

# Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais

Maria João Mano \*



A Parceria de Cuidados constitui uma filosofia de enfermagem pediátrica que reconhece e valoriza a importância da família no cuidar da criança no hospital.

Conhecendo a importância deste tipo de modelo de cuidados procurou-se, através de um estudo exploratório e descritivo, identificar, comparativamente, a predisposição dos enfermeiros e dos pais das crianças hospitalizadas no Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC) para aderir a um modelo de parceria de cuidados.

A predisposição de enfermeiros e pais foi avaliada tendo em conta a adesão a valores inerentes ao modelo e à prática ao longo do processo de cuidados.

Os resultados encontrados indicam que os valores inerentes ao modelo são partilhados tanto por enfermeiros como pelos pais. No entanto, o valor atribuído à prática ao longo do processo de cuidados é apreciado de forma diferente entre estes dois grupos. Para os enfermeiros, o processo de cuidar é valorizado tendo em conta, principalmente, as componentes de apreciação e execução; os pais, pelo seu lado, valorizam no processo de cuidar, prioritariamente, o planeamento e a apreciação.

Num modelo de parceria de cuidados, o conhecimento destas diferenças são fundamentais para a negociação e o planeamento conjunto.

## Introdução

A família não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afectivo da criança, como também é a mediadora entre ela e o mundo externo.

As crianças são particularmente vulneráveis às modificações que ocorrem no seu ambiente e rotina habituais. Uma vez doente e hospitalizada, a criança vivencia uma situação de stress e crise evidentes. Também para os pais/família esta situação é geradora de angústia e insegurança (BIEHL *et al.*, 1992), influenciando fortemente “a sua capacidade para agir social, emocional e fisicamente” (CASEY, 1993:67).

Daí que, quando o internamento da criança se torna necessário, a díade criança/família devesse encontrar um ambiente terapêutico que mantivesse o mais possível a união da família, os papéis familiares e promovesse o melhor interesse da criança.

A equipa hospitalar, e muito particularmente os enfermeiros de Saúde Infantil e Pediátrica, devem ter a preocupação de, para além de cuidar da criança, desenvolverem capacidades que lhes permitam trabalhar com a família, de uma forma sistemática. Isto implica, antes de mais, rever quer o papel dos pais no hospital quer o papel da enfermeira junto da criança/pais hospitalizada, clarificando e descrevendo a natureza dos seus objectivos, traduzindo uma filosofia de cuidados

\* Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Hospital Pediátrico de Coimbra.

que concorre, inevitavelmente, para a mudança de esquemas tradicionais em enfermagem pediátrica.

No HPC, a presença e participação dos pais nos cuidados ao seu filho é um dado irrefutável por todos quantos cuidam da criança. No entanto, essa participação difere de serviço para serviço, de enfermeiro para enfermeiro, sem uma planificação prévia, resultado da inexistência de uma filosofia subjacente, formalizada e aplicada à prática, como modelo de cuidar. É nossa convicção que os pais têm dificuldades em saber o que se espera deles, sentindo-se inibidos de uma certa autonomia no cuidar da criança, confundindo papéis e supostamente aumentando a sua ansiedade e insegurança inerente à situação de doença/hospitalização do seu filho. Em relação aos enfermeiros, e apesar de reconhecerem a importância da presença dos pais para o bem-estar da criança, não os envolvem na participação dos cuidados de uma forma planeada e sistemática, considerando muitas vezes o comportamento dos pais desajustados ou insuficientes.

Considerando a filosofia subjacente aos modelos de parceria sinónimo da excelência dos cuidados pediátricos, surgiu-nos a dúvida se a sua implementação seria viável no HPC.

As teorias e prática da Parceria de Cuidados em Enfermagem Pediátrica são originárias de Inglaterra, num contexto sócio-cultural completamente distinto do nosso, não havendo conhecimento da sua adesão prática em Portugal. Havia então, antes de mais, que saber a opinião dos grupos em presença, ou seja, conhecer o que os enfermeiros e os pais pensam sobre esta forma de cuidar e se seriam capazes de se reverem como parceiros no cuidar da criança no hospital.

Partindo da questão: “Qual a predisposição dos enfermeiros e pais das crianças hospitalizadas no HPC para aderir a um modelo de parceria de cuidados?”, definimos como objectivos do estudo:

- Identificar a predisposição dos enfermeiros e pais das crianças hospitalizadas no HPC para aderir a um modelo de parceria de cuidados.
- Analisar a predisposição dos enfermeiros e pais, considerando os valores inerentes ao modelo e os componentes da dimensão prática.

- Analisar comparativamente a predisposição dos enfermeiros e pais das crianças hospitalizadas no HPC para aderir a um modelo de parceria de cuidados.

## Enquadramento Teórico

### Parceria de Cuidados

O cuidar da criança hospitalizada foi-se modificando ao longo dos tempos, consequência da evolução da ciência médica, do desenvolvimento de um sistema de serviços especializados de assistência infantil, assim como de aspectos do pensamento relativos ao desenvolvimento psicológico e emocional da criança e à evolução da própria família como instituição social (DARBYSHIRE, 1993; PINTO e FIGUEIREDO, 1995; WONG, 1995; BARROS, 1998).

O papel da família junto da criança doente e a participação dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, tendo em conta Hall (1978), referenciado por DARBYSHIRE (1993), foi-se ajustando a esta evolução, tendo o próprio conceito de “*participação dos pais*” sofrido sucessivas mutações.

A Parceria de Cuidados é fruto desta evolução, sugerindo-nos um modelo de cuidar em enfermagem pediátrica assente no pressuposto de que a família é o novo alvo dos cuidados, organizando unidades/cuidados centrados nas necessidades das famílias.

Parceria de cuidados, é designada por KEATINGE e GILMORE (1996:28), como a “(...) *formalização da participação dos pais no cuidar dos seus filhos hospitalizados*”. É sustentada fundamentalmente por crenças e valores que defendem que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado dos filhos e o seu contributo na prestação de cuidados (CASEY, 1993).

Para SMITH e CASEY, dois conceitos principais facilitam uma abordagem de parceria:

1) **cuidados centrados na criança e família** – refere-se ao dar poderes à criança e família, partilhando informação e conhecimentos para os capacitar na tomada de decisão e no processo de cuidados, de uma forma semelhante. MACPHEE (1995) e DUNST e TRIVETTE (1996), dizem que este conceito encerra termos como “respeito”, “tomada de decisão”, “união familiar”.

2) **cuidados negociados** – considerados como a relação terapêutica construída na confiança e respeito mútuos. O processo de negociação conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente e a um nível de participação na prestação desses cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um (CASEY, 1993). As etapas deste processo são:

- **Apreciação**  
Utilizando o critério das Actividades de Vida, categorizadas segundo Roper, as necessidades/problemas de cada elemento da família e a habilitação da família para cuidar da criança são identificadas (CASEY, 1993). Etapa onde se inicia a negociação (SMITH, 1995:40):
- **Planeamento**  
O plano de cuidados deve ser documentado e reflectir um com vista à preparação para a alta (CASEY, 1993; SMITH, 1995)
- **Execução**  
Refere-se à prestação dos cuidados planeados (de enfermagem e familiares), que poderão ser reajustados, conforme desejo e capacidades da criança/família (SMITH, 1995).
- **Avaliação**  
Conjuntamente, a enfermeira, a criança e a família, avaliam os cuidados prestados e reajustam as suas necessidades com o objectivo de alcançar a independência e preparação para a alta (CASEY, 1993; SMITH, 1995).

## **Factores que Influenciam a Parceria de Cuidados**

### **1. A relação de parceria**

Pressupõe que a criança e família possuam/adquiram conhecimentos e perícia no cuidar, e que desenvolvam competência e confiança nas suas

habilidades. A chave para esta relação é, no entender de SMITH (1995), “o *dar poder*” à família, partilhando conhecimentos e informações. A abordagem durante a admissão é, para CASEY (1993) e SMITH (1995), determinante.

### **2. A cultura organizacional**

De acordo com SMITH (1995), o clima da organização que presta cuidados em parceria, deve exemplificar e reflectir os atributos e qualidades consideradas importantes para o desenvolvimento de uma relação de parceria entre os profissionais, a criança e sua família. Esta autora salienta que a liderança da organização e das equipas tem um papel preponderante no atingir desta cultura, através de uma gestão participativa, motivadora, capaz de partilhar informação e conhecimentos que permita englobar todos os enfermeiros em discussões que melhorem a prática.

### **3. O método de organização do trabalho de enfermagem: a enfermeira primária/principal/referência**

A existência de uma enfermeira que estabeleça com a família uma relação de confiança, pode ser uma estratégia de apoio do hospital, minimizando os efeitos da hospitalização, sendo considerado por SMITH (1995) e CASEY (1993) um dos factores que mais influencia a parceria de cuidados. Esta permite a descentralização da autoridade dos profissionais para a tomada de decisões partilhada e assegura a contínua participação dos utentes e família na planificação dos seus cuidados (KRON e DURBIN, 1983).

## **Material e Métodos**

O nosso principal propósito foi identificar e comparar a predisposição dos enfermeiros e dos pais das crianças hospitalizadas no Hospital Pediátrico de Coimbra para aderir a um modelo de cuidados em parceria.

A população deste estudo é constituída por todos os enfermeiros da área da prestação de cuidados de quatro unidades de internamento do

Hospital Pediátrico de Coimbra: Cirurgia, Ortopedia, Medicina e Urgência (UICD<sup>(1)</sup>), bem como todos os pais de crianças internadas nesses serviços durante o período em que decorreu esta investigação.

A amostra de ambas as populações foi seleccionada utilizando a técnica de amostragem não-probabilística accidental. A amostra dos enfermeiros (n = 40) e a amostra dos pais (n = 40) têm igual representação de cada serviço seleccionado (10 enfermeiros e 10 pais: da Cirurgia, da Ortopedia, da Medicina e da Urgência).

A predisposição de enfermeiros e pais a um modelo de parceria de cuidados foi avaliada tendo

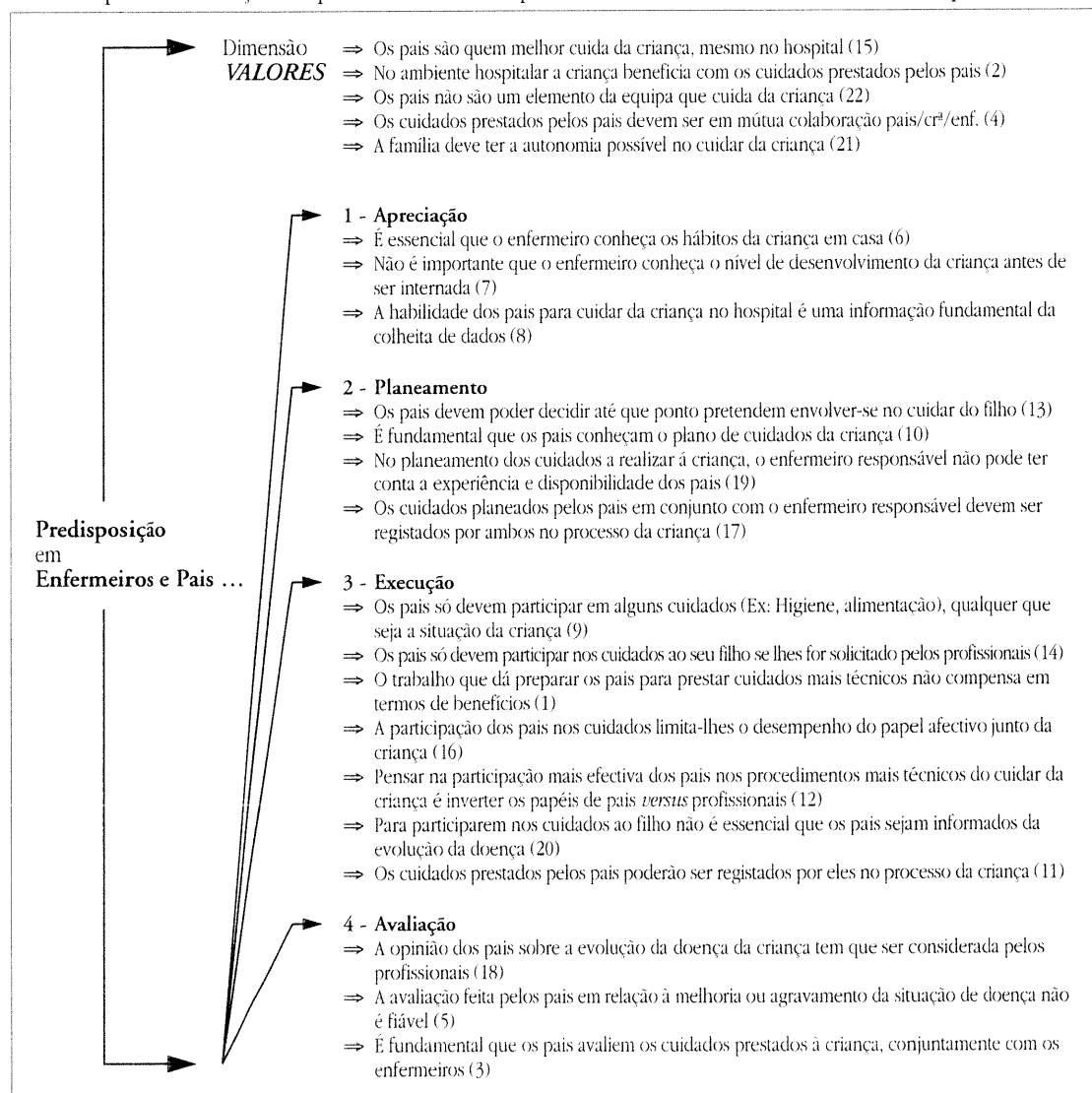
<sup>(1)</sup> Unidade de Internamento de Curta Duração.

em conta a adesão que cada um dos participantes manifestou relativamente a um conjunto de valores inerentes ao modelo e ao valor atribuído à prática ao longo do processo de cuidados.

Para tal, utilizou-se como instrumento de colheita de dados um questionário de administração directa, constituído por 22 preposições representativas das adesões valorativa e prática ao modelo de Parceria de Cuidados (Quadro 1). Cada uma das preposições tomou a forma de escala de atitude de tipo Lickert pontuada de 1 (para ausência de acordo) a 5 (para um acordo completo).

O tratamento da informação foi feito recorrendo ao programa estatístico SPSS 7.5.

QUADRO 1 – Esquema da construção do instrumento de avaliação da “Predisposição dos enfermeiros e dos pais das crianças hospitalizadas no HPC para aderir a um modelo de cuidados em parceria”.



## Resultados e Discussão

Como podemos verificar, em termos globais, tanto os enfermeiros (Quadro 2) como os pais das crianças hospitalizadas (Quadro 3) manifestam uma atitude claramente positiva em relação ao modelo, tendo sido encontrados valores muito semelhantes nos dois grupos.

QUADRO 2 – Resumo das medidas estatísticas relativas à predisposição global dos enfermeiros para aderir a um modelo de cuidados em parceria

| Predisposição dos Enfermeiros | n  | $\bar{x}$ | Md   | Valor mínimo atingível | Valor mínimo atingido | Valor Máximo atingível | Valor Máximo atingido |
|-------------------------------|----|-----------|------|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
|                               | 40 | 88,4      | 87,5 | 22                     | 70                    | 110                    | 107                   |

QUADRO 3 – Resumo das medidas estatísticas relativas à predisposição global dos pais das crianças hospitalizada para aderir a um modelo de cuidados em parceria.

| Predisposição dos Pais das crianças | n  | $\bar{x}$ | Md   | Valor mínimo atingível | Valor mínimo atingido | Valor Máximo atingível | Valor Máximo atingido |
|-------------------------------------|----|-----------|------|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
|                                     | 40 | 85,5      | 87,5 | 22                     | 63                    | 110                    | 105                   |

O tipo de predisposição que os enfermeiros apresentam, pode classificar-se de alta/elevada para 50.0% dos elementos desta amostra e média/moderada para os restantes, sendo praticamente coincidente com a dos pais. Verificou-se contudo, que uma pequena percentagem de pais (5.0%), indicia uma baixa predisposição (Quadro 4).

QUADRO 4 – Resumo comparativo do tipo de predisposição dos enfermeiros e dos pais das crianças hospitalizadas para aderir a um modelo de cuidados em parceria e respectivas medidas estatísticas.

| Tipo de predisposição | População/Medidas |         | Enfermeiros |       | Pais |       |
|-----------------------|-------------------|---------|-------------|-------|------|-------|
|                       | n                 |         | n           | %     | n    | %     |
| Muito Baixa .....     | 22                | 43 pts  | –           | –     | –    | –     |
| Baixa .....           | 44                | 65 pts  | –           | –     | 2    | 5.0   |
| Média/Moderada ...    | 66                | 87 pts  | 20          | 50.0  | 18   | 45.0  |
| Alta/Elevada .....    | 88                | 100 pts | 20          | 50.0  | 20   | 50.0  |
| TOTAL                 | 40                |         | 40          | 100.0 | 40   | 100.0 |

Se estabelecermos paralelismo com alguns estudos, nomeadamente os referidos por DARBYSHIRE (1993), esta percentagem de pais com baixa predisposição, pode indiciar insegurança quanto à sua capacidade em avançar para uma forma de cuidar a criança no hospital, diferente da tradicional, tanto mais desconhecendo o que podem esperar dos seus parceiros.

Mas, se em termos globais tanto pais como enfermeiros demonstram uma atitude positiva relativamente a um modelo de cuidados em parceria, constatámos que existem algumas diferenças entre os dois grupos em estudo, quando realizamos uma comparação item a item.

Assim, verificamos que a predisposição dos enfermeiros e dos pais para aderir a um modelo de cuidados em parceria, é diferente se tivermos em conta as diferentes dimensões inerentes ao modelo (Quadro 5).

QUADRO 5 – Resumo da predisposição dos enfermeiros e dos pais das crianças hospitalizadas para aderir a um modelo de cuidados em parceria, por dimensões e componentes e respectivas medidas estatísticas.

| Dimensões/Componentes | Medidas/População |      | $\bar{x}$ |      | Md   |   | Valor mínimo atingível |    | Valor mínimo atingido |    | Valor Máximo atingível |    | Valor Máximo atingido |    |
|-----------------------|-------------------|------|-----------|------|------|---|------------------------|----|-----------------------|----|------------------------|----|-----------------------|----|
|                       | Enf.              | P    | Enf.      | P    | Enf. | P | Enf.                   | P  | Enf.                  | P  | Enf.                   | P  | Enf.                  | P  |
| Valores               | 21.6              | 21.3 | 22.0      | 22.0 | 5    | 5 | 10                     | 12 | 25                    | 25 | 25                     | 25 | 25                    | 25 |
| Prática               | 13.6              | 12.9 | 14.0      | 13.0 | 3    | 3 | 8                      | 7  | 15                    | 15 | 15                     | 15 | 15                    | 15 |
| Apreciação            |                   |      |           |      |      |   |                        |    |                       |    |                        |    |                       |    |
| Planeamento           | 14.0              | 16.0 | 14.0      | 16.5 | 4    | 4 | 6                      | 7  | 20                    | 20 | 20                     | 20 | 20                    | 20 |
| Execução              | 27.3              | 23.8 | 26.0      | 24.5 | 7    | 7 | 13                     | 7  | 35                    | 35 | 35                     | 35 | 35                    | 34 |
| Avaliação             | 12.0              | 11.8 | 12.0      | 12.0 | 3    | 3 | 5                      | 4  | 15                    | 15 | 15                     | 15 | 15                    | 15 |

Legenda:  
Enf.: Enfermeiros do HPC  
P: Pais das crianças hospitalizadas no HPC

A adesão de ambos os grupos é muito semelhante para os **valores** inerentes ao modelo, apesar dos pais manifestarem uma adesão valorativa ligeiramente superior. No que concerne à adesão prática, na etapa do processo de cuidados **apreciação**, verificou-se não haver grandes diferenças entre os enfermeiros e os pais. No **planeamento**, os enfermeiros demonstram baixa adesão para planearem os cuidados à criança em parceria com os pais, ao contrário destes. De relembrar que o planeamento é uma etapa – chave, à luz do

modelo em questão. Na etapa de **execução**, constatamos haver diferenças notórias entre pais e enfermeiros, manifestada por um baixo valor atingido pelos pais, em relação aos enfermeiros. Na **avaliação**, os resultados obtidos são muito semelhantes para os dois grupos, e muito próximos dos valores médios e medianos.

Estas diferenças ficam mais explícitas se observarmos as pontuações obtidas por scores e hierarquia de postos. No Quadro 6, que se refere à classificação da predisposição dos enfermeiros, ressalta que os itens mais valorizados por estes pertencem à dimensão **valores** e às etapas do processo de cuidar **apreciação e execução**.

Parece-nos ainda importante salientar que o item referente à colheita de dados das características da família, no que respeita à sua habilidade para cuidar a criança, considerado essencial na apreciação por SMITH (1995), CASEY (1993) e COYNE (1996), posicionou-se somente no posto 18.5.

Na etapa **planeamento**, do processo de cuidados, confirma-se a menor predisposição dos enfermeiros para estabelecer uma relação de

parceria com os pais. É de salientar que nesta etapa estão inclusos aspectos importantes, à luz da parceria, como a decisão dos pais quanto ao nível de envolvimento nos cuidados e o conhecimento do plano de cuidados.

Também a **avaliação** conjunta enfermeiro/pais, foi pouco valorizada pelos enfermeiros.

As pontuações mais baixas, ocupando os postos 21 e 22, referem-se ao registo dos cuidados planeados ou realizados pelos pais, respectivamente, etapas *planeamento* e *execução*. SMITH (1995:39), é de opinião de que "(...) *todos os cuidados negociados com a criança e família devem ser documentados e ficarem acessíveis, de forma a que estes tenham liberdade de os ler e os alterar, conjuntamente com a enfermeira (...)*".

Quanto ao grupo dos pais e consultando agora o quadro 7, relativo à classificação da predisposição dos pais, reparamos que a dimensão **valores** foi apreciada de forma semelhante à dos enfermeiros. A importância dos valores inerentes ao modelo de parceria é largamente enaltecida em toda a bibliografia consultada, com especial relevo para as anteriores autoras.

QUADRO 6 – Indicadores de predisposição dos enfermeiros, classificados por scores obtidos e hierarquia de postos.

| Dimensões Componentes | Indicadores                                                                                                                                                     | Enfermeiros (n = 40) Score | Posto |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|
| Apreciação            | - É essencial que o enfermeiro conheça os hábitos da criança em casa.                                                                                           | 192                        | 1     |
| Valores               | - Os cuidados prestados pelos pais devem ser em mútua colaboração pais/criança/enfermeiros.                                                                     | 189                        | 2     |
| Valores               | - No ambiente hospitalar a criança beneficia com os cuidados prestados pelos pais.                                                                              | 188                        | 3     |
| Apreciação            | - Não é importante que o enfermeiro conheça o nível de desenvolvimento da criança antes de ser internada.                                                       | 181                        | 4     |
| Execução              | - A participação dos pais nos cuidados limita-lhes o desempenho do papel afectivo junto da criança.                                                             | 175                        | 5     |
| Execução              | - O trabalho que dá preparar os pais para prestar cuidados mais técnicos não compensa em termos de benefícios.                                                  | 174                        | 6     |
| Valores               | - Os pais não são um elemento da equipa que cuida da criança.                                                                                                   | 168                        | 7     |
| Execução              | - Pensar na participação mais efectiva dos pais nos procedimentos mais técnicos do cuidar da criança, é inverter os papéis de pais <i>versus</i> profissionais. | 167                        | 8.3   |
| Execução              | - Para participarem nos cuidados ao filho não é essencial que os pais sejam informados da evolução da doença.                                                   | 167                        | 8.3   |
| Avaliação             | - A opinião dos pais sobre a evolução da doença da criança tem que ser considerada pelos profissionais.                                                         | 167                        | 8.3   |
| Planeamento           | - Os pais devem poder decidir até que ponto pretendem envolver-se no cuidar do seu filho.                                                                       | 165                        | 11    |
| Valores               | - Os pais são quem melhor cuida da criança, mesmo no hospital.                                                                                                  | 161                        | 12.5  |
| Execução              | - Os pais só devem participar nos cuidados ao seu filho se lhes for solicitado pelos profissionais.                                                             | 161                        | 12.5  |
| Execução              | - Os pais só devem participar em alguns cuidados (Ex.: Higiene, alimentação), qualquer que seja a situação da criança.                                          | 160                        | 14.5  |
| Avaliação             | - A avaliação feita pelos pais em relação à melhoria ou agravamento da situação de doença da criança não é fiável.                                              | 160                        | 14.5  |
| Valores               | - A família deve ter a autonomia possível no cuidar da criança.                                                                                                 | 158                        | 16    |
| Planeamento           | - No planeamento dos cuidados a realizar à criança, o enfermeiro responsável não pode ter em conta a experiência e disponibilidade dos pais.                    | 156                        | 17    |
|                       |                                                                                                                                                                 | 153                        | 18.5  |
| Apreciação            | - A habilidade dos pais para cuidar da criança no hospital é uma informação fundamental da colheita de dados.                                                   | 153                        | 18.5  |
| Avaliação             | - É fundamental que os pais avaliem os cuidados prestados à criança conjuntamente com os enfermeiros.                                                           | 151                        | 20    |
| Planeamento           | - É fundamental que os pais conheçam o plano de cuidados da criança.                                                                                            | 89                         | 21    |
| Planeamento           | - Os cuidados planeados pelos pais em conjunto com o enfermeiro responsável, devem ser registados por ambos, no processo da criança.                            |                            |       |
| Execução              | - Os cuidados prestados pelos pais poderão ser registados por eles, no processo da criança.                                                                     | 86                         | 22    |

QUADRO 7 – Indicadores de predisposição dos pais, classificados por scores obtidos e hierarquia de postos.

| Dimensões<br>Componentes | Indicadores                                                                                                                                                     | Pais<br>(n = 40) |       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|
|                          |                                                                                                                                                                 | Score            | Posto |
| Valores                  | – No ambiente hospitalar a criança beneficia com os cuidados prestados pelos pais.                                                                              | 192              | 1     |
|                          |                                                                                                                                                                 | 189              | 2     |
| Planeamento              | – É fundamental que os pais conheçam o plano de cuidados da criança.                                                                                            | 188              | 3     |
| Valores                  | – Os cuidados prestados pelos pais devem ser em mútua colaboração pais/criança/enfermeiros.                                                                     | 181              | 4     |
| Apreciação               | – A habilidade dos pais para cuidar da criança no hospital é uma informação fundamental da colheita de dados.                                                   | 175              | 5     |
| Apreciação               | – É essencial que o enfermeiro conheça os hábitos da criança em casa.                                                                                           | 174              | 6     |
| Avaliação                | – É fundamental que os pais avaliem os cuidados prestados à criança conjuntamente com os enfermeiros.                                                           | 168              | 7     |
| Valores                  | – Os pais são quem melhor cuida da criança, mesmo no hospital.                                                                                                  | 167              | 8,3   |
| Execução                 | – Para participarem nos cuidados ao filho não é essencial que os pais sejam informados da evolução da doença.                                                   | 168              | 8,3   |
| Valores                  | – A família deve ter a autonomia possível no cuidar da criança.                                                                                                 | 167              | 8,3   |
| Planeamento              | – Os pais devem poder decidir até que ponto pretendem envolver-se no cuidar do seu filho.                                                                       | 165              | 11    |
| Apreciação               | – Não é importante que o enfermeiro conheça o nível de desenvolvimento da criança antes de ser internada.                                                       | 161              | 12,5  |
| Avaliação                | – A opinião dos pais sobre a evolução da doença da criança tem que ser considerada pelos profissionais.                                                         | 161              | 12,5  |
| Valores                  | – Os pais não são um elemento da equipa que cuida da criança.                                                                                                   | 160              | 14,5  |
| Planeamento              | – No planeamento dos cuidados a realizar à criança, o enfermeiro responsável não pode ter em conta a experiência e disponibilidade dos pais.                    | 160              | 14,5  |
| Avaliação                | – A avaliação feita pelos pais em relação à melhoria ou agravamento da situação de doença da criança não é fiável.                                              | 158              | 16    |
| Planeamento              | – Os cuidados planeados pelos pais em conjunto com o enfermeiro responsável, devem ser registados por ambos, no processo da criança.                            | 156              | 17    |
| Execução                 | – O trabalho que dá preparar os pais para prestar cuidados mais técnicos não compensa em termos de benefícios.                                                  | 153              | 18,5  |
| Execução                 | – Os pais só devem participar em alguns cuidados (Ex.: Higiene, alimentação), qualquer que seja a situação da criança.                                          | 153              | 18,5  |
| Execução                 | – A participação dos pais nos cuidados limita-lhes o desempenho do papel afectivo junto da criança.                                                             | 151              | 20    |
| Execução                 | – Os pais só devem participar nos cuidados ao seu filho se lhes for solicitado pelos profissionais.                                                             | 89               | 21    |
| Execução                 | – Os cuidados prestados pelos pais poderão ser registados por eles, no processo da criança.                                                                     | 86               | 22    |
| Execução                 | – Pensar na participação mais efectiva dos pais nos procedimentos mais técnicos do cuidar da criança, é inverter os papéis de pais <i>versus</i> profissionais. |                  |       |

As etapas do processo de cuidados **apreciação** e **planeamento**, foram aquelas que os pais mais consideraram importantes, nomeadamente em aspectos como conhecer o plano de cuidados da criança (embora não esteja implícito que este seja elaborado colaborativamente) e a habilidade dos pais para o cuidado da criança no hospital.

Os postos mais baixos da hierarquia são, claramente, os de **execução**. Pensamos que para tal concorrem dois factores: o papel que os pais tradicionalmente ocupam na execução dos cuidados (e que quase sempre lhes é atribuído pelos enfermeiros) e, em relação ao item que ocupa o último posto, a forma como está redigido poderá não ter sido claramente percebido por todos os pais.

Sobressai ainda da análise dos Quadros 6 e 7, que os dois últimos postos do grupo dos enfermeiros possuem scores inferiores àqueles obtidos nos mesmos postos pelo grupo dos pais. No que diz respeito aos primeiros postos, os valores de score correspondentes são quase coincidentes, para as duas amostras.

## Conclusão

Com o intuito de saber se a adopção de um modelo de cuidar em parceria seria possível no HPC, consideramos nosso principal propósito identificar a predisposição dos enfermeiros e dos pais das crianças hospitalizadas no HPC para aderir a um modelo de cuidados assente nas teorias de Parceria. Para o efeito, procurámos medir essa predisposição através de um instrumento de avaliação elaborado por nós e baseado nos suportes teóricos de referência. Foi nossa preocupação a comparação entre os dois grupos em estudo, com vista à obtenção efectiva de subsídios que possam melhorar a prática. Os resultados motivam-nos algumas questões, que convidam à reflexão e ao desenvolvimento de possíveis projectos de investigação futuros.

Constatámos que, apesar de predispostos a aderir a este modelo de cuidados, com forte sentido dos seus valores, existem algumas diferenças entre os dois grupos em estudo, muito particularmente na

dimensão prática do modelo e em etapas do processo de cuidados imprescindíveis à negociação e ao planeamento conjunto. Por outro lado, podemos concluir que os pais estão menos preparados ou têm menos vontade de executar cuidados aos seus filhos do que os enfermeiros pensam ou desejam, sendo interessante vir a perceber porquê. Tendo isto em conta, ocorrem-nos as seguintes propostas:

- Porque a parceria depende essencialmente da atitude dos profissionais em incluir ou não, os pais/criança no processo de cuidados, os enfermeiros do HPC deverão, antes de mais, mobilizar-se no sentido de estabelecer uma cultura organizacional de parceria. Quer isto dizer, que uma filosofia de cuidados desta natureza, não pode nascer de “um mero acto de adesão”, mas sim da reflexão e responsabilização de todos os enfermeiros e não só. Isto implica rever objectivos assistenciais e proporcionar formação específica sobre o modelo.
- Uma vez conhecidas as teorias da parceria, os enfermeiros do HPC deverão adoptar o modelo à sua realidade social, cultural e económica, descrevendo e estabelecendo como decorre a parceria ao longo das várias etapas do processo de cuidados.
- E porque a criança e os pais, numa instituição prestadora de cuidados em parceria, devem saber o que é esperado deles e também o que podem esperar do hospital, em termos de participação e decisão nos cuidados e da relação com os enfermeiros, a admissão da criança/família devia ser alvo de profunda estruturação. Como nos diz a teoria, é aqui que todo o processo de parceria se inicia, com a identificação da mais-valia da família e a expressão do seu valor na participação nos cuidados à criança.

Para que tal seja possível, é importante o estudo de esquemas de admissão completamente distintos dos tradicionais, nomeadamente com programas pré-admissão, nos casos de internamentos

programados, e a criação de espaços privilegiados e exclusivamente a ela destinados, para os internamentos não programados (hospital novo...!).

Por outro lado, o método de organização dos cuidados de enfermagem é também importante no atingir deste objectivo.

Por último, parece-nos igualmente importante, a realização de uma experiência – piloto, tal como sugerido por KEATINGE e GILMORE (1996).

Dadas as características exploratórias do estudo, pensamos ser útil o contributo de outras investigações em que se considerem outros factores, como por exemplo, o método individual de trabalho, e utilize outras abordagens metodológicas. Destas, consideramos útil a realização de entrevistas exploratórias aos pais/criança, com análise qualitativa posterior, identificando e examinando opiniões e experiências de participação nos cuidados, bem como dos factores que inibem ou facilitem a parceria de cuidados, na perspectiva dos pais. Aos enfermeiros, também um estudo descritivo, no sentido de determinar até que ponto são capazes de partilhar informação e decisão e em que cuidados.

Com a realização deste trabalho, pensamos ter contribuído para demonstrar que é possível a adopção de uma forma de cuidar em parceria as crianças e famílias hospitalizadas. As diferenças encontradas entre os grupos estudados reflectem a nossa realidade social, cultural e profissional, podendo ser um ponto de partida para um desenvolvimento conjunto e um amadurecimento profissional nesta área da enfermagem pediátrica. Uma vez reflectida e discutida a prática de cuidar em parceria a criança no hospital, os enfermeiros do HPC facilmente perceberão que estão no trilho da qualidade de cuidados, da essência do relacionamento entre a família e os profissionais, e em última instância, do cuidar em enfermagem pediátrica.

## Agradecimentos

À professora Elvira Santos, pelo seu interesse e disponibilidade na orientação e publicação deste trabalho.

## Bibliografia

- BARROS, Luisa – As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. ISSN 0870 8231.1.(XVI) (1998), p.11-28.
- CASEY, Anne – Development and use of the partnership model of nursing care. In: GLASPER, E; TUCKER, A. – *Advances in child health nursing*. Middtesex: Scutari Press, 1993.
- DARBYSHIRE, Philip – Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. *Journal of Advanced Nursing*. Londres: Blackwell Science, Ltd. ISSN 0309-2402. 18 :11 (Nov. 1993), p. 1670-80.
- KEATING, D.; GILMORE, V. Shared care: a partnership between parents and nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*. New South Wales. ISSN 0813-0531. 14 :1 (Sep.-Nov., 1996), p. 28-36.
- KRON, Thora; DURBIN, Ellen – *Lideranza e administracion en enfermeria*. 5ª ed. México: Interamericana, 1983. ISBN 968-25-0864-9.
- MACPHEE, Maura – The family systems approach and pediatric nursing care. *Pediatric Nursing*. Pitman. ISSN 0097-9805. 21: 5 (1995), p. 417-423.
- PINTO, Cândida; FIGUEIREDO, Maria do Céu. Cuidar da criança doente. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. (Ano 8) :95 (Dezembro 95), p.15/16.
- SMITH, Fionna – *Children's nursing in practise: the Nottingham model*. London: Blackwell Science, 1995. ISBN 0-632-03909-4.
- WONG, Donna – *Enfermeria pediátrica*. 4ª ed. Madrid : Mosby/Doyma Libros, 1995. ISBN 84 8086-141-X.