



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**O contributo do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na promoção do
autocuidado da criança/adolescente com AVC**

Bárbara Rafaela da Silva Amaral Pereira dos Santos

Lisboa

Maio de 2014



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**O contributo do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na promoção do
autocuidado da criança/adolescente com AVC**

Bárbara Rafaela da Silva Amaral Pereira dos Santos Nº4768

Professor Orientador – Maria Céu Sá

Lisboa

Maio de 2014



“A experiência em reabilitação proporciona conhecimentos que contribuem para enriquecer qualquer prática de cuidados”

(Hesbeen, 2010, p.136)

AGRADECIMENTOS

Esta página serve para agradecer o apoio e a ajuda dos vários espetadores deste percurso que foi trilhado com esforço e que se converteu numa experiência agradável, positiva e com muitos contributos.

Em primeiro lugar à professora Maria do Céu Sá pelo tempo despendido, as palavras de encorajamento proferidas e que motivaram todo o percurso.

Aos colegas do curso de mestrado que juntos caminhámos, partilhámos dúvidas, angústias, alegrias e momentos de aprendizagem.

Aos meus colegas de trabalho pelas palavras positivas, a ajuda e pelos momentos de escuta e desabafos.

Às equipas de enfermagem que tão bem me acolheram, às crianças, famílias e a todas as pessoas que se cruzaram no meu percurso e me permitiram crescer e desenvolver as minhas competências.

Aos meus pais e à minha irmã pelo apoio e pelos sorrisos proporcionados.

Ao João, pela minha ausência, pela sua paciência nas horas mais difíceis, pelo seu apoio incondicional, pelas palavras positivas que me ajudaram a seguir em frente, pelo seu amor e amizade.

Sem a ajuda de todos não seria possível. Obrigada.

LISTA DE SIGLAS

AHA – American Heart Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CR – Centro de Reabilitação

DGS – Direção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INR – Instituto Nacional de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

MIF – Medida de Independência Funcional

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SPP – Sociedade Portuguesa e Pediátrica

SRPD – Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

URFR – Unidade de Readaptação Funcional Respiratória

RESUMO

O acidente vascular cerebral é uma das dez causas de morte na criança, possui uma elevada taxa de morbilidade e o seu diagnóstico é tardio. Este pode ser hemorrágico ou isquémico. As sequelas decorrentes causam na criança incapacidade, limitação e dependência, comprometendo o autocuidado.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é importante e tem como objetivo promover a autonomia, maximizar a funcionalidade da criança, promover a sua independência e o autocuidado.

No entanto, em pediatria é fundamental recorrer à teoria do desenvolvimento, pois em cada estadio de desenvolvimento a criança expressa-se de diferente forma e as suas necessidades são diferentes. Por vezes o recurso a estratégias como o brincar, o jogo e a música são um contributo importante.

A família é um elemento importante no cuidar de uma criança. Esta é envolvida em todo o processo, desde a colheita de dados até às orientações dos cuidados. A tríade criança/enfermeiro/família encontram-se sempre de mãos dadas.

Para a construção do relatório foram desenvolvidas atividades em contexto clínico no cuidar da criança com incapacidade e na promoção do autocuidado. Estas permitiram compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação e observar os ganhos em saúde.

O percurso desenvolvido em estágio através da reflexão da experiência, a realização de jornais de aprendizagem e de planos de cuidados permitiram crescer e evoluir na aquisição e desenvolvimento de competências. A orientação dos peritos na área e as experiências vividas contribuíram para a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais especializadas enquanto enfermeira especialista em reabilitação, com o objetivo de cuidar da criança com limitações ao longo do ciclo de vida, promovendo a sua autonomia, autocuidado e reinserção no seu ambiente familiar e social.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral, criança, família, enfermeiro especialista em reabilitação, reabilitação.

ABSTRACT

The stroke is one of the ten leading causes of death in children, has a high rate of morbidity and its diagnosis is delayed. This can be ischemic or hemorrhagic. The cause sequelae resulting in the child disability, limitation and dependence, affecting self-care.

The intervention of the nurse specialist in rehabilitation is important and aims to promote independence, maximize the functionality of the child, promote their independence and self-care.

However, is fundamental to use in pediatrics the theory of development, since in each stage of development the child express themselves differently and their needs are different. Sometimes the use of strategies such as play, game and music are an important contribution.

The family is an important element in the care of a child. They are involved in the entire process, from data collection to the guidelines of care. The triad child / nurse / family are always holding hands.

To construct the report, activities were conducted in the clinical setting caring for children with disabilities and the promotion of self-care. These allowed us to understand the involvement of specialist nurses in rehabilitation and observe health gains.

The route developed in clinical teaching through reflection of experience, performing newspapers learning and care plans allowed to grow and evolve in skills. The guidance of experts in the area and the lived experiences contributed to the purchase of specialist as a specialist nurse in rehabilitation techniques, scientific and relational skills, with the goal of caring for a child with limitations over the life cycle, promoting their autonomy, self-care and reintegration into their family and social environment.

Key-words: stroke, child, family, nurse specialist in rehabilitation, rehabilitation

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUÇÃO	12
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À CRIANÇA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	19
1.1 A família como parceira nos cuidados em pediatria	24
1.2 O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na equipa de saúde	26
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RECURSOS UTILIZADOS NO PERCURSO FORMATIVO	28
2.1 Descrição das atividades não planeadas	48
3. REABILITAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA – COMPLEMENTO NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EEER	51
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	
APÊNDICES	
I – Projeto de estágio	
II – Cronograma dos Campos de Estágio	
III - Correlação dos objetivos e das competências do EEER – Estágio SRPD	
IV – Planificação de Atividades para o estágio no SRPD	
V – Guião de observação do campo de estágio	
VI – Guião de entrevista para o EEER	
VII – Guião de observação do SRPD	
VIII – Escala de desenvolvimento de Mary-Sheridan Modificada	
IX – Avaliação do desenvolvimento. Quadro resumo dos parâmetros a avaliar dos 0 aos 18 anos.	
X – Avaliação da dor	

XI – Folha de Avaliação Neurológica

XII – Tala Pneumática

XIII – Técnica de Entoação Melódica

XIV – Guião de observação da Unidade Terapêutica de AVD

XV – Fluxograma da Unidade Terapêutica de AVD

XVI – Correlação dos objetivos e das competências do EEER - Estágio na vertente respiratória

XVII – Planificação de Atividades para o estágio na vertente respiratória

XVIII – Guião de observação da Unidade Readaptação Funcional Respiratória

XIX – Guião de observação do Serviço de Pneumologia Pediátrica

XX – Guião de observação da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

ANEXOS

I – Despacho nº 9871/2010

II – Regulamento nº122/2011

III – Regulamento nº125/2011

IV – Escala de Borg

V – The St George's Hospital Respiratory Questionnaire

VI – Escala de Borg adaptada à pediatria

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular – estágio com relatório, inserida no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este apresenta-se como o resultado de todo o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios e demonstra a aprendizagem e os contributos apreendidos por mim ao longo deste.

A passagem de enfermeiro generalista para enfermeiro especialista requer uma aquisição de conhecimentos e competências que permitem desenvolver o julgamento crítico, a prática reflexiva e a tomada de decisão. O enfermeiro especialista é um enfermeiro com “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (Regulamento nº122/2011, p.8648).

Para Benner (2001, p.18), o enfermeiro na aquisição e no desenvolvimento de uma competência passa por cinco níveis sucessivos de proficiência. Esta sucessão é possível apenas ao enfermeiro que está na prática, pois “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais (...) é socialmente construída e coletivamente concretizada”. A reflexão é um potencial meio de facilitação do processo de integração e articulação entre a teoria e a prática (Fish & Twinn, 1997, p.45). Para Dewey (1997) a ação reflexiva implica uma consideração ativa, persistente e cuidadosa daquilo em que se acredita ou que se pratica, mais do que a busca de soluções lógicas e racionais para os problemas, pois implica intuição, emoção e paixão.

Assim, este relatório surge no âmbito de uma passagem para um nível avançado de enfermagem onde a análise e a descrição de atividades desenvolvidas, bem como a prática reflexiva são primordiais para a tomada de consciência e o desenvolvimento de competências de um enfermeiro especialista.

Neste sentido, uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) é prestar cuidados de enfermagem de reabilitação ao longo do ciclo da vida e nos diferentes contextos de cuidados (Regulamento nº125/2011). Para que a realização deste relatório fizesse sentido e as competências adquiridas fossem transacionadas para a prática de cuidados diária, foi selecionada a

problemática do acidente vascular cerebral (AVC) na criança, pesquisada e fundamentada na fase de projeto (apêndice 1).

Segundo o Despacho nº9871/2010 (2010), o atendimento pediátrico vai até aos 18 anos (anexo I) indo de encontro à definição de criança pela Unicef (1990, p.6) em que criança é “todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei em que for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”, pelo que a palavra criança quando utilizada ao longo do relatório engloba todo o utente pediátrico.

Ao longo do seu desenvolvimento a criança possui características que a definem desde a infância até à adolescência o que a torna única. Para o EEER é importante compreender o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial da criança em cada fase da vida para que possa adequar a sua intervenção, sendo que para tal recorre a escalas de avaliação do desenvolvimento que permitem uma recolha de dados e identificar desvios de saúde. A criança deve ser cuidada com o fim de proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento e promover as condições de saúde satisfatórias de acordo com as suas características individuais (Hoeman, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014).

O AVC na criança é encarado como um acontecimento raro, sendo por muitos profissionais de saúde até desconhecido, no entanto a sua ocorrência é uma realidade merecendo atenção na sua identificação, no seu diagnóstico, tratamento e orientação (Direção Geral de Saúde, 2010). Este encontra-se entre as dez primeiras causas de morte na criança e possui uma elevada taxa de morbilidade, assim como um elevado custo económico para os serviços de saúde (Mackay & Gordon, 2007; Mallick & O’Callaghan, 2010; Jones, Ganesan, Saunders & Chong, 2010; DGS, 2010; American Heart Association, 2013). Em Portugal, segundo a DGS (2010), a taxa de incidência é de 2,3-13/100.000 habitantes.

Para Mallick e O’Callaghan (2010), de uma maneira sumária os estudos epidemiológicos do AVC na criança têm demonstrado que o maior risco de ocorrência é na infância, possui uma maior percentagem nos rapazes, nas crianças de raça negra e que existem diferenças geográficas. No entanto, apesar de alguns estudos caracterizarem esta problemática de saúde existem poucos que permitem realizar uma análise da tendência ao longo dos tempos. Verifica-se ainda que os casos que são reportados para estudos epidemiológicos são insuficientes, outros são declarados

erradamente, o diagnóstico muitas vezes é tardio e o alerta para o AVC na criança ainda é pouco conhecido. Todos estes fatores conduzem a divergências nas taxas de incidência e à falta de realização de estudos neste âmbito (Mallick & O’Callaghan, 2010; AHA, 2013).

Em Portugal existe falta de documentação sobre dados estatísticos e epidemiológicos que caracterize os casos pediátricos em relação à incidência, fatores de risco, manifestações, terapêutica utilizada, evolução clínica e sequelas. Face a esta problemática a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2013) elaborou um plano de vigilância nacional onde procura incentivar os diversos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a notificar casos clínicos de AVC ocorridos em recém-nascidos e crianças até aos 18 anos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006, p.6), o AVC caracteriza-se pelo “comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e provável origem vascular”. Este divide-se em dois grupos, sendo o AVC isquémico e o AVC hemorrágico.

O AVC isquémico caracteriza-se pela obstrução que reduz subitamente o fluxo sanguíneo numa artéria do cérebro provocando falta de circulação e diminuição da função neurológica. As causas da sua ocorrência na criança são de diferente etiologia: anemia das células falciformes, doença de Moya-Moya, dissecação arterial cervical e doenças cardíacas (cardiopatias congénitas, doenças valvulares, arritmias cardíacas, cateterismos) (OMS, 2006; DGS, 2010).

O AVC hemorrágico instala-se devido à rutura de um vaso sanguíneo que provoca um sangramento no tecido cerebral. As causas da sua origem na criança são: malformação arteriovenosa, aneurisma intracraniano, doenças hematológicas (trombocitopenia, hemofilia) e tumores cerebrais (OMS, 2006; DGS, 2010).

Apesar das causas e da sintomatologia serem bem definidas nos diferentes tipos de AVC, ao contrário do diagnóstico nos adultos, na criança é realizado de forma tardia. Tal deve-se ao facto de os sintomas serem diferentes de no adulto, de se atribuir as manifestações clínicas a outra patologia, como por exemplo associar uma crise convulsiva à epilepsia ou a tumores, e pela associação da ideia de raridade da sua ocorrência (Biller, 2009; DGS, 2010; AHA, 2013).

As sequelas decorrentes do AVC podem ser diversas consoante seja hemorrágico ou isquémico. Estas poderão originar alterações ao nível: da sensibilidade; do tónus; da força; da comunicação; da alimentação; da função perceptiva; da memória, da concentração e atenção; a nível motor; do comportamento; eliminação; e complicações secundárias, como infeção respiratória, subluxação do ombro, convulsões, hidrocefalia, entre outras. As sequelas motoras são as mais frequentes surgindo em 50-80% dos casos, sendo mais visível no AVC hemorrágico (Ferro & Pimentel, 2006; Mackay & Gordon, 2007; DGS, 2010; Umphred, 2010).

Segundo Umphred (2010), as diferentes sequelas causam na criança limitação, dependência, e conseqüentemente défice no autocuidado. A dependência é entendida como a limitação da criança em desenvolver atividades que satisfaçam as suas necessidades, devido a não possuir capacidade para adotar comportamentos ou desempenhar tarefas sem a ajuda de outros (OMS, 2004). Esta situação conduz a criança a uma falta de autonomia e a um défice de autocuidado.

Neste sentido, o EEER intervém com o objetivo de promover a autonomia e a independência, agindo segundo o respeito pela dignidade humana, pelo princípio ético e pela liberdade da criança enquanto ser social, ator e agente das suas ações, visando reduzir a sua vulnerabilidade, o risco de dependência, promover a sua funcionalidade e o autocuidado, através do desempenho das atividades de acordo com o seu grau de satisfação e a sua capacidade de escolha (Orem, 2001; Carvalhais, 2010; Burke & Doody, 2012).

Para Doran (2011), alguns dos *outcomes* do autocuidado é a promoção de autonomia, da responsabilidade e o sentimento de bem-estar e de qualidade de vida. Assim, o EEER ao intervir segundo estas linhas orientadoras e com base nestes conceitos projeta o processo de reabilitação para a obtenção de cuidados centrados na criança em toda a sua globalidade, tendo respeito por todas as dimensões enquanto ser humano, pela sua individualidade e pelas suas preferências (Pearson & Vaughan, 1992; Cardol, De Jong & Ward, 2002).

O EEER na sua intervenção concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, pois possui um elevado nível de conhecimentos e de experiência acrescida, que lhe permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e

reabilitação (Regulamento nº125/2011). A intervenção deve ser o mais precoce possível para obter um melhor resultado e envolver a família em todo o processo (Jorge, 2004; Hockenberry & Wilson, 2006; DGS, 2010; Hoeman, 2011).

Cada criança, de acordo com o estadió de desenvolvimento, e a sua família passam por diferentes experiências e sentimentos. A interpretação que cada um faz do episódio é única e individual, no entanto, um sentimento que a todos é transversal é o sentimento de perda de autonomia e com ele a sensação de perda de qualidade de vida.

A intervenção do EEER em pediatria assume um papel importante ao procurar conhecer a criança, identificar as suas reais necessidades, o seu meio envolvente e as condições necessárias para que a funcionalidade e a sua participação seja otimizada, e que seja capaz de viver de acordo com a sua incapacidade (Instituto Nacional de Reabilitação, 2010a).

Segundo Hesbeen (2010, p.136), “as múltiplas características da reabilitação fazem com que a arte de cuidar, em geral, e a arte de enfermagem, em particular, encontrem nela um contexto especialmente propício para se desenvolver e se afirmar”.

Neste sentido, o AVC na criança é uma problemática pertinente e atual para abordar em contexto de estágio com o objetivo de adquirir e desenvolver competências específicas de EEER. Para tal, os objetivos gerais que tracei para a realização deste relatório foram:

- Contextualizar a problemática do AVC na criança e a intervenção do EEER nesta área e com a sua família;
- Descrever os objetivos, as atividades e os recursos utilizados para a realização do estágio, e conseqüente relatório;
- Analisar a aquisição de competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Refletir sobre a prática do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e os contributos para a vida profissional.

A metodologia selecionada para a sua realização consistiu na pesquisa bibliográfica, na prática reflexiva através da realização de jornais de aprendizagem e planos de cuidados, e na recolha de informação junto da professora orientadora,

enfermeiro orientador, enfermeira chefe do local de estágio, equipa de enfermagem, crianças e suas famílias, e restante equipa multidisciplinar.

De forma a tornar a leitura deste relatório harmoniosa este encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo aborda-se a intervenção do EEER perante a criança com AVC, tendo em conta a especificidade do cuidar em pediatria, a ligação do EEER com a família, e o EEER inserido numa equipa.

No segundo capítulo realiza-se a descrição e análise das atividades e recursos utilizados para a aquisição de competências de EEER no estágio escolhido. Neste encontra-se um subcapítulo onde estão discriminadas as atividades não planeadas mas que de igual forma contribuíram para a aquisição de competências de EEER, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010).

No terceiro capítulo aborda-se o percurso realizado para a aquisição de competências enquanto EEER na pessoa com patologia respiratória, como complemento na formação de especialização. Por fim, no quarto e último capítulo apresenta-se uma breve nota conclusiva onde são descritas as principais ilações, as recomendações para a prática, as limitações e as dificuldades sentidas. A construção do relatório foi sendo interligada com o referencial teórico escolhido, a teoria do autocuidado de Orem.

No que respeita à escolha do local de estágio para a realização do relatório foi selecionado um Serviço de Reabilitação Pediátrica e do Desenvolvimento (SRPD) num Centro de Reabilitação (CR). Este serviço caracteriza-se por ser de referência na área de reabilitação pediátrica, onde dá resposta à família e a crianças de várias idades, com diferentes necessidades e patologias, nomeadamente o AVC. Desta forma, pela sua dimensão e diversidade torna-se importante na aquisição de competências pois é um serviço específico para a intervenção do EEER na área pediátrica.

A justificação da escolha do SRPD prende-se também com o facto da necessidade de articulação de cuidados no futuro entre este e o meu contexto de prática profissional. A comunicação entre unidades de saúde, seja na comunidade como intra-hospitalares é uma necessidade para assegurar a continuidade de cuidados à criança e à família.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o EEER é detentor de competências igualmente na área respiratória. Por tal, para a aquisição de

competências nesta área foi desenvolvido um projeto de formação que foi aplicado em estágio em duas unidades distintas: a Unidade de Readaptação Funcional Respiratória (URFR) e o Serviço de Pneumologia Pediátrica, ambos localizados num hospital central. As especificidades e particularidades de cada serviço e o cuidar da pessoa com patologia do foro respiratório foi um complemento para o meu percurso de aprendizagem e de aquisição de competências enquanto EEER, dando resposta às exigências académicas e curriculares preconizadas pela OE.

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À CRIANÇA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Cuidar define-se como o ideal moral da enfermagem em que o seu objetivo é “proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências” (Watson, 2002, p.55). O cuidar é fomentador de crescimento e desenvolvimento das potencialidades da criança que é cuidada bem como de quem cuida, pois a relação está na base do cuidar em enfermagem. Não existe cuidar sem relação de ajuda (Lazure, 1994).

Para Hesbeen (2010, p.52), o cuidar em reabilitação define-se como “a ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem”. Por seu lado, Mauk (2011) destaca o modo como a reabilitação olha a pessoa como um ser único, abrangente e holístico, em que o conceito chave é o autocuidado, ou seja, estimular a pessoa a realizar as atividades por si. Neste sentido, Orem (2001) refere que a pessoa pode cuidar de si própria e é encorajada a fazê-lo de modo a desenvolver a sua independência e a sua autonomia.

Carvalhais (2010) refere que a independência existe quando se consegue alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades, através de ações que a criança realiza ela mesma. Por seu lado, para Matos (2008) a autonomia constitui-se como a base dos direitos do Homem onde o respeito pela dignidade da pessoa é um princípio fundamental, sendo que a sua aplicabilidade promove a centralidade e individualidade dos cuidados prestados. Os conceitos encontram-se interligados e em associação são ferramentas fundamentais nas quais o EEER baseia a sua prática de cuidados.

A enfermagem de reabilitação tem um papel preponderante na saúde da criança, e tem como missão assegurar à criança com incapacidade ou deficiência diferentes ações que visem ultrapassar ou suprimir determinados obstáculos, com o objetivo de a tornar o mais autónoma e independente possível. A reabilitação é uma intervenção ativa para conseguir a máxima funcionalidade com a melhor qualidade de vida (Hoeman, 2011).

Ao longo dos tempos a intervenção do EEER tem vindo a ganhar importância e a desempenhar um papel ativo no processo de reabilitação (Hartigan, 2012b). Segundo a OE (2010, p.1), o EEER tem como objetivo na sua intervenção “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, e deste modo, a preservar a autoestima”. A sua intervenção visa cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida e em qualquer prática de cuidado, capacitando-as para a reinserção social, e maximizando a sua funcionalidade (OE, 2011).

Em reabilitação um dos focos de intervenção do EEER é a criança. Neste contexto, o EEER tem como objetivo cuidar da criança com necessidades especiais, promover a sua qualidade de vida e a capacidade para o autocuidado, minimizar as suas incapacidades e desenvolver o seu potencial, prevenir complicações, e acima de tudo permitir que se desenvolvam e cresçam enquanto crianças (OE, 2011; Hoeman, 2011).

O “crescimento e desenvolvimento processam-se de maneira sequencial e previsível em todas as crianças” (Hoeman, 2011, p.673). Neste sentido, o EEER ao cuidar de uma criança tem que ter em conta a idade e o estadio de desenvolvimento na sua intervenção e “aceitar e celebrar as pequenas realizações e estabelecer resultados focados no melhor nível de desempenho de cada criança” (Hoeman, 2011, p.671). Estes dois fatores são importantes no planeamento da intervenção do EEER, desde a admissão até ao regresso a casa. Neste processo, a comunicação é um importante fator no qual o EEER tem que basear a sua intervenção com a criança, pois de acordo com o grau de compreensão e de pensamento desta, assim o EEER adequa a sua linguagem. Segundo Hockenberry e Wilson (2014), a comunicação verbal e não-verbal são fundamentais no cuidar em pediatria.

Quando uma criança inicia um processo de reabilitação os objetivos prendem-se com o regressar à vida “normal”, atingir o melhor nível de independência após reaprender competências e habilidades, adaptar-se às suas limitações e descobrir apoio social, emocional e prático (Paterson, 2012). Assim, para Hartigan (2012a) a definição de metas e objetivos de reabilitação são importantes para se caminhar no sentido de recuperar a sua autonomia, e com esta a independência e o autocuidado. Sem a definição de objetivos o processo de reabilitação pode não ser eficaz e os cuidados não serem direcionados às necessidades da criança e da família.

A definição dos objetivos de reabilitação não podem apenas ser delineados pela equipa de saúde, a criança e a sua família devem ser incluídos no processo desde a fase inicial, possibilitando verbalizar quais as suas expectativas para o planeamento de reabilitação, permite também ao EEER e restante equipa de saúde desmistificar dúvidas e expectativas irrealistas (Hartigan, 2012a; Hartigan, 2012b).

Negociar com a criança e a família os objetivos a alcançar, em vez de os impor, permite inculcar um sentimento de responsabilidade e de cooperação no seu próprio processo de reabilitação, e conduz a benefícios na própria concretização das atividades terapêuticas e restantes cuidados. Segundo Hartigan (2012a), esclarecer quais os fatores externos e internos que influenciam as expectativas da recuperação da criança é importante para a participação da criança e da família, e para a consciencialização do processo de reabilitação.

Quando abordadas as situações que resultam em reabilitação na pediatria, estas podem ser decorrentes de situações congénitas (ex. espinha bífida), doença crónica (ex. doença hematológica), incapacidade de desenvolvimento (ex. paralisia cerebral), problemas de prematuridade (ex. displasia broncopulmonar), outras patologias (ex. doenças neuromusculares), e situações decorrentes de incapacidades adquiridas, como é o caso do AVC (Hoeman, 2011).

O AVC é uma patologia que causa incapacidade na criança, e as alterações que lhe advém interferem com diferentes dimensões do seu desenvolvimento como a nível motor, físico, psicológico, cognitivo e relacional. Desta forma, o autocuidado da criança fica comprometido manifestando-se pela sua dificuldade, e por vezes incapacidade, em desempenhar as atividades de vida diária (AVD). Estas são parte integrante do quotidiano da criança e da família, sendo as atividades de autocuidado importantes para satisfazer as necessidades e exigências diárias (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012).

Segundo Orem (2001), o autocuidado compreende todas as atividades que a criança realiza em favor de si mesma no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar, sendo que estas englobam atividades sobre a higiene, o vestir e despir, a alimentação, mobilidade, e a eliminação. Dependente da idade da criança, assim o autocuidado é realizado pela própria ou pela família. A importância do autocuidado é transversal para qualquer criança, e este encontra-se associado a práticas positivas

que visam a promoção ou a recuperação da saúde, manifestando resultados satisfatórios e uma melhoria do bem-estar (Sidani, 2011).

Para que cada criança possa adquirir a capacidade de se autocuidar é necessário desenvolver um processo de aprendizagem ao longo do tempo e desenvolver a capacidade de suprir as necessidades sentidas, de modo a alcançar benefícios para a manutenção da saúde e do bem-estar (Orem, 2001). Assim, Orem enfatiza na sua literatura que a prática de autocuidado se encontra relacionada com habilidades, limitações, valores e regras culturais, e que é percebida como o reflexo do estilo de vida individual e as adaptações específicas à história de vida atual e às expectativas futuras (Petronilho, 2012).

O EEER ao recorrer à teoria geral de enfermagem de Orem permite-lhe compreender de que forma o autocuidado na criança com AVC se encontra comprometido e como pode intervir com o objetivo de o restabelecer. Esta teoria é composta por três teorias interrelacionadas: teoria do autocuidado, teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

A teoria dos sistemas de enfermagem verifica-se quando o EEER e a criança ou os pais (de acordo com a idade) procuram dar resposta às necessidades de autocuidado. Existem três classificações de sistemas de enfermagem que diferem consoante o grau de participação do EEER no desempenho das atividades do autocuidado, sendo elas: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

O envolvimento do EEER ao longo dos três sistemas de enfermagem processa-se de forma a dar resposta às necessidades da criança e da família na realização do autocuidado, procurando facilitar o envolvimento da criança no processo de reabilitação, potenciar o esforço e proporcionar a assistência gradual (Pryor, 2009). A intervenção do EEER junto da criança e da família tem assim como objetivo promover a independência no autocuidado, educar para a auto-eficiência, prevenir complicações, permitir que a criança desempenhe as AVD em segurança e promover a sua autonomia, podendo esta intervenção ser de vários níveis de acordo com as capacidades/incapacidades da própria criança.

Neste sentido, de acordo com a avaliação que o EEER faz das necessidades da criança assim intervem num sistema totalmente compensatório, em que é o próprio

EEER que juntamente com a criança realiza as AVD, num sistema parcialmente compensatório, em que o EEER intervém junto da criança com o intuito de promover o desenvolvimento de capacidades para o autocuidado, tornando-a mais autónoma, ou num sistema de apoio/educação, que se refere á fase em que o EEER diminui a sua assistência junto da criança ao longo do tempo para promover a sua independência. Desta forma, o EEER intervém segundo as fases de *fazer por, esperar pelo e não assistir* (Petronilho, 2012). Em todo o processo, e o mais precocemente possível, a família é integrada nas orientações do treino de AVD.

O EEER funciona como um agente facilitador de mudança ao intervir junto da criança e da família na promoção da autonomia, da independência e do autocuidado. O EEER procura responder às limitações instaladas pelo AVC e às alterações da capacidade de autocuidado, agindo como um meio para a criança recuperar funcionalidades e desenvolver capacidades para que possa cuidar de si mesma, ou procurar orientar os pais nos cuidados à criança.

Segundo Mackay e Gordon (2007) e DGS (2010), a intervenção pelo EEER deve começar sempre por realizar uma apreciação com o objetivo de recolher dados onde seja incluída a história sobre o desenvolvimento antes do AVC, a avaliação de desenvolvimento atual, uma avaliação física, neurológica, da eliminação e o impacto na realização das AVD. A avaliação neurológica engloba uma avaliação da consciência, memória e atenção, pares cranianos, sensibilidade, força muscular, tonicidade, coordenação dos movimentos, mobilidade, comunicação e compreensão.

O EEER perante a colheita de dados e a avaliação global da criança planeia intervenções de enfermagem que lhe permitam tomar decisões para cuidar da criança de acordo com o seu desenvolvimento e das sequelas decorrentes do AVC, nunca descurando as atividades de vida, escolares e lúdicas (DGS, 2010). O recurso a escalas de avaliação permite adequar o plano de intervenção à criança, sendo este o momento em que o EEER marca a diferença, pois ao detetar e prevenir precocemente complicações contribui de forma positiva para a qualidade de vida da criança.

As escalas de avaliação são selecionadas de acordo com a idade da criança e do que se pretende avaliar. Algumas das escalas mais utilizadas pelo EEER em pediatria são: Medida de Independência Funcional (MIF) acima dos 6 anos, escala de Braden Q, escala de Humpty Dumpty, escalas de desenvolvimento infantil e escalas de

avaliação da dor (Edin, Flacc Faces, Numérica). Outras escalas são utilizadas à semelhança do adulto, como a escala de Lower para a avaliação da força muscular, a escala de Ashworth modificada para a avaliação do tónus ou a escala de Glasgow para avaliar o estado de consciência.

Por vezes, o recurso a produtos de apoio é necessário para adequar a intervenção do EEER à incapacidade da criança. Estes permitem que a criança realize as AVD com maior “comodidade, com menor esforço e dor, com o menor dispêndio de energia” e que melhore a qualidade de vida e promova o autocuidado (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012, p.117).

No âmbito da enfermagem de reabilitação em pediatria pretende-se que a criança aprenda a desenvolver-se com a sua incapacidade, promova a sua autonomia e independência, que acima de tudo não deixe de ser criança, brincar e interagir com os seus pares.

Com a constante e continuada investigação na área da reabilitação em enfermagem e com a prática baseada em evidência, o EEER será capaz de demonstrar a sua eficiência nos cuidados de reabilitação, em particular nos cuidados de reabilitação a criança com AVC (Paterson, 2012).

1.1 A família como parceira nos cuidados em pediatria

A admissão no hospital é uma situação de crise que causa um período de desequilíbrio físico e psicológico na criança, como também constitui uma situação de *stress* para a família trazendo eventuais repercussões a nível pessoal, psicológico, social, espiritual, financeiro, ocupacional e na interação intra e extra familiar (Jorge, 2004). Cuidar de uma criança com incapacidade e alterações de saúde pode causar uma destruturação familiar, comprometendo a qualidade de vida de todo o seu universo, manifestado por sentimentos de insegurança, incerteza face ao futuro e medo (Martins, 2002; Jorge, 2004; Martins, 2006; Hockenberry & Wilson, 2014). Para Jorge (2004, p72), “um problema de saúde torna-se, tanto para a criança como para a família, numa ocasião em que eles necessitam de cuidados na globalidade”.

Desta forma, os recetores dos cuidados prestados pelo EEER são a criança e a família. Esta é encarada como parceira de cuidados, mas também como alvo de

cuidados por parte do EEER. A tríade EEER/criança/família encontra-se sempre interrelacionada no decorrer da intervenção de enfermagem de reabilitação, sendo que o apoio à família pelo EEER durante o processo de reabilitação é importante para que esta encontre a sua estabilidade, de modo a superar as alterações causadas pela situação de doença e de incapacidade da criança, e permitir um processo de adaptação rápido para garantir a reorganização familiar e o seu equilíbrio.

O treino de competências na família permite diminuir o *stress* do cuidador durante o processo de reabilitação, nomeadamente na transição para o domicílio. O EEER durante a sua intervenção com a criança ao fornecer informação e orientação à família capacita-a para os cuidados, permite a sua participação e possibilita um processo de transição saudável para o domicílio (Meleis, 2010; Hoeman, 2011).

Para Hockenberry e Wilson (2014) e Diogo (2001), a família deve ser encarada como uma parceira nos cuidados à criança, ser encorajada pelo EEER a manter o seu papel de cuidador e de tomada de decisão, bem como a manter os seus padrões de vida domiciliar e social. O EEER ao promover o papel ativo da família desenvolve um sentimento de cooperação e responsabilidade partilhada, favorecendo o processo de capacitação nos cuidados durante o processo de reabilitação (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012).

Na avaliação da criança o EEER deve reconhecer as características da criança de modo a prestar cuidados de reabilitação de uma forma individualizada. Contudo, ninguém melhor que os pais para conhecer o desenvolvimento e as necessidades dos seus filhos, logo é junto destes que o EEER pode aprender a conhecer a criança nas suas várias dimensões. É esta parceria no planeamento dos cuidados que é necessária e importante, pois a ajuda dos pais é indispensável para que as necessidades da criança sejam identificadas e suprimidas.

Neste sentido, o EEER deve garantir que a família seja envolvida em todo o processo, esteja a par da informação necessária para os cuidados à criança, que seja envolvida nos cuidados, que lhe sejam realizadas orientações e que sejam incentivados a promover a brincadeira ou jogos adequados ao estadio de desenvolvimento como estratégias de intervenção. Para Hoeman (2011) o EEER juntamente com a família desempenha um importante papel e responsabilidade no futuro da criança.

1.2 O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na equipa de saúde

Para Hesbeen (2010), o processo de reabilitação, para além da criança e da família que recebem cuidados, recorre a um conjunto de diferentes profissionais especializados que contribuem para o processo de reabilitação, e que cujo objetivo principal é atingir o melhor nível de autonomia para a criança.

O planeamento de uma intervenção conjunta conduz a uma interação e a uma sintonia entre todos os intervenientes para construir um plano de cuidados em torno da criança e da sua família. A construção conjunta permite identificar o contributo de cada profissional, qual a sua intervenção e traduzir-se em ganhos de saúde para a criança e para a família. A equipa de saúde de reabilitação é composta pelo EEER, o fisiatra, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o terapeuta da fala, o psicólogo, a assistente social, a educadora de infância, a dietista, o ortoprotésico entre outros.

No entanto, quando o processo de reabilitação “não se baseia no projeto de cuidados mas sim na atividade das diferentes categorias profissionais, estas acabam por criar territórios próprios, o que suscita o desejo de os defender” e poderá criar conflitos entre a equipa (Hesbeen, 2010, p.72).

Segundo Burton (2000), a interação existente entre o EEER e a criança é uma ponte facilitadora para a comunicação entre os diferentes intervenientes da equipa de saúde que acompanham a criança ao longo do internamento. O EEER devido à proximidade dos cuidados diários de enfermagem e específicos de reabilitação possui uma relação privilegiada com a criança e a família, o que permite que haja transmissão de informação, que sendo relevante é transmitida pelo EEER à restante equipa de saúde.

Para Menoita, Sousa, Alvo e Vieira (2012), o sucesso da reabilitação depende da “continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, para que se traduza na resolução de problemas e na melhoria da qualidade de vida”. Reforçando o que dizem os autores, a intervenção do EEER possui como elementos-chave: cuidados de enfermagem, prática terapêutica, educação para a saúde, tomada de decisão, coordenação e gestão, defesa de quem cuida e prática política, tendo sempre em atenção a centralidade e individualidade da criança e da

família. Pela diversidade e riqueza da intervenção do EEER e das suas competências, o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência permite ao EEER conduzir os cuidados de enfermagem de reabilitação para uma melhoria da qualidade dos cuidados e potenciar melhores resultados e ganhos de saúde para a criança e família (Paterson, 2012).

O EEER ao coordenar a equipa de saúde nos cuidados de reabilitação permite ser o pilar que sustenta os cuidados prestados pelos membros de toda a equipa multidisciplinar (Paterson, 2012).

Face ao exposto, relativamente à importância do EEER e à sua intervenção em pediatria irei descrever as atividades desenvolvidas no estágio que permitiram adquirir competências enquanto EEER.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RECURSOS UTILIZADOS NO PERCURSO FORMATIVO

O enfermeiro especialista é considerado pela ordem dos enfermeiros como um profissional detentor de “conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2009b, p.10). O enfermeiro especialista possui competências comuns, em detrimento das diferentes áreas, que moldam a sua intervenção (anexo II). Na área de especialidade em enfermagem de reabilitação, em particular, o EEER tem como objetivos gerais “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e (...) preservar a auto-estima” (OE, 2010, p.1).

Para adquirir as competências comuns e as competências específicas de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e tendo em consideração a aquisição de competências pela OE, foram delineados objetivos a alcançar no estágio (apêndice III) que fossem na área de interesse e que se traduzissem numa mais-valia para o meu contexto profissional.

Para a concretização dos objetivos foram desenvolvidas atividades e utilizados recursos materiais, físicos, humanos e temporais, anteriormente planeados na fase de projeto (apêndice IV). A metodologia orientadora baseou-se na realização de jornais de aprendizagem¹ semanais e de planos de cuidados que impulsionaram a pesquisa bibliográfica e a procura na evidência científica.

No caminho para a especialização em enfermagem é importante para o enfermeiro desenvolver um sentido e uma reflexão crítica sobre “o que se faz” e “porque se faz”. Consciencializar a nossa prática e a nossa experiência permite aprender e atingir níveis de competências mais elevados, pois só através do processo de desconstrução e reconstrução é que o enfermeiro é capaz de se tornar um perito em enfermagem. Este percurso conduz o enfermeiro especialista a uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e a uma construção de um corpo de conhecimento próprio (Tanner, 2006; Cavaco, 2009).

¹ Jornal de aprendizagem é um instrumento que promove a capacidade de reflexão e análise crítica do estudante, através da pesquisa sobre o significado das suas experiências, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional (Cabete, 2012).

Segundo Benner (2001), refletir sobre a prática possibilita um conhecimento mais aprofundado da experiência e uma racionalização da ação, permite aprender e atingir níveis de competência mais elevados, isto é, possibilita mudar e melhorar os cuidados praticados próximos dos padrões de excelência definidos. O futuro não é apenas aquilo que acontece, mas sim aquilo que nós fazemos, que construímos (Hiemstra, 2005 citado por Kucera, 2010).

De forma a apresentar as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio estas irão ser apresentadas por objetivo definido (ou conjunto de objetivos) e de acordo com as competências a adquirir, tal como apresentado no apêndice III.

Objetivo 1 – *Conhecer a estrutura física e dinâmica do SRPD e integrar a equipa de saúde*

Objetivo 3 – *Refletir sobre o percurso da criança/adolescente com AVC internada, desde o acolhimento até à alta*

Na incursão do estágio no SRPD um dos objetivos propostos foi a descrição da organização e do funcionamento do serviço como ponto de partida no processo de integração. Segundo Chiavenato (2004), a integração é fundamental, bem como o sentimento de acolhimento e de pertença numa equipa. Numa organização, como é o centro de cuidados de reabilitação, conhecer a estrutura e a cultura organizacional adquire uma importância fulcral para a compreensão do seu funcionamento, pois influencia os comportamentos humanos e as respetivas interações e os processos de atividade (Mintzberg, 1995; Fragata & Martins, 2008).

Assim, quando nos encontramos numa organização e num serviço que desconhecemos é fundamental conhecê-lo uma vez que para cuidar é importante uma integração para reconhecer os recursos que dispomos, onde os podemos obter e como os podemos utilizar.

Ao alcançar os objetivos propostos, as competências que se pretendiam adquirir segundo a OE era a de desenvolver uma prática profissional e ética no campo da reabilitação, promover uma prática com responsabilidade, assegurar um ambiente terapêutico e seguro, bem como cuidar da criança com necessidades e capacitá-la no

seu autocuidado e na reinserção social, atendendo sempre às suas limitações e necessidades.

As atividades desenvolvidas para o objetivo 1 e 3 passaram: pelo recurso dos guiões utilizados na fase de pré-praxis que nortearam a pesquisa bibliográfica inicial; pela criação de um guião sobre a estrutura e funcionamento do serviço (apêndice VII); pela realização de reuniões informais com a enfermeira chefe do SRPD e a enfermeira orientadora, onde foi abordado o funcionamento do serviço, a sua estrutura e a sua equipa multidisciplinar; pela consulta e utilização dos documentos, normas e protocolos existentes no serviço ao longo da prática clínica; pela intervenção direta com a criança com AVC e a sua família, desde a admissão até ao regresso a casa; e pela participação nas diversas reuniões realizadas entre os diferentes departamentos.

Outra atividade realizada e que contribuiu para compreender o percurso da criança pelo CR foi a oportunidade que surgiu de observar o funcionamento da consulta de pediatria, sendo este o local de admissão das crianças no CR, e simultaneamente observar todo o processo de admissão e transferência para o SRPD. Esta atividade contribuiu para complementar a compreensão do percurso da criança na própria instituição.

O SRPD é um serviço que se destina a crianças dos 3 meses aos 18 anos com patologia neurológica, osteoarticular e medular. A equipa de enfermagem é composta na sua maioria por EEER, utilizando como método de trabalho o do “enfermeiro de referência” da criança e da família, que vai ao encontro da opinião de Hoeman (2011) que refere que este método permite melhorar os cuidados e lidar com a complexidade das situações. O EEER de referência serve de ligação com os restantes elementos da equipa de saúde, pois é este que possui um maior conhecimento da criança e da família, sendo com base nesse conhecimento que se tomam decisões relacionadas com as necessidades e interesses da criança.

No processo de reabilitação o EEER intervém inserido numa equipa multidisciplinar, em que todos os profissionais elaboram em conjunto objetivos de reabilitação para a criança no sentido de otimizar a sua funcionalidade e potencialidade. Segundo Hesbeen (2010), a multiplicidade da equipa de reabilitação permite um cuidar diversificado, em que todos os cuidados são centrados na criança

recorrendo a uma visão holística do cuidar da mesma, em que todos os intervenientes têm como objetivo comum o processo de reabilitação desta.

No SRPD o conceito de “cultura de reabilitação”, definido por Hesbeen (2010, p.63), encontra-se patente nas diversas reuniões (reunião de objetivos, reunião de avaliação e reunião de alta) que se realizam entre os diferentes departamentos. No decorrer do estágio tive a oportunidade de participar nas reuniões e constatar o trabalho desenvolvido em equipa desde a definição de objetivos de intervenção, a criação de um programa individual para cada criança onde se encontrava definido o horário dos departamentos para a semana, até às orientações para a alta.

Na primeira reunião, onde são estabelecidos os objetivos e delineado um plano de reabilitação individual e personalizado para a criança, é utilizada a perspetiva de vários intervenientes, nomeadamente da família. Esta é envolvida e incentivada a participar desde a fase inicial de modo a poder esclarecer dúvidas, referir a sua expectativa sobre o internamento, e permitir que os objetivos definidos fossem exequíveis. Para Hockenberry e Wilson (2014) e Diogo (2001) a família deve ser incluída nos cuidados à criança ao longo do internamento e ser percecionada como parceira nos cuidados.

Da participação nas reuniões pude constatar que o EEER é um elemento fulcral na tomada de decisão, em que a sua opinião enquanto gestor de caso é tida como relevante, pois é o profissional que acompanha a criança num maior período de tempo, possui um conhecimento mais aprofundado desta e da sua família, e é considerado por estes a “voz” das suas preocupações e expectativas futuras.

No decorrer do estágio recorri à estratégia de observadora numa primeira etapa e progredi para uma intervenção participativa. Esta estratégia permitiu um processo de integração mais rápido, um aprofundar de conhecimentos, facilitou o planeamento de cuidados e uma intervenção mais precoce com a criança com AVC e com a sua família. Segundo Benner (2001), a experiência e o estar no contexto permitem uma reflexão e uma melhor interiorização das competências que o enfermeiro deve adquirir e desenvolver.

O resultado das atividades desenvolvidas traduziu-se num conhecimento alargado da estrutura e funcionamento do SRPD e na compreensão do percurso da criança no CR, o que contribuiu de forma positiva para o processo de integração, para

a transição de observadora a participante ativa no decorrer do estágio, permitiu desenvolver a minha autonomia, a tomada de decisão, a confiança, a segurança e a capacidade de liderança na prestação de cuidados. Assim, este objetivo foi concluído com sucesso bem como a aquisição de competências, segundo a OE, para EEER.

Objetivo 2 – *Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação centrados na criança/adolescente com AVC internada no SRPD, mobilizando o modelo de Doroteia Orem*

Perante a problemática do AVC na criança e as alterações que este provoca na realização do autocuidado, e conseqüentemente no bem-estar da criança, estabeleci como objetivo de estágio cuidar da criança com base na teoria geral de enfermagem de Orem. Com a concretização deste objetivo pretendi desenvolver competências enquanto EEER no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados e da aprendizagem profissional que serve de alavanca à nossa *praxis*, como desenvolver um cuidado centrado na individualidade da criança, capacitando as suas potencialidades na promoção do autocuidado e na progressão da sua autonomia.

Para Orem (2001), o autocuidado compreende todas as atividades que a criança realiza em favor de si mesma no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar, agindo enquanto autónoma. Estas estão relacionadas com habilidades, limitações, valores e regras culturais próprias da criança. O autocuidado possibilita-lhe, e à sua família, alcançar a autonomia pessoal, a responsabilidade e a independência de forma a desenvolver o seu potencial de ação (Petronilho, 2012). Para Hockenberry e Wilson (2014, p.1039), “apesar do autocuidado ser limitado pela idade e pelo estado físico da criança, a maioria das crianças depois da infância pode realizar algumas atividades com pouca ou nenhuma ajuda”.

O EEER ao intervir no autocuidado está a desenvolver uma prática que respeita a dignidade humana, a liberdade da criança enquanto agente das suas ações e a centralidade dos cuidados, respeitando a individualidade (Firmino, 2004).

Neste sentido, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o modelo teórico de Orem, e face aos conhecimentos adquiridos senti também a necessidade de elaborar um instrumento de colheita de dados onde pudesse avaliar os

desvios de saúde da criança e da família que comprometessem o autocuidado, selecionei escalas e instrumentos de avaliação cujos parâmetros focassem o autocuidado (exemplo a MIF), e elaborei planos de cuidados centrados na criança com base na recolha de dados e da avaliação efetuada que promovessem a aprendizagem/reestruturação do autocuidado.

A minha intervenção foi de encontro ao preconizado por Orem (2001), em que o EEER funciona como um facilitador de mudança, em que procura responder às limitações instaladas, às alterações de capacidade de autocuidado, agindo como um meio para recuperar funcionalidades e desenvolver capacidades para que possam cuidar de si mesmos. Ao intervir na promoção do autocuidado na criança, simultaneamente promovi a autonomia desta, indo de encontro ao referido por Fawcett (2005) de que na conceção do autocuidado a criança desenvolve a sua autonomia enquanto agente do seu processo.

Os contributos que tive com a concretização deste objetivo foram transacionados para a realização dos restantes objetivos, na medida em que toda a minha intervenção no decorrer do estágio foi baseada no modelo teórico de Orem. Na minha opinião, a teoria de Orem pode ser entendida como um fio condutor para a intervenção do EEER na sua prática diária, em particular com a criança com sequelas pós AVC com défice no autocuidado.

As competências académicas e curriculares preconizadas pela OE foram adquiridas no final da realização deste objetivo.

Objetivo 4 – *Compreender as estratégias existentes (ex. escalas, programas) para a continuidade de cuidados de EEER*

O EEER na sua intervenção tem como objetivo conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados. Para tal, recorre a uma avaliação global e sistemática da criança, sendo imprescindível utilizar instrumentos de avaliação e a proceder a registos que sejam descritivos da qualidade do exercício profissional do enfermeiro (OE, 2011).

Assim, perante o objetivo proposto de compreender quais as estratégias e instrumentos utilizados no SRPD procurei adquirir competências comuns de enfermeira

especialista no domínio da melhoria da qualidade de cuidados, da aprendizagem e da gestão e articulação de cuidados, e competências específicas de EEER no cuidar da criança com necessidades, promovendo a sua autonomia, autocuidado e maximizando o seu potencial e funcionalidade.

Como foi referido no objetivo 1 e 3, uma das atividades realizadas foi a consulta e utilização dos documentos, normas e protocolos existentes no SRPD ao longo do estágio, nomeadamente os registos de enfermagem e as escalas de avaliação. O conhecimento destes documentos permitiram uniformizar os cuidados prestados às crianças e as orientações fornecidas à família, nunca descurando a sua individualidade.

Para Silva (2010), os registos de enfermagem conduzem a uma visibilidade dos cuidados prestados e dos ganhos em saúde perante outros profissionais, promovendo a sua autonomia. Neste sentido, Kärkäinen (2005) refere que para que estes possam constituir um elemento importante do cuidado de enfermagem têm que demonstrar resultados baseados numa individualização da intervenção e da competência do EEER.

No SRPD os registos de enfermagem eram efetuados em folha de registo de turno (ocorrências), folha de recolha de dados na admissão, plano de cuidados e folha de alta/transferência. Por sua vez, as escalas utilizadas eram a escala de Braden² e Braden Q, escala de Humpty Dumpty³, MIF⁴ e a escala de avaliação da integridade cutânea. As escalas eram preenchidas no momento da admissão, depois semanalmente à terça-feira ou sempre que se verificasse alguma alteração, como por exemplo o aparecimento de uma úlcera de pressão.

Todos estes registos de enfermagem forneciam informação importante sobre a criança e permitiam elaborar um plano de cuidados. Contudo, verifiquei que existiam escalas relevantes na avaliação da criança que não estavam contempladas e que juntamente aos documentos utilizados enriqueciam a construção de um plano de cuidado centrado e direcionado à criança e que permitisse uma tomada de decisão na promoção do autocuidado. Neste sentido, e após discussão com a EEER orientadora,

² Escala de Braden – Avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, em todos os contextos assistenciais, e independentemente do diagnóstico e necessidades de saúde. DGS (2011)

³ Escala de Humpty Dumpty – Escala de avaliação do risco de queda na criança hospitalizada (documento disponibilizado pelo SRPD)

⁴ Medida de Independência Funcional – Escala que avalia o impacto das alterações ao nível das atividades de vida diária. Itens de avaliação: autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade/transferência, mobilidade, comunicação, adaptação psicossocial, função cognitiva. Máximo de pontos indica independência total e o mínimo dependência total (Hoeman, 2011)

propus incluir na avaliação da criança a escala de desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (apêndice VIII), a escala de avaliação de parâmetros de desenvolvimento até aos 18 anos (apêndice IX) segundo a DGS (DGS, 2013) e as escalas de avaliação da dor (apêndice X), com o objetivo de contribuir para uma avaliação mais completa e global da criança em todas as suas dimensões.

As crianças crescem e desenvolvem-se em diversas esferas (física, cognitiva, social e emocional) pelo que o EEER deve saber adaptar as suas competências às diferentes fases do seu crescimento e ir de encontro às necessidades de autocuidado que se encontram comprometidas. Para tal, optei utilizar a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada na avaliação do desenvolvimento da criança, pois o recurso a um instrumento de avaliação permite servir como “padrão de referência da normalidade” e identificar alterações (DGS, 2013). Esta avalia a criança desde 1 mês até aos 5 anos a nível da postura e da motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem, comportamento e adaptação social, e identifica sinais de alarme.

Contudo, esta apenas avalia a criança até aos 5 anos pelo que senti a necessidade de complementar o instrumento de avaliação da criança com os parâmetros de avaliação do desenvolvimento preconizados pela DGS (2013) até aos 18 anos, visto que as crianças internadas no SRPD poderiam ir até a esta faixa etária.

A inclusão da avaliação da dor na criança é importante também no processo de avaliação porque esta condiciona a sua participação durante o processo de reabilitação, sendo por vezes necessário recorrer a medidas farmacológica e não farmacológicas antes de iniciar a intervenção. No entanto, a experiência de dor em pediatria “é influenciada pela idade da criança, pelo seu nível de desenvolvimento, pela causa da dor, pela natureza da dor e pela capacidade da criança para expressar (...) a sua dor” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.189). Neste sentido, após realizar uma pesquisa sobre as escalas de avaliação da dor em pediatria selecionei a escala de Edin (recém-nascido a 1 ano), a escala de FLACC (1 ano até aos 3 anos), a escala de Faces (3 aos 6 anos) e a escala numérica (maior de 6 anos) (apêndice X).

Devido às especificidades da criança com AVC e às suas alterações sensoriomotoras fez-me sentido elaborar um documento onde estivesse sistematizada e acessível a informação sobre a avaliação neurológica da criança (apêndice XI), de

modo a adequar estratégias, a planear a intervenção com base nas suas limitações com vista à capacitação do seu potencial, que permitisse um acompanhamento da evolução clínica e uma monitorização dos resultados. Para tal, inclui no documento a avaliação da sensibilidade, do equilíbrio, da força muscular, recorrendo à escala de Lower, e do tónus muscular, através da escala de Ashworth Modificada.

Para Hoeman (2011), a avaliação neurológica e músculo-esquelética é necessária porque diz respeito ao movimento e à mobilidade e contribui para a definição da estratégia de reabilitação. Assim, o recurso a vários instrumentos possibilitou uma avaliação mais global e funcional da criança, das suas necessidades de autocuidado, a elaboração de um plano de intervenção de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a monitorização dos resultados, bem como a possibilidade de efetuar os ajustes necessários ao plano inicial.

Todo o processo de avaliação que antecede a fase de intervenção é importante porque é através desta que posso intervir de acordo com a individualidade de cada criança caminhando num contínuo de dependência-independência na promoção do autocuidado. Para Hoeman (2011, p.683), “ a avaliação é um elemento crítico no processo de enfermagem, visto constituir a base do planeamento e futura avaliação do curso das intervenções terapêuticas”.

Na utilização dos instrumentos descritos recorri a algumas estratégias que facilitaram o processo de avaliação, sendo eles o recurso ao brinquedo, a livros, ao boneco significativo, e à própria família. A informação recolhida permitiu a tomada de decisão enquanto EEER, sendo esta mais fundamentada e orientada.

Ao realizar esta atividade foi importante para mim pois possibilitou-me desenvolver competências na área da avaliação sensoriomotora, na promoção do autocuidado e da autonomia na criança, específicas do EEER segundo a OE, e na adoção de estratégias de recolha de informação específicas da pediatria.

Todos os registos de enfermagem efetuados pelo EEER implicam um cuidado centrado na criança com base na reflexão na ação e num pensamento centrado na evidência, e permitem ao EEER uma tomada de decisão (Marinis et al, 2010). No entanto, estes possibilitam ao EEER não só a continuidade de cuidados como uma prática de promoção de autocuidado, pois o EEER é um agente de mudança e um facilitador que intervém junto da criança com o objetivo de restabelecer as capacidades

que se encontram comprometidas tendo sempre em conta a individualidade de cada uma (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

A realização das atividades descritas permitiram concluir o objetivo proposto e desenvolver as competências comuns e específicas enquanto EEER a nível da prestação de cuidados com qualidade, na aprendizagem profissional e numa intervenção de enfermagem especializada.

Objetivo 5 – *Realizar cuidados de EEER na área sensoriomotora à criança/adolescente internado por AVC no SRPD, que promova a sua independência, maximize as suas capacidades para uma reinserção na cidadania*

Objetivo 6 – *Promover estratégias de intervenção ao nível das AVD que promovam a qualidade de vida e maximizem a autonomia da criança/adolescente*

Enquanto EEER, e tendo em conta a temática de intervenção escolhida ser o AVC na criança, dois dos objetivos propostos incidiram especificamente na área sensoriomotora e na realização de AVD. Em termos de competências de EEER o objetivo foi o de desenvolver a capacidade de conceber, implementar e avaliar planos de reabilitação individualizados que conduzissem à melhoria da qualidade de vida e à promoção do autocuidado, bem como elaborar e implementar treino de AVD de acordo com as necessidades de cada criança (Regulamento nº125/2011; OE, 2010).

Neste sentido, no decorrer do estágio surgiu a oportunidade de intervir com crianças com AVC em diferentes fases de desenvolvimento o que motivou a pesquisa sobre estratégias de avaliação e de intervenção adequadas para cada fase.

O AVC causa na criança incapacidade e alterações nas diferentes dimensões do seu desenvolvimento, pelo que o processo de reabilitação deve ser iniciado o mais precocemente possível com o objetivo de promover a qualidade de vida, minimizar incapacidades e permitir a reintegração no seu meio ambiente (Ferro & Pimentel, 2006; DGS, 2010; Hoeman, 2011).

As AVD na criança ficam comprometidas após a ocorrência de um AVC, e conseqüentemente o seu autocuidado. Segundo Orem (2001), as AVD são todas aquelas que a criança desempenha para o seu bem-estar e que satisfaçam as

necessidades do dia-a-dia, logo quando estas se encontram comprometidas vai resultar num défice de autocuidado.

Assim, os objetivos da minha intervenção passaram por promover a independência na criança, a sua autonomia, restabelecer o autocuidado e assegurar que o desempenho das AVD fosse realizado de forma segura, através da implementação de um treino estruturado. A intervenção assentou segundo o sistema de classificação de enfermagem de Orem, onde de forma gradual evolui numa intervenção totalmente compensatória para parcialmente compensatória, até à fase de apoio/educação não só na criança mas também com a família (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Para Hoeman (2011), as crianças têm que adquirir mobilidade e competências nas atividades de vida de vestir, alimentação, eliminação, para além de saberem se movimentar no seu ambiente. Na primeira abordagem que fazia da criança, e de acordo com a sua idade, avaliava o modo como executava a atividades, e após identificar as suas capacidades tomava decisões sobre as estratégias de intervenção.

Na AVD higiene, de acordo com a avaliação inicial, houve a oportunidade de realizar treino sentado na cadeira de duche/banheira e posteriormente em pé. Em cada uma das situações eram fornecidas orientações sobre como avaliar a temperatura da água, como entrar na banheira ou como se posicionar no poliban, qual a parte do corpo a lavar primeiro, como lavar o hemicorpo menos afetado, como sair da banheira ou poliban, e eram fornecidas orientações sobre a promoção de segurança, tais como não espalhar a roupa ou as toalhas pelo chão. Durante a higiene era avaliada a necessidade de adaptações para a realização da atividade que fossem necessárias utilizar no domicílio, como barras de apoio, cadeira de banho, estrado, entre outros.

Após a higiene, a criança era incentivada a colocar creme hidratante e perfume, de acordo com a sua preferência. Este procedimento permitia não só realizar exercícios e integrar o hemicorpo afetado como também permitia promover o autocuidado e o bem-estar físico na criança. A criança era incentivada a usar os seus produtos de higiene (champô, gel duche, creme e perfume) de forma a melhorar a sua autoestima e a identificar-se cada vez mais com os seus pertences e consigo mesma. Para Hoeman (2011), a criança ao evoluir na sua independência na realização dos cuidados pessoais permite melhorar a sua autoestima.

De acordo com a idade e o seu grau de participação, a higiene oral era também incentivada a realizar pela criança após os cuidados de higiene matinais como após as refeições. Eram fornecidas orientações sobre a colocação da pasta na escova de dentes e o uso de um copo com água durante o procedimento.

As orientações relativamente a esta AVD foram sempre sendo realizadas tendo em conta a capacidade e idade da criança, envolvendo sempre a família e de acordo com as condições habitacionais, tudo com o objetivo de preparar o regresso à casa.

Relativamente ao vestuário, a criança quando se encontrava num estadio de desenvolvimento que o permitisse era estimulada a escolher a roupa que iria vestir. Esta medida servia como promotora do autocuidado, incentivar o interesse em se arranjar, aumentar a autoestima e a capacidade de decisão. Segundo Hoeman (2011, p.245) “usar roupa personalizada significa bem-estar e melhora a imagem corporal”.

O treino de vestuário poderia ser realizado na cama com a criança deitada, sentada à beira da cama ou na cadeira com os pés bem apoiados no chão, consoante o nível de equilíbrio desta. O treino era dividido em três partes: vestir da cintura para cima, vestir da cintura para baixo, e calçar. O princípio que era logo ensinado era que o hemicorpo afetado seria o primeiro a vestir e o último a despir. No calçado, as crianças eram estimuladas a usarem calçado confortável, antiderrapante e que proporcionasse estabilidade ao pé, e poderiam ser de velcro, elásticos ou de atacadores, dando privilégio aos dois primeiros. Quando estes eram de atacadores eram fornecidas orientações sobre a forma de realizar a laçada hemiplégica, tanto à criança como à família (Fiegggen, 2013a; Fiegggen, 2013b).

No que respeita à alimentação, era importante transmitir à criança e à família o correto posicionamento na mesa, estar sentada ao nível da mesa recorrendo a um adaptador de assento se fosse necessário, e colocar o membro superior afetado na mesa para tomar consciência do mesmo durante a refeição. De acordo com as limitações da criança no desempenho desta atividade, houve a necessidade de introduzir produtos de apoio como o rebordo no prato, talheres adaptados, material antiderrapante debaixo do prato, entre outros.

Relativamente à eliminação, vesical e intestinal, algumas das crianças avaliadas necessitavam de colocar alheador de sanitas, outras utilizavam cadeiras adaptadas e havia quem não necessita-se de produtos de apoio. A sua correta utilização era

transmitida e demonstrada à criança e à família. Outras orientações eram fornecidas relativamente à dieta, controlar horários de eliminação, importância da ingestão hídrica, exercícios complementares e era avaliada a necessidade de introduzir terapêutica.

Ao longo do estágio e durante a minha intervenção no treino de AVD houve a necessidade de incluir produtos de apoio. Estes definem-se como “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (Decreto-Lei 93/2009, p.2276). Estes são produtos “indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida”, havendo a necessidade de adequar à limitação da criança, às suas necessidades e à AVD (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012, p.117).

Todos os treinos, exercícios e atividades terapêuticas realizadas numa fase inicial foram supervisionados pela EEER. A sua orientação sobre os aspetos importantes e a retificação da sua realização permitiram-me ganhar confiança e segurança na minha prestação e melhorar a tomada de decisão no planeamento e intervenção no treino de AVD.

Para além deste foram também realizadas atividades terapêuticas, que segundo a OMS (2004), a realização de exercícios progressivos e repetidos são importante para o desenvolvimento motor e para promover a facilitação do movimento. Neste sentido, com o objetivo de reeducar o movimento, prevenir complicações e promover o desempenho de atividades diárias, as atividades terapêuticas realizadas com a criança incluíram as automobilizações, a ponte, o rolar para o lado afetado e para o lado menos afetado, a facilitação cruzada e a carga no cotovelo. Também foram realizados outros exercícios tais como treino de equilíbrio sentado e em pé, levante, transferências, treino de marcha controlada, exercícios com a bola suíça e mobilizações passivas, passivas-assistidas e ativas de todos os segmentos.

Para Jonhstone (1979), as automobilizações permitem à criança contrariar o padrão anti-espástico e reconhecer o seu corpo e integrar o membro superior lesado no esquema corporal. Estas eram realizadas na cama ou com a criança sentada em frente ao espelho. A ponte é um exercício de suporte precoce do peso do corpo, assumindo um papel importante na fase posterior do sentar e marcha, este era realizado na cama.

Por sua vez, o rolar na cama permite favorecer o alinhamento corporal, controlar ou inibir a espasticidade e facilitar o equilíbrio em decúbito lateral. Este exercício realiza-se tanto para o hemicorpo afetado como para o não afetado, sendo que o EEER posiciona-se sempre do lado para o qual a criança vai rolar (Jonhstone, 1979).

A facilitação cruzada tinha como objetivos estimular e reeducar o hemicorpo afetado, reintegrar o esquema corporal e facilitar o autocuidado (Jonhstone, 1979). Esta estratégia era utilizada na abordagem da criança pelo lado afetado e na escolha do quarto/cama no momento da admissão, colocando a televisão e mesa-de-cabeceira do lado afetado, assim era induzida a atividade bilateral através da linha média corporal.

Os exercícios de carga no cotovelo eram realizados na cama ou na associação com outros exercícios. Estes tinham como objetivo aumentar o tónus do membro afetado, estimular a sensibilidade proprioceptiva e os reflexos cervicais (Jonhstone, 1979).

Outras estratégias de intervenção de reabilitação utilizadas ao longo do estágio, e adaptadas a cada criança, foram a utilização da tala pneumática, a técnica de indução de restrições e o posicionamento anti-espástico.

A utilização da tala pneumática (apêndice XII) ocorria como técnica acessória durante a realização de outros exercícios, nomeadamente de mobilizações. Esta descreve-se como um agente terapêutico que tem como função inibir a espasticidade do membro afetado através do seu posicionamento adequado, num período de 15 a 20 minutos (Johnstone, 1979). O recurso à tala pneumática durante o estágio teve também como objetivo a indução de restrição do movimento quando era colocada no membro não afetado, com o objetivo de reeducar o membro afetado e de estimular o movimento. Esta técnica foi utilizada ao longo do dia, por exemplo durante a refeição ou até durante o brincar, sempre com a tala colocada num período entre 15 a 20 minutos. As células do SNC possuem a aptidão de armazenar informação sobre o ambiente e modificar a sua atividade em função das contingências do ambiente externo, devido à neuroplasticidade das células do SNC (Umphred, 2010).

O posicionamento em padrão anti-espástico, sendo outra estratégia utilizada, é um posicionamento terapêutico que deve ser utilizado até à recuperação total seja na criança inconsciente ou consciente, de modo a prevenir a instalação do padrão

espástico, alterações músculo-esqueléticas, alteração da integridade cutânea, e ainda com o objetivo de integrar o esquema corporal (Martins, 2002; Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012). Assim, devido à sua importância esta estratégia foi utilizada ao longo do estágio e foram fornecidas orientações à criança, quando possível, e à própria família com o objetivo de mantê-la em casa.

No entanto, ao longo da minha intervenção senti a necessidade de recorrer a outras estratégias na área da pediatria que fossem direcionadas ao estadio de desenvolvimento e à idade da criança de modo a motivar a criança para a execução do plano de cuidados. Estas foram a música e o brincar⁵.

Segundo Ravelli e Motta (2005), Tondatti e Correa (2012) e Hockenberry e Wilson (2014) a música e o brincar são necessidades básicas e inerentes para o desenvolvimento normal da criança, pois as atividades lúdicas contribuem para o desenvolvimento psicomotor e até do vocabulário. Cuidar de forma lúdica é benéfico para a criança, pois promove fatores significativos para o desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e afetivo da criança proporcionando um cuidar humanizado (Ravelli & Motta, 2005; Frota, Gurgel, Pinheiro, Martins & Tavares, 2007). O recurso a estas estratégias permitiu a realização de procedimentos, do treino de exercícios, facilitou a comunicação, bem como permitiu um cuidar sensível, humano e centrado na criança.

Um exemplo da utilização combinada das estratégias de reabilitação descritas com as estratégias de pediatria remete-se ao caso de uma criança de 3 anos em que planei realizar automobilizações do membro superior e mobilização passiva dos membros inferiores. Para tal, recorri ao seu boneco preferido, e procurei que toda a sua atenção estivesse focada naquele boneco. De seguida, com a criança distraída e a brincar pude mobilizar os membros inferiores. Posteriormente, peguei no boneco e juntando um pouco de brincadeira consegui que a criança realizasse automobilizações no meio de gargalhadas. Os segmentos foram depois mobilizados com auxílio da música e de mais brincadeira. Por fim, ao simular que ia mudar a fralda a criança realizava a ponte.

A preparação para o regresso ao domicílio é uma das competências do EEER, segundo o padrão de qualidade dos cuidados especializados preconizados pela OE

⁵ Brincar – Atividade que ajuda no desenvolvimento da criança. Estratégia que permite reduzir o stress e a ansiedade. É essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças (Hockenberry & Wilson, 2014)

(2011). Enquanto EEER durante o internamento da criança avaliei o contexto familiar, contexto habitacional e a necessidade de informação e orientações sobre os cuidados específicos à criança, pois a qualidade de vida de todo o universo familiar poderá ficar comprometida se o EEER não proceder a uma avaliação e preparação completa (Jorge, 2004).

Desta forma, durante toda a intervenção, fosse no treino de AVD, atividades terapêuticas como na realização das estratégias de reabilitação, inclui a criança e a família em todo o processo, porque ao preparar a família para a prestação de cuidados contribuí para a consciencialização das suas dúvidas, para o reconhecimento das suas limitações, motivei o seu envolvimento e estruturei o regresso a casa. Neste sentido Bocchi (2004), Perlini, Mancussi e Faro (2005) referem que a preparação para o regresso a casa conduz a uma redução dos níveis de ansiedade da família, a um desenvolvimento da sua confiança na execução dos cuidados e a uma forma de desenvolverem estratégias de *coping*.

A preparação da família é importante para o regresso a casa, contudo o EEER não poderá se esquecer da articulação de informação com os cuidados de saúde primários. Para Menoita, Sousa, Alvo e Vieira (2012, p.27), este é “um recurso comunitário de forma a assegurar uma adequada continuidade de cuidados em contexto familiar”. Desta forma, tive a oportunidade de elaborar uma nota de alta e entrar em contacto com o enfermeiro do centro de saúde com o objetivo de transmitir informação sobre a criança e o contexto familiar.

Ao longo do estágio procurei alargar experiências e conhecimentos através do cuidar de crianças com diferentes patologias e afeções, tanto a nível cerebral (traumatismo crânio encefálico, sequelas de hipoxia, etc.) como medular (traumatismo/lesão medular, mielopatias, etc.) com o objetivo de realizar atividades e intervenções de reabilitação específicas para estas crianças/famílias, nomeadamente o treino de eliminação vesical e intestinal, posicionamentos, transferências e exercícios na cadeira de rodas, como por exemplo o *push up*.

Ao realizar estas atividades atingi os objetivos propostos assim como as competências comuns de enfermeira especialista no domínio da responsabilidade profissional e ética, da melhoria da qualidade de cuidados e do desenvolvimento da aprendizagem profissional. Enquanto EEER as competências adquiridas foram no

âmbito do cuidar da criança com necessidades especiais, através do desenvolvimento e implementação de planos de intervenção adequados aos diferentes estadios de desenvolvimento, elaborar e implementar treino de AVD que promovessem a mobilidade, autonomia e o autocuidado na criança, preparando-a e à família para o regresso a casa, intervindo inserida na equipa de enfermagem e na restante equipa de saúde.

Objetivo 7 – *Estabelecer uma comunicação e empatia eficaz com a criança/adolescente e a família assegurando o seu bem-estar durante o internamento no SRPD*

No decorrer do estágio no SRPD, e perante a minha intervenção com crianças com sequelas por AVC, um dos objetivos propostos incidiu na aquisição de competências na área da comunicação. Enquanto futura enfermeira especialista, as competências comuns que pretendi adquirir com a concretização deste objetivo foi a promoção do cuidar que respeitasse os direitos humanos e a responsabilidade profissional, promover um ambiente terapêutico e seguro durante a intervenção, e desenvolver o autoconhecimento numa área pouco explorada por mim. Em termos das competências específicas de EEER a finalidade foi a de cuidar da criança com necessidades especiais, em qualquer prática de cuidados, e capacitando-a para o desenvolvimento do seu potencial.

Para a criança a comunicação constitui-se como um processo importante estando na base das relações sociais. No entanto, as necessidades de comunicação variam consoante a sua idade, o seu grau de desenvolvimento e a sua capacidade de compreensão.

A comunicação em saúde é essencial, interfere na qualidade dos cuidados prestados e merece consideração por parte dos profissionais, nomeadamente do EEER. Para Hoeman (2011, p.525), “comunicar é mais do que falar”, é um processo dinâmico que é utilizado para trocar ideias, relatar experiências e partilhar desejos. Esta pode se manifestar de diferentes formas como falar, escrever, gestos e até língua gestual (Alexander & Matthews, 2010). Para Phaneuff (2005, p.26), “o que a palavra

não quer revelar, os olhos, os tremores dos lábios e o tamborilar dos dedos comunicam-no eloquentemente”.

Perante uma doença súbita que produz sinais e sintomas focais causando incapacidade como o AVC, a comunicação poderá ficar comprometida. As disfunções a nível da linguagem manifestam-se essencialmente por afasia e disartria (Ferro & Pimentel, 2006; Umphred, 2010; Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012). Assim, torna-se importante o EEER reconhecer e avaliar os défices de comunicação nestas idades para poder orientar a sua intervenção terapêutica, bem como saber adequar a sua intervenção consoante o estadio de desenvolvimento.

Para Hoeman (2011), o EEER deverá ser perito na avaliação dos défices de comunicação sendo uma área muito importante na sua intervenção, e esta deve ser iniciada o mais precocemente possível para poder estimular e adquirir as funções comprometidas. As alterações na comunicação podem causar modificações a nível relacional, social e familiar, e de uma maneira global a nível da qualidade de vida. O facto de a criança demonstrar dificuldade em comunicar com os familiares ou até com os cuidadores formais (EEER, por exemplo) origina défice no autocuidado. Estes demonstram dificuldade em responder às perguntas (por exemplo *tens dor?*), de expressar os seus desejos e vontades (por exemplo *qual a roupa que queres vestir?*) e de manterem uma conversação, o que gera sentimentos de frustração, tristeza, medo do futuro, incerteza e de desesperança (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012).

Perante esta realidade desenvolvi atividades que me permitissem alcançar o objetivo proposto com sucesso. Comecei na recolha de dados das crianças com AVC, em que iniciei por colocar questões sobre as características relacionais e de comunicação anteriores ao AVC e posteriormente avalei essas mesmas características no momento atual, com o objetivo de detetar alterações. Sempre que a criança não pudesse fornecer a informação, recorria à família para completar a colheita de dados.

Com base na informação recolhida, e com a orientação da EEER orientadora, procedi ao planeamento de intervenções nesta área. No entanto, senti a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica, nomeadamente a nível de outras áreas, e procurar métodos de intervenção na criança com alterações da comunicação. O resultado da pesquisa resultou na descoberta da técnica de entoação melódica (apêndice XIII) que posteriormente utilizei na minha intervenção. Para Hoeman (2011), o EEER deve

possuir conhecimento prático dos vários tipos de défices de comunicação de modo a ser capaz de os reconhecer durante a prestação de cuidados.

No decorrer do estágio a intervenção terapêutica na área da comunicação teve como objetivo facilitar a adaptação, promover a interação social, promover a autonomia comunicacional, promover o autocuidado, facilitar a capacidade de compreensão e/ou expressão, reduzir a frustração e orientar a criança e a família sobre as estratégias de comunicação.

As estratégias utilizadas foram adaptadas a cada estadio de desenvolvimento, apesar de algumas serem transversais, nomeadamente: dar toda a atenção à criança; não falar depressa; utilizar um tom de voz calmo; manter uma atitude positiva; encorajar a comunicação; e, não interromper. A intervenção foi sempre realizada com a preocupação de proporcionar um ambiente tranquilo e terapêutico, sem fatores externos que interferissem com a atenção e na realização dos exercícios (Leal, 2001; Parente 2007; Hoeman, 2011).

Nas crianças entre os 2 e os 4 anos recorri à brincadeira, à música, à repetição de palavras e aos seus bonecos preferidos. Para Hockenberry e Wilson (2014), o brincar e o jogo terapêutico constituem-se como recursos importantes na avaliação e identificação de problemas, como também funcionam como estratégias fundamentais na fase de implementação de cuidados. Ao longo das semanas pude verificar que as crianças evoluíram positivamente, sendo capazes de pronunciar palavras e associar a palavra a conceitos.

Nas crianças entre os 8 e 13 anos as estratégias utilizadas foram: utilizar expressões e colocar questões simples; dar oportunidade para se expressar; dar oportunidade para interromper quando não compreendessem o que lhes tinha sido dito; falar pausadamente; encorajar frases curtas; e, ter disponível papel e uma caneta, ou até o *tablet*, nos momentos em que não conseguissem expressasse (reduzir a ansiedade e a frustração) (Leal, 2001; Parente, 2007).

Na avaliação dos resultados constatei uma melhoria na interação entre pares, com a família, no discurso, e conseqüentemente no autocuidado, pois a criança foi desenvolvendo mecanismos para manifestar os seus desejos e as suas vontades, como por exemplo na escolha do que queria vestir. Enquanto EEER a minha intervenção tinha como objetivo que a criança desenvolvesse e aumentasse a sua

autonomia, que restaurasse o seu estilo de vida e que maximizasse as suas capacidades (OE, 2011).

Contudo, toda a abordagem feita à criança teve sempre como observador a família, pois esta necessita de ser incluída nos cuidados de forma a compreender a causa da disfunção na comunicação e a necessidade de intervenção. Para Menoita, Sousa, Alvo e Vieira (2012), as orientações à família sobre estratégias de comunicação e os benefícios do treino são importantes para melhorarem a sua interação e compreensão da criança bem como participarem no processo de reabilitação.

Para tal, senti a necessidade de acompanhar a família na utilização das orientações fornecidas, de esclarecer dúvidas e monitorizar os resultados. Os ganhos foram notórios na relação entre a família e a criança, contribuindo positivamente para o processo de recuperação.

Para que o processo de comunicação seja eficaz é importante que o EEER demonstre disponibilidade, atenção recíproca, competências relacionais e de comunicação, tornando-as instrumentos essenciais no cuidar em enfermagem de reabilitação em pediatria. A sua intervenção permite que o autocuidado na criança seja restabelecido, bem como a sua independência e a autonomia na vida diária.

Ao intervir na área da comunicação suscitou-me momentos de reflexão ao longo do estágio. O EEER ao intervir inserido numa equipa multidisciplinar permite que haja uma articulação de cuidados entre os diferentes profissionais em prol da criança, de modo a permitir uma continuidade de cuidados. Neste caso em concreto, o EEER na enfermaria tem a possibilidade de dar continuidade à intervenção realizada pelo terapeuta da fala no departamento, mas sem contudo querer ultrapassar a esfera de competências que lhe é atribuída. Segundo Hesbeen (2010, p.68), “os profissionais de reabilitação são atores qualificados com diversas especificidades. A sua responsabilidade terapêutica leva-os a perseguir um objetivo comum”.

Ao desenvolver as atividades descritas posso concluir que o objetivo foi alcançado com êxito, assim como foram adquiridas e desenvolvidas as competências comuns e específicas do EEER exigidas pela OE.

2.1 Descrição de atividades não planeadas

Durante o estágio no CR surgiu a oportunidade de uma incursão num estágio de duas semanas numa unidade de treino de AVD, na área do adulto, como complemento de experiências. Esta unidade é muito específica, o seu funcionamento é da exclusiva responsabilidade do EEER, possui uma ligação muito próxima com os outros serviços do CR, e tem como objetivo o treino de AVD com vista a proporcionar independência à pessoa no seu autocuidado e no regresso a casa.

Durante este período estabeleci como objetivos conhecer a estrutura e o funcionamento da unidade, conhecer e compreender a intervenção desenvolvida pelo EEER, integrar a equipa e participar na prestação de cuidados diretos à pessoa que frequenta a unidade. Ao concretizar estes objetivos pretendia desenvolver competências de EEER, preconizadas pela OE (2010), no cuidar da pessoa com necessidades no ciclo de vida através da avaliação, planeamento e execução de treino de AVD de acordo com a sua incapacidade e potencial, na promoção da mobilidade e acessibilidade através da inclusão de produtos de apoio, no domínio da melhoria da qualidade de cuidados através da promoção de um ambiente seguro e terapêutico, e no domínio da aquisição de aprendizagens profissionais através do desenvolvimento da *praxis* clínica especializada.

Neste sentido, houve necessidade de fazer primeiramente um período de observação de modo a fazer uma apreciação do funcionamento da unidade, da equipa e dos doentes, desenvolvendo para o efeito um guião de observação (apêndice XIV). Tive oportunidade de observar a intervenção da EEER a pessoas com diferentes níveis de incapacidade, de necessidades e de potencialidades. Esta atividade contribuiu para uma tomada de decisão fundamentada, atendendo ao potencial da própria pessoa, intervindo num cuidado centrado nesta e atendendo à sua condição e situação clínica, como da própria família.

Para Hesbeen (2010), o EEER ao cuidar do outro tem em consideração a singularidade, a vontade, a motivação e as características da própria vida dessa pessoa. Estes fatores influenciam a intervenção do EEER que tem que saber respeitar o outro através de um cuidar humanizado.

Ao longo deste estágio a maior parte das pessoas às quais desenvolvi treino de AVD possuíam sequelas de AVC. Tive a oportunidade de realizar treino sobre os cuidados de higiene (exemplo na higiene oral), na mobilização do membro superior para pentear, no vestir/despir, no calçar, e nas transferências da cama-cadeira, cadeira-banheira, cadeira-sanita, cadeira-carro e vice-versa. Ao intervir nas AVD tive como objetivo promover a participação da pessoa no seu próprio processo de reabilitação, no restabelecimento da sua autonomia e na promoção do autocuidado aumentando o seu potencial, tendo como finalidade o regresso a casa.

No treino de AVD por vezes, e de acordo com as necessidades da pessoa, houve a possibilidade de utilizar produtos de apoio como meios complementares na intervenção. O facto de contactar e utilizar os diferentes produtos de apoio da unidade permitiu que desenvolvesse competências na avaliação das necessidades da pessoa, na identificação e utilização dos produtos adequados, na realização de orientações para a preparação ao regresso a casa, bem como na promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social enquanto EEER, segundo a OE (2010)⁶.

De acordo com a realização destas atividades verifica-se que o EEER tem uma intervenção muito específica como orientador da pessoa e da família, não só no que diz respeito às AVD mas também na orientação de produtos de apoio e legislação vigente. Tal como preconiza Orem (2001), verifica-se que o EEER desenvolve uma intervenção através de um sistema totalmente compensatório e parcialmente compensatório no desempenho das AVD, evoluindo para um sistema de apoio e de educação, com o objetivo de promover o autocuidado e o potencial.

Todas as intervenções realizadas neste departamento ficam registadas no processo de cada pessoa, permitindo assim dar a conhecer a sua evolução e dar continuidade aos cuidados, tendo sempre em vista o regresso a casa. A OE (2011) refere que a utilização de um instrumento que demonstre a intervenção do enfermeiro permite dar conhecimento a outros profissionais e ao público da qualidade do exercício profissional do enfermeiro.

Um dos pontos importantes a incluir nos registos de enfermagem é a recolha de dados, pois segundo Hoeman (2011) esta é imprescindível no planeamento de

⁶O manual “Acessibilidade e Mobilidade para Todos: Apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006 de 8 de Agosto” serviu de meio auxiliar para a escolha dos produtos de apoio adequados, atendendo às leis vigentes em reabilitação.

cuidados de reabilitação. Neste sentido, a aplicação de diferentes escalas e a utilização dos registos de enfermagem da unidade durante a minha intervenção permitiram desenvolver a capacidade de avaliação da pessoa, da utilização de instrumentos de avaliação e a capacidade de estruturar e implementar planos centrados na própria pessoa. Uma das escalas utilizadas foi a escala de MIF. Esta permite descrever o nível de incapacidade/limitação da pessoa em termos de graus de dependência/independência em diferentes categorias de autocuidado (nas AVD), recorrendo a uma linguagem uniforme. A utilização desta escala foi uma mais-valia para a compreensão dos seus contributos na intervenção do EEER centrada na pessoa.

Ainda na unidade participei em diversas reuniões entre os departamentos envolvidos no processo de reabilitação da pessoa de modo a escutar e ter conhecimento do seu desempenho nas outras áreas, discutir em equipa um plano global de intervenção direcionado, tendo como objetivo planejar a intervenção nas AVD, fornecer orientações à própria e à sua família como preparação para o regresso a casa. Todas as intervenções desenvolvidas pelo EEER têm como fim único desenvolver competências na pessoa sobre o desempenho de práticas que “iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Orem, 2001, p.43).

As atividades desenvolvidas na unidade de AVD motivaram a pesquisa constante sobre diversas temáticas na área de intervenção do EEER com o objetivo de consolidar conhecimentos, que se traduziram numa mais-valia, pois permitiu a transição de conhecimentos gerais e específicos para o estágio no SRPD bem como permitiu desenvolver a prática no treino de AVD promotoras do autocuidado.

A intervenção nesta unidade proporcionou desenvolver competências na tomada de decisão com base num julgamento fundamentado, na avaliação da funcionalidade e das alterações na atividade da pessoa, na elaboração e implementação de programas de AVD com vista ao autocuidado e à promoção da autonomia, bem como na avaliação de resultados (Regulamento nº125/2011). A aquisição e desenvolvimento destas competências permitiram um trabalho em equipa em parceria com outros profissionais, desenvolver uma prática profissional e ética e desenvolver uma prática na área da formação pessoal.

3. REABILITAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA – COMPLEMENTO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EEER

Uma das competências específicas do EEER é cuidar de “pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento nº125/2011). Desta forma, para complementar o meu percurso formativo na aquisição de competências e transpor os conhecimentos adquiridos para a prática de cuidados optei por realizar ensino clínico na vertente pediátrica, no Serviço de Pneumologia Pediátrica, e na vertente do adulto, na URFR, ambos localizados num hospital central.

O primeiro ensino clínico decorreu na URFR que é uma unidade autónoma, que se caracteriza pela intervenção do EEER à pessoa com alterações do foro respiratório em regime de ambulatório e internada nos vários serviços do hospital. Devido às competências exigidas nos cuidados, a equipa de enfermagem é composta apenas por EEER, sendo no seu total 6 enfermeiros (apêndice XVIII).

O EEER nesta unidade cinge a sua intervenção à pessoa com alterações do foro respiratório, sendo necessário uma avaliação prévia da mesma de modo a estabelecer um plano de intervenção adequado e individualizado. Na sua avaliação o EEER utiliza a escala de Borg⁷ e o questionário The St. George’s Hospital Respiratory Questionnaire para avaliar a qualidade de vida (anexo IV e anexo V). No entanto, o EEER na sua intervenção tem sempre em conta a pessoa no seu global, não olhando somente a componente respiratória, verificando-se um reconhecimento dos seus cuidados. Neste sentido podemos citar Magalhães (2009) quando refere que o processo de cuidados de enfermagem de reabilitação com recurso a programas de reeducação funcional respiratória (RFR) produz efetividade e conduz a um reconhecimento pelos pares e restantes profissionais de saúde.

O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória é passível de ser demonstrado através dos ganhos em saúde, com a melhoria da qualidade de vida da pessoa, bem como contribuindo para uma economia dos custos através da redução do número de dias de internamento e de reinternamentos (Oh & Seo, 2007;

⁷ Escala de Borg permite classificar a perceção subjetiva ao esforço. A pessoa numa escala de 0 a 12 refere qual a sua tolerância ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012)

Corhay et al, 2012). Desta forma, a equipa da URFR sentiu a necessidade de elaborar uma folha de registos onde fosse descrita a sua intervenção, a avaliação da pessoa antes e após a RFR, orientações e notas de evolução, com o objetivo de demonstrar a eficácia e eficiência dos seus cuidados. Esta necessidade partiu da carência de dados que disponham para demonstrar a sua intervenção, e a posterior dificuldade no acompanhamento das pessoas.

De modo a compreender todo o processo de intervenção do EEER na URFR, quer seja no ambulatório como no internamento, houve um conjunto de inúmeras atividades que foram sendo desenvolvidas no decorrer do ensino clínico. Mas para tal, teve primeiramente a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica e rever conceitos no âmbito da enfermagem de reabilitação respiratória.

Assim, de modo a adquirir as competências de EEER e concretizar o objetivos propostos (apêndices XVI), foram desenvolvidas as seguintes atividades: saber interpretar uma radiografia tórax; treinar a auscultação pulmonar e saber identificar e interpretar os sons e alterações; planejar a intervenção com base na avaliação da pessoa e tendo em conta os objetivos de reabilitação respiratória naquela situação; executar um programa de RFR a diferentes pessoas com diferentes patologias (médica e cirúrgica), tanto em ambulatório como nos diversos serviços; orientar treino de exercício no ginásio da URFR; identificar e utilizar as escalas de avaliação da URFR como complemento da intervenção; proceder à avaliação e registo da intervenção nas folhas de continuidade de cuidados; realizar orientação à própria pessoa de cuidados diários; e, trabalhar em parceria com outros profissionais de saúde.

As experiências vividas e refletidas na URFR permitiram o desenvolvimento no percurso formativo enquanto EEER, adquirir conhecimentos e competências possíveis de aplicar em contexto pediátrico e criar bases sólidas para o próximo ensino clínico.

O estágio seguinte decorreu no Serviço de Pneumologia Pediátrica (apêndice XIX). Este serviço caracteriza-se por cuidar de crianças exclusivamente com alterações do foro respiratório, e é composto pelo internamento, hospital de dia e Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD).

Na equipa de enfermagem apenas existe um EEER, a sua intervenção é vasta e abrangente, pois intervem tanto no internamento como em hospital de dia, onde

recorrem crianças para reavaliação, orientações e realizarem meios auxiliares de diagnóstico.

De acordo com esta organização, o EEER intervém como gestor de caso servindo de ponte de ligação entre a criança/família e a restante equipa de saúde desempenhando funções de avaliação inicial, de planeamento, de implementação, de coordenação, de monitorização e de reavaliação (Hoeman, 2011). A sua opinião é relevante na tomada de decisões relativamente a todas as crianças, como por exemplo no planeamento da alta.

A avaliação realizada pelo EEER relativamente à criança com alterações do foro respiratório não incidia sobre nenhuma escala específica. Uma vez que no estágio anterior utilizei a escala de Borg e verifiquei a sua importância, propôs à EEER orientadora aplicar na pediatria. Para tal realizei uma pesquisa bibliográfica que resultou na escala de Borg adaptada à pediatria (anexos VI), sendo que a utilizei na minha prática na avaliação que fazia das crianças. Esta atividade traduziu-se numa mais-valia para o meu serviço onde desempenho atividade.

No decorrer do estágio foram sendo desenvolvidas outras atividades com o objetivo de complementar as competências de EEER adquiridas na URFR. Assim, as atividades desenvolvidas foram: realização de RFR adequada a cada criança; avaliação e intervenção em crianças propostas para cirurgia; orientações aos pais e crianças sobre a utilização de dispositivos de ajuda, como o *accapella*⁸; orientações sobre exercícios para drenagem de secreções no domicílio; orientações sobre a administração de terapêutica inalatória e os cuidados necessários; e, utilização de mecanismos para drenagem de secreções, como o *cough assist*⁹. Toda a intervenção foi complementada com os conhecimentos e competências adquiridas na URFR, adequada às necessidades da criança, ao seu estágio de desenvolvimento e às necessidades da família.

Neste serviço surgiu a oportunidade de acompanhar o trabalho realizado pelo enfermeiro na UMAD (apêndice XX), onde o EEER é coordenador da unidade. Quem se desloca nas visitas domiciliárias é um enfermeiro escalado do serviço de

⁸ Acapella – Dispositivo para limpeza das vias aéreas. Tem como objetivo facilitar a *clearance* de secreções em pessoas com hipersecreção brônquica (Cordeiro & Menoita, 2012)

⁹ Cough Assist – Equipamento que permite uma terapia não invasiva na remoção de secreções brônquicas em pessoas com incapacidade de tossir (ex. distrofia muscular, esclerose lateral amiotrófica, lesão medular, etc.) (Portal de Codificação dos DH, 2014)

pneumologia pediátrica, sendo normalmente um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.

A seleção das crianças é feita segundo determinados critérios, que se encontram no anexo XX. A primeira visita ocorre nas duas primeiras semanas após a alta, sendo as seguintes planeadas pelo enfermeiro consoante a necessidade dos cuidados ou o contexto sociofamiliar. Cabe ao enfermeiro da UMAD a gestão da periodicidade das visitas domiciliárias, combinando sempre com a disponibilidade familiar.

O enfermeiro da UMAD na primeira visita procede à avaliação inicial onde faz uma colheita de dados completa da criança e da interação familiar, uma avaliação do estado de saúde, psicossocial, ambiente e da situação financeira. Posteriormente desenvolve um plano centrado na criança que é negociado com a família. Nas visitas seguintes, o enfermeiro implementa, coordena e monitoriza o plano de intervenção, procedendo a uma avaliação constante das respostas da criança e da família. Contudo, o enfermeiro não intervém sozinho, este encontra-se integrado numa equipa de saúde (médico, assistente social, enfermeiro do centro de saúde), com a qual mantém ligação e serve de elo de comunicação.

Para que os estágios contribuíssem de forma positiva e com sucesso para o meu percurso formativo, desenvolvi as seguintes atividades na URFR como no Serviço de Pneumologia Pediátrica: reuniões informais com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora para conhecer o serviço e de que modo o EEER intervém; consulta dos manuais do serviço; consulta das folhas de registo de enfermagem de reabilitação e escalas de avaliação; pesquisa bibliográfica; observação da intervenção do EEER orientador, com reflexão da e na prática; e, a elaboração de jornais de aprendizagem semanais, que ajudaram a organizar as ideias e a refletir sobre pontos importantes da prática de cuidados de reabilitação.

No final das seis semanas de ensino clínico, repartido entre a URFR e o serviço de pneumologia pediátrica, posso referir que adquiri e desenvolvi competências de EEER na área respiratória, mas também a nível: da comunicação; da conceção, implementação, avaliação e reformulação de programas de RFR; da orientação e envolvimento da criança, família e adulto de modo a assegurar as necessidades identificadas; da participação na tomada de decisão na equipa de enfermagem, tendo

uma base ética e deontológica; e, da reflexão como meio de desenvolver o autoconhecimento e a capacidade de gerar respostas na prática.

As competências adquiridas como EEER na área respiratória serão facilmente transitáveis para o meu contexto profissional, devido às suas especificidades, às patologias recorrentes e ao acompanhamento da criança e da família.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório de estágio permitiu-me crescer e desenvolver enquanto futura enfermeira especialista, refletir ao longo da sua construção sobre as competências adquiridas enquanto EEER e sensibilizou-me sobre a magnitude do cuidar em reabilitação.

O percurso desenvolvido no decorrer dos estágios, a orientação dos peritos na área e as experiências vividas contribuíram para a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais especializadas com o objetivo de cuidar da criança com limitações ao longo do ciclo de vida, promovendo a sua autonomia, autocuidado e reinserção no seu ambiente familiar e social.

No final deste percurso, os ganhos e contributos para a minha formação enquanto EEER no desenvolvimento de competências foram imensos. Tive a oportunidade de realizar estágio num centro de reabilitação de referência e intervir junto de uma equipa de EEER experiente, absorver os seus conhecimentos, aprender com as diferentes situações, alargar a intervenção a crianças com outras patologias, observar a interação entre os diferentes profissionais e desenvolver a capacidade de reflexão sobre as experiências.

A realização dos estágios na UFRF e no serviço de pneumologia pediátrica também foram pontos fortes no meu desenvolvimento e formação enquanto EEER. As experiências e a partilha de conhecimentos foram constantes, e foi uma excelente oportunidade poder realizar o desenvolvimento de competências na reabilitação respiratória em dois contextos diferentes.

Como pontos menos positivos saliento a importância de realizar um estágio em contexto comunitário, pois a intervenção do EEER nesta área é importante e teria sido uma mais-valia na minha formação, apesar da oportunidade que surgiu em realizar visitas domiciliárias na UMAD

Ao longo da sua intervenção, o EEER em contexto pediátrico tem que avaliar o estadio de desenvolvimento da criança, as suas limitações, o seu potencial, compreender as suas preferências, planejar intervenções individualizadas, envolver a família em todo o processo de cuidados e recorrer a técnicas auxiliares como o brincar, a música e o jogo.

O brincar em meio hospitalar não pode ser apenas interpretado como humanizador do ambiente, mas também como estratégia nos cuidados de enfermagem e uma estratégia terapêutica, e neste caso na intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação. Foi muito importante passar da pesquisa para a prática e poder verificar e comprovar como a brincar conseguimos cuidar e alcançar resultados favoráveis para a criança.

As sequelas decorrentes do AVC são várias e as suas manifestações na criança são geradoras de incapacidade. Os conhecimentos que o EEER possui nesta área é imenso, e a sua intervenção é fundamental. Existe um mundo de atividades, exercícios terapêuticos e orientações que o EEER pratica no seu cuidado diário de acordo com as limitações e incapacidades de cada criança.

No entanto, o EEER cuida inserido numa equipa de saúde e em uníssono planeiam objetivos de intervenção para a criança. Para Hesbeen (2010, p.63), *“o processo de reabilitação, para além da pessoa que recebe cuidados e da sua família, recorre a inúmeros intervenientes, a diversos profissionais. Todos eles, no lugar que ocupam e com a profissão ou atividade, contribuem para a cultura de reabilitação, nas instituições ou serviços especializados (...) o espírito da reabilitação para além de omnipresente, deve ser cultivado por todos os membros da equipa.”*

Uma das competências do enfermeiro especialista é “atuar como formador oportuno em contexto de trabalho”, e tal foi possível verificar o papel de formador na equipa com o objetivo de transmitir conhecimentos específicos que facilite a prestação de cuidados e que eleve a qualidade de vida da criança com AVC (Regulamento nº122/2011). A realização de formação na equipa de enfermagem é constante, bem como a partilha de novos saberes, de pesquisas e resultados de trabalhos de investigação, tudo em prol de um cuidado baseado na evidência.

Com a concretização deste relatório, sinto que a necessidade de resumir em poucas palavras e em algumas páginas toda a intervenção desenvolvida em contexto clínico, as atividades praticadas, a pesquisa realizada e os ganhos obtidos transformou-se numa limitação. A capacidade de transcrever por palavras a reflexão diária dos cuidados, dos dilemas e das experiências não é algo fácil. Sinto que há palavras que não dizem tudo, que não revelam a grandiosidade dos ganhos, da satisfação que foi o desenrolar de todo o percurso numa área tão importante e tão querida.

As principais dificuldades sentidas ao longo do percurso foi a pouca bibliografia sobre a problemática do AVC na criança, a gestão do tempo entre os estágios e os horários laborais, e a gestão do tempo para a realização da pesquisa bibliográfica, dos trabalhos pretendidos para consolidar conhecimentos, e de organizar a reflexão escrita da experiência diária.

Para trabalhos futuros sugeria que a vasta informação de temas que surge em reabilitação fossem alargados para a reabilitação em pediatria. A pediatria é uma área ainda pouco explorada junto dos EEER, e o conhecimento sobre as necessidades de reabilitação também. Por tal, fica em mente a vontade de explorar o mundo da reabilitação em pediatria, realizar projetos nesta área e dar a conhecer aos colegas a intervenção do EEER no grande mundo da pediatria.

Para Hesbeen (2010, p.87), o EEER desenvolve conhecimentos e competências que o permitem ser “especialista nas pequenas coisas”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, M. & Matthews, D. (2010). *Pediatric Rehabilitation. Principles and Practice* (4ª ed.). Nova Iorque: Demos Medical.
- American Heart Association. Acedido em 05.12.2013. Disponível em http://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/@sta/documents/downloadable/ucm_311389.pdf.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Biller, J. (2009). *Stroke in children and young adults* (2ª ed.). Philadelphia: Saunders.
- Bocchi, S. (2004). O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57 (5). 569-573.
- Burke, K. & Doody, B. (2012). Nurses's perceptions of their role in rehabilitation of the older person. *Nursing Older People*. 24 (2). 33-38.
- Burton, C. (2000). A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (1). 174-181.
- Cabete, D. (2012). *Jornal de Aprendizagem: conceito e utilização*. (documento fotocopiado). Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Cardol, M.; De Jong, B. & Ward, C. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*. 24 (18). 970-974. Acedido em Novembro de 2013. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=8615692&site=ehost-live>
- Carvalhais, M. (2010). *Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes*. Universidade de Aveiro.
- Cavaco, C. (2009). Experiência e formação experiencial: a especificidade dos adquiridos experienciais. *Educação Unisinos*. 13 (3). 220-227.
- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de Pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier.

- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Corhay, J., Nguyen, D., Duysinx, B., Graas, C., Pirnay, F., Bury, T. & Louis, R. (2012). Should we exclude elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease from a long-time ambulatory pulmonary rehabilitation programme?. *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of The UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine*. 44 (5). 466-472.
- Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio. Diário da República I Série, Nº 74 (16-04-2009) 2275-2277.
- Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010) Acessibilidade à rede de cuidados pediátricos. Diário da República II Série, N.º 112. (11-06-2010). 32123.
- Dewey, J. (1997). *How We Think*. Toronto: Dover Publications.
- Diogo, P. (2001). Uma orientação para cuidar...a criança. *Servir*. Lisboa. 49 (1). 17-21.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral. Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Direção Geral de Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Acedido em Outubro de 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção geral de Saúde. Acedido em 28.10.2013. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes. The states of the science*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Fawcett, J., Russell, G. (2009). A Conceptual Model of Nursing and Health Policy. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 2 (2), 108-116.
- Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia. Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Fieggen, I. (2013a). One Handed Shoelace Knot. Ian's Shoelace Site. Acedido em 02.10.2013. Disponível em <http://www.fieggen.com/shoelace/onehandedknot.htm>
- Fieggen, I. (2013b). One Handed Lacing. Ian's Shoelace Site. Acedido em 02.10.2013. Disponível em <http://www.fieggen.com/shoelace/onehandedlacing.htm>

- Firmino, F. (2004). *Autonomia e Respeito*. In M. Neves, S. Pacheco (Coords) *Para uma ética da enfermagem: Desafios*. (pp.237-262). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Fish, D. & Twinn, S. (1997). *Quality Clinical Supervision in the Health Care Professions: Principled Approaches to Practice*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Fragata, J. & Martins, L. (2008). *O Erro em Medicina*. Coimbra: Almedina.
- Frota, M., Gurgel, A., Pinheiro, M., Martins, M. & Tavares, T. (2007). O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. *Cogitare Enfermagem*. 12 (1). 69-75.
- Hartigan, I. (2012a). Goal setting in stroke rehabilitation: part1. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 8 (3). 65-69.
- Hartigan, I. (2012b). Goal setting in stroke rehabilitation: part2. How do health professionals set goals and what is the nurse's role?. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 8 (3). 123-128.
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação. Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional para a Reabilitação (2010a). CIF - CIF uma mudança de paradigma. Acedido em 14-05-2013. Disponível em: <http://www.inr.pt/content/1/52/cif-uma-mudanca-paradigma>.
- Johnstone, M. (1979). *Restauração da Função Motora no Paciente Hemiplégico*. Editora Manole: Sao Paulo.
- Jones, B., Ganesan, V., Saunders, D. & Chong, W. (2010). Imaging in childhood arterial ischaemic stroke. *Neuroradiology*. 52. 577-589.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.
- Kärkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. (2005). Documentation of Individualized Patient Care: A Qualitative Metasynthesis. *Nursing Ethics*. 12 (2). 123-132.

- Kucera, K., Higgins, I. & McMillan, M. (2010). Advanced nursing practice: a futures model derived from narrative analysis of nurses' stories. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 27 (4). 43-53.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda, Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência de Enfermeira*. Loures: Lusodidacta.
- Leal, F. (2001). Intervenções de enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In J. Padilha et al. *Enfermagem em Neurologia*. (pp.131-151). Coimbra: Formasau
- Mackay, M. & Gordon, A. (2007). Stroke in children. *Australian Family Physician*. 36 (11). 896-902.
- Magalhães, M. (2009). O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica - DPOC: da evidência científica à mudança das práticas. *Revista Investigação em Enfermagem - Sinais Vitais*. 20. 26-39.
- Mallick, A. & O'Callaghan, F. (2010). The epidemiology of childhood stroke. *Journal of the European Pediatric Neurology Society*. 14. 197-205.
- Marinis, M., Piredda, M., Pascarella, M., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglioni, D.... Matarese, M. (2010). If it is not recorded, it has not been done? Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 19. 1544-1552.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família – o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *AVC. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau
- Martins, B. & Araújo, T. (2008). Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. *Psicologia Argumento*. 26 (53). 109-116.
- Matos, S. (2008). Recusa do cliente. *Ordem dos Enfermeiros*. (29). 33-37.
- Mauk, K. (2011). *Rehabilitation Nursing: A Contemporary Approach to Practice*. [s.l.]: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Edições D. Quixote.
- Oh, H. & Seo, W. (2007). Meta-analysis of the effects of respiratory rehabilitation programmes on exercise capacity in accordance with programme characteristics. *Journal of Clinical Nursing*. 16 (1). 3-15.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ªed.). St Louis: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2009b). Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 24.01.2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Proposta de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Parente, A., Dias, S., Reis, S., Pinto, F. & Figueiredo, C. (2007). A comunicação do doente afásico. *Sinais Vitais*. (70). 55-58.
- Paterson, J. (2012). Stroke rehabilitation and discharge planning. *Nursing Standard*. 27 (1). 35-39.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing.

- Perlini, N. & Faro, A. (2005). Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidado familiar. *Revista Escolar de Enfermagem USP*. 39 (2). 154-163.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado. Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Portal de Codificação dos GDH. Acedido em Fevereiro de 2014. Disponível em [http://portalcodgdh.min-saudeaude.pt/index.php/Cough_Assist%C2%AE_\(Insuflador-Exsuflador_Mec%C3%A2nico](http://portalcodgdh.min-saudeaude.pt/index.php/Cough_Assist%C2%AE_(Insuflador-Exsuflador_Mec%C3%A2nico)
- Pryor, J. (2009). Coaching patients to self-care: a primary responsibility of nursing. *International Journal of Older People Nursing*. 4. 79-88.
- Ravelli, A. & Motta, M. (2005). O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58 (5). 611-613.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, Nº 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, Nº 35. (18-02-2011). 8658-8659.
- Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2006). *Acessibilidade e Mobilidade para Todos: Apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006 de 8 de Agosto*. Porto
- Silva, M.S. (2010). *O acesso aos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar: uma análise do impacte da partilha de informação*. Dissertação de Mestrado. Apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

- Sidani, S. (2011). Self care. *In* D. Doran. *Nursing Outcomes. The state of the science.* (79-130). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. Acedido em Abril 2013. Disponível em <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=235>.
- Tanner, C. (2006). Thinking like a Nurse: A Research-Based Modelo of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education.* 45 (6). 204-211.
- Tondatti, P. & Correa, I. (2012). Use of music and play in pediatric nursing care in the hospital contexto. *Invest Educ Enferm.* 30 (3). 362-370
- Umphred, D. (2010). *Reabilitação Neurológica.* Rio de Janeiro: Mosby.
- Unicef (1990). *A convenção sobre os direitos da criança.* [s.l.]: [s.ed.]. Acedido em 21.11.2013. Disponível em https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem.* Loures: Lusociência.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Alto Comissariado da Saúde & Ministério da Saúde (2011). Estratégias para a Saúde: Eixos Estratégicos - Qualidade em Saúde. In Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (p. 20). Ministério da Saúde. Acedido em 08.10.2013. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf
- Andrade, P., Ferreira, F. & Haase, V. (2009). O uso da CIF através do trabalho interdisciplinar no AVC pediátrico: relato de caso. *Contextos Clínicos*. 2 (1) 27-39.
- Augusto, B. & Carvalho, R. (2005). *Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Brazelton, T. (2010). *O grande livro da criança*. Lisboa: Editorial Presença.
- Burton, C. (2008). Implementing the evidence-base for stroke care: a United Kingdom nursing perspective. *World Views on Evidence-Based Nursing*. 5 (2). 55-56.
- Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Acedido em 06.10.2013. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
- Carta Universal dos Direitos da Criança. Acedido em 01.12.2013. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Cesar, A. & Santos, B. (2005). Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58 (6). 647-652.
- Conklyn, D., Novak, E., Boissy, A., Bethoux, F. & Chemali, K. (2012). The effects of modified melodic intonation therapy on nonfluent afasia: a pilot study. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 55. 1463-1471.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. Lisboa: Lusociência.
- Dias, S. & Motta, M. (2004). Práticas e saberes do cuidado de enfermagem a criança hospitalizada. *Ciência, cuidado e saúde*. 3 (1). 41-54.
- Direção Geral Saúde (2001). Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento. Direção Geral de Saúde. Acedido em 12.01.2013. Disponível em <http://www.dgs.pt>.

- Direção Geral Saúde (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma da Direção-Geral de Saúde. Acedido em 16.01.2013. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Direção Geral Saúde (2012). Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares – Orientações Programáticas. Direção Geral de Saúde. Acedido em 12.01.2013. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Fernandes, C. & Rodrigo, E. (2009). AVC na infância?. *ComCiência* (109). Acedido em 10.10.2013. Disponível em <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=47&id=584>
- Ferreira, C., Remedi, P. & Lima, R. (2006). A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível?. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59 (5). 689-693.
- Filho, E. & Carvalho, W. (2009). Acidentes Vasculares Encefálicos na Pediatria. *Jornal Pediátrico*. 85 (6). 469-479. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572009000600002>.
- HEIDI WIKI – Health in Europe: Information an Data Interface. Acedido em 15.04.2013. Disponível em https://webgate.ec.europa.eu/sanco/heidi/index.php/Main_Page.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.
- Honorè, B. (2001). *Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional para a Reabilitação (2010b). CIF - O que é a CIF? Acedido em 14.05.2013. Disponível em <http://www.inr.pt/content/1/55/que-cif>.
- Irigoyen, J. (2002). *Bom Humor na Saúde*. Lisboa: Paulus Editora.
- Johansson, B. (2011). Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity. *Acta Neurologica Scandinavica*. 123. 147-159.
- José, H. (2002). *Humor nos Cuidados de Enfermagem: Vivências de Doentes e Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Kisner, C. & Colby, L. (2007). *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. (5ªed.) Barueri: Manole.
- Lima, P., Santoro, I., Caetano, L., Cabral, A. & Fernandes, A. (2010). Desempenho de uma escala analógica visual legendada na determinação do grau de dispneia

- durante teste de broncoespasmo induzido por exercício em crianças e adolescentes asmáticos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 36 (5). 532-538.
- Magalhães, L. & Bilton, T. (2004). Avaliação da linguagem e da deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. *Distúrbios da comunicação*. 16 (1). 65-81.
- Mendonça, F., Garanhani, M., Martins, V. (2008). Cuidador Familiar de sequelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. *Physis Revista de Saúde Colectiva*. 18 (1). 143-158.
- Neves, J., Garrido, M. & Simões, E. (2008). *Manual de Competências – Pessoais, Interpessoais e Instrumentais*. Lisboa: Sílabo.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Gestão, Resumo Mínimo de Dados, Qualidade/Produtividade. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 13 (Suplemento), 1-24. Acedido em 08.10.2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_13_Julho_2004_Suplemento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papalia, D. & Olds, S. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Pereira, S., Coelho, F. & Barros, H. (2004). Acidente Vascular Cerebral – Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Médica Portuguesa*. 17. 187-192.
- Proot, I., Meulen, R., Abu-Saad, H. & Crebolder, H. (2007). Supporting stroke patients autonomy during rehabilitation. *Nursing Ethics*. 14 (2). 229-241.
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. (15). 2-37.
- Sá, M. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. 6. 12-19.

Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2007). *Acessibilidade e Mobilidade para Todos: Apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006 de 8 de Agosto*. Porto: Inova.

Silva, F. & Patrício, A. (2010). Influência da comunicação na vida dos cuidadores de pessoas com afasia. In 1º Congresso Internacional de Saúde, Gaia-Porto, 2010.

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Acedido em 22.05.2013. Disponível em <http://www.spavc.org>.

Stroke Association. Acedido em 23.04.2013. Disponível em <http://www.strokeassociation.org>.

Terapia Ocupacional. Acedido em 02.07.2013. Disponível em <http://ocupacional.no.sapo.pt/AVC.htm>.

WHO (2011). *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2012). *Action Plan for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016*. Copenhaga: World Health Organization.

APÊNDICES

I – Projeto de Estágio

II – Cronograma dos Campos de Estágio

III – Correlação dos Objetivos e das Competências do EEER – SRPD

IV – Planificação de Atividades para o Estágio no SRPD

V – Guião de Observação do Campo de Estágio

VI – Guião de Entrevista para o EEER

VII – Guião de Observação do SRPD

VIII – Escala de Desenvolvimento de Mary-Sheridan Modificada

IX – Avaliação do desenvolvimento. Quadro resumo dos parâmetros a avaliar dos 0 aos 18 anos

X – Avaliação da Dor

XI – Folha de avaliação neurológica

XIII – Técnica de Entoação Melódica

XIV – Guião de observação da Unidade Terapêutica de AVD

XV – Fluxograma da Unidade Terapêutica de AVD

XVI – Correlação dos objetivos e das competências do EEER –
vertente respiratória

XVII – Planificação das Atividades para a vertente respiratória

XVIII – Guião de observação da Unidade de Readaptação
Funcional Respiratória

XIX – Guião de observação do Serviço de Pneumologia
Pediátrica

XX – Guião de observação da Unidade Móvel de Apoio
Domiciliário

ANEXOS

I – Despacho nº9871/2010

II – Regulamento nº122/2011 – Competências Comuns do
Enfermeiro Especialista

III – Regulamento nº125/2011 – Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

IV – Escala de Borg

V – Escala de Borg Adaptada à Pediatria

VI – The St George’s Hospital Respiratory Questionnaire

