o utente estiver a cair...

- Não tentar impedir a queda;
- Proteger a cabeça e permitir que o utente chegue ao chão gradualmente;
- Se estivermos atrás do utente, deixamos que ele deslize suavemente ao longo do nosso corpo.

TRANSFERÊNCIAS - Chão (Cont.) -

Se o utente já está caído no chão...

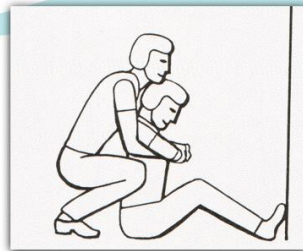
- Perguntar se está bem. Observar se existem sinais de hemorragia;
- Se o utente aparentar estar lesionado, se tiver dor ou não conseguir movimentar alguma parte do seu corpo. → Pedir ajuda (ex. enfermeiro, médico)
- Se o utente não estiver lesionado, perguntar se ele se consegue levantar;

TRANSFERÊNCIAS - Chão (Cont.) -

- Para ajudar um utente a levantar-se do chão, aproximá-lo de uma cadeira.
- Pedir que se coloque ao lado da cadeira;
- Ajudá-lo a posicionar-se de joelhos;
- Logo que se apoie na cadeira ajudá-lo a colocar-se de pé;



TRANSFERÊNCIAS - Chão (Cont.) -



TRANSFERÊNCIAS - Chão (Cont.) -

ATENÇÃO!

- Se o utente precisar de muita ajuda para se levantar do chão, não tentar levá-lo sozinho. Ninguém deve levantar uma pessoa pesada sem ajuda.



TRANSFERÊNCIAS - Chão (Cont.) -



CONCLUSÃO

- Devem ser sempre reunidas as condições de segurança, para evitar quedas e lesões;
- Sempre que existirem duvidas deve ser solicitada a colaboração do enfermeiro;
- Lesões nos profissionais, resultantes de má técnica, ou não uso dos recursos existentes, são da responsabilidade do próprio.

RESUMO

	V	F
Para subir e descer escadas com doente em CR, é necessária apenas 1 pessoa.		
Para subir escadas, os pedais da cadeira devem ficar posicionados para cima, enquanto que para descer , os pedais devem ficar para baixo.		
Se o doente estiver a cair durante uma transferência, a primeira intervenção é evitar a queda.		
O elevador de transferência deve ser utilizado apenas como ultima opção, na medida em que vai aumentar o tempo de prestação de cuidados.		

RESUMO

	V	F
Na transferência CR -cama, ou vice versa, devemos aconselhar o doente a colocar as mão no nosso pescoço, para não ficarem pendentes.		
Na realização de posicionamentos, o enfermeiro deve colocar as almofadas.		
Nas Deslocações laterais na posição de deitado, a posição das pernas dos profissionais é irrelevante.		
Durante o vestuário de utente que necessita apenas de ajudas pontuais, devemos substituí-lo para ser mais rápido, uma vez que já vai realizar este treino na AVD.		

Material necessário

- CR mecânica (1º esq)
- Cadeira com apoio de braços
- 12 almofadas
- 2 camas
- 1 sala
- 1 computador com retroprojector
- Tabua de transferência de madeira (AVD)
- Cinto de transferência (AVD)
- Elevador de transferência e funda (1º esq)

APENDICE XV – Poster “Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na promoção da Continência Urinária após AVC”

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na promoção da Continência Urinária após AVC

Siquenique, Joana¹; Ferreira, Maria²; Melgão, Susana³

Introdução

Em Portugal 3 portugueses sofrem um AVC, por hora, sendo uma das maiores causas de mortalidade e morbilidade. O fatores de risco associados prendem-se com a hipertensão arterial, o tabagismo, a diabetes mellitus, a obesidade e o sedentarismo. Estes fatores de risco estão, maioritariamente, relacionados. O programa de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC tem grande relevância, visto permitir uma melhoria da independência funcional, promoção do autocuidado, mobilidade e locomoção. “O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação [EEER] tem uma importância primordial na intervenção com a pessoa com AVC, porque facilita a vivência do processo de transição desta e da sua família, permitindo a adaptação à situação de doença e dependência.” (Marques-Viera, Sousa & Braga, 2017, citando Faria, 2014: 467).

Palavras-Chave: Enfermagem; Reabilitação; AVC; Incontinência Urinária.

Objetivo: Identificar de que forma as intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação promovem a autonomia vesical, em doentes após Acidente Vascular Cerebral [AVC].

Metodologia

Revisão integrativa seguindo o protocolo do Joanna Briggs Institute. Metodologia - PICO. Bases de dados - B-On e EBSCO. As palavras-chave - validadas nos DeCS e MeSH. Operador booleano - AND.

Questão de investigação “De que forma as intervenções do enfermeiro de reabilitação promovem a autonomia vesical, em doentes após AVC?”.

ACRÓNIMO	DESCRIÇÃO	COMPONENTE DA QUESTÃO
P	Participantes	Doentes após AVC
I	Intervenção	Intervenção do EEER
C	Comparação	Não se aplica
O	Outcomes	Promoção da autonomia vesical



Análise dos Resultados

O EEER assume um papel fundamental na gestão e no controlo da incontinência urinária em doentes após AVC, pois proporciona intervenções terapêuticas com o intuito de melhorar, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida do doente, assim como, diminuir o impacto das incapacidades instaladas numa situação de doença ou acidente. Na evidência científica é evidente que os programas de reabilitação são fulcrais para uma melhoria na gestão e no controlo da problemática, verificando-se uma melhoria significativa nas atividades de vida diárias e na independência funcional do doente.

Considerações Finais

O EEER possui um papel fulcral na recuperação da funcionalidade vesical, promovendo a gestão e o controlo do doente nesta atividade de vida diária. Os estudos selecionados evidenciam que as intervenções do enfermeiro de reabilitação, no doente após AVC, aumentam a sua independência funcional, assim como a sua autoestima a nível pessoal, familiar e social.

Referências Bibliográficas

Galvão, D. & Almeida-Gomes, D. (2018, julho 25). Associação of Urinary Incontinence with Cognitive, Function and Quality of Life in Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 30(7), 1077-1085. doi: 10.1177/0898264318776209

Artes, B., Basso, A., Riccio, G., Mariani, G. & Bellotti, G. (2018, dezembro 15). Effects on urinary retention of pelvic and anal sphincter function of pelvic floor muscle exercises: first use of the modified bulbocystourethral pump method. *Physiotherapy Research International*, 20(2), 151-155. doi: 10.1002/prin.2018.00071

Reuter, B., Pappas, M., Walker, J., Walker, M., Panchan, S., Smith, A., Smith, S., Garcia, P., Lee, R., Walker, D., (2008) *Journal of the American Medical Association*, Whole and Bone Treatment Regimen: Implementing a Reproducible Testing Program for Pelvic MRI Urinary Incontinence After Stroke. *Stroke*, 39(10), 1287-1291. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.128799

Wong, J. et al. (2016). Whole-system “real-world” evaluation of a pelvic floor rehab program for post-stroke urinary incontinence after stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 27(12), 2011-2020.

¹Enfermeira no Centro de Recuperação de Menores de Assumar – Portalegre; Pós-Graduada em Intervenção em Feridas; Pós-Graduada em Gestão em Saúde; Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - Escola Superior de Saúde S. João de Deus de Évora.

²Enfermeira no Centro Hospitalar de Setúbal; Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - Escola Superior de Saúde S. João de Deus de Évora.

³Enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Sines, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém, Portugal. Pós-graduada em Intervenção e Feridas; Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - Escola Superior de Saúde S. João de Deus de Évora.

APENDICE XVII – Comunicação “Papel do Enfermeiro de Reabilitação na Prevenção de Complicações à Mulher Mastectomizada”

PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES À MULHER MASTECTOMIZADA

JOANA SIQUENIQUE

Introdução

Cancro da mama
+ frequente

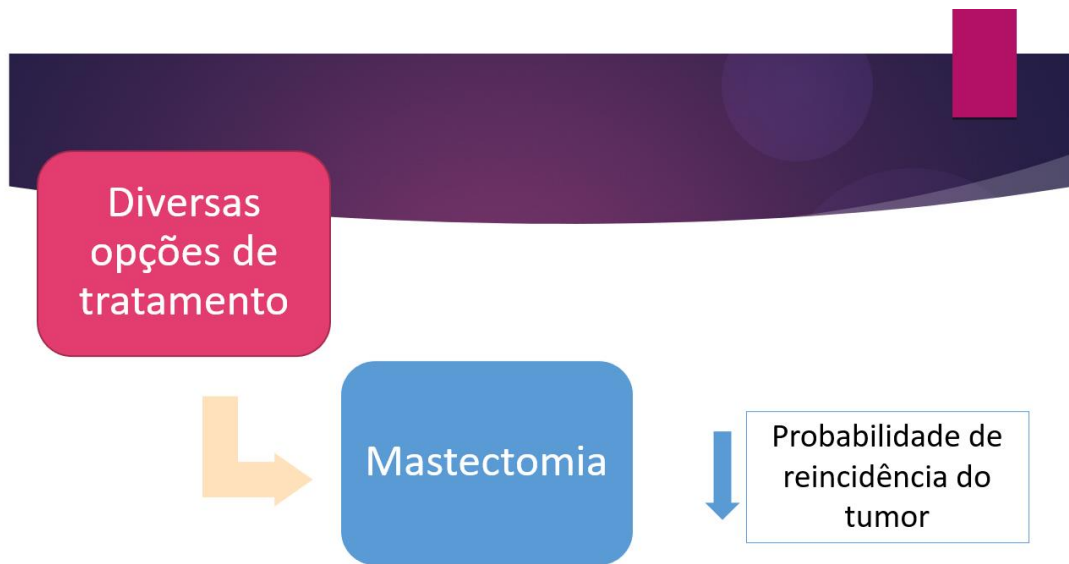
Atinge 4.500
mulheres por ano

(Sequeira, 2014)

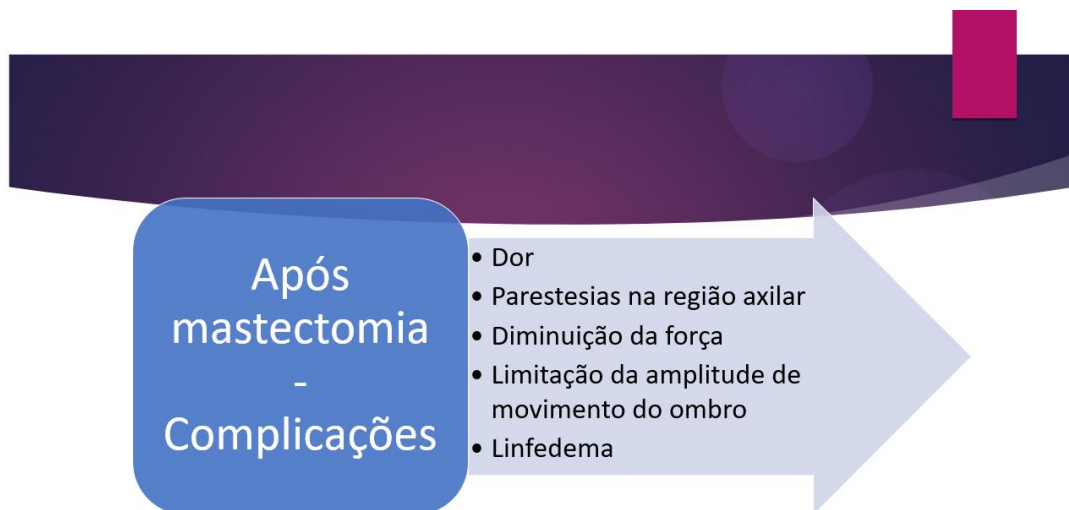


29,4% de casos de
doença oncológica

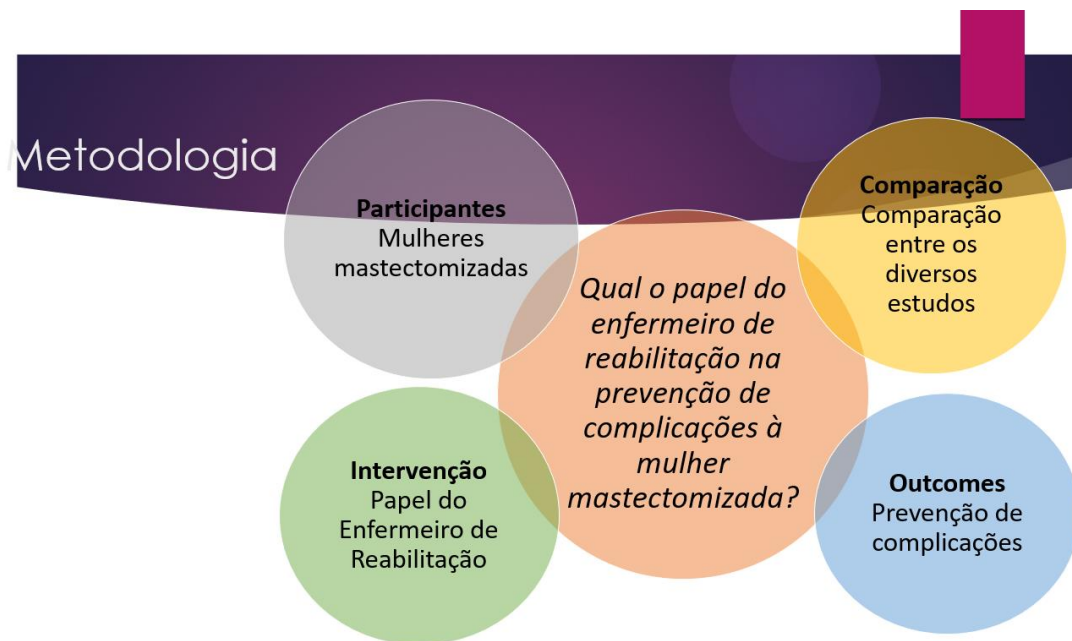
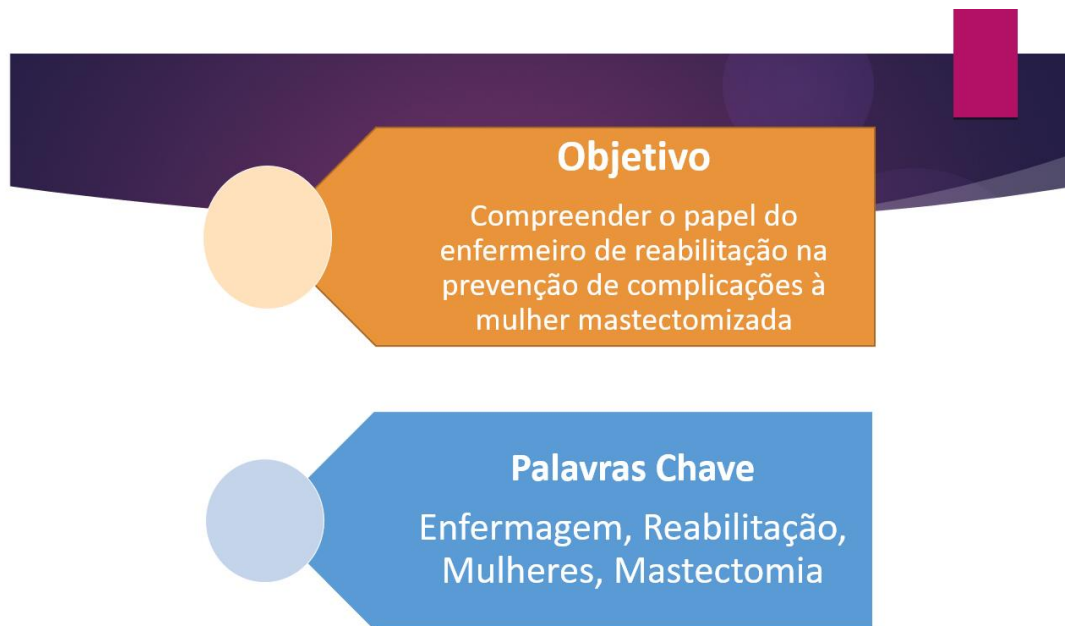
(Rodrigues, 2017)

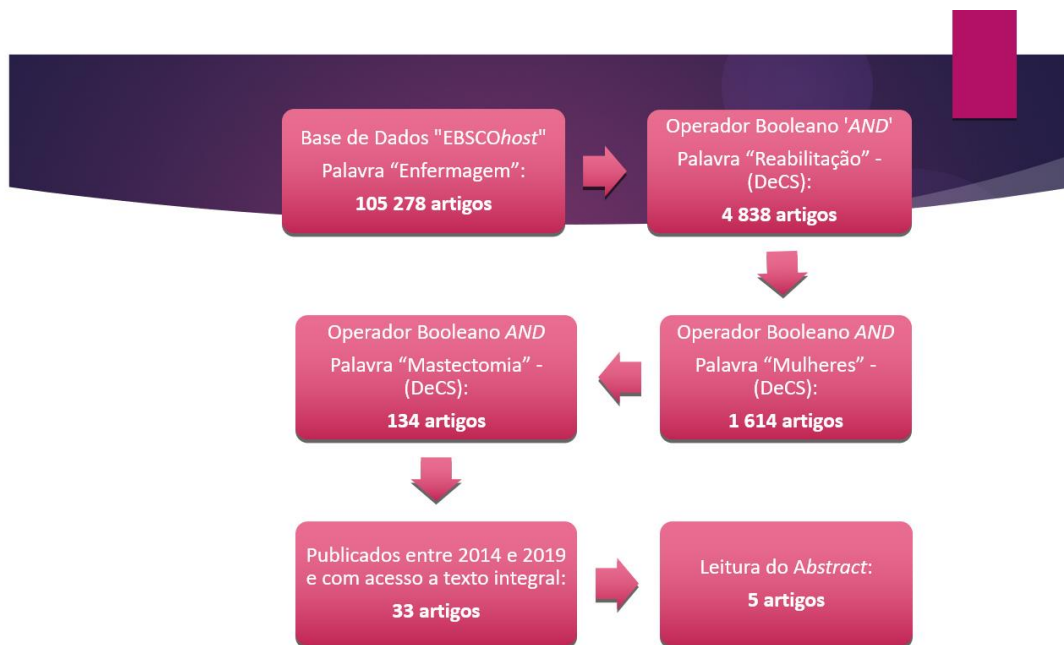
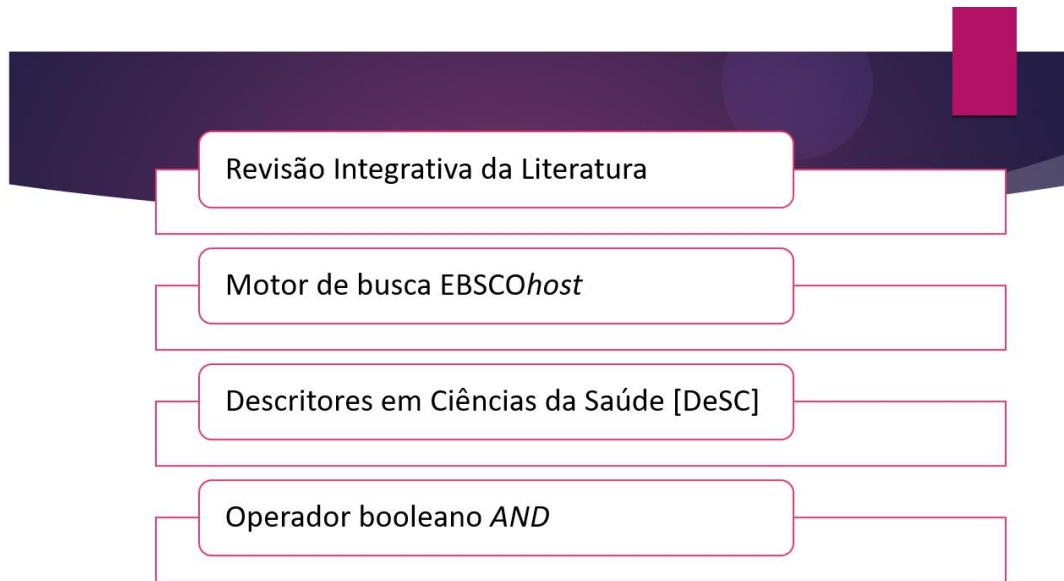


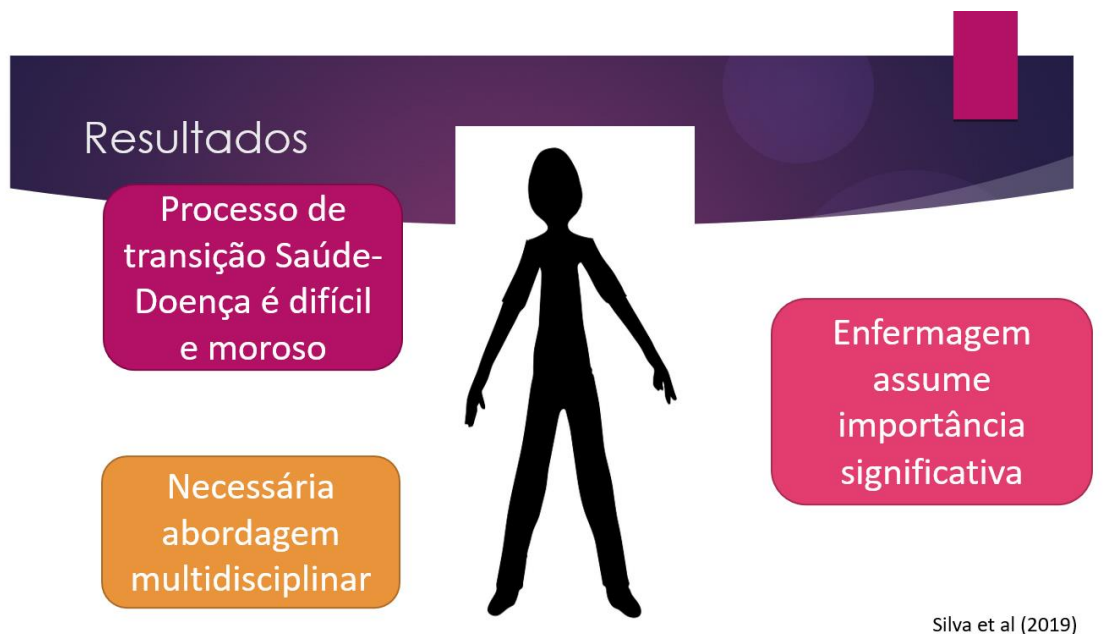
(Santos, 2013)



(Rodrigues, 2017)

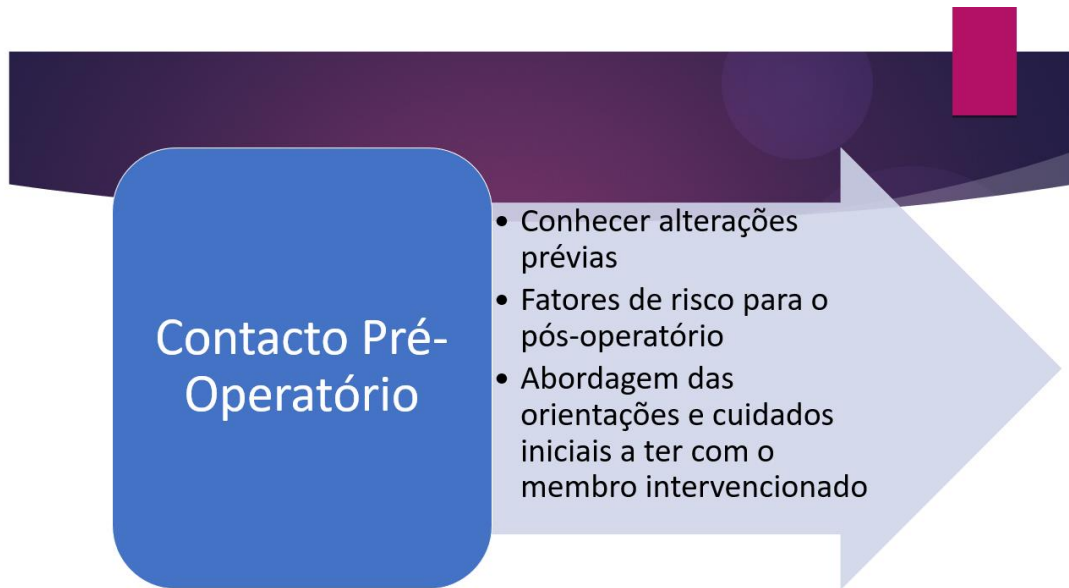






A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crônicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima.

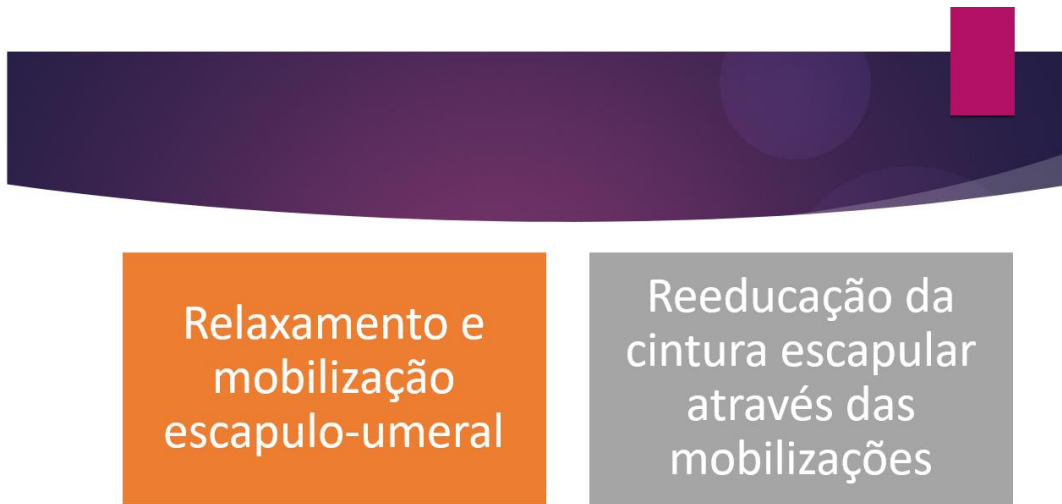
(Ordem dos Enfermeiros (2010), citado em Rodrigues, (2017))



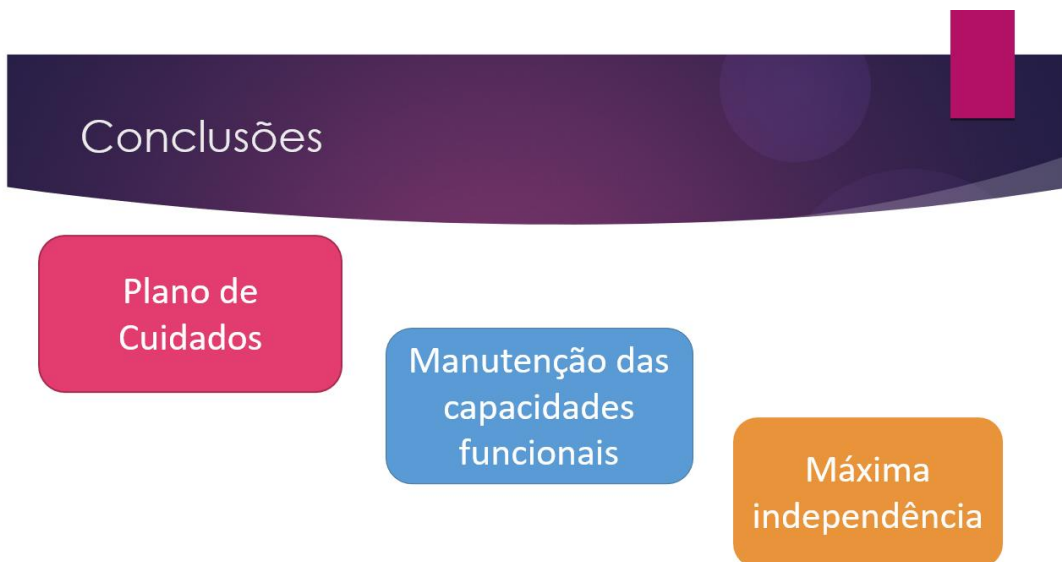
(Sequeira, 2014)



(Marília, 2017)



(Marília, 2017)



Referências Bibliográficas

- ▶ Sequeira, A. (2014). Reabilitação Funcional Precoce do membro superior na Mulher Mastetomizada - Revisão Sistemática da Literatura. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu.
- ▶ Rodrigues, C. (2017). Qualidade de Vida em Mulheres Adultas Mastectomizadas. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu.
- ▶ Santos, S. (2013). Contributo de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Transição da Mulher Mastectomizada. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- ▶ Marília, F. (2017). Reabilitação da mulher mastectomizada. Da informação à capacitação. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- ▶ Silva, W. Sousa, C. Franco, E. Viveiros, F. Silva, F. Silva, I. ... Oliveira, W. (2019). As repercussões da mastectomia na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: o papel do enfermeiro. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 27 (1), 88-92.

PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES À MULHER MASTECTOMIZADA

JOANA SIQUENIQUE

APENDICE XVIII – Comunicação “Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Quedas”

Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Quedas

JOANA SIQUENIQUE

Introdução

Acidentes Domésticos

1ª causa de morte –
crianças e
adolescentes

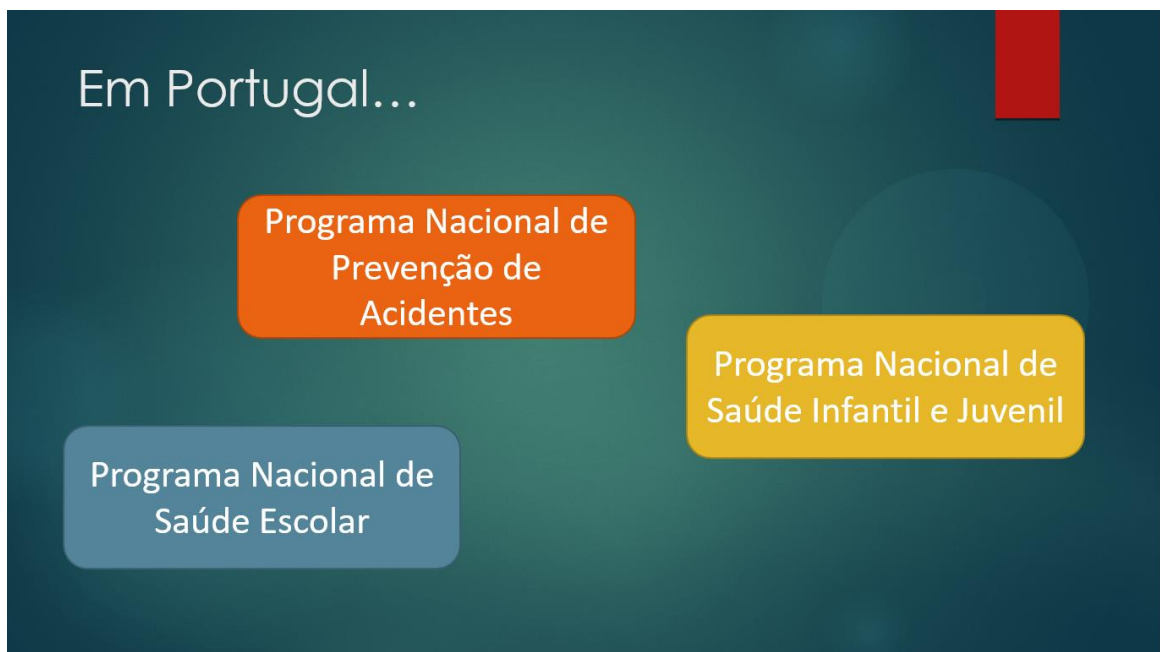
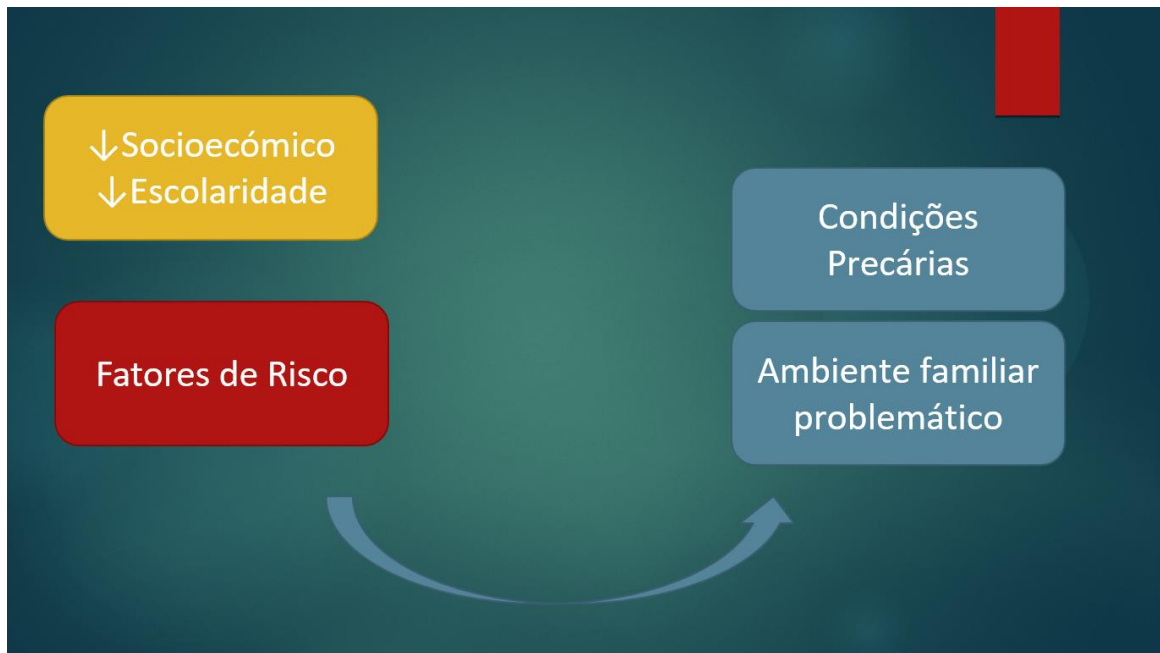
700 por ano

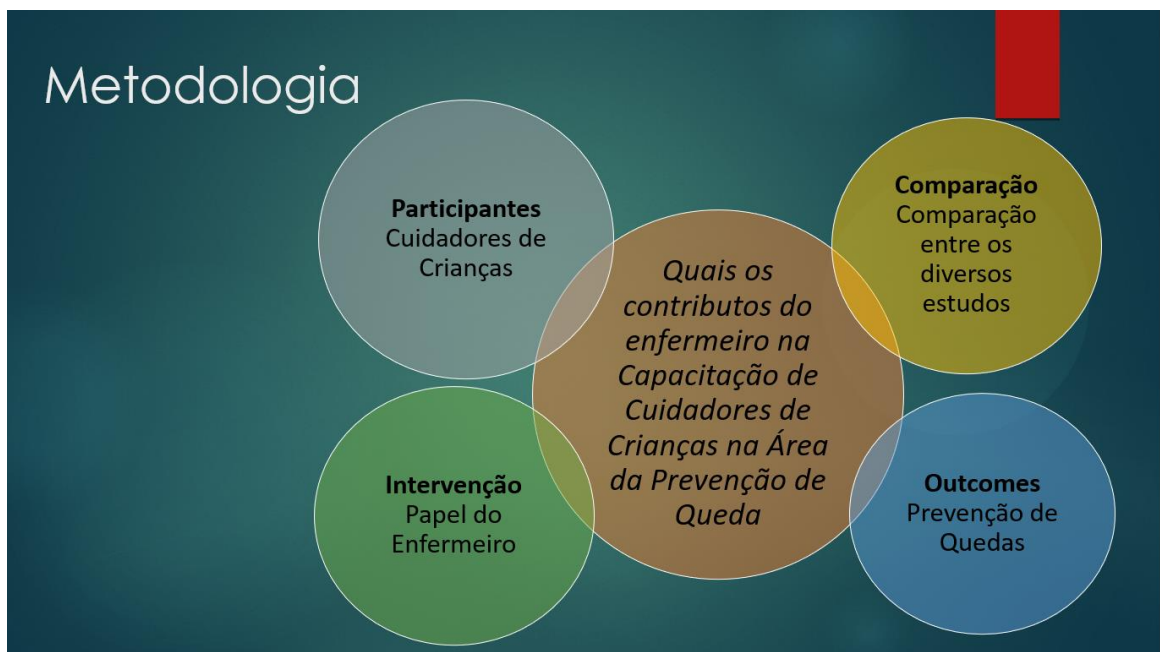
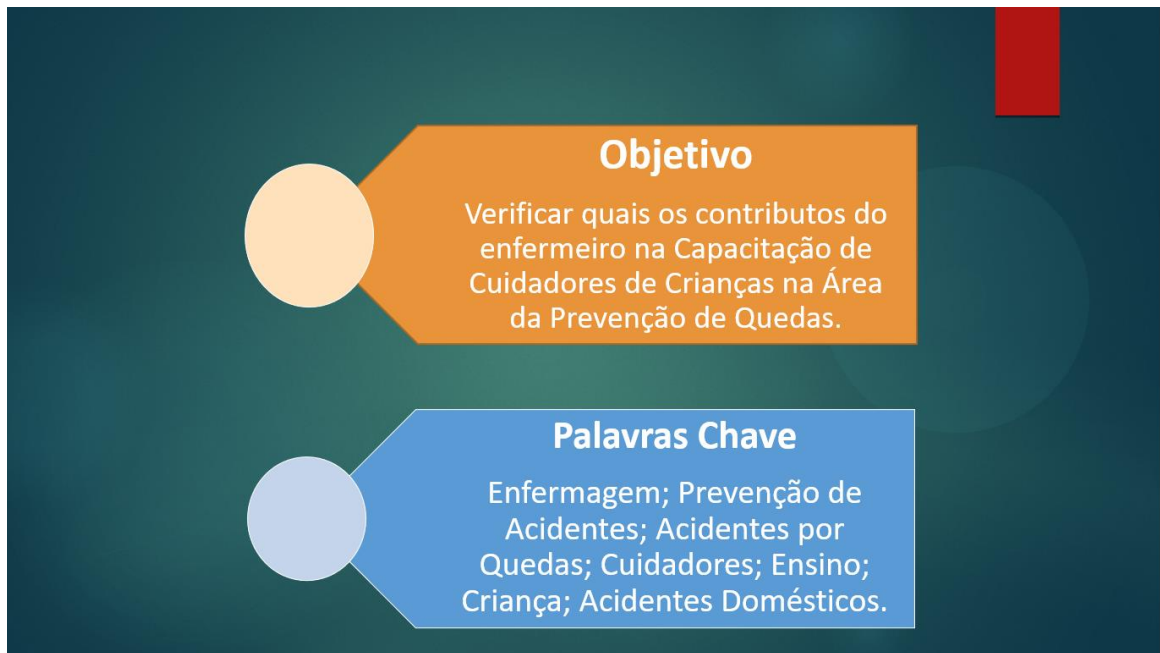
↑ Hospitalização

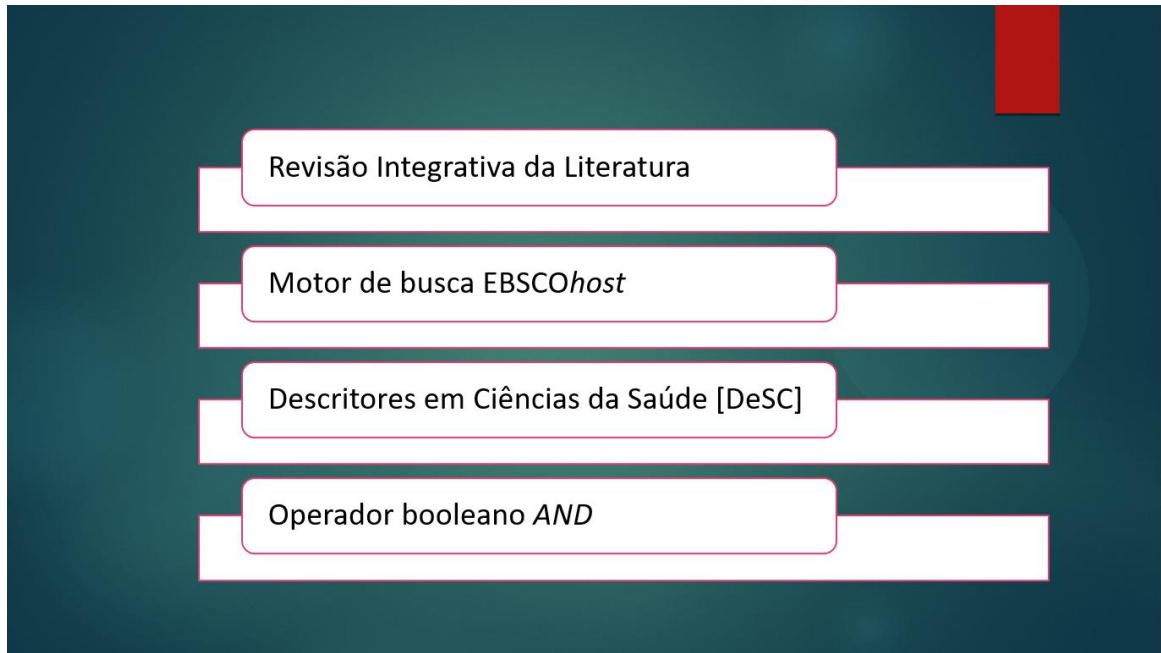


Prevenção

Capacitação







Resultados

Programas de educação aos pais e cuidadores são eficazes pois melhoram os conhecimentos e a prática dos mesmos

Enriquecer os conhecimentos dos cuidadores

Modificar condições habitacionais com vista à segurança das crianças e à prevenção de lesões.

Níveis de educação na área da saúde e segurança doméstica estão associados a menores taxas de lesões na população pediátrica

Conclusões

Mortalidade
Morbilidade
Incapacidade

Capacitação dos cuidadores

Melhorar indicadores de saúde

Referências Bibliográficas

- ▶ Amini, R., Kalvandi, N., Khodaveisi, M. & Tapak, L. (2021). Investigation of the Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior on the Mothers' Preventive Practices Regarding Toddler Home Injuries. *SAGE journals*, 33(4), 250-257.
- ▶ Rezapur-Shahkolai, F., Afshari, M., Moghimbeigi, A. & Hazavehei, S. (2017). Home-related injuries among under-five-year children and mothers' care regarding injury prevention in rural areas. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 24(33), 354-362.
- ▶ Machin, A., Ngamsuoy, A. & Pearson, P. (2018). Collaborative child home injury prevention in Thailand: An action research study. *Nursing & Health Sciences*, 20, 206-2013.
- ▶ Nouman, Y., Hussain, M., Afzal, M. & Gilani, S. (2019). Effectiveness of Health Education Among Mothers to Reduce Unintentional Home Injuries of Under-five year old Children in Rural Community. *Pakistan Journal of Public Health*, 9(1), 26-29.

Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Quedas

JOANA SIQUENIQUE

APENDICE XIX – Plano Cuidados realizado no serviço de Ortopedia

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PLANO DE CUIDADOS: SERVIÇO DE ORTOPEDIA

Docente Orientador: Prof. Luís Sousa

Supervisora Clínica: Enfermeira Ana Martinho

Joana Sofia Damas Siquenique N^o47102

**junho
2021**

Universidade de Évora
Mestrado em Enfermagem em Associação

Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

PALNO DE CUIDADOS:
SERVIÇO DE ORTOPEDIA

Docente Orientador: Prof. Luís Sousa
Supervisora Clínica: Enfermeira Ana Martinho

Joana Sofia Damas Siquenique N°47102

junho
2021

Abreviaturas e Siglas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA – *American Psychological Association*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ICN - *International Council of Nurses*

MRC – *Medical Research Council*

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

OE – *Ordem dos Enfermeiros*

OKS - *Oxford Knee Score*

PTJ – Prótese Total do Joelho

TUGT – *Time Up and Go Test*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	360
PROCESSO DE ENFERMAGEM	361
RECOLHA DE DADOS.....	361
HISTÓRIA CLÍNICA	83
EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	363
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	364
<i>OXFORD KNEE SCORE</i>	364
ÍNDICE DE BARTHEL	367
ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG.	15
TIME UP AND GO TEST	372
GONIOMETRIA	372
<i>MEDICAL RESEARCH COUNCIL</i>	373
ESCALA NUMÉRICA VISUAL	374
PLANO DE CUIDADOS.....	375
CONCLUSÃO	403

INTRODUÇÃO

No âmbito do primeiro estágio em Enfermagem de Reabilitação, inerente ao curso de Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi-me proposta a elaboração de um plano de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de competências profissionais na área da especialidade. O estágio decorreu no Serviço de [REDACTED], no período de 17 de maio a 25 de junho de 2021, com a duração de 144 horas de contacto direto, sob supervisão do Professor Luís Sousa e com a orientação da enfermeira [REDACTED].

A investigação é essencial para o desenvolvimento do conhecimento e para uma iniciativa de práticas mais adequadas e melhoradas. Deste modo, podemos considerar que a investigação se constitui como umas das bases essenciais do Enfermeiro, promovendo práticas baseadas no desenvolvimento do conhecimento, bem como, integrando evidências em recomendações para a prática clínica, promovendo uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012).

Os planos de cuidados, tão importantes e essenciais para a construção do processo de enfermagem, são a prova de como a enfermagem se coordena e organiza o seu método de trabalho, baseando a sua prática na análise das necessidades da pessoa, adequando assim os cuidados necessários para a promoção do bem-estar e da máxima autonomia e funcionalidade. Realizar um plano de cuidados torna-se, deste modo, uma possibilidade para o Enfermeiro Especialista na aquisição de competências específicas. “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER] concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas.” (OE, 2019: 13565). Devido ao elevado nível de conhecimentos e experiência, este tem a capacidade de tomar decisões relativas à promoção da saúde, assim como a prevenção de complicações secundárias, nunca descurando o tratamento e a reabilitação, de modo a maximizar o potencial da pessoa. (OE, 2019).

O objetivo geral deste trabalho centra-se na elaboração de um plano de cuidados de enfermagem de nível especializado, segundo a metodologia do processo de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (*International Council of Nurses* [ICN], 2011), bem como o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a elaboração dos respetivos diagnósticos de Enfermagem (OE,

2015). Este Plano de Cuidados assenta na metodologia do processo de enfermagem, para a pessoa com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, experienciada em ensino clínico.

Este trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da *American Psychological Association* [APA].

PROCESSO DE ENFERMAGEM

RECOLHA DE DADOS

Dados Gerais	
Identificação	L.B.P.L.
Idade	71 anos
Género	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa
Estado Civil	Casada
Agregado Familiar	Vive com o marido
Nível de Escolaridade	4ª Classe
Situação Laboral	Reformada
Residência	3º andar sem elevador
Dados de Saúde	
Antecedentes Pessoais	Hipertensão Arterial Obesidade Hipertiroidismo
Alergias	Desconhece
Cirurgias Anteriores	Cirurgia aos ombros Canal Cárpico Varizes Bilateral

	Prótese Total do Joelho [PTJ] à direita
Regime medicamentoso	Mexazolam Lisinopril + Hidroclorotiazida Levotiroxina
Diagnóstico	Gonartrose em varo à esquerda
Procedimento Cirúrgico	Artroplastia total do joelho esquerdo

HISTÓRIA CLÍNICA

A Sra. L.B.P.L., de 71 anos, foi internada no serviço de Ortopedia [REDACTED] dia 24 de maio de 2021, por intermédio do serviço de consulta externa, para realização de cirurgia eletiva de artroplastia total do joelho esquerdo, por diagnóstico de gonartrose em varo da articulação do joelho à esquerda. Até ao momento do internamento a senhora era autónoma, sendo que se mobilizava sem recurso a ortóteses, vivendo no 3º andar de um prédio sem elevador. De referir que era independente nas Atividades Básicas de Vida Diárias [ABVD], assim como também nas Atividades Instrumentais de Vida Diária [AIVD]. No período pré-operatório iniciou-se o processo de reabilitação, através de esclarecimentos acerca da intervenção cirúrgica, exercícios e estratégias eficazes para alívio da dor e tempo espectável de recuperação, com o intuito de diminuir a ansiedade pré-operatória. O período pré-operatório é essencial para a orientação da pessoa acerca de questões pertinentes, tais como, a reeducação respiratória, assim como a reeducação motora, constituindo-se este como um momento eficaz para a capacitação e transmissão de informação relativa aos exercícios a realizar para fortalecimento muscular, auxiliares de marcha que a que irá recorrer posteriormente, transferências e correta recorrência à crioterapia (Sousa & Carvalho, 2017). A senhora L.B.P.L. referiu que quando regressar ao domicílio contará com o apoio do marido, como cuidador principal, e, visto já ter sido intervencionada ao joelho direito, que possui materiais de apoio e estratégias adaptativas no domicílio. Apresentava-se orientada na pessoa, tempo, espaço e situação, compreendendo a sua vinda voluntária para ser intervencionada a nível ortopédico e mostrando-se motivada e com vontade de contribuir nos cuidados de reabilitação, de modo a retornar ao domicílio o mais rapidamente possível.

No dia 25 de maio de 2021, a Sra. L.B.P.L. foi levada para o bloco operatório, sendo a intervenção cirúrgica realizada com bloqueio subaracnoideo e sedação. Não foram registadas quaisquer intercorrências adicionais durante o procedimento cirúrgico, nem perdas sanguíneas no intra-operatório, bem como no pós-operatório imediato.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Através dos Exames Complementares de Diagnóstico [ECD] é possível visualizar a gonartrose existente na articulação do joelho à esquerda, assim como a prótese total do joelho já existente no joelho direito (figura 1). Após a artroplastia total do joelho esquerdo é possível verificar, através dos ECD, o correto posicionamento da prótese (figura 2).

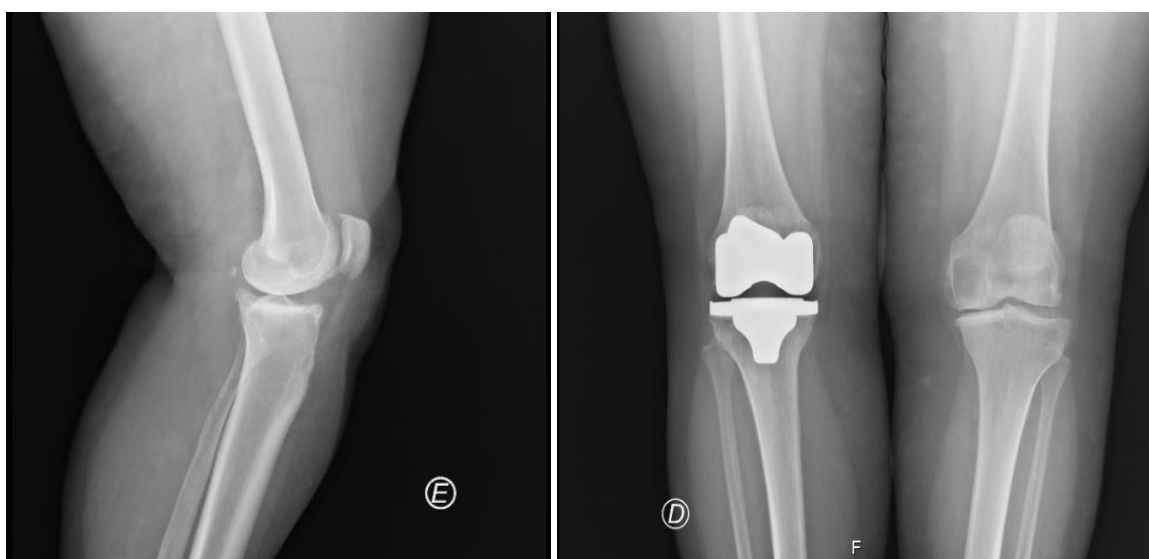


Figura 1 - Telerradiografia de vista lateral do joelho esquerdo (esquerda) e telerradiografia de vista anterior de ambos os joelhos (direita).

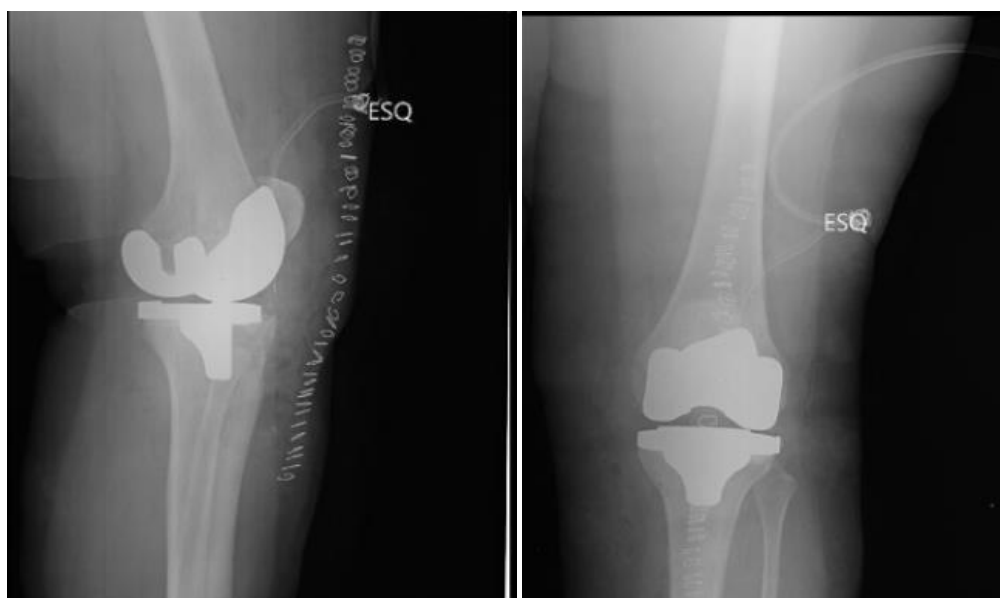


Figura 2 - Telerradiografia de vista lateral do joelho esquerdo (esquerda) e telerradiografia de vista posterior do joelho esquerdo (direita).

No dia 26 de maio de 2021 foram avaliados os parâmetros hemodinâmicos, verificando-se um valor de hemoglobina de 9,6. Manteve dreno cirúrgico funcionando a drenar conteúdo hemático e penso da ferida cirúrgica limpo e seco. A senhora L.B.P.L. apresentava-se consciente e participativa nos cuidados de enfermagem, com sintomatologia controlada e sem alterações neurovasculares, tendo sido avaliada com o intuito de iniciar exercícios relativos à reabilitação, nunca descurando os ensinamentos.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Os instrumentos de avaliação devem ter em consideração a sua praticidade, simplicidade e aplicabilidade, de modo a produzir resultados orientadores do processo de reabilitação. Deste modo os instrumentos de avaliação devem permitir avaliar as incapacidades, assim como, monitorizar os progressos realizados, melhorar a comunicação entre a equipa de cuidados e avaliar a eficácia e o benefício das intervenções realizadas (Sousa, Marques-Vieira, Severino & Caldeira, 2017).

No caso clínico abordado foi aplicado o *Oxford Knee Score* [OKS], que permite avaliar diversos parâmetros influenciadores da qualidade de vida, tais como a dor, a mobilidade, a marcha e o nível de dificuldade para a realização de atividades diárias. A avaliação da qualidade de vida torna-se importante pois, as pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas a nível do joelho podem possuir menor dor e uma melhor qualidade de vida, seis meses após a cirurgia (Chen *et al.*, 2013). Para as ABVD's foi utilizado o Índice de Barthel como instrumento de avaliação. Para complementar a avaliação das capacidades funcionais foi avaliado o equilíbrio, através da Escala de Equilíbrio de Berg e o desempenho físico e a marcha, através do *Time Up And Go Test* [TUGT]. A amplitude articular foi avaliada através do goniómetro, que permite avaliar a amplitude de movimento da articulação do joelho. A recuperação da amplitude articular é um dos indicadores principais para o sucesso da reabilitação, pois torna-se fundamental na realização dos movimentos essenciais às ABVD's (Borges, 2015). De modo a avaliar a força muscular do membro intervencionado foi aplicada a escala *Medical Research Council* [MRC] e, por fim, foi avaliada a dor através da Escala Numérica Visual.

OXFORD KNEE SCORE

Questions:			
During the past 4 weeks...	26/05	28/05	31/05

1 - How would you describe the pain you usually have from your knee?	None Very Mild Mild Moderate Severe	Severe	Moderate	Mild
2 - Have you had any trouble with washing and drying yourself (all over) because of your knee?	No trouble at all Very little trouble Moderate trouble Extreme difficulty Impossible to do	Moderate trouble	Moderate trouble	Very little trouble
3 - Have you had any trouble getting in and out of a car or using public transport because of your knee? (whichever you would tend to use)	No trouble at all Very little trouble Moderate trouble Extreme difficulty Impossible to do	Moderate trouble	Moderate trouble	Very little trouble
4 - For how long have you been able to walk before pain from your knee becomes severe? (with or without a stick)	No pain/More than 30 minutes No pain/More 16 to 30 minutes No pain/More 5 to 15 minutes Around the house only Not at all/pain severe when walking	No pain/More 5 to 15 minutes	No pain/More 5 to 15 minutes	No pain/More 5 to 15 minutes
5 - After a meal (sat at a table), how painful has it been for you to stand up from a chair because of your knee?	Not at all painful Slightly painful Moderately painful Very painful Unbearable	Very painful	Very painful	Moderately painful
6 - Have you been limping when walking, because of your knee?	Rarely/ never Sometimes, or just at first Often, not just at first Most of the time All of the time	All of the time	Most of the time	Most of the time
7 - Could you kneel down and get up again afterwards?	Yes, easily With little difficulty With moderate difficulty With extreme difficulty No, impossible	No, impossible	No, impossible	No, impossible

8 - Have you been troubled by pain from your knee in bed at night?	No nights Only 1 or 2 nights Some nights Most nights Every night	Most nights	Some nights	Only 1 or 2 nights
9 - How much has pain from your knee interfered with your usual work (including housework)?	Not at all A little bit Moderately Greatly Totally	Moderately	Moderately	Moderately
10 - Have you felt that your knee might suddenly 'give way' or let you down?	Rarely/ never Sometimes, or just at first Often, not just at first Most of the time All of the time	Often, not just at first	Sometimes, or just at first	Sometimes, or just at first
11 - Could you do the household shopping on your own?	Yes, easily With little difficulty With moderate difficulty With extreme difficulty No, impossible	With extreme difficulty	With moderate difficulty	With moderate difficulty
12 - Could you walk down one flight of stairs?	Yes, easily With little difficulty With moderate difficulty With extreme difficulty No, impossible	With extreme difficulty	With moderate difficulty	With little difficulty

Interpretação do OKS: No dia 26 de maio de 2021, o instrumento de avaliação foi aplicado à sra. L.B.P.L., no entanto as questões foram direcionadas para o período pré-operatório, ao que a pessoa respondeu consoante a sua condição de saúde antes da intervenção cirúrgica a que fora submetida. No dia 28 de maio de 2021, o instrumento de avaliação já fora aplicado sob a sua condição de saúde atual do dia referido, sendo que se encontrava com um período pós-operatório de 3 dias. Nas questões referentes a dor sentida a sra. L.B.P.L. mencionou que sentia algumas dores, no entanto que eram dores referentes à cirurgia e não à gonartrose que possuía antes da intervenção cirúrgica. Em relação à última avaliação, realizada a 31 de maio de 2021, a sra. L.B.P.L. respondeu a algumas questões já com vista ao que será a condição de saúde a nível domiciliário, tendo em conta a sua evolução de reabilitação, ao longo dos dias pós-operatórios, e os progressos e melhorias sentidas. Sendo o OKS um instrumento que avalia parâmetros influenciadores na qualidade de vida, podemos concluir que, de forma geral, ao longo das avaliações realizadas à sra. L.B.P.L. esta

teve um progresso positivo na maioria dos itens avaliados, presumindo dessa forma uma melhoria na qualidade de vida sentida.

ÍNDICE DE BARTHEL

Autocuidados		26/05	28/05	31/05
Evacuar	0 – Incontinente 5 – Acidente ocasional 10 - Contigente	10	10	10
Urinar	0 – Incontinente ou algaliado 5 – Acidente ocasional 10 – Contigente	10	10	10
Higiene Pessoal	0 – Necessita de ajuda 5 – Independente	0	0	5
Ir à casa de banho	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	0	5	10
Alimentação	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	10	10	10
Transferência	0 – Dependente 5 – Ajuda maior 10 – Ajuda menor 15 – Independente	0	5	15
Mobilidade	0 – Impossível 5 – Independente em cadeira de rodas 10 – Marcha com ajuda de uma pessoa 15 - Independente	5	10	15
Vestir	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	0	5	10
Escadas	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	0	5	5
Banho	0 – Dependente 5 – Independente	0	0	5
TOTAL		35	60	95
Graus de dependência:				

Sem problema: Score de 100
Grau reduzido: Score de 80 a 99
Grau moderado: Score de 60 a 79
Grau elevado: Score de 40 a 59
Grau muito elevado: Score 0 a 39

Interpretação do Índice de Barthel: Através da interpretação da tabela, é possível verificar a evolução positiva, sendo que o índice de dependência é inversamente proporcional ao resultado. Inicialmente a sra. L.B.P.L. apresentava-se com um grau de dependência muito elevado, no entanto, num segundo momento de avaliação, após 3 dias da intervenção cirúrgica, já se apresentava com um grau de dependência moderado. Na última avaliação, antes da alta da sra. L.B.P.L. esta apresentava-se com um grau de dependência reduzido, apenas necessitando de auxílio aquando da subida e descida de escadas. De salientar a locomoção foi iniciada através de canadianas, pois a pessoa, devido a já ter experienciado um processo de reabilitação idêntico, preferiu as canadianas ao invés de andarilho, alegando já se sentir mais confortável com esse dispositivo de apoio.

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Parâmetros a avaliar		26/05	28/05	31/05
Posição sentada para a posição em pé	4 - Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente 3 - Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos 2 - Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas 1 - Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se 0 - Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se	0	2	3
Ficar em pé sem apoio	4 - Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos 3 - Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão 2 - Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	0	1	3

	<p>1 - Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 seg. sem apoio</p> <p>0 - Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio</p>			
<p>Sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados</p>	<p>4 - Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos</p> <p>3 - Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão</p> <p>2 - Capaz de permanecer sentado por 30 segundos</p> <p>1 - Capaz de permanecer sentado por 10 segundos</p> <p>0 - Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos</p>	2	4	4
<p>Da posição em pé para a posição de sentada</p>	<p>4 - Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos</p> <p>3 - Controla a descida utilizando as mãos</p> <p>2 - Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida</p> <p>1 - Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle</p> <p>0 - Necessita de ajuda para sentar-se</p>	1	2	3
<p>Transferências</p>	<p>4 - Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos</p> <p>3 - Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos</p> <p>2 - Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão</p> <p>1 - Necessita de uma pessoa para ajudar</p> <p>0 - Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança</p>	0	1	3
<p>Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados</p>	<p>4 - Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança</p> <p>3 - Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão</p> <p>2 - Capaz de permanecer em pé por 3 segundos</p> <p>1 - Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé</p> <p>0 - Necessita de ajuda para não cair</p>	0	2	4
<p>Permanecer em pé sem apoio</p>	<p>4 - Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança</p>	0	1	3

com os pés juntos	<p>3 - Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão</p> <p>2 - Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos</p> <p>1 - Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos</p> <p>0 - Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos</p>			
Inclinar-se para a frente com o braço esticado permanecendo em pé	<p>4 - Pode avançar a frente >25 cm com segurança</p> <p>3 - Pode avançar a frente >12,5 cm com segurança</p> <p>2 - Pode avançar a frente >5 cm com segurança</p> <p>1 - Pode avançar a frente, mas necessita de supervisão</p> <p>0 - Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo</p>	0	2	3
Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé	<p>4 - Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança</p> <p>3 - Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão</p> <p>2 - Incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente</p> <p>1 - Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando</p> <p>0 - Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair</p>	0	1	3
Virar-se para olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece de pé	<p>4 - Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso</p> <p>3 - Olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso</p> <p>2 - Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio</p> <p>1 - Necessita de supervisão para virar</p> <p>0 - Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair</p>	1	2	4
Dar uma volta de 360 graus	<p>4 - Capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos</p>	0	2	4

	<p>3 - Capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 seg. ou menos</p> <p>2 - Capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente</p> <p>1 - Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais</p> <p>0 - Necessita de ajuda enquanto gira</p>			
Colocar os pés alternadamente num degrau enquanto permanece de pé sem apoio	<p>4 - Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos</p> <p>3 - Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em > 20 segundos</p> <p>2 - Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda</p> <p>1 - Capaz de completar >2 movimentos com o mínimo de ajuda</p> <p>0 - Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair</p>	0	2	3
Ficar em pé com um pé à frente do outro	<p>4 - Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos</p> <p>3 - Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos</p> <p>2 - Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos</p> <p>1 - Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos</p> <p>0 - Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé</p>	0	1	3
Permanece em pé sobre uma perna	<p>4 - Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10 seg</p> <p>3 - Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 seg</p> <p>2 - Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3 seg.</p> <p>1 - Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 seg., embora permaneça em pé independentemente</p> <p>0 - Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair</p>	0	1	2

TOTAL	4	24	45
Pontuação:			
Prejuízo do equilíbrio: Score de 0 a 20			
Equilíbrio aceitável: Score de 21 a 40			
Bom equilíbrio: Score de 41 a 56			

Interpretação da Escala de Equilíbrio de Berg.: A avaliação do equilíbrio revela que efetivamente existiram ganhos com a intervenção do EEER. Deste modo verifica-se que na primeira avaliação existia um prejuízo no equilíbrio, evoluindo, na segunda avaliação, para um equilíbrio aceitável. Na última avaliação realizada, no dia da alta foi possível avaliar-se o equilíbrio atingindo um nível bom.

TIME UP AND GO TEST

Tempo na realização do percurso	26/05	28/05	31/05
	40'	35'	21'

Interpretação do TUGT: Para a realização deste teste, a sra. L.B.P.L. estava sentada numa cadeira com as costas apoiadas, os membros superiores apoiados nos braços da cadeira e os pés paralelos ao chão. Quando foi dada a informação de início do exercício iniciou-se a contagem pelo cronómetro. O exercício consistiu em levantar da cadeira, uma caminhada de 3 metros, dar uma volta de 180 graus, voltar a caminhar para a cadeira de volta e sentar-se como se encontrava inicialmente, finalizando-se a contagem do tempo. A avaliação do TUGT foi sempre realizada recorrendo ao auxiliar de marcha canadianas. Segundo a *National Institute for Health and Care Excellence [NICE]* (NICE, 2016), tempos entre os 21' e os 29' apresentam moderado risco de queda, requerendo uma avaliação funcional e uma abordagem mais específica sobre o risco associado. Assim como tempos superiores a 30' traduzem-se num alto risco de queda. Deste modo um tempo mais rápido indica um melhor desempenho funcional, enquanto que um tempo mais demorado indica maior risco de quedas. De salientar que a sra. L.B.P.L. apresenta tempos entre os 21' e os 40', sendo imperativo associar-se o risco de queda presente. No entanto verifica-se uma melhoria na mobilidade da sra. L.B.P.L. ao haver um decréscimo do tempo de realização do teste ao longo das avaliações.

GONIOMETRIA

Data	Flexão do joelho	Extensão do joelho
26/05	40°	10°
28/05	70°	5°
31/05	100°	0°

Interpretação da Goniometria: A avaliação goniométrica foi realizada com recurso a um goniómetro, de modo a avaliar a amplitude da articulação do joelho intervencionado. As avaliações foram realizadas sempre após a execução dos exercícios de reabilitação. Através da avaliação por goniometria é possível verificar a evolução da amplitude articular da articulação do joelho, tanto a nível da flexão como da extensão. Inicialmente, também influenciado pelo edema presente e penso cirúrgico, a sra. L.B.P.L. apenas conseguia realizar uma flexão com amplitude de cerca de 40° e mantinha uma extensão com amplitude de 10°. Ao longo das avaliações a flexão do joelho tornou-se mais facilitada, assim como a extensão total do mesmo.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL

Joelho esquerdo	Datas		
	26/05	28/05	31/05
Extensão do joelho	2	4	5
Flexão do joelho	2	4	5
Grau	Definição		
5	Força normal		
4	Movimento vence gravidade e alguma resistência		
3	Movimento vence a gravidade, mas não vence a resistência		
2	Movimento da articulação, mas não contra a gravidade		
1	Contração muscular, mas não há movimento		
0	Ausência de contração muscular		

Interpretação da MRC: Através da interpretação dos resultados verificam-se ganhos resultantes da intervenção do EEER. Ao longo das avaliações, é perceptível um aumento da força muscular do membro, devido ao plano de exercícios de fortalecimento muscular, treinos de transferência e mobilidade e diminuição progressiva do edema. Deste modo, o fortalecimento muscular é essencial, a nível progressivo e gradual, de forma a que exista uma maior movimentação do membro intervencionado (Borges, 2015).

ESCALA NUMÉRICA VISUAL

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

Data	26/05	28/05	31/05
Intensidade	6	4	2
Fatores de agravamento	Flexão do joelho	Flexão do joelho	Andar
Fatores de alívio	Repouso + terapêutica analgésica	Repouso + crioterapia	Repouso + crioterapia

Interpretação da Escala Visual Numérica: Pela interpretação das avaliações é perceptível uma primeira avaliação, primeiro dia pós-operatório, com um nível de dor mais intensa, no entanto a sra. L.B.P.L. já se encontrava a realizar analgesia no esquema terapêutico. Nas seguintes avaliações o nível de dor já se encontra mais diminuído, sendo que a analgesia ainda se encontra prescrita em esquema regular. Aquando dos exercícios de reabilitação realizados a sra. L.B.P.L. refere que a dor agrava um pouco, mas que reverte após repouso e aplicação de gelo local. A aplicação de gelo é essencial pois permite a redução do desconforto e da dor, produzindo efeito analgésico e anestésico, assim como a redução do edema e risco de hemorragia (Borges, 2015).

PLANO DE CUIDADOS

FOCO: Movimento Muscular		
Diagnóstico: Movimento muscular diminuído no membro inferior esquerdo		
Data de início\término	Ações de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem	Avaliações
26/05/2021 a 31/05/2021	<p>Dimensão: Movimento Muscular</p> <p>1º Monitorizar a força muscular do membro inferior esquerdo através da escala da <i>MRC</i>;</p> <p>2º Executar técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido, incorporando todos os segmentos articulares do membro inferior esquerdo, consoante a tolerância à dor, incluindo:</p> <p>Exercícios isométricos</p> <p>Contrações isométricas dos glúteos, quadricípites, abdominais e isquiotibiais:</p> <p>Realizar as contrações isométricas empurrando o membro contra o colchão;</p> <p>Realizar as contrações com um rolo ou bola; Fazer duas séries de 8 a 10 repetições por dia, 3 a 4 vezes ao dia.</p>	<p>26/05 – Limitação do movimento muscular da articulação do joelho com flexão de 40º e extensão de 10º (goniometria). Avaliação 2 da força tanto na flexão como na extensão (<i>MRC</i>). Dor 6 que agrava na flexão do joelho.</p> <p>28/05 – Melhoria da força e do movimento muscular da articulação do joelho com flexão de 70º e extensão de 5º (goniometria). Avaliação 4 da força tanto na flexão como na extensão (<i>MRC</i>). Dor 4 que agrava na flexão do joelho.</p>

	<p>Exercícios isotônicos:</p> <p>Dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica: Realizar 8 a 10 repetições, 3 vezes por dia; Quando sentado pode mobilizar o membro inferior intervencionado com ajuda do membro inferior sã - realizar 2 series de 8 a 10 repetições, 3 a 4 vezes por dia; Junto a um dispositivo de apoio, como mesa ou cadeira, realizar exercícios com o membro inferior intervencionado de flexão do joelho e flexão da coxofemoral e realizar agachamentos - realizar 2 series 8 a 10 repetições, 3 a 4 vezes por dia; Realizar exercícios de circundação da articulação tibiotársica.</p> <p>Incentivar à realização de mobilizações ativas dos membros sãos tais como por exemplo a elevação da cintura pélvica e a flexão e extensão da articulação coxofemoral com o joelho em extensão.</p> <p>3º Executar técnicas de exercício muscular e articular ativo-resistido, incorporando todos os segmentos articulares do membro inferior esquerdo, consoante tolerância à dor, incluindo:</p> <p>Exercícios isotônicos resistidos em pé, junto à cama, realizando flexão do joelho intervencionado bem como a flexão da coxofemoral e realização de agachamentos mediante tolerância; Realizar 8 a 10 repetições, 3 a 4 vezes por dia.</p>	<p>31/05 – Melhoria mais acentuada aquando do dia da alta hospitalar, sendo que a amplitude da articulação se encontra com uma flexão de 100º e uma extensão de 0º (goniometria). Avaliação 5 da força tanto na flexão como na extensão (<i>MRC</i>). Dor 2 que agrava com o andar.</p>
--	---	---

	<p>4º Supervisionar o movimento muscular.</p> <p>5º Incentivar a pessoa a executar os movimentos musculares e articulares ativos através de auto-mobilizações do membro operado, sendo estas: contrações isométricas dos músculos quadricípites, abdominais, isquiotibiais e glúteos, exercícios isotônicos de flexão e extensão da articulação tibiotársica, flexão da articulação coxofemoral e flexão e extensão da articulação do joelho.</p>	
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular no membro inferior esquerdo</p>		
<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular no membro inferior esquerdo.</p> <p>2º Ensinar sobre técnicas de exercícios muscular e articular no membro inferior esquerdo (contrações isométricas dos glúteos, quadricípites, abdominais e isquiotibiais, extensão lombo-pélvica em decúbito dorsal com extensão do joelho operado, dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica, circundação da articulação tibiotársica, flexão da articulação coxofemoral, elevação da cintura pélvica).</p>	<p>26/05 – Realizados ensinamentos, os quais a pessoa já possuía alguns conhecimentos devido à cirurgia já realizada anteriormente à articulação do joelho à direita. Realizada consolidação de conhecimentos e retificação de dúvidas pontuais, sendo que a pessoa apresenta algum conhecimento acerca dos exercícios supracitados. Providenciado folheto de suporte educacional.</p> <p>28/05 – A sra. L.B.P.L demonstra conhecimentos adquiridos relativamente às</p>

	4º Providenciar material educativo: Folheto ilustrativo e orientador sobre a prótese total do joelho.	técnicas de exercícios musculares, conseguindo realizar as mesmas.
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular no membro inferior esquerdo		
26/05/2021 a 31/05/2021	<p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p> <p>1º Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>2º Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular: Auto mobilizações, mobilizações ativas, ativas resistidas e ativas assistidas, exercícios de agachamento, fortalecimento muscular e motricidade fina.</p> <p>3º Treinar técnicas de exercício muscular e articular: Auto mobilizações, mobilizações ativas, ativas resistidas e ativas assistidas, exercícios de agachamento, fortalecimento muscular e motricidade fina.</p>	<p>26/05 – Realiza algumas técnicas de exercícios, contudo ainda se sente limitada pela dor. Necessita de acompanhamento do EEER para a realização dos exercícios, nomeadamente na flexão e extensão do joelho.</p> <p>28/05 – Realiza os exercícios ensinados de forma autónoma.</p>
FOCO: Rigidez Articular		
Diagnóstico: Risco de rigidez articular		
	Dimensão: Rigidez Articular	26/05 – Apresenta limitações ao nível da amplitude articular, passíveis de ser

<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>1º Avaliar o movimento articular.</p> <p>2º Monitorizar amplitude do movimento articular através de goniómetro.</p> <p>3º Executar técnica de exercício muscular e articular passivo.</p> <p>4º Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido: contrações isométricas dos glúteos, dos quadricípites e isquiotibiais, extensão lombopélvica em decúbito dorsal com extensão do joelho operado, dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica.</p> <p>5º Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido: exercícios isotónicos resistidos em pé, junto à cama, realizando flexão do joelho intervencionado bem como a flexão da coxofemoral e realização de agachamentos.</p>	<p>observadas através da avaliação com goniómetro. Através dos exercícios propostos as limitações observadas tendem a diminuir.</p> <p>28/05 – Após sucessivas intervenções do EEER através de técnicas de exercícios foi possível um aumento da amplitude articular na flexão da articulação do joelho de 40º para 70º, no entanto a extensão ainda mantém um ângulo 5º.</p> <p>31/05 – Com a continuação do programa de reabilitação a amplitude da articulação do joelho aumentou de 70º para 100º aquando da flexão e já é possível exercer uma extensão total da articulação do joelho, com um ângulo de 0º.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</p>		
	<p>Domínio: Conhecimento</p>	<p>26/05 – Demonstra algum conhecimento sobre a técnicas de exercício muscular e</p>

<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>1º Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>2º Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido: contrações isométricas dos glúteos, dos quadríceps e isquiotibiais, extensão lombo-pélvica em decúbito dorsal com extensão do joelho operado, dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica.</p> <p>3º Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular ativo-resistido: exercícios isotônicos resistidos em pé, junto à cama, realizando flexão do joelho intervencionado bem como a flexão da coxofemoral e realização de agachamentos.</p> <p>4º Providenciar material educativo: Folheto ilustrativo e orientador sobre a prótese total do joelho.</p>	<p>articular, devido à cirurgia já realizada anteriormente à articulação do joelho à direita. Realizada consolidação de conhecimentos e retificação de dúvidas pontuais, sendo que a pessoa apresenta algum conhecimento acerca dos exercícios supracitados. Providenciado folheto de suporte educacional.</p> <p>28/05 – A sra. L.B.P.L demonstra conhecimentos adquiridos relativamente às técnicas de exercício muscular e articular, conseguindo realizar as mesmas.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</p>		
<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p> <p>1º Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>2º Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido: contrações isométricas dos glúteos, dos quadríceps e isquiotibiais, extensão</p>	<p>26/05 – Realiza algumas técnicas de exercício muscular e articular, contudo ainda se sente limitada pela dor. Necessita de acompanhamento do EEER para a realização dos exercícios, nomeadamente na flexão e extensão do joelho.</p>

	<p>lombo-pélvica em decúbito dorsal com extensão do joelho operado, dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica.</p> <p>3º Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular ativo-resistido: exercícios isotônicos resistidos em pé, junto à cama, realizando flexão do joelho intervencionado bem como a flexão da coxofemoral e realização de agachamentos.</p> <p>4º Treinar técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido: contrações isométricas dos glúteos, dos quadríceps e isquiotibiais, extensão lombo-pélvica em decúbito dorsal com extensão do joelho operado, dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica.</p> <p>5º Treinar técnicas de exercício muscular e articular ativo-resistido: exercícios isotônicos resistidos em pé, junto à cama, realizando flexão do joelho intervencionado bem como a flexão da coxofemoral e realização de agachamentos.</p>	<p>28/05 – Realiza os exercícios ensinados de forma autônoma. Realizada consolidação de conhecimentos e retificação de dúvidas pontuais.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de rigidez articular</p>		
	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p>	<p>26/05 – Não demonstra conhecimento sobre a técnicas de prevenção da rigidez articular. Realizados ensinamentos sobre</p>

	<p>1º Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da rigidez articular.</p> <p>2º Ensinar prestador de cuidados sobre prevenção da rigidez articular.</p> <p>3º Providenciar material educativo.</p>	<p>técnicas preventivas de rigidez articular. Providenciado folheto de suporte educacional.</p> <p>28/05 – O prestador de cuidados demonstra algum conhecimento relativamente às técnicas de prevenção da rigidez articular.</p> <p>31/05 – O prestador de cuidados demonstra conhecimentos relativos às técnicas de prevenção da rigidez articular, conseguindo enumerar e exemplificar diversos exercícios.</p>
<p>FOCO: Posicionar-se</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se, demonstrado.</p>		
<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.</p>	<p>26/05 – Apresenta conhecimentos básicos acerca de dispositivos auxiliares para posicionar-se, no entanto necessita de ensino para a sua correta e potencial utilização.</p>

	<p>2º Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se (trapézio, cabeceira e grades da cama).</p> <p>3º Providenciar material educativo: Folheto ilustrativo e orientador sobre a prótese total do joelho.</p>	<p>28/05 – Demonstra conhecimento melhorado sobre dispositivos auxiliares para posicionar-se.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se</p>		
<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p> <p>1º Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se.</p> <p>2º Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se (trapézio, cabeceira e grades da cama).</p> <p>3º Treinar uso de dispositivos auxiliares para posicionar-se.</p>	<p>26/05 – Apresenta conhecimentos básicos sobre dispositivos auxiliares para posicionar-se, contudo não os utiliza de forma adequada.</p> <p>28/05 – Verifica-se que utiliza os dispositivos de forma adequada para se posicionar.</p>
<p>Diagnóstico: Conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se, demonstrado.</p>		
<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se.</p>	<p>26/05 – Apresenta conhecimentos básicos acerca da técnica de adaptação para</p>

	<p>2º Ensinar sobre técnicas de adaptação para posicionar-se (extensão do membro inferior operado, não colocar volumes/almofadas debaixo do joelho).</p> <p>3º Providenciar material educativo: Folheto ilustrativo e orientador sobre a prótese total do joelho.</p>	<p>posicionar-se, necessitando de alguma orientação.</p> <p>28/05 – Demonstra conhecimento melhorado sobre técnica para posicionar-se.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se.</p>		
<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p> <p>1º Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se.</p> <p>2º Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se (extensão do membro inferior operado, não colocar volumes/almofadas debaixo do joelho).</p> <p>3º Treinar técnica de adaptação para posicionar-se.</p>	<p>26/05 – Apresenta conhecimentos básicos sobre técnica para posicionar-se, contudo ainda necessita de orientações por parte do EEER.</p> <p>28/05 – Apresenta capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se, melhorada, verificando-se que cumpre as indicações e os ensinados realizados.</p>
<p>FOCO: Transferir-se</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se, demonstrado.</p>		

<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se.</p> <p>2º Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se (levantar da cama: sair pelo lado do membro intervencionado, sentar na cama, apoiar os antebraços sem fletir o tronco, com o membro intervencionado em extensão, fletir o membro sã, rodar até tocar no chão; sentar e levantar da cadeira: colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar, baixar lentamente usando a força de ambos os membros superiores nos braços da cadeira, para se levantar, proceder de forma inversa; entrar e sair de viatura: deslocar o banco para trás, apoiar a mão no encosto do banco e a outra mão no aro da porta, sentar lentamente com a perna operada em extensão, rodar o tronco e as pernas ao mesmo tempo para dentro do carro, para sair: rodar o tronco e as pernas ao mesmo tempo para fora, elevar o tronco devagar, como se fosse de uma cadeira, não esquecendo de manter extensão do membro operado).</p> <p>3º Providenciar material educativo: Folheto ilustrativo e orientador sobre a prótese total do joelho.</p>	<p>26/05 – Demonstra algum conhecimento sobre a técnica correta para realizar transferências em segurança, no entanto refere possuir algumas dúvidas.</p> <p>28/05 – Apresenta capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se, melhorada.</p> <p>31/05 – Mantém capacidades adquiridas nas técnicas de adaptação para transferir-se.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.</p>		
	<p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p>	<p>26/05 – Apresenta conhecimentos básicos sobre técnica para transferir-se.</p>

<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>1º Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.</p> <p>2º Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se.</p> <p>3º Treinar técnica de adaptação para transferir-se.</p>	<p>28/05 – Apresenta capacidade para usar técnica de adaptação transferir-se, melhorada, sendo autônoma nas transferências que realiza para a cadeirão e de volta ao leito.</p> <p>31/05 – Mantém capacidades já adquiridas para transferir-se.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o transferir-se</p>		
	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o transferir-se.</p> <p>2º Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para transferir-se.</p> <p>3º Providenciar material educativo.</p>	<p>26/05 – Não demonstra conhecimento sobre adaptação do domicílio para o transferir-se. Realizados ensinamentos sobre técnicas de adaptação do domicílio para auxiliar no transferir-se. Providenciado folheto de suporte educacional.</p> <p>28/05 – O prestador de cuidados demonstra algum conhecimento</p>

		<p>relativamente às formas de adaptação do domicílio para auxiliar no transferir-se.</p> <p>31/05 – O prestador de cuidados demonstra conhecimentos relativos às técnicas de adaptação do domicílio para auxiliar no transferir-se, conseguindo enumerar e exemplificar diversos materiais de apoio e estratégias a utilizar.</p>
<p>FOCO: Vestuário</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo), demonstrado.</p>		
<p>26/05/2021 a 28/05/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo).</p> <p>2º Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (veste primeiro a perna intervencionada e depois a outra, sendo o oposto a despir).</p> <p>3º Providenciar material educativo: Folheto ilustrativo e orientador sobre a prótese total do joelho.</p>	<p>26/05 – Apresenta conhecimentos básicos sobre técnicas de adaptação para autocuidado: vestuário.</p> <p>28/05 – Apresenta melhorias acerca do conhecimento sobre técnicas de adaptação para autocuidado: vestuário, sabendo colocar em prática a correta técnica para o fazer e realizando-a corretamente sem auxílio de terceiros.</p>

		31/05 – Mantém conhecimento adquirido para o autocuidado: vestuário.
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (metade inferior do corpo).		
26/05/2020 a 28/05/2020	<p>Dimensão: Aprendizagens de Capacidades</p> <p>1º Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário.</p> <p>2º Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário.</p> <p>3º Treinar uso de técnica de adaptação para autocuidado vestuário.</p>	<p>26/05 – Não consegue vestir a parte inferior do corpo sem ajuda de terceiros.</p> <p>28/05 – Apresenta melhoria acerca do conhecimento sobre técnicas de adaptação para autocuidado: vestuário, sendo independente a vestir/despir a parte inferior do corpo, realizando a técnica de forma correta e sem colocar em risco a integridade da prótese.</p> <p>31/05 – Mantém independência no autocuidado: vestuário, recorrendo às técnicas corretas.</p>
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.		

	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.</p> <p>2º Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.</p> <p>3º Providenciar material educativo.</p>	<p>26/05 – Não demonstra conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário. Realizados ensinamentos sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: vestuário. Providenciado folheto de suporte educacional.</p> <p>28/05 – O prestador de cuidados demonstra algum conhecimento relativamente aos dispositivos auxiliares para autocuidado: vestuário.</p> <p>31/05 – O prestador de cuidados demonstra conhecimentos relativos aos dispositivos auxiliares para autocuidado: vestuário, conseguindo enumerar e exemplificar diversos materiais de apoio e já tendo adquirido dispositivos auxiliares para o autocuidado: vestuário.</p>
FOCO: Higiene		

Diagnóstico: Conhecimento sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene, demonstrado.		
26/05/2021 a 31/05/2021	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene (uso de calçado antiderrapante, preferencialmente fechado, utilização de barras de apoio no duche, esponja de cabo longo, calçadeira, cadeira/banco para o duche ou tábua de banho para banheira, realizar higiene preferencialmente sentado, utilizar preferencialmente base de chuveiro em vez de banheira, para entrar e sair da cadeira ou tábua de banho, primeiro entra o membro são saindo no final com o membro intervencionado em extensão).</p> <p>2º Ensinar sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene.</p> <p>3º Providenciar material educativo: Folheto ilustrativo e orientador sobre a prótese total do joelho.</p>	<p>26/05 – Apresenta conhecimentos básicos sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene.</p> <p>28/05 – Apresenta melhoria acerca do conhecimento sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene, bem como a sua importância para a prevenção de acidentes e facilitação da independência funcional.</p> <p>31/05 – Mantém-se alerta acerca dos dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene.</p>
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene.		
	<p>Dimensão: Aprendizagens de Capacidades</p> <p>1º Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	<p>26/05 – Apresenta conhecimentos básicos sobre dispositivos auxiliares para</p>

<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>2º Avaliar capacidade de adaptação no domicílio para o uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene: (uso de calçado antiderrapante, preferencialmente fechado, utilização de barras de apoio no duche, esponja de cabo longo, calçadeira, cadeira/banco para o duche ou tábua de banho para banheira, realizar higiene preferencialmente sentado, utilizar preferencialmente base de chuveiro em vez de banheira, para entrar e sair da cadeira ou tábua de banho, primeiro entra o membro são saindo no final com o membro intervencionado em extensão).</p> <p>3º Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p> <p>4º Treinar uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene.</p>	<p>autocuidado: higiene, tendo alguma dificuldade.</p> <p>28/05 – Demonstra melhoria na capacidade para a utilização dos dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene.</p> <p>31/05 – Demonstra capacidade para a utilização dos dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene, conseguindo assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio através do correto uso de dispositivos auxiliares.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene</p>		
	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p> <p>2º Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</p>	

	<p>3º Providenciar material educativo.</p>	<p>26/05 – Não demonstra conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene. Realizados ensinamentos sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene. Providenciado folheto de suporte educacional.</p> <p>28/05 – O prestador de cuidados demonstra algum conhecimento relativamente aos dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene.</p> <p>31/05 – O prestador de cuidados demonstra conhecimentos relativos aos dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene, conseguindo enumerar e exemplificar diversos materiais de apoio e já tendo adquirido dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene.</p>
<p>FOCO: Ir ao sanitário</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento sobre autocuidado: ir ao sanitário, demonstrado.</p>		

<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: ir ao sanitário.</p> <p>2º Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário (utilizar o alteador de sanita, colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar, apoiar-se nas barras de apoio laterais e sentar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores, para se levantar proceder de forma inversa).</p> <p>3º Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário.</p> <p>4º Ensinar sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário: (alteador de sanita, barras de apoio laterais);</p>	<p>26/05 – Apresenta noções básicas de como realizar a técnica de adaptação para a realização do autocuidado.</p> <p>28/05 – Apresenta melhoria acerca do conhecimento, realizando a técnica sem necessidade de intervenção do EEER, utilizando corretamente as barras de apoio, o alteador de sanita bem como mantendo o membro intervencionado em extensão durante todo o procedimento.</p> <p>31/05 – Mantém conhecimento sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: ir ao sanitário, conseguindo assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio através do correto uso de dispositivos auxiliares.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para utilizar dispositivos e usar a técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário.</p>		
<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Aprendizagens de Capacidades</p>	

	<p>1º Avaliar capacidade para usar dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário (alteador de sanita, barras de apoio laterais).</p> <p>2º Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário.</p> <p>3º Instruir sobre uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário: (alteador de sanita, barras de apoio laterais).</p> <p>4º Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário: (colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar, apoiar-se nas barras de apoio laterais e sentar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores, para se levantar proceder de forma inversa).</p> <p>5º Treinar o uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário.</p> <p>6º Treinar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário.</p>	<p>26/05 – Apresenta conhecimento sobre dispositivos auxiliares de adaptação.</p> <p>28/05 – Demonstra melhoria na capacidade para a utilização dos dispositivos auxiliares de adaptação.</p> <p>31/05 - Mantém melhoria na capacidade para a utilização dos dispositivos auxiliares de adaptação, respeitando os passos e procedimentos da técnica de adaptação, realizando o autocuidado de forma segura e autónoma</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário</p>		
	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p>	

	<p>1º Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário.</p> <p>2º Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário.</p> <p>3º Providenciar material educativo.</p>	<p>26/05 – Não demonstra conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário. Realizados ensinamentos sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário. Providenciado folheto de suporte educacional.</p> <p>28/05 – O prestador de cuidados demonstra algum conhecimento relativamente aos dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário.</p> <p>31/05 – O prestador de cuidados demonstra conhecimentos relativos aos dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário, conseguindo enumerar e exemplificar diversos materiais de apoio e já tendo adquirido dispositivos auxiliares para o autocuidado: ir ao sanitário.</p>
<p>FOCO: Andar com auxiliar de marcha</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, demonstrado.</p>		

<p>26/05/2021 a 28/05/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha: (andarilho/canadiana, subir e descer escadas).</p> <p>2º Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha (avançar as duas canadianas, deslocar o membro inferior intervencionado até ao nível das canadianas, posteriormente avançar o membro inferior sã, para mudança de direção virar sobre o lado sã. Subir escadas: inicia a subida ou sobe com o membro inferior sã, seguido do membro inferior intervencionado colocando posteriormente as canadianas no degrau onde se encontram os pés, descer escadas: fazer o inverso).</p> <p>3º Ensinar sobre prevenção de acidentes domésticos (não utilizar camisas de noite e roupões compridos, dispor os móveis da casa deixando espaço para andar em segurança sem encontrar obstáculos, não andar em pavimentos molhados ou encerados, tirar os tapetes amovíveis do chão, não deixar fios elétricos ou de telefone soltos no chão, colocar barras de apoio na banheira e sanita, colocar tapetes antiderrapantes na banheira, escadas bem iluminadas, evitar pavimentos com buracos ou fendas).</p>	<p>26/05 – Apresenta alguns conhecimentos acerca da correta utilização do auxiliar de marcha, não conseguindo enumerar os passos para uma marcha efetiva e segura.</p> <p>28/11 – Demonstra melhoria no conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha, conseguindo enumerar e demonstrar as diferentes técnicas, apenas sob a supervisão do EEER e com auxílio das canadianas.</p> <p>31/05 – Mantém melhoria no conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha canadianas, assim como subir e descer escadas.</p>
------------------------------------	---	---

	<p>4º Providenciar material educativo: Folheto ilustrativo e orientador sobre a prótese total do joelho.</p>	
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha.</p>		
<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Aprendizagens de Capacidades</p> <p>1º Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha.</p> <p>2º Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (primeiro andarilho e posteriormente canadianas, iniciando-se com pequenas distâncias, aumentando-se progressivamente, até 30 metros e posteriormente mais de 30 metros, incluindo forma correta e segura de subir e descer escadas: subir escadas: inicia a subida ou sobe com o membro inferior são seguido do membro inferior intervencionado colocando posteriormente as canadianas no degrau onde se encontram os pés, descer escadas: fazer o inverso).</p> <p>3º Treinar o andar com auxiliar de marcha (andar com auxiliar de marcha: avançar o andarilho ou as duas canadianas, deslocar o membro inferior intervencionado até ao nível das canadianas ou andarilho, posteriormente avançar o membro inferior são, para mudança de direção virar sobre o lado são).</p>	<p>26/05 – Apresenta algum conhecimento sobre a correta utilização dos auxiliares de marcha. Possui uma atitude positiva e motivada para melhorar e tornar-se autónoma, sendo capaz de reproduzir as informações transmitidas, contudo, necessitando ainda de auxílio da marcha com auxiliar de marcha. Preferiu iniciar marcha com canadianas, referindo não se adaptar ao andarilho, tendo em conta a experiência anteriormente vivenciada.</p> <p>28/05 – Demonstra correta utilização do auxiliar de marcha, sendo que apresenta melhoria no andar assistido com auxiliar de marcha.</p>

		<p>31/05 - Demonstra correta utilização do auxiliar de marcha, realizando caminhadas autonomamente.</p>
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha</p>		
	<p>Dimensão: Prestador de Cuidados</p> <p>1º Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.</p> <p>2º Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (dispor os móveis da casa deixando espaço para que a pessoa intervencionada ande em segurança sem encontrar obstáculos, não possuir em pavimentos molhados ou encerados, tirar os tapetes amovíveis do chão, não deixar fios elétricos ou de telefone soltos no chão, colocar barras de apoio na banheira e sanita, colocar tapetes antiderrapantes na banheira, manter escadas bem iluminadas).</p> <p>3º Providenciar material educativo: Folheto ilustrativo e orientador sobre a prótese total do joelho.</p>	<p>26/05 – Não demonstra conhecimento acerca de medidas adaptativas no domicílio de modo a que a pessoa intervencionada ande com auxiliar de marcha. Realizados ensinamentos sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha. Providenciado folheto de suporte educacional.</p> <p>28/05 - Demonstra melhoria dos conhecimentos acerca de medidas adaptativas no domicílio de modo a que a pessoa intervencionada ande com auxiliar de marcha.</p>

		<p>31/05 – O prestador de cuidados demonstra conhecimentos relativos às medidas adaptativas no domicílio de modo a que a pessoa intervencionada ande com auxiliar de marcha, conseguindo enumerar e exemplificar diversos materiais de apoio e já tendo adaptado o domicílio previamente à alta.</p>
<p>FOCO: Equilíbrio corporal Diagnóstico: Equilíbrio corporal comprometido.</p>		
<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Equilíbrio Corporal</p> <p>1º Aplicar dispositivo auxiliar (grades da cama/andarilho/canadianas/barra).</p> <p>1º Avaliar equilíbrio corporal: estático sentado, dinâmico sentado, ortostático estático e ortostático dinâmico.</p> <p>2º Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Equilíbrio de Berg.</p> <p>3º Estimular a manter o equilíbrio corporal: correção postural.</p>	<p>26/05 – Apresenta desequilíbrio, nomeadamente nas transferências e manter-se em pé.</p> <p>28/05 – Demonstra melhoria no seu equilíbrio corporal, sendo capaz de se manter em pé apenas com auxílio dos auxiliares de marcha, sendo que o seu equilíbrio dinâmico evoluiu positivamente de um prejuízo no equilíbrio para um nível</p>

	<p>4º Executar técnica de treino de equilíbrio: alternância de carga nos membros superiores e inferiores, apoio unipodal, contorno de obstáculos, exercícios de coordenação de movimentos e facilitação cruzada.</p>	<p>de equilíbrio aceitável, através da Escala de Equilíbrio de Berg.</p> <p>31/05 – Mantém melhoria no equilíbrio, evoluindo para um nível de equilíbrio bom na Escala de Equilíbrio de Berg.</p>
<p>Diagnóstico: Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal, demonstrado.</p>		
<p>26/05/2021 a 31/05/2021</p>	<p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>1º Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio.</p> <p>2º Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal.</p> <p>3º Providenciar material educativo: Folheto ilustrativo e orientador.</p>	<p>26/05 – Apresenta poucos conhecimentos acerca da correta técnica de equilíbrio, não conseguindo descrever estratégias a adotar aquando do desequilíbrio.</p> <p>28/11 – Demonstra melhoria no conhecimento sobre técnica de equilíbrio, conseguindo enumerar e demonstrar as diferentes técnicas, apenas sob a supervisão do EEER e com auxílio das canadianas.</p> <p>31/05 – Mantém melhoria no conhecimento sobre equilíbrio corporal estático sentado,</p>

		dinâmico sentado, ortostático estático e ortostático dinâmico.
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal		
26/05/2021 a 31/05/2021	<p>Dimensão: Aprendizagens de Capacidades</p> <p>1º Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal.</p> <p>2º Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático sentado, equilíbrio estático ortostático, equilíbrio dinâmico sentado, equilíbrio dinâmico ortostático).</p> <p>3º Treinar técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático sentado, equilíbrio estático ortostático, equilíbrio dinâmico sentado, equilíbrio dinâmico ortostático).</p>	<p>26/05 – Apresenta algum conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal. Possui uma atitude positiva e motivada para melhorar e tornar-se autónoma, sendo capaz de reproduzir as informações transmitidas, contudo, necessitando ainda de auxílio para manter o equilíbrio.</p> <p>28/05 – Demonstra técnicas corretas para manutenção do equilíbrio corporal. sendo que apresenta melhoria no mesmo. Aquando do equilíbrio ortostático necessita de dispositivo auxiliar – canadianas.</p> <p>31/05 - Demonstra correta técnica de equilíbrio corporal, conseguindo manter correção postural na posição de sentado, tanto a nível estático como dinâmico. Na</p>

		posição ortostática, necessita de com canadianas como dispositivo auxiliar para manter equilíbrio dinâmico.
--	--	---

CONCLUSÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação possui um papel fundamental nos cuidados à pessoa submetida a artroplastia total do joelho, tendo uma atuação tanto a nível pré-operatório, como pós-operatório e ainda na continuidade do programa de reabilitação no regresso a casa, contribuindo para um maior ganho em saúde.

Como a elaboração deste plano de cuidados de nível especializado tornou-se possível a intervenção, enquanto ainda enfermeira de cuidados gerais, na obtenção de características para a construção do perfil de enfermeira especialista. Foram visíveis os ganhos em saúde obtidos, através das intervenções propostas e desenvolvidas, verificando-se uma melhoria significativa a todos os níveis, com o programa de reabilitação. Os ganhos mais sensíveis à intervenção do EEER são essencialmente o aumento da força muscular, o aumento da amplitude do movimento articular, a diminuição da dor, a melhoria do equilíbrio, assim como a diminuição do tempo de internamento e o aumento no desempenho das atividades básicas de vida diária. Todas estas componentes são influenciadoras de uma melhor ou pior qualidade de vida, sendo que neste caso o objetivo se centrou na melhoria de todas as componentes identificadas, para que haja, não só ganhos em saúde a nível individual nas componentes avaliadas, mas sim o maior ganho em saúde que se traduz na qualidade de vida das pessoas. Para além dos exercícios de reabilitação, promotores de uma maior funcionalidade, é evidente o papel do EEER na gestão psicológica da pessoa, assim como dos seus receios e dúvidas. Assim é importante que todo o processo de reabilitação seja desenvolvido centrado na pessoa e seja individualizado e adaptado a cada situação particular, garantido uma melhoria dos cuidados prestados e uma maior qualidade dos mesmos.

BIBLIOGRAFIA

Borges, S. C. S. C. (2015). Resultados da implementação de um programa de reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de reabilitação. Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12000/1/Sandra%20Cristina%20Soeiro%20Correia%20Borges.pdf>

Chen, L. H., Chen, C. H., Lin, S. Y., Chien, S. H., Su, J. Y., *et al.* (2013). Aggressive continuous passive motion exercise does not improve knee range of motion after total knee arthroplasty. *Journal of clinical nursing*, 22(3-4), 389-394.

International Council of Nurses [ICN] (2011). CIPE versão 2 - Classificação internacional para a prática de Enfermagem.

National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2016). QTUG for assessing falls risk and frailty. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/advice/mib73/resources/qtug-for-assessing-falls-risk-and-frailty-pdf-63499345780165>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Padrão documental dos cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos enfermeiros [OE] (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação mandato 2016/2019. Disponível em: https://repositorioenfreab.files.wordpress.com/2018/12/Instrumentos-de-recolha-de-dados-para-a-documenta%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Especializados-em-Enfermagem-de-Reabilita%C3%A7%C3%A3o_vers%C3%A3ob.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª série, n.º 85, 13565 – 13568.

Sousa, L., & Carvalho, M. (2017). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 405-420). Loures: Lusodidacta.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfer-

meiros de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 113-121). Loures: Lusodidacta.

ANEXOS

Anexo I – Declaração de Aceitação de Orientação



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, definidos no artigo 117.º do Despacho nº 11704/2016, DR. Nº 189, 2ª Série de 30 de setembro, da Reitora da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do relatório do estudante Joana Sofia Damas Siquenique (nº47102), conducente ao Relatório de Mestrado em Enfermagem, criado na Universidade de Évora em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal, sob o registo n.º R/A – CR-286/2015, na Direcção-Geral do Ensino Superior da República Portuguesa, ao abrigo do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março na redação que lhe foi dada pelo Decreto -Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das atividades desenvolvidas no âmbito técnico-profissional, subordinado à temática da área de especialização em Enfermagem de Reabilitação que versa sobre a problemática da "Capacitação de Cuidadores de Crianças em Processo de Reabilitação".

Por ser um trabalho credível e porque reconheço no mestrando adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 03 de agosto de 2021

O Orientador

Assinado por: Luis Manuel Mota de Sousa
Num. de identificação: 10203259
Data: 2021.08.07 11:16:57+01'00'

Luis Manuel Mota de Sousa (PhD)

ANEXO II – Medida de Independência Funcional

Medida de Independência Funcional (MIF)			
Datas			
Autocuidados	A - Alimentação		
	B - Higiene Pessoal		
	C - Banho		
	D - Vestir metade superior		
	E – Vestir metade inferior		
	F – Utilização da sanita		
Controlo dos Esfínteres	G - Bexiga		
	H - Intestino		
	I – Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		
Transferências	J - Sanita		
	K – Banheira, Duche		
Locomoção	L – Marcha/Cadeira de Rodas		
	M - Escadas		
Sub - Score Motor			
Comunicação	N - Compreensão		
	O - Expressão		
Cognição Social	P – Interação Social		
	Q – Resolução de Problemas		
	R - Memória		
Sub – Score Cognitivo			
SCORE			
<p>Legenda:</p> <p>Independência: 7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência Modificada (ajuda técnica)</p> <p>Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Ajuda Mínima (pessoa participa em ≥ 75%) 3 – Ajuda Moderada (pessoa participa em ≥ 50%)</p> <p>Dependência Completa 2 – Ajuda Máxima (pessoa participa em ≥ 25%) 1 – Ajuda Total (pessoa participa em ≤ 25%)</p> <p>Sub-score Motor – Entre 13 - 91</p>			

Sub-Score Cognitivo – Entre 5 – 35
Score – Entre 18 - 126

ANEXO III - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Zarit Burden Interview)					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?					
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?					
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?					
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?					
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?					
6. Sente que o seu familiar afecta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?					
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?					
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?					

9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?					
10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?					
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?					
12. Sente que a sua vida social foi afectada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?					
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?					
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?					
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?					
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					

17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?					
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?					
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?					

ANEXO IV - WHOQOL-bref

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO V – Aprovação de Trabalho de Projeto

Notificação: Deliberação de aprovação de Trabalho de Projeto Caixa de entrada x



SIIE <siiue-noreply@uevora.pt>
para mim, amgdsc ▾

segunda, 13/12/2021, 15:50 ☆ ↶ ⋮

Caro(a) Aluno(a),

Vimos por este meio informar que foi aprovado em 29/11/2021 pelo Conselho Científico da UO o Trabalho de Projeto com o título "CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO". Poderá no SIIE consultar outros dados relativos ao projeto aprovado, sendo que qualquer alteração aos dados constante no projeto aprovado, será sujeito a proposta de alteração nos prazos estipulados no RAuÉ.

Para mais informações agradecemos consulta do [Portal UÉ](#) ou do [Balcão SAC ONLINE](#) onde poderá colocar as suas dúvidas.

Enviado automaticamente pelo SIIE em 13/12/2021 às 15:48.
Por favor não responda diretamente a este email.

...

ANEXO VI – Parecer da Comissão de Ética do Centro


Submissão de Proposta de Estudo Clínico ao

Parecer Comissão de Ética / Autorização Conselho Diretivo

Título do Estudo	Capacitação de cuidadores de crianças em processo de reabilitação
ID estudo	2021_007
Investigador Principal	Joana Sofia Damas Siquenique
Promotor	Universidade de Évora
Parecer nº	2021_007, de 24 de Janeiro 2022
Data envio CE	29/11/2021
Data 1ª avaliação	6.12.2021
Data parecer final	24.01.2022

Parecer Comissão de Ética	
<p>A Comissão de Ética do Centro, reunida a 24 de Janeiro de 2022 deliberou, por unanimidade, pelos objetivos formulados, e pelo título alterado, tratar-se de um "projeto de intervenção" inserido num estágio, tutelado por um profissional de saúde do ; pelo que o acesso aos dados das pessoas a quem presta cuidados e o seu tratamento anonimizado para efeitos de relatório de estágio, não se constituem como investigação, pelo que não requer apreciação por esta Comissão. Todo o trabalho realizado será da responsabilidade do profissional tutor do e do Professor Orientador, como se demonstra na Grelha de Apreciação de Protocolo de Estudo, em anexo.</p>	
Assinatura	
Data	14.02.22
Autorização Conselho Diretivo	
<p>O Conselho Diretivo do aprova e autoriza a realização do estudo em epígrafe.</p> <p>Pe'l O Conselho Diretivo</p> <p> Data: 15/02/2022</p>	

ANEXO VII – Ação de Formação em Serviço “Ergonomia: prevenção de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho”



AGF
ÁREA DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

DECLARAÇÃO

Declara-se que **JOANA SOFIA DAMAS SIQUENIQUE** colaborou como formador(a) na **Ação de Formação em Serviço “Ergonomia: prevenção de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho”**, realizada pelo(a) **ORTOPEDIA** no dia **22 de Junho de 2021**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 14 de Julho de 2021

Pel' A Área de Gestão da Formação
Cristina Cosme

CRISTINA COSME
Área de Gestão da Formação
CHULC, EPE

Declaração FS N.º308/2021/MC/CC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)

ANEXO VIII – Certificado de Participação no 1º Colóquio de Enfermagem de Reabilitação NER-CHTS



ANEXO IX – Certificado de Participação do Workshop “Técnicas de reeducação funcional respiratória, drenagem de secreções e treino de exercício”



ANEXO X – Certificado de Participação do Workshop “Neuroreabilitação com talas de Margaret Johnson”



ANEXO XI – Certificado de Participação do Workshop “Desmistificar a reabilitação da pessoa com ortótese”



ANEXO XII – Certificado de Participação no e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

e-CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2021

2-4 DEZ | Transmissão de Gaia/Espinho

Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores

Certifica-se que:

Joana Siquenique
esteve presente no

e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2021
que decorreu de **2 a 4 de dezembro**, num total de 21 horas.

E apresentou:

Comunicação Livre - Contributos do Enfermeiro na Capacitação de Cuidadores de Crianças na Área da Prevenção de Quedas

Poster - Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na promoção da Continência Urinária após AVC


Comunicação Livre - PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES À MULHER MASTECTOMIZADA

O Presidente da APER,
Belmiro Rocha
(Belmiro Rocha)

Certificado APER 27030

www.aper.pt Imagem: Corbis

ANEXO XIII – Certificado de Participação no Workshop “Saúde respiratória na criança”



Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
e-CONGRESSO INTERNACIONAL
DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2021
2-4 DEZ | Transmissão de Gaia/Espinho

Ano Internacional dos
Trabalhadores de Saúde e Cuidadores

Certifica-se que:

Joana Siquenique

esteve presente no


Workshop: Saúde respiratória na criança

o qual teve uma **duração de 2 horas.**

O workshop fez parte do e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2021, que decorreu de 2 a 4 de dezembro.

O Presidente da APER,
Belmiro Rocha
(Belmiro Rocha)

Certificado APER 27030WSSRC



www.aper.pt Imagem: Corbis

ANEXO XIV - Certificado de Participação no Workshop “Técnicas terapêuticas complementares em Enfermagem de Reabilitação”



Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
e-CONGRESSO INTERNACIONAL
DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 21
2-4 DEZ | Transmissão de Gaia/Espinho

Ano Internacional dos
Trabalhadores de Saúde e Cuidadores

Certifica-se que:

Joana Siquenique

esteve presente no

Workshop: Técnicas terapêuticas complementares em
Enfermagem de Reabilitação

o qual teve uma **duração de 2 horas.**

O workshop fez parte do e-Congresso Internacional de
Enfermagem
de Reabilitação 2021, que decorreu de 2 a 4 de dezembro.

O Presidente da APER,
Belmiro Rocha
(Belmiro Rocha)

Certificado APER 27030WS17


www.aper.pt Imagem: Corbis

ANEXO XV - Certificado de Participação no Workshop “Limpeza das vias aéreas com recurso a insuflador-exsuflador mecânico”



ANEXO XVI – Certificado de Participação no Webinar “A Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na Sexualidade”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

membro nº desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars “Reabinar da Comissão Regional de Peritos Enfermagem Reabilitação” subordinado à temática “A intervenção da Enfermagem de Reabilitação na sexualidade” no dia 26 de Outubro de 2021, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 27 de Outubro de 2021.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'João Paulo Marques de Carvalho'.

João Paulo Marques de Carvalho

ANEXO XVII – Certificado de Participação no Webinar “Enfermagem de Cuidados Paliativos Pediátricos”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

membro nº desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars “Enfermagem às Quintas” subordinado à temática “Cuidados Paliativos #porquetodosimportam: Enfermagem de Cuidados Paliativos Pediátricos” no dia **14 de Outubro de 2021**, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 18 de Outubro de 2021.

O Presidente do Conselho Directivo Regional



João Paulo Marques de Carvalho