

Célia Carla de Carvalho Nunes

O foco Papel Parental e o desenvolvimento da prática de enfermagem na parceria de cuidado

Relatório Final

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Viseu, janeiro de 2017

Célia Carla de Carvalho Nunes

O foco Papel Parental e o desenvolvimento da prática de enfermagem na parceria de cuidado

Relatório Final

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Orientadores: Professora Doutora Emília Carvalho Coutinho;
João Carvalho Duarte

Viseu, janeiro de 2017

Resumo

Enquadramento: As transições no desempenho da parentalidade, vivenciadas durante a hospitalização são muito significativas para o campo de atuação e intervenção autónoma do enfermeiro, pelo que o papel parental constitui um foco relevante em enfermagem pediátrica. Decorrente da introdução dos sistemas de informação em enfermagem nos contextos da prática clínica nacional, da necessidade de adoção da parametrização nacional única para uma linguagem unificada em enfermagem, os enfermeiros necessitam de identificar corretamente os focos da sua atenção, proceder às inerentes intervenções de diagnóstico, construção dos diagnósticos, implementação das intervenções de enfermagem e determinação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, reflexivos da mestria do cuidar. Tal, exige que os contextos da prática clínica se transformem a ritmos e tempos nem sempre compatíveis com as capacidades individuais e organizacionais instaladas. A investigação-ação é uma opção metodológica que promove o caminhar, assegurando não apenas a visibilidade do exercício profissional mas acima de tudo, a garantia de cuidados de excelência ao cidadão. Neste sentido explora-se a prática profissional na parceria de cuidados focalizando o potencial de participação dos pais nos cuidados e o estímulo que desencadeia o cuidar e sua associação à negociação de cuidados.

Objetivos: Quantificar a prevalência de registo do foco papel parental como diagnóstico real e potencial, nos anos 2015 e 2016 no serviço de pediatria do CHTMAD; identificar as barreiras encontradas à elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental; identificar os conhecimentos dos enfermeiros no foco papel parental, padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e indicadores em enfermagem antes e após a formação; caracterizar a parceria de cuidados estabelecida entre enfermeiros e pais da criança hospitalizada; propor indicadores de Enfermagem: Processo, Resultado e Epidemiológicos, no foco papel parental.

Metodologia: Estudo de investigação-ação desenvolvido em cinco fases: 1ª Fase - Diagnóstico, 2ª fase - Planeamento da ação, 3ª Fase - Implementação, 4ª Fase - Avaliação, 5ª Fase - Implementação do adquirido. Recolha de dados através de: questionário dirigido aos enfermeiros sobre conhecimento em Padrões de Qualidade, Indicadores de Enfermagem e papel parental antes e após a formação; formulário aplicado aos pais sobre o processo de parceria de cuidados durante a hospitalização; e consulta de dados, recolhidos pela unidade de informática através do programa *business intelligence*, registados no processo clínico das crianças internadas no serviço de pediatria do CHTMAD sobre o foco papel parental referentes aos anos 2015 e 2016. A amostra é constituída por 15 enfermeiros do serviço de pediatria do CHTMAD alvo de intervenção do programa de formação/implementação, que decorreu de abril a junho de 2016 e por 95 pais acompanhantes das crianças hospitalizadas, alvo da intervenção dos enfermeiros.

Resultados: Após a sessão formativa, verificou-se um aumento dos conhecimentos dos enfermeiros no foco papel parental ($p=0,001$), padrões de qualidade ($p=0,005$) indicadores de qualidade ($p=0,006$), e diminuição das dificuldades/barreiras na documentação das práticas de enfermagem ($p=0,016$). Quanto aos Atributos das crianças - verifica-se que apresentavam uma condição desenvolvimental normal no domicílio e que essas necessidades, embora com

frequências menores, se mantêm, no hospital. Contudo, na alimentação ($p=0,026$), higiene ($p=0,032$) segurança ($p=0,015$) e desenvolvimento infantil ($p=0,006$) as crianças passaram a ter necessidades de tipo especial. Contrariamente às necessidades de sustento, as necessidades complexas mostram um acréscimo no hospital, quanto ao equipamento (32,6%), soroterapia (56,8%), medicação (92,6%), dor (62,1%) e procedimentos de diagnóstico ou tratamento (43,2%). Quanto ao potencial de participação - Os pais, no hospital, revelaram maior potencial de participação nas necessidades de sustento (alimentação, eliminação, higiene, segurança, desenvolvimento infantil). Parte dos pais passam a participar em necessidades especiais, como monitorizar a dor ($n=51$; 69,9%), uso de estratégias não farmacológicas para eliminar a dor ($n=53$; 70,7%) e solicitar competências da criança para o autocontrolo da dor ($n=38$; 84,4%). Quanto ao Estímulo para participar nos cuidados - A maioria dos pais refere que o estímulo para participar nos cuidados às necessidades de sustento/especiais à criança durante a hospitalização assenta na negociação dos cuidados (56,8%). Os cuidados de enfermagem foram orientados para a manutenção do papel parental desenvolvimental/especial. Quanto ao responsável pelo cuidado em função do estímulo e das necessidades da criança - é maioritariamente a mãe a responsável pelo cuidado nas necessidades de sustento, alimentação (40%), eliminação (85,3%), higiene (57,8%), segurança (42,1%) e desenvolvimento infantil (85,3%) com participação por estímulo auto-iniciado (adoção de decisões sem planeamento explícito); sempre que está presente a díade mãe/enfermeiro, o valor mais expressivo recai na negociação de cuidados quer nas necessidades de sustento, como a alimentação (60%), eliminação (14,7%), higiene (42,2%), segurança (57,9%) e desenvolvimento infantil (14,7%), quer nas necessidades especiais/complexas (58,3%) como a medicação ($n=34$; 100%), bem como no controlo da dor (72,6%); é o enfermeiro o responsável pelo cuidado nas necessidades especiais/complexas, como equipamento (75,0%), soroterapia (98,2%) e procedimentos de diagnóstico/tratamento. As mães mantiveram o seu desempenho no papel parental desenvolvimental, no entanto, participaram em cuidados especiais/complexos, havendo negociação de cuidados para a sua participação (100%), revelando que os cuidados de enfermagem promoveram o papel parental especial. Antes do processo de formação os registos informatizados no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem eram escassos, em relação à elaboração do diagnóstico no foco papel parental. Após a formação constatou-se um aumento do número de registos de enfermagem no foco papel parental, sobretudo no mês seguinte à sessão de formação.

Conclusão: O estudo traz implicações para a prática de enfermagem no que se refere à educação e formação contínua, bem como à assunção da responsabilização e consciencialização dos profissionais sobre o papel parental e sua importância na parceria de cuidados. A intervenção formativa foi relevante na aquisição de conhecimentos dos enfermeiros face à incorporação de melhores práticas no foco papel parental, condição determinante, embora com a sua visibilidade condicionada, na obtenção de ganhos em saúde, o que justifica a proposta de introdução de indicadores de enfermagem.

Palavras-chave: Foco Papel Parental; Enfermagem; Parceria de cuidado.

Abstract

Background: Transitions in the performance of parenting experienced during hospitalization are very significant for nurses' field of intervention and autonomous intervention, so parental role is a relevant focus in pediatric nursing. Due to the introduction of nursing information systems in the context of national clinical practice, the need to adopt the unique national parameterization for a unified language in nursing, nurses need to correctly identify the focus of their attention, proceed with the respective diagnostic interventions, Construction of diagnoses, implementation of nursing interventions and determination of health gains sensitive to nursing care, reflective of care mastery. This requires that the contexts of clinical practice be transformed into rhythms and times not always compatible with individual and organizational capacities. The action research is a methodological option that promotes walking, ensuring not only the visibility of professional practice but above all, the guarantee of excellence care to the citizen. In this sense, the professional practice in the care partnership is explored, focusing on the potential of parental involvement in care and the stimulus that triggers care and its association with care negotiation.

Objectives: To quantify the prevalence of registration of parental role focus as a real and potential diagnosis, in the years 2015 and 2016 in the pediatric service of CHTMAD; Identify the barriers found to the elaboration of the nursing diagnosis in the focus parental role; Identify the knowledge of nurses in the focus parental role, quality standards of nursing care and indicators in nursing before and after training; Characterize the care partnership established between nurses and parents of the hospitalized child; Propose Nursing indicators: Process, Outcome and Epidemiological, focus on parental role.

Methodology: Action research study developed in five phases: 1st Phase - Diagnosis, 2nd phase - Action planning, 3rd Phase - Implementation, 4th Phase - Evaluation, 5th Phase - Implementation of the acquired. Data collection through: questionnaire addressed to nurses about knowledge in Quality Standards, Nursing Indicators and parental role before and after training; Form applied to parents about the care partnership process during hospitalization; And consultation of data, collected by the computer unit through the business intelligence program, registered in the clinical process of the children hospitalized in the pediatric service of the CHTMAD on the focus parental role for the years 2015 and 2016. The sample is made up of 15 service nurses of pediatrics at the CHTMAD target of intervention of the training / implementation program, which ran from April to June 2016 and by 95 parents accompanying the hospitalized children, target of the nurses intervention.

Results: After the training session, there was an increase in the knowledge of nurses in the focus on parental role ($p=0.001$), quality standards ($p=0.005$), quality indicators ($p=0.006$), and reduction of difficulties / barriers in Documentation of nursing practices ($p=0.016$). As for the Attributes of the children - it is verified that they had a normal developmental condition in the household and that these needs, although with smaller frequencies, are maintained, in the hospital. However, in the

feeding ($p=0.026$), hygiene ($p=0.032$) safety ($p=0.015$) and child development ($p = 0.006$) children had special needs. (32.6%), serum therapy (56.8%), medication (92.6%), pain (62.1%) and procedures diagnosis or treatment (43.2%). Concerning the potential for participation - Parents in the hospital revealed greater potential for participation in the needs of support (feeding, elimination, hygiene, safety, child development). Some parents participated in special needs, such as pain monitoring ($n=51$, 69.9%), use of non-pharmacological strategies to eliminate pain ($n=53$, 70.7%) and The self-control of pain ($n=38$, 84.4%). As for the incentive to participate in care - Most parents report that the encouragement to participate in care for the child's special / living needs during hospitalization is based on the negotiation of care (56.8%). Nursing care was oriented towards the maintenance of developmental/special parental role. As for the caregiver responsible for the child's needs and needs, the mother is responsible for the needs of food, food (40%), elimination (85.3%), hygiene (57.8%), Security (42.1%) and child development (85.3%) with participation by self-initiated stimulus (adoption of decisions without explicit planning); (60%), elimination (14.7%), hygiene (42.2%), safety and health care (57.9%) and child development (14.7%), both in special / complex needs (58.3%) and medication ($n=34$, 100%), as well as in pain control %); Is the nurse responsible for the special/complex needs, such as equipment (75.0%), serum therapy (98.2%) and diagnostic/treatment procedures. Mothers maintained their performance in the developmental parental role, however, participated in special/complex care, negotiating care for their participation (100%), revealing that nursing care promoted a special parental role. Before the training process the computerized records in the Nursing Practice Support System were scarce, in relation to the elaboration of the diagnosis in the focus parental role. After training, there was an increase in the number of nursing records in the focus parental role, especially in the month following the training session.

Conclusion: The study has implications for nursing practice regarding education and continuing education, as well as the assumption of the responsibility and awareness of the professionals about the parental role and its importance in the care partnership. The training intervention was relevant in the acquisition of nurses' knowledge regarding the incorporation of best practices in the focus parental role, a determining condition, although with their conditioned visibility, in the achievement of health gains, which justifies the proposal of introduction of nursing indicators .

Keywords: Focus Parental Role; Nursing; Care partnership.

“Se queres a mudança, sê a mudança que queres ver”.

Mahatma Gandhi

Agradecimentos

Ao longo deste trabalho muitas foram as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização. A todas elas gostaria de expressar a minha profunda gratidão pelo apoio prestado.

À Professora Doutora Emília Carvalho Coutinho pela orientação científica, partilha de saberes, estímulo e dedicação, pela confiança que sempre depositou em mim, dando-me o privilégio de me acompanhar nesta etapa importante da minha vida; pela sua proficiência, mestria no seu saber fazer e saber ser, pois sem o seu conhecimento e exigência não teria sido possível a concretização deste trabalho.

Ao Professor Doutor João Duarte pela sua prestimosa ajuda, disponibilidade e rigor científico, que foram essenciais no tratamento estatístico deste trabalho.

Aos enfermeiros e pais que se disponibilizaram participar neste estudo.

À minha grande amiga Teresa Ramos pelo carinho e palavras de força e ânimo que sempre me transmitiu.

À minha família pela tolerância, paciência e incentivo nos momentos mais difíceis; aos meus filhos pelas palavras doces e abraços calorosos; ao meu marido pela grandeza do seu ser, pelo seu gesto atencioso e delicado nos momentos de desânimo; por tudo o que abdicaram para que esta jornada se cumprisse.

A todos, e a cada um em particular,
o meu sincero agradecimento!

Índice

Introdução.....	23
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1. Parentalidade.....	27
1.1. Fatores que influenciam a parentalidade	30
2. A hospitalização da criança: um evento crítico.....	33
2.1. Necessidades parentais	41
2.2. Parceria de cuidados.....	42
2.2.1. A influência dos profissionais no desempenho do papel parental	46
2.2.2. A parceria de cuidados: um contributo para a construção de indicadores de enfermagem	47
2.3. Negociação de cuidados	49
3. Documentação de enfermagem no foco papel parental	51
II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO	55
1. Metodologia	57
1.1. Delimitação e justificação da investigação-ação.....	57
1.2. Justificação do estudo	58
1.3. Objetivo geral	59
1.4. Objetivo específico	59
1.5. A Investigação-ação como opção metodológica.....	59
2. Desenho do estudo.....	63
2.1. Fases do Estudo	65
2.2. Contexto do estudo	70
2.3. Participantes	71
2.4. Instrumentos de colheita de dados utilizados	72
2.4.1. Questionário aos enfermeiros	72
2.4.2. Formulário aos pais para avaliação do processo de parceria de cuidados.....	73
2.4.3. Dados recolhidos do processo clínico das crianças internadas em 2015 e 2016	79
2.5. Questões Éticas	80
3. Resultados do Estudo.....	81
3.1. Resultados da primeira fase (diagnóstico).....	81
3.2. Quarta fase (Avaliação).....	97
3.3. Quinta fase - Revisão da ideia geral.....	138

3.3.1. Primeira fase – Diagnóstico	138
3.3.2. Segunda fase – Planeamento da ação	138
3.3.3. Terceira fase – Implementação dos indicadores de enfermagem	139
4. Discussão dos resultados	147
Conclusão.....	161
Referências bibliográficas	163
Anexos	171
Anexo I - Aplicativo Sclínico, diagnóstico de enfermagem foco Papel Parental	
Anexo II - Convocatória para sessão de formação	
Anexo III - Folha de presença dos formandos	
Anexo IV - Impresso para os formando com síntese da formação e colocação de dúvidas	
Anexo V - Secção de formação	
Anexo VI - Questionário dos enfermeiros	
Anexo VII - Formulário aos pais	
Anexo VIII - Dados fornecidos pela unidade de informática relativamente aos processos clínicos das crianças	
Anexo IX - Pedido de autorização de recolha de dados	
Anexo X - Autorização para recolha de dados	
Anexo XI - Pedido de autorização ao Diretor do Serviço de Pediatria	
Anexo XII - Pedido de colaboração técnica e informática para a construção de indicadores de processo	
Anexo XIII - Norma de orientação de registos no Sclínico – Papel Parental	
Anexo XIV - Consentimento Informado	
Anexo XV - Declaração sob o compromisso de honra referente à apresentação das principais conclusões do estudo	

Índice de figuras

Figura 1 - Representação da diferenciação de papel parental normal e papel parental especial	28
Figura 2 - Subestruturação do modelo de Parceria de Cuidados	48
Figura 3 - Espiral de ciclos da Investigação-Ação.....	61
Figura 4 - Ciclo de Investigação-Ação	63

Índice de quadros

Quadro 1 - Variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros.....	73
Quadro 2 - Operacionalização das variáveis papel parental, padrões de qualidade/indicadores de enfermagem	73
Quadro 3 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas e clínicas da criança	74
Quadro 4 - Operacionalização das variáveis relativas às necessidades desenvolvimentais básicas e complexas da criança no domicílio e no hospital	75
Quadro 5 - Operacionalização das variáveis de sustento	76
Quadro 6 - Operacionalização das variáveis complexas.....	77
Quadro 7 - Operacionalização das variáveis relativas ao estímulo para participação nas necessidades básicas e complexas	79

Índice de tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade.....	81
Tabela 2 - Caracterização académica e pós-graduada das enfermeiras.....	82
Tabela 3 - Estatísticas relativas à experiência profissional	82
Tabela 4 - Dados relativos ao foco papel parental	84
Tabela 5 - Teste binomial para o conhecimento sobre o foco papel parental.....	85
Tabela 6 - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre o foco conhecimentos sobre papel parental.....	86
Tabela 7 - Classificação dos conhecimentos sobre o papel parental	86
Tabela 8 - Conhecimento dos enfermeiros em relação ao foco papel parental em função das variáveis sociodemográficas.....	87
Tabela 9 - Correlação de Pearson entre as variáveis sociodemográficas e conhecimento sobre o foco papel parental.....	87
Tabela 10 - Dados relativos às dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem	88
Tabela 11 - Teste binomial para as dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem	89
Tabela 12 - Estatísticas relativas ao conhecimento sobre os padrões de qualidade	90
Tabela 13 - Dados relativos ao conhecimento sobre o conhecimento acerca dos padrões de qualidade	92
Tabela 14 - Teste binomial para o conhecimento sobre os padrões de qualidade	93
Tabela 15 - Dados relativos ao conhecimento sobre os indicadores de qualidade.....	94
Tabela 16 - Teste binomial para o conhecimento sobre os indicadores de qualidade	95
Tabela 17 - Estatísticas relativas do conhecimento sobre o foco papel parental, as dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem e Padrões de Qualidade/Indicadores de Enfermagem.....	96
Tabela 18 - Dados do processo clínico das crianças internadas no ano 2015	97
Tabela 19 - Dados relativos ao foco papel parental no segundo momento de avaliação .	98
Tabela 20 - Teste binomial para o conhecimento sobre o foco papel parental.....	99
Tabela 21 - Conhecimento dos enfermeiros em relação ao foco papel parental em função das variáveis sociodemográficas.....	100
Tabela 22 -Teste t para amostras emparelhadas entre conhecimento sobre o foco papel parental nos dois momentos de avaliação.....	101
Tabela 23 - Dados relativos às dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem ...	103

Tabela 24 - Teste binomial para as dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem	104
Tabela 25 - Diferença de médias antes e após a formação	104
Tabela 26 - Teste Wilcoxon entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o foco papel parental antes e após a formação	105
Tabela 27 - Dados do processo clínico das crianças internadas no ano 2016	105
Tabela 28 - Estatísticas relativas à idade.....	107
Tabela 29 - Caracterização sociodemográfica e clínica das crianças em função do sexo	108
Tabela 30 - Estatísticas relativas aos dias de internamento.....	108
Tabela 31 - Estatísticas relativas aos motivos dos internamentos anteriores.....	109
Tabela 32 - Estatísticas relativas à idade.....	109
Tabela 33 - Caracterização sociodemográfica dos pais das crianças	110
Tabela 34 - Conhecimento sobre a situação do filho, duração da hospitalização.....	110
Tabela 35 - Rede de apoio adequada às necessidades do filho e do exercício do papel parental.....	111
Tabela 36 - Necessidades de sustento da criança no domicílio e no hospital	112
Tabela 37 - Necessidades de sustento no domicílio e no hospital	114
Tabela 38 - Necessidades complexas da criança no domicílio	115
Tabela 39 - Necessidades complexas no domicílio e no hospital.....	116
Tabela 40 - Participação dos pais nos cuidados em relação alimentação no domicílio e no hospital	119
Tabela 41 - Participação dos pais nos cuidados em relação à eliminação no domicílio e no hospital	121
Tabela 42 - Participação dos pais nos cuidados em relação à higiene no domicílio e no hospital	123
Tabela 43 - Participação dos pais nos cuidados em relação à segurança no domicílio e no hospital	124
Tabela 44 - Participação dos pais nos cuidados em relação ao desenvolvimento infantil no domicílio e no hospital	126
Tabela 45 - Participação dos pais nos cuidados em relação ao equipamento no domicílio e no hospital	127
Tabela 46 - Participação dos pais nos cuidados em relação à soroterapia no domicílio e no hospital	128
Tabela 47 - Participação dos pais nos cuidados em relação à medicação no domicílio e no hospital	129

Tabela 48 - Participação dos pais nos cuidados em relação à dor no domicílio e no hospital	130
Tabela 49 - Participação dos pais nos cuidados em relação aos procedimentos de diagnóstico e tratamento no domicílio e no hospital	132
Tabela 50 - Estímulo para participar nos cuidados	133
Tabela 51 - Resultados dos cuidados prestados à criança – necessidades básicas vs. estímulo para a parceria de cuidados	134
Tabela 52 - Responsável pelos cuidados prestados à criança – Necessidades complexas	135
Tabela 53 - Resultados dos cuidados prestados à criança – necessidades complexas vs. estímulo para a parceria de cuidados.....	136
Tabela 54 - Resultados dos cuidados prestados à criança – dor vs. estímulo para a parceria de cuidados.....	137

Introdução

O estudo que apresentamos tem como foco o papel parental e o desenvolvimento da prática de enfermagem na parceria de cuidado, tendo em consideração que os pais podem apoiar nos processos de cuidados, o que passa pela negociação, uma vez que consideramos que estes podem ser um importante contributo para clarificar e evidenciar a representação social dos enfermeiros a exercer em serviços de pediatria.

É consensual que os papéis e responsabilidades parentais sofrem alterações no momento em que a criança é internada, um facto que torna os pais dependentes dos profissionais de saúde a fim de se sentirem aptos a cuidar do filho tal como salientam Uhl, Fisher, Docherty e Brandon (2013, p. 123). De acordo com estes autores, a hospitalização é vivenciada quer pela criança, quer pelos pais como uma rutura da sua vida habitual. Para os pais, o que até então se constituía como atividades privadas, no que se refere ao cuidar dos filhos, com a hospitalização passa a ser uma atividade pública desenvolvida sob o olhar dos profissionais de saúde e, inclusive, dos pais de outras crianças (Uhl et al., 2013, p. 123). O ambiente hospitalar que é estranho e inibidor para os pais, é o local profissional e natural da equipa de saúde, colocando-a, inevitavelmente, numa posição dominante (Ames, Rennick & Baillargeon, 2011, p. 144; Coutinho et al., 2016).

Importa também referir que as experiências que surgem no decorrer do exercício da parentalidade exigem um complexo e contínuo ajustamento às necessidades da criança. Tendo em consideração que são os pais os que melhor estão preparados para satisfazer as necessidades dos filhos, o que os leva a antecipar os problemas e a responderem mais eficazmente às dificuldades que emergem, estes também são considerados clientes (Magalhães, 2011). Deste modo, e perspetivando-se o processo de enfermagem, considera-se que um dos fundamentais focos na prática da enfermagem pediátrica é o papel parental, que, em conformidade, com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 71), trata-se de um papel de membro da família, que abarca a interação em conformidade com as responsabilidades de ser pais, a interiorização da expectativa garantida pelos membros da família, amigos e sociedade, no que se refere aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, manifestando essas expectativas através de comportamentos e de valores, principalmente no que respeita à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.

A hospitalização assume-se como uma crise na transição parental, por vezes, há situações em que a hospitalização poderá coincidir com o início de necessidades especiais

permanentes na criança, em resultado do diagnóstico de uma doença crónica, o que requer uma reorientação do projeto de vida familiar, marcando o princípio de uma transição que propende à transformação da parentalidade (Sousa, 2012, p. 31-32-55).

Para o presente trabalho delineou-se, como objetivo geral, melhorar as práticas dos enfermeiros no foco papel parental, a partir do qual surgiram os seguintes objetivos específicos: quantificar a prevalência de registo do foco papel parental como diagnóstico real e potencial, nos anos de 2015 e 2016 no serviço de pediatria do CHTMAD; identificar as barreiras encontradas à elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental; identificar os conhecimentos dos enfermeiros no foco papel parental, padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e indicadores em enfermagem antes e após a formação; caracterizar a parceria de cuidados estabelecida entre enfermeiros e pais da criança hospitalizada; propor indicadores de Enfermagem: Processo, Resultado e Epidemiológicos, no foco papel parental.

Para atingirmos os objetivos propostos, delineamos para esta pesquisa um método de investigação-ação, desenvolvida em cinco momentos: 1ª Fase - Diagnóstico - (Identificar ou definir o problema), 2ª fase - Planeamento da ação, 3ª Fase - Implementação - Selecionar um caminho de ação, 4ª Fase - Avaliação - Estudar as consequências da ação, 5ª Fase - Implementação do adquirido.

Em termos estruturais, o presente trabalho contém uma parte dedicada à fundamentação teórica e outra que corresponde ao estudo empírico. Assim, na primeira parte, abordam-se conceito-chaves inerentes à compreensão do tema em análise, nomeadamente: parentalidade, fatores que influenciam a parentalidade, a hospitalização da criança, tido como um evento crítico, as necessidades parentais, a parceria de cuidados, a influência dos profissionais no desempenho do papel parental, a parceria de cuidados, como um contributo para a construção de indicadores de enfermagem, a negociação de cuidados e alude-se à documentação de enfermagem no foco papel parental. Na segunda parte, descrevem-se todos os processos metodológicos inerentes à investigação-ação, tendo em conta as suas cinco fases, aludindo-se ao contexto do estudo, participantes, instrumentos de recolha de dados e questões éticas. Segue-se a apresentação dos resultados do estudo, tendo como linha orientadora as fases que o constituem. Faz-se a discussão dos resultados, terminado o trabalho com as conclusões mais relevantes.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Parentalidade

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIE, 2016, p.71) refere que a parentalidade é “tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”. Deste modo, a parentalidade pode assumir-se como um dos mais exigentes papéis sociais quer ao nível físico, quer mental, com que as pessoas se defrontam na sua vida.

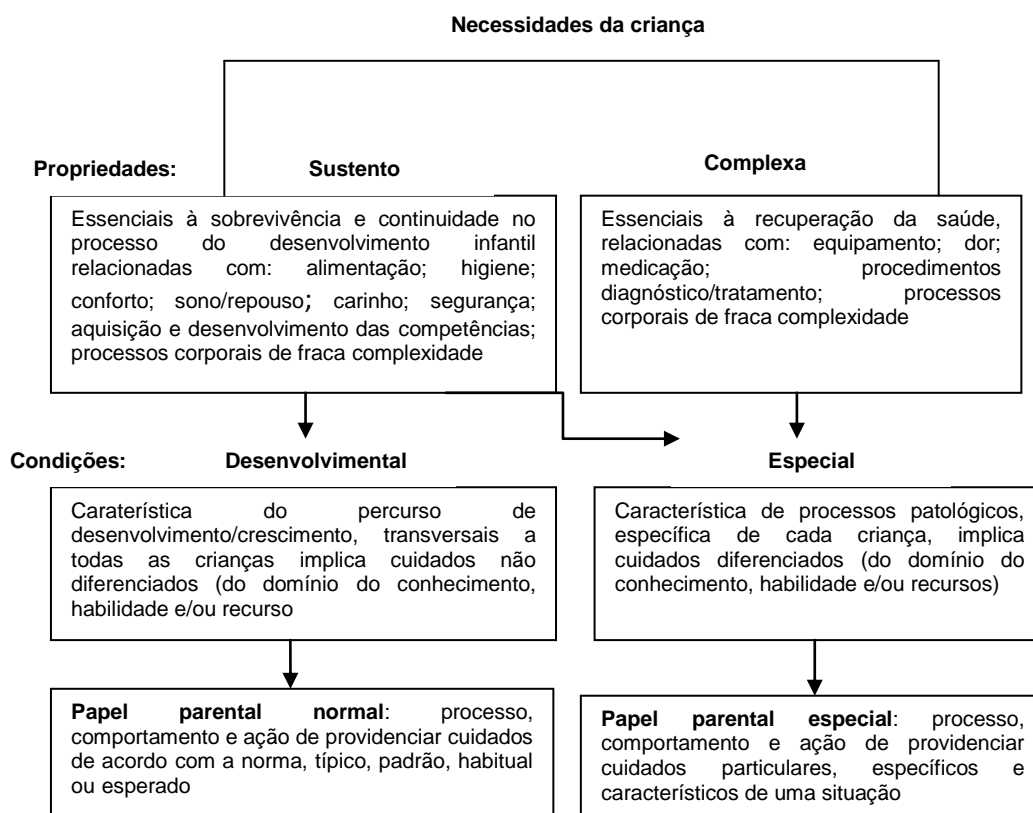
O vínculo estabelecido entre a criança e o cuidador assume-se como uma relevante parte da parentalidade, sendo esta uma qualidade que se tem revelado como fator determinante e central para a saúde, atual e futura, da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Deste modo, e de acordo com o mesmo organismo, há a necessidade de se reconhecer a importância do papel dos pais durante a hospitalização da criança, com a valorização dos seus saberes, encarando-os como parceiros, o que requer, por parte dos enfermeiros, “a mobilização de saberes, habilidades e comportamentos que permitam identificar e agir sobre a atitude, a capacidade, o conhecimento e a aprendizagem de capacidades, promovendo assim a parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, pp. 22-23).

No que se refere ao papel parental, Sousa (2012) designa-o de acordo com duas tipologias diferentes: o papel parental normal e o papel parental especial, tendo em conta diferentes intencionalidades e intervenções de enfermagem. Deste modo, a mesma autora refere que o papel parental normal corresponde ao estado do papel parental como uma ação através da qual se satisfaz as necessidades desenvolvimentais da criança decorrentes do seu processo desenvolvimental. Por outras palavras, o papel normal pode ser compreendido como um estado em conformidade com a norma, o típico, o padrão, habitual ou o esperado.

Quanto à denominação de especial para o papel parental, esta refere-se à ação através da qual se satisfaz as necessidades especiais da criança, decorrentes do processo patológico/hospitalização (Sousa, 2012). Deste modo, a designação “especial” é contrária à denominação “normal”, na medida em que se trata de um estado específico e característico de uma determinada situação.

De modo a perceber-se de forma mais clara os referidos papéis parentais, apresentam-se as suas características na figura 1.

Figura 1 - Representação da diferenciação de papel parental normal e papel parental especial



Fonte: Adaptado de Sousa (2012, p. 199)

Sousa (2012) considerou como características do papel parental, como qualidades dos pais, a rede de apoio e de informação, o conhecimento do motivo de hospitalização, o conhecimento sobre as necessidades do filho, os cuidados que prestavam em casa e que desejam prestar no hospital. Neste sentido, ainda em conformidade com a autora citada, o conhecimento da razão subjacente à hospitalização implica que os pais exteriorizem o “porquê” e “para quê” o seu filho teve de ser hospitalizado. Por outro lado, há a necessidade de os pais reconhecerem a condição das necessidades do seu filho durante a hospitalização, o que implica que estes saibam identificar os cuidados de que a criança vai necessitar. Esses cuidados abarcam a classificação das necessidades de sustento e as complexas, como representado na Figura 1, tendo em conta a condição das necessidades das crianças. Sousa (2012) refere que a rede de apoio indica quem auxilia o cuidador responsável no exercício da parentalidade, a rede de informação refere-se a quem responde às necessidades de informação. Os cuidados que os pais prestavam em casa e nos quais desejavam participar no hospital são respeitantes aos que satisfazem as necessidades da criança (desenvolvimentais e complexas).

O conceito de *Papel Parental Complexo* é de autoria de Sousa (2012, p. 210), no âmbito do seu estudo, que teve como finalidade identificar as intencionalidades terapêuticas dos enfermeiros quando promovem a parceria de cuidados com os pais, durante a hospitalização da criança. Deste modo, a autora sentiu a necessidade de fazer uma distinção do foco de atenção para a prática de enfermagem *Papel Parental* em tipologias: desenvolvimental, especial ou complexo, associadas à diferenciação de cuidados de que a criança precisa e que estão aliadas às necessidades que a mesma tem mediante um determinado quadro clínico. O *Papel Parental Complexo* é definido por Sousa (2012, p. 210) como o processo, comportamento e ação de providenciar cuidados particulares, específicos e característicos de uma situação complexa de natureza crônica inaugural ou já instalada, estando relacionado com o exercício da parentalidade em contexto de necessidades especiais permanentes infantis.

Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros (2015) salienta a importância de se incentivar a parentalidade durante a hospitalização, sendo este um aspeto relevante a considerar no processo de adaptação à parentalidade. De modo a corroborar estes pressupostos, a Ordem dos Enfermeiros (2015) alude aos estudos de Coyne (1995) e de Hallström et al. (2002), os quais revelam que os pais relatam uma influência muito positiva para a participação saudável nos cuidados, nos casos em que há uma maior assertividade nas relações com a equipa de enfermagem. Os mesmos expressam o desejo de os seus conhecimentos serem valorizados e deles próprios serem reconhecidos como verdadeiros parceiros nos cuidados. É que, ainda na perspetiva da Ordem dos Enfermeiros (2015), os pais, no hospital, pretendem continuar a ser pais e compete aos enfermeiros, integrados numa equipa multidisciplinar, o papel de ativistas deste processo, aceitando e integrando solidamente a informação e a orientação em tempo oportuno.

Contudo, a preparação dos pais para participarem nos cuidados requer necessariamente um processo de negociação com os enfermeiros, de forma satisfatória, envolvendo a interação, os consensos e a decisão. Negociar com os pais a parentalidade é um processo que requer que estes se sintam parte integrante da equipa, sentindo-se mais confiantes no que se refere às suas capacidades de cuidar do filho, adotando decisões conjuntas e partilhadas, bem como promovendo o estabelecimento de laços familiares, sendo estes fatores de grande relevância para o ajustamento psicológico e social da própria criança ao longo da hospitalização (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

1.1. Fatores que influenciam a parentalidade

A hospitalização de uma criança é gera sempre instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, podendo despoletar uma situação de crise para os pais em termos de desempenho da parentalidade, na medida em que estes podem pensar que falharam no exercício do seu papel e até em relação às suas próprias expectativas, fatores que poderão interferir negativamente nas capacidades de apoio ao sofrimento do filho (Subtil, Fontes & Relvas, 1995). Os fatores que podem influenciar a parentalidade e a competência parental são a idade dos pais e da criança, fase de desenvolvimento da criança, experiências anteriores de doença, sistema de apoio disponível e a gravidade da doença (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2014). Quanto à resposta dos pais perante a situação de doença e hospitalização do seu filho, os mesmos podem demonstrar dificuldade em saber como agir para atender as necessidades do filho, estando abrangidos por um ambiente com regras estranhas e desconhecidas (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2014).

Na mesma linha, Sousa (2012, p. 23) refere que “o exercício e o stresse da parentalidade e a competência parental” podem sofrer influência de “fatores e condições associados aos pais, à criança, ao contexto social e conjugal, aos padrões relacionais e às interações entre todos os fatores”. Por conseguinte, a mesma autora refere que a idade dos pais, a escolaridade, a profissão, as experiências anteriores ao nível de cuidados a crianças, os sistemas de apoio, o stresse, as características da criança e a qualidade das relações parentais são fatores que interferem no exercício da parentalidade (p.24). Estes fatores, ainda na perspetiva da autora citada (p. 24), são interferem diretamente no grau de envolvimento parental, na capacidade de procurar ajuda quando necessário, na confiança, na ansiedade e na qualidade da interação com a criança hospitalizada. A participação dos pais nos cuidados da criança hospitalizada assume-se como um tema relevante o qual tem vindo a ser abordado na enfermagem pediátrica, sobretudo em decorrência da constatação das consequências negativas da hospitalização para a díade pais/criança.

De acordo com a perspetiva sistémica familiar, que tem como defensor Belsky (2005), existem três principais fatores que influenciam a construção global do comportamento parental, nomeadamente: os seus recursos pessoais e psicológicos, as características da criança e o contexto mais amplo em que a relação pais-filhos se estabelece. Segundo McDermott (2006), o comportamento parental é influenciado pelo nível de conhecimento e escolaridade, pelas experiências adquiridas e pelo sistema de crenças e valores, bem como a condição socioeconómica, culturais e a estrutura familiar. Estes fatores podem interferir no papel parental e no nível de envolvimento com os filhos. Importa referir que os fatores mais determinantes no papel parental é a ligação pais-filho, a saúde da

criança, o bem-estar parental e o suporte social (Naphapunsakul, Prateepchaikul, Taboonpong & Punthmatharita, 2007).

O suporte social percebido consiste num fator importante para que os pais tenham confiança ao nível do desempenho do papel parental, para a perceção da autoeficácia, bem-estar e satisfação pessoal, bem como para a promoção do envolvimento mais ajustado e para a manutenção da estabilidade familiar (Sousa, 2012, p. 25). Deste modo, como refere a mesma autora, o suporte social organiza-se em: “suporte emocional, informativo/comunicacional, instrumental e de reforço positivo” (p.25). Os familiares contribuem principalmente ao nível do “suporte informacional e instrumental e o conjugue para o suporte emocional” (p. 25).

Outro fator que influencia a parentalidade é o número de filhos, na medida em que possuir outros filhos pode assumir-se como uma variável que faculta aos pais muitos fatores para a execução dos cuidados parentais (Östberg, Hagekull & Hagelin, 2007). Por outras palavras, as habilidades adquiridas através das experiências anteriores coadjuvam o desenvolvimento de competências concernentes ao papel parental, desenvolvimento da autoestima, a perceção da autoeficácia, o que resulta num sentimento de tranquilidade.

Os fatores profissionais também influenciam o envolvimento parental nos cuidados ao filho, uma vez que, segundo Sousa (2012, p. 25), os pais com mais escolaridade ou com profissões mais diferenciadas envolvem-se mais nos cuidados aos filhos, enquanto os pais que trabalham um número de horas mais elevado revelam um nível de envolvimento parental inferior. Por outro lado, ainda de acordo com a autora citada, as dificuldades económicas levam muitos pais a procurar outras alternativas, ou seja, trabalhar mais horas, o que faz com que não tenham tantas horas disponíveis para os cuidados aos filhos. Assim, os pais com melhores condições económicas investem mais no seu relacionamento com os filhos, estando, deste modo, mais ligados.

A idade das mães também se assume como um fator que interfere no exercício da parentalidade. Östberg, Hagekull e Hagelin (2007) referem que as mães adolescentes, comparativamente a mães adultas, demonstram menor preparação cognitiva, menor experiência e recursos, manifestando um risco mais elevado ao nível da ligação mãe-filho. As mães mais novas apresentam também, ainda segundo os mesmos autores, inferiores conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança, bem como revelam reduzidos comportamentos de interação positiva com o filho. Estas mães, por norma, têm a propensão para ser mais vulneráveis ao stresse no que se refere ao desempenho do seu papel parental, tornando-se menos responsivas face às necessidades dos filhos.

Um outro fator que parece interferir no papel parental é o estado civil, o que, segundo Sousa (2012), intervém na relação com as dinâmicas familiares, pois os pais casados revelam dinâmicas familiares mais positivas quando comparado com os pais que não são casados. Por outro lado, ainda como refere a autora citada, as mães casadas manifestam mais conforto e significativa valorização do papel maternal, comparativamente às mães solteiras.

O percurso desenvolvimental da criança assume igualmente como um fator determinante do papel parental, uma vez que a passagem de um período para outro tem implícitas várias transições, como sustentam Hockenberry, Winkelstein e Wilson (2014), designadamente: a criança prossegue para um nível crescente de independência, surgem outras necessidades e dificuldades, a necessidade de alcançar outros padrões de crescimento, bem como a necessidade de dominar distintas tarefas-chave. Estes elementos colocam à criança vários e diferentes desafios, contribuindo para um crescendo da sua vulnerabilidade. Deste modo, Sousa (2012) refere que o desempenho apropriado da parentalidade favorece o crescimento e o desenvolvimento da criança, tendo em conta que são os pais que satisfazem as suas necessidades, preveem os problemas e respondem eficazmente aos problemas que vão surgindo. Assim, e tendo em conta o preconizado pela mesma autora, as atividades parentais compreendem as necessidades da criança, nomeadamente: a alimentação, a eliminação, o sono e o repouso, a higiene e o conforto, a estimulação e a manutenção da saúde. Abarca também a vigilância de saúde, a resposta à doença, a estimulação e o desenvolvimento intelectual e social da criança. Por conseguinte, é da responsabilidade dos pais a promoção da sobrevivência física e mental dos filhos.

2. A hospitalização da criança: um evento crítico

A hospitalização, em alguns casos, pode constituir-se num risco igual ou maior do que a doença. A hospitalização da criança é uma situação que precisa de ser encarada com muita prudência, na medida em que pode alterar completamente os hábitos de vida da mesma, levando a criança a sentir desconforto físico e mental, afastando-a temporariamente do seu meio social, para além de necessitar de se adaptar ao contexto hospitalar, que lhe é estranho e culturalmente sofrido (Ceccim, 2007).

A criança hospitalizada passa por experiências dolorosas e incómodas, num ambiente que lhe é estranho e muitas vezes agressivo, o que poderá ter influência no seu desenvolvimento psicossocial e intelectual, resultando numa situação de crise (Algren, 2014). Esta crise, em conformidade Caplan (2010, p. 89), pode ser determinada como “períodos de desorganização do funcionamento de um sistema aberto, em situação de incapacidade do sistema para adaptar-se interna e externamente”. Montain, Fallon e Wood (2006) referem que, geralmente, na fase aguda da doença, surgem mecanismos de regressão à fase anterior do seu desenvolvimento. Ao vivenciar os problemas da hospitalização, como “a separação dos pais e do ambiente familiar, a dor e o desconforto, a perda do controlo do seu próprio corpo, a criança passa a adotar comportamentos anteriores à sua etapa real de desenvolvimento, com os quais se sente segura” (Salada & António, 1995, p. 94). Poder-se-á considerar esta fase como um equilíbrio incerto, onde a criança procura reorganizar-se ao mesmo tempo em que se adapta às novas condições. Nesta fase, a criança revela-se muito vulnerável. Nessa situação de crise, a criança necessita de expressar os seus sentimentos em relação às “experiências traumáticas”, bem como “a ansiedade, a raiva e a hostilidade” (Salada & António, 1995, p. 94). O apoio prestado pelos enfermeiros poderá ajudá-la a reelaborar a maneira de vivenciar essa situação, para que a mesma volte ao seu nível anterior de desenvolvimento psicossocial e intelectual (Salada & António, 1995, p. 94).

Quando a criança é hospitalizada, esta lida com “um ambiente que lhe é estranho, pessoas e métodos também desconhecidos e assustadores” e, na maioria das vezes, com a dor física e com o desconforto (Santos, 2012, p. 18). Atualmente, os pais e a equipa de saúde reconhecem que uma hospitalização planeada e uma orientação das crianças para a hospitalização poderão ajudá-las a enfrentar melhor as experiências decorrentes do internamento (Jorge, 2004).

Assim, de acordo com Melo (2011), além de levar à hospitalização, a criança terá de enfrentar uma série de problemas como: o mal físico ou lesão corporal, que se expressa em forma de dor, desconforto, mais a ansiedade que resulta destas situações; a separação dos pais ou a ausência de adultos em quem confia, pois cada criança tem as suas diferentes necessidades de afeto e de sensibilidade relativamente à separação e à dor; o estranho, o desconhecido e a possibilidade de surpresas são geradoras de ansiedade devido ao ambiente hospitalar, aos procedimentos e rotinas, tal como às situações que resultam da própria doença; a incerteza sobre os limites e comportamentos esperados como normais; a perda do ambiente familiar, associação familiar, rotinas e atividades diárias; a perda relativa de autonomia e competência.

Segundo Hockenberry e Winkelstein (2014, p. 638), esta ansiedade é caracterizada pelas seguintes fases, que variam de acordo com a etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra:

Protesto - A criança responde de maneira agressiva à separação dos pais: chora, grita constantemente procurando a mãe, fica em pânico e recusa a atenção de qualquer outra pessoa, fica inconsolável.

Desespero - A criança reduz a sua atividade, mostra desinteresse por jogos ou brincadeiras, por alimentos e isola-se dos outros. O choro para ou fica monótono, continua a recusar contactos físicos e visuais. A depressão fica evidente e encontra-se numa situação de grande desgosto.

Negação - Superficialmente parece que a criança finalmente se ajustou à separação dos pais. Torna-se mais interessada nos outros meninos hospitalizados, brinca com eles e parece formar novos relacionamentos. Contudo, este comportamento é fruto da resignação e não um sinal de contentamento. A criança desliga-se dos pais, esforça-se para fugir à dor emocional resultante do desejo da presença deles, estabelece relacionamentos superficiais com as outras crianças, tendo como prioridade os objetos materiais. Esta constitui a fase mais grave, onde a reversão dos efeitos adversos potenciais é menos provável de ocorrer. Embora a progressão para esta última fase não seja comum, as fases iniciais são frequentemente observadas, mesmo com separações muito curtas.

Estas três fases de resposta da criança à hospitalização representam um crescente grau de gravidade. A partir delas é possível prever o tipo de recuperação que a criança terá. Depois de ultrapassada a doença física, a criança que regrediu à última fase, poderá ficar com uma grave psicopatologia. Por outro lado, a criança que permaneceu na fase de desespero poderá ter sofrido uma perda nos seus sentimentos de confiança para com o ambiente que a rodeia (Hockenberry & Winkelstein, 2014).

A primeira questão que se levanta quando se fala do impacto da hospitalização na criança é a de saber o que estudar. Neste sentido, Barros (2003) refere que os primeiros estudos tiveram como principal foco a identificação das perturbações que surgiam ao longo da hospitalização e a curto prazo, nomeadamente: sono, choro, negativismo, desinteresse, ou, então, as significativas alterações da adaptação psicológica global, ou seja, as sequelas psicopatológicas.

Atualmente admite-se a necessidade de estudar os possíveis efeitos positivos e negativos, quer durante a hospitalização, quer durante o período de pós-hospitalização. É consensual a ideia de que um número significativo de crianças sofre consequências psicológicas moderadas (Barros, 2003).

Em conformidade com a autora citada, a grande preocupação dos referidos estudos, bem como dos programas que objetivam evitar os efeitos nocivos da hospitalização, está relacionada com a perturbação comportamental e com o agravamento da ansiedade da criança e dos pais. Assim, Barros (2003) refere que a perturbação comportamental a curto prazo, quer se expresse através da ansiedade, agressividade, ou regressão, é por si própria problemática e pode igualmente resultar em problemas futuros em situações em que a criança tenha de lidar com fatores despoletadores de stresse relacionados com a saúde (Barros, 2003).

De uma forma geral, pode dizer-se que a ansiedade tem sido estudada através de avaliações das transformações e perturbações comportamentais (birras, choro, comportamentos de dependência, retrocesso nos hábitos adequados para a idade e já adquiridos, alterações no comportamento alimentares, nos hábitos de sono, e no controlo dos esfíncteres), bem como com o recurso a medidas clínicas de avaliação da perturbação (ansiedade, medos específicos, fobia de separação ou fobia escolar, depressão), medidas fisiológicas (nível de cortisol na urina) e, ainda, pela avaliação das perturbações escolares e da aprendizagem (Jorge, 2004).

De realçar ainda que a ansiedade é tão importante enquanto consequência do processo de hospitalização, como enquanto causa de dificuldades durante esse mesmo processo, podendo levar ao seu prolongamento, ou a obstáculos graves ao tratamento bem-sucedido. Com efeito, a ansiedade pode estar associada à ocultação ou exagero de queixas que dificultam um diagnóstico preciso, à não adesão a dietas e regimes de descanso, à hiperatividade e à não colaboração com tratamentos invasivos, pelo que há uma preocupação em avaliar as consequências da ansiedade no próprio desenrolar do tratamento e do processo de recuperação (duração da hospitalização, episódios de vómito,

necessidade de medicação analgésica, e número de complicações pós-cirúrgicas) (Jorge, 2004).

Um outro aspeto fundamental a ter em conta é que os papéis e as responsabilidades parentais sofrem alterações no momento em que a criança é hospitalizada, passando os seus cuidados a serem assumidos pelos profissionais de saúde (Magalhães, 2011). De acordo com a mesma autora, por norma, os pais relatam que o seu papel parental foi comprometido, na medida em que sentem que deixam de ter controlo sobre o que acontece aos seus filhos. Assim, ainda na perspetiva de Magalhães (2011), grande parte das dificuldades reveladas no que se refere à parentalidade na hospitalização está relacionada com as ideias pré-concebidas acerca da doença, do hospital e, inclusive, sobre os profissionais de saúde. É importante ressaltar-se que, para os pais, a doença, a sua gravidade, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho e corresponderem às expectativas dos profissionais de saúde, poderão resultar em barreiras para o desenvolvimento do seu papel parental, o qual poderá desajustar-se, principalmente no início da hospitalização.

Apesar de os pais poderem admitir que a doença do seu filho pode ser preditora de uma necessidade de transformação, torna-se manifesta a ideia de que a experiência da hospitalização requer significativas mudanças, sobretudo no que se refere ao papel parental (Magalhães, 2011). A mesma autora refere que muitos pais relatam que a sua vida acaba por girar à volta da hospitalização da criança, o que se vai agravando com sucessivas hospitalizações, o que pode inclusive originar perturbações no funcionamento normal da família, abarcando os papéis parentais.

Neste âmbito assume toda a pertinência a Teoria das Transições de Meleis que se assume como um processo e relaciona-se com as experiências humanas de transição, onde a saúde e o bem-estar se constituem como resultados da intervenção. Nas transições, os enfermeiros desempenham um papel ativo, dado que são estes os profissionais de saúde que estão mais diretamente em contacto com as pessoas no seu processo de transição de saúde/doença ou vice-versa. Deste modo, os enfermeiros são um forte suporte, o que tem subjacente uma visão holística da pessoa (Meleis, 2005).

Assim sendo, os enfermeiros assumem o papel de operacionalizar a teoria de médio alcance de Meleis à vivência de uma transição saúde/doença e doença/saúde. A teoria de médio alcance consiste numa teoria que redundava da análise de estudos de caso e, como tal, acessível aos enfermeiros. Esta teoria possibilita uma visão mais congruente e integradora à própria pessoa e uma antecipação do diagnóstico, sendo imprescindível um enfoque mais sensato e sistemático (Meleis, 2005).

Importa também referir que a transição encerra em si uma mudança, todavia o contrário não se verifica. Neste sentido, Davies (2005) refere que, opostamente à mudança, as transições são processos que se sucedem progressivamente, congregando as dimensões de fluxo e de movimento ao longo do tempo.

Esta teoria tem o potencial que faculta aos enfermeiros um quadro de referências consistente capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa em transição, no caso específico aos pais face à hospitalização da criança, minimizando o impacto desta situação na parentalidade. Desta forma, evidencia-se a intencionalidade na articulação destes conceitos teóricos com a sua aplicação prática, procurando a produção de conhecimento, no sentido de contribuir para uma melhoria das práticas de cuidados. Assim, é importante ter-se em consideração que à medida que os pais conseguem gerir os problemas inerentes à hospitalização da criança, os mesmos começam a sentir mais controlo no seu papel parental e tornam-se mais profícuos como cuidadores.

Como se tem vindo a expor, a hospitalização da criança assume-se, por norma, como um acontecimento crítico para os pais, o que se deve à mudança do ambiente físico e psicológico, à separação dos restantes familiares, à suspensão das atividades diárias, ao sentimento de perda de normalidade, à insegurança no papel parental, à dor pelo sofrimento do filho, ansiedade, culpa e medo (Magalhães, Barbieri-Figueiredo & Sousa, 2014). Deste modo, em conformidade com as mesmas autoras, a transição poderá desencadear-se através de acontecimentos ou momentos críticos, o que exige que os pais sejam capazes de agregar as mudanças na sua vida, o que requer a alteração do seu comportamento e a redefinição da sua própria identidade.

Tendo em conta estes pressupostos, Magalhães, Barbieri-Figueiredo e Sousa (2014) realizaram um estudo qualitativo, cujo objetivo consistiu em compreender se face à hospitalização da criança os pais experienciam transições na sua parentalidade. Os seus resultados revelam que emergiram três dimensões, representativas da vivência da hospitalização da criança pelos pais e o exercício da sua parentalidade durante a mesma. Na dimensão *evento crítico*, ou seja, *hospitalização*, as autoras concluíram que este se assumiu como um acontecimento marcadamente crítico para os pais; a segunda dimensão referente ao *ajustamento parental ao evento crítico* engloba as categorias preparação e conhecimento, envolvimento, estar ligado e interagir, momentos mais relevantes, crenças culturais e atitudes, condições da comunidade e da sociedade; na dimensão *exercício da parentalidade*, as autoras constaram as perceções dos pais quanto ao seu papel parental face à hospitalização do filho, o que deu origem a várias categorias, nomeadamente: localizar-se e estar situado, novas competências e reformulação da identidade. Magalhães, Barbieri-Figueiredo e Sousa (2014) referem ocorrem as hospitalização acarreta alterações

ao nível da parentalidade, o que requer uma melhor perceção da transição na parentalidade, de modo a poder-se ajudar os pais a arranjam estratégias que lhes permitam a adaptação a essas alterações, bem como apoiá-los a ajustarem condições facilitadoras das mesmas, no sentido de permitir a implementação de intervenções de enfermagem que antecipem, facilitem e promovam respostas positivas.

Na mesma linha, Reis, Carvalho e Cruz (2014) reiteram o pressuposto de que o processo de transição para a parentalidade é um acontecimento proeminente na vida dos pais que, pela complexidade e exigência, envolve transformações, reestruturação na sua vida, bem como em toda a dinâmica familiar. Esta mudança obriga a uma resposta adaptada por parte dos mesmos, por meio da aquisição de competências e de estratégias de adaptação eficazes, a fim de efetuarem a sua transição para a parentalidade. Neste sentido, os mesmos autores realizaram um estudo qualitativo, com o objetivo de compreenderem quais os fatores que influenciam as estratégias de *coping* que as mães de crianças hospitalizadas utilizam no processo da transição para a parentalidade. Os autores verificaram que a estratégia de *coping* a que as participantes mais recorreram foi a procura de suporte social, secundada da reavaliação positiva e da resolução planeada do problema. Através da verificação das estratégias de *coping*, Reis, Carvalho e Cruz (2014, p. 11) constaram que “os fatores definidos *a priori*, como a idade da mãe, o suporte social, o choro, a alimentação e o sono da criança, influenciam a sua adoção”. As autoras observaram, ainda, que “a monitorização do uso das estratégias de *coping*” assume-se como um “indicador relevante para a promoção da saúde”, indicando a possibilidade de se poder mensurar “a resolução eficaz da transição”, bem como “a qualidade das intervenções dos enfermeiros e a satisfação dos pais”. Todavia, ainda em conformidade com os mesmos autores, o conhecimento dos pais e as competências parentais presentes para ultrapassar as dificuldades vivenciadas durante a hospitalização do filho também devem ser alvo de avaliação. Reis, Carvalho e Cruz (2014, p.11) reforçam que “o conhecimento da influência destes fatores no paradigma da parentalidade possibilita aos enfermeiros direcionarem a sua intervenção clínica na prestação dos cuidados à família, nomeadamente durante o processo de transição para a parentalidade”.

Como se tem vindo a referir, a hospitalização de uma criança implica sempre uma revolução e desequilíbrio na dinâmica da família, nomeadamente no desempenho de papéis, regras e funcionamento do sistema familiar (Jorge, 2004). Ao ser internada, a criança “arrasta” consigo a família, no sentido em que todos influenciam e são influenciados no decorrer da hospitalização. A mesma autora menciona que “os problemas, tal como os desastres naturais, por vezes surgem nas famílias. A doença física na criança constitui uma situação de stresse para a família trazendo eventuais repercussões ao nível financeiro,

ocupacional, pessoal e na interação extra-familiar” (Jorge, 2004, p. 60). Assim, os pais veem-se perante novas exigências nas suas rotinas de parentalidade, o que requer readaptações, capazes de desencadear uma maior ou menor grau de stresse no sistema familiar. A título exemplificativo, a referida autora refere que os pais necessitam de disponibilizar tempo para as visitas ou permanência no hospital, o que muitas vezes se torna incompatível com os outros afazeres pessoais e profissionais. Muitos pais desencadeiam problemas do foro psicológico, sobretudo, as mães, por recair sobre elas, particularmente, a responsabilidade dos cuidados à criança doente.

Os pais que “trazem o filho doente para o hospital estão ansiosos, não entendem muitas das informações que lhes dão, mas raramente pedem explicações, intimados pelo tipo de discurso (instrumental quando os profissionais lhe falam e hermético quando falam entre si)” (Jorge, 2004, p. 61). Esta vivência psicológica anexada às diferenças culturais, ainda na opinião do mesmo autor, podem acarretar situações emocionais muito fortes para os pais. Porém, as reações de stresse dos pais à hospitalização assumem grandes variações. Tendo presente que a doença e hospitalização da criança surge como uma crise familiar, diversas são as formas como os pais podem reagir à mesma, dependendo de fatores que a podem influenciar.

Algren (2014, p. 15) salienta alguns fatores que podem influenciar as reações dos pais às doenças dos filhos, o que se traduz em situações de stresse:

- “Gravidade da ameaça aos filhos”, pois quanto maior a gravidade da doença, mais ansiosos e preocupados se vão apresentar, já que a mesma influencia negativamente o bem-estar dos filhos; - “Experiência prévia com doença e hospitalização”, porque se a experiência anterior de hospitalização for positiva, a forma como encaram a atual poderá ser mais calma (tendo sempre o seu grau de ansiedade e de stresse). Por outro lado, se a experiência anterior for negativa, poderão apresentar um maior grau de ansiedade face à mesma; - “Procedimentos médicos envolvidos no diagnóstico e tratamento” - é certo que a necessidade de procedimentos mais invasivos e dolorosos aos filhos é um fator stressante para os pais, que têm de assistir ao sofrimento dos filhos, mesmo que seja para a melhoria do seu estado; - “Sistemas de apoio disponíveis”, nomeadamente em termos familiares e económicos, pois, o apoio familiar necessário é muito importante numa situação de hospitalização. Isto porque na maioria das vezes, a vida em casa continua e as tarefas domésticas e os cuidados aos outros filhos são assegurados pela mãe, que se divide entre o hospital e o lar, daí que se os cuidados forem partilhados pela família, a mãe fica mais descansada para apoiar o filho doente. Em termos económicos, a estabilidade no emprego é essencial para que os pais possam focalizar as suas atenções na hospitalização do filho; -

“Ego pessoal forte”, sendo que a personalidade dos pais influencia positiva ou negativamente a forma como vivenciam a doença e hospitalização dos filhos; - “Capacidade de adaptação em situações anteriores”; - “Outros stresses no sistema familiar”, sabe-se que a vida familiar influencia em grande escala cada membro que dela faz parte, daí que o facto de estar associado à hospitalização outra crise no seio da família (morte, doença, divórcio, dificuldades económicas) poderá influenciar negativamente a forma como os pais lidam com a atual hospitalização; - “Crenças culturais e religiosas”, sabendo que a cultura faz parte integrante de cada indivíduo, esta pode influenciar a forma como os pais reagem e ultrapassam a situação de hospitalização, o mesmo se passando com a religião. Os fatores culturais exercem uma forte influência no que diz respeito à saúde, à doença e às atitudes em relação às mesmas; - “Padrões de comunicação entre os membros da família”, o tipo de reação da família à doença vai depender de diversos aspetos, nomeadamente do grau de evolução afetiva da criança, do tipo de patologia (aguda ou crónica) e duração da mesma, da atitude que a família apresenta, como também do estado emocional em que se encontram e das experiências vivenciadas anteriormente.

Relativamente aos sentimentos de frustração, poderão ser consequência da falta de informações a respeito dos procedimentos e tratamentos, de desconhecerem as rotinas e normas estipuladas, ou por se sentirem “estranhos” no serviço em que se encontram. Assim, uma das estratégias de *coping* para aliviar esses sentimentos é “quando os pais estão cientes do que esperar e do que é esperado deles, quando são estimulados a participar do cuidado do seu filho e quando são considerados como os contribuidores mais significativos para a saúde integral da criança” (Algren, 2014, p.647).

Os pais podem também evidenciar sinais de muito stresse, resultado do cansaço físico e psicológico decorrente da hospitalização, saudades dos outros filhos, possíveis problemas económicos resultantes da hospitalização ou da própria doença, entre outras causas. Deste modo, é crucial que o enfermeiro seja capaz de detetar e compreender estes sentimentos e reações nos pais da criança que tem a seu cuidado, para que os possa apoiar e ajudar a ultrapassar o momento de crise em que se encontram. Este apoio pode surgir de várias formas e nos mais pequenos gestos do enfermeiro. Será importante disponibilizar aos pais a informação necessária em relação ao estado e progressos do filho, providenciar o apoio emocional e encorajando-os a participar ativamente no cuidado ao filho (Sarajärvi, Haapamäki & Paavilainen, 2006), pois como se sabe, na maioria dos casos, pais ansiosos e stressados possuem filhos mais queixosos e, conseqüentemente, mais difíceis de cuidar (Barros, 2003).

2.1. Necessidades parentais

Assume relevância conhecerem-se as necessidades parentais, de modo a que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, possam definir estratégias de apoio ao papel parental, na procura de uma transição e manutenção de papéis bem-sucedidas.

As necessidades dos pais, de acordo com Hallstrom, Runeson e Elander (2002), podem organizar-se em: segurança, comunicação, controlo, equipa, sentimentos de competência parental, família, alívio e satisfação das necessidades pessoais. Por sua vez, Kristjánsdóttir (1995) agrupa as necessidades dos pais em: necessidade de confiar nos profissionais de saúde; necessidade de sentir que creiam neles; necessidade de informação; necessidade de apoio e orientação; necessidades relacionadas com os recursos humanos e físicos e necessidades relativas a outros membros da família.

Quer as reações dos pais, quer as respostas das crianças à hospitalização influenciam-se mutuamente (Alegren, 2014). O diagnóstico da doença, a incerteza da recuperação, as transformações na dinâmica e nos papéis familiares rotineiros, a informação proporcionada e a incerteza acerca do papel a desempenhar no hospital assumem-se como alguns dos fatores que podem resultar em ansiedade, stresse, insegurança, medo, culpa por parte dos pais no decorrer da hospitalização da criança, acarretando uma crise emocional (Hallstrom, Runeson & Elander, 2002). Deste modo, as necessidades parentais, no decorrer da hospitalização da criança, são influenciadas por vários fatores, como: a gravidade da doença, a complexidade dos cuidados que exige, a idade e estágio de desenvolvimento, o tempo de hospitalização, as experiências anteriores, a perceção da experiência, a qualidade das relações entre pais e criança e o equilíbrio familiar (Santos, 2011, p. 27).

Os pais quando procuram os enfermeiros objetivam a satisfação da necessidade de segurança e de informação. As informações que estes necessitam de ter abrangem o estado de saúde do filho, o diagnóstico, o tratamento, o prognóstico, os medicamentos, os exames, o motivo da hospitalização e todos os procedimentos que são realizados com a criança (Sousa, 2012). Todavia, na perspetiva da mesma autora, existem ainda muitos casos em que os pais referem ter acesso a poucas informações por parte dos enfermeiros sobre o atendimento à criança hospitalizada, resultando numa desconexão entre as necessidades de informação narradas pelos pais e as reconhecidas pelos enfermeiros. Deste modo, o facto de os pais permanecerem junto da criança ao longo da hospitalização e a transformação da forma como se encaram os cuidados com foco na criança e na família são fatores que têm contribuído para que os enfermeiros tenham a perceção de que os pais

também possuem as suas próprias necessidades, o que implica uma preparação de modo a que os mesmos participem nos cuidados durante e depois da hospitalização. Os pais têm de ser acolhidos nas suas necessidades físicas e emocionais, necessitando de ser informados acerca do internamento do filho e em relação a tudo quanto lhe esteja subjacente (Sousa, 2012, p. 35).

A hospitalização da criança e o recorrente afastamento do ambiente familiar faz aumentar gradativamente o sentimento de desamparo e de solidão, fragilizando a própria parentalidade. Por conseguinte, não se podem ignorar esses sentimentos, na medida em que os mesmos fazem com que os pais se tornem mais vulneráveis, cabendo aos enfermeiros, no caso concreto, a necessidade de identificar essas necessidades e incluir os pais nos cuidados de saúde (Sabatés & Borba, 2005). Na atualidade, o foco dos cuidados de saúde em pediatria não se reduz a uma perspetiva meramente individual, abarcando a criança hospitalizada, os pais, outras pessoas significativas e o seu contexto social e cultural. Assim, centrar a atenção nas necessidades dos pais requer por parte dos enfermeiros o desenvolvimento de estratégias que satisfaçam as necessidades parentais, assumindo-se como um meio facilitador da participação dos pais nos cuidados, afetando de forma positiva a capacidade para estes prestarem cuidados à criança hospitalizada (Sabatés & Borba, 2005). Na perspetiva de Sousa (2012, p. 36), como “atributo do serviço de saúde”, o apoio que os pais recebem dos enfermeiros a fim de “satisfazerem as suas necessidades pode auxiliar ou dificultar esse percurso”. Por conseguinte, é importante, ainda segundo a mesma autora, que se compreendam estas condições para que se possam providenciar intervenções de enfermagem adequadas às experiências individuais dos pais, proporcionando respostas adequadas às suas necessidades.

2.2. Parceria de cuidados

Desde 1976 que se tem vindo a refletir sobre a importância da participação dos pais/família nos cuidados prestados à criança (Mano, 2002). É que quando o enfermeiro cuida de uma criança, tem que ter em consideração algo mais que a criança em si, ou seja, a família, que contém uma perspetiva única no que se refere às questões relacionadas com a sua saúde. Cada vez mais se enfatiza a participação da família no processo de cuidar, surgindo como consequência, o conceito de parceria de cuidados entre enfermeiro/pessoa/família. Cuidar em enfermagem no contexto pediátrico remete para uma abordagem centrada na criança/jovem e família, o que requer um reconhecimento

especializado e uma intervenção focalizada nas necessidades, características e expectativas desta díade (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A finalidade dos cuidados centrados na família é “manter a força dos papéis e os laços familiares com a criança”, para que se possa “promover o bem-estar da unidade familiar”. Os cuidados centrados na família fornecem “apoio profissional à criança e à família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados” (Silva, 2015, p. 26).

A necessidade de os pais participarem nos cuidados de saúde dos seus filhos tem sido confirmada por muitos autores, sendo exemplo, Anne Casey que, em 1988, desenvolveu, a partir do modelo de cuidados centrados na família, um modelo de cuidados pediátricos “Modelo da Parceria de Cuidados” em que exalta a participação indispensável dos pais nos cuidados à criança hospitalizada. A autora destaca, no seu modelo, um princípio essencial: “reconhecer que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos. Na situação de doença para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser em forma de proteção, estímulo e amor, reconhecendo-se, deste modo, o primado do papel da família, designadamente dos pais” (Silva, 2015, p. 27)

De acordo com Casey (1995), referenciada por Santos (2012, p. 29), “os cuidados à criança são melhor prestados pelas famílias, desde que devidamente supervisionadas, do que pelos profissionais”, um pressuposto que deu origem ao “modelo de intervenção cuidativa que identifica claramente o contributo dos pais nos cuidados à criança” (Santos, 2012, p. 29). O conceito de Família e Enfermeiro Pediátrico apresentam algumas especificidades neste modelo. A Família, para esta autora, tem a responsabilidade dos cuidados à criança e influencia o desenvolvimento. Quanto ao Enfermeiro Pediátrico, o seu principal papel é a supervisão onde intervém o mínimo necessário.

A participação dos pais nos cuidados à criança não se pode resumir à permanência no Serviço e à colaboração ou a assumirem somente as necessidades de alimentação e higiene. Efetivamente, os enfermeiros estão mais propensos para incentivar os pais a participarem nas tarefas básicas de enfermagem, havendo uma certa relutância em deixá-los participar em intervenções de ordem técnica. Contudo, quando convenientemente ensinados e apoiados, estes pais participam nos cuidados específicos (Mendes & Martins, 2012). Para as mesmas autoras, a família deve ser integrada e considerada como um elemento importante da equipa de saúde. Ela constituirá um espaço afetivo, um suporte emocional de cada um dos seus membros e, fundamentalmente, numa força de coesão. Os pais devem ser encorajados a envolverem-se “no planeamento e implementação dos cuidados sob orientação do enfermeiro” (Silva, 2015, p. 28). Por isso, será necessário por

parte destes orientar e ensinar os pais sobre os cuidados a prestar ao filho, tendo em conta as suas necessidades individuais, bem como o nível de compreensão.

Para que os cuidados sejam prestados em parceria, os enfermeiros devem partilhar crenças e valores que reconheçam os pais como os melhores prestadores de cuidados e desenvolvam competências de comunicação, relação de ajuda, ensino e trabalho de grupo (Silva, 2015, p. 29). Os cuidados devem ser revestidos de proteção, estímulo e amor para preservarem o crescimento e desenvolvimento da criança (Casey, 1995), sendo os pais as pessoas eleitas por excelência para cumprirem com êxito essa tarefa.

Em enfermagem pediátrica, o modelo que atualmente é adotado pelas equipas é o de parceria de cuidados de Anne Casey. Neste contexto, a criança não é isolada da família, mas cuidada dentro da unidade familiar (Silva, 2015). De acordo com a mesma autora, os cuidados centrados na família facultam um clima afável, calmo, individualizado para as crianças e suas famílias, permitindo aos enfermeiros determinados desafios, nomeadamente a orientação e a coordenação do cuidado. Trata-se de um processo que abarca a criança, a família e a enfermagem, como maneira de promover a saúde e o ótimo desenvolvimento de cada criança. Na opinião de Oliveira (2008), este cuidado tem de ser prestado às crianças de forma individualizada, tendo sempre em conta que cada criança é singular, assim como a sua família, com experiências de vida únicas, crenças, religião e nível sociocultural. Desta feita, ainda na perspetiva de Oliveira (2008), o foco do modelo reside na parceria entre o enfermeiro e a família, sendo um dos primeiros modelos a ser desenvolvido para orientar a prática da enfermagem pediátrica.

A parceria de cuidados, segundo Mano (2002, p. 54), consiste na “formalização da participação dos pais no cuidar dos seus filhos hospitalizados”. Todos os hospitais possuem uma abordagem de assistência à criança hospitalizada que, mesmo não estando formatizada, pode ser facilmente identificada pela observação. Como tal, qualquer enfermeiro que cuida de crianças hospitalizadas tem a noção de parceria nos cuidados.

Ao contrário dos outros modelos de enfermagem, o modelo de Casey identifica claramente o contributo dos pais nos cuidados prestados às crianças doentes. Paraphrasing Mano (2002, p. 53), “a família não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afetivo da criança, como também é a mediadora entre ela e o mundo externo”. Por norma, as crianças são vulneráveis às mudanças que ocorrem no seu ambiente e rotina habituais. Desta forma, a criança doente e hospitalizada vivencia situações de stresse e crise. Por outro lado, essas alterações acontecem igualmente nos pais, para quem a hospitalização do filho constitui uma situação geradora de stresse, angústia e insegurança. Por conseguinte, os enfermeiros devem ter a preocupação de, para

além de cuidar da criança, desenvolver capacidades que lhes permitam trabalhar em parceria com a família.

Para Casey (1988, cit. por Oliveira, 2008), existem dois conceitos fundamentais que sustentam a abordagem de parceria: cuidados centrados na criança e na família, havendo lugar para a partilha de informação e conhecimentos que habilitem os pais na tomada de decisão, no processo de cuidados, dando lugar aos cuidados negociados, referentes à relação terapêutica, que deve ser construída com base na confiança e respeito mútuos. Trata-se, assim, de um processo de negociação que conduzirá a um plano de cuidados reciprocamente planeado e à participação na prestação de cuidados, em conformidade com o desejo de cada um. Neste sentido, o enfermeiro presta cuidados à família para que a criança tenha as suas necessidades satisfeitas. Assim, a família deve ser encorajada a envolver-se no planeamento e implementação dos cuidados à criança, sob orientação e supervisão de enfermagem (Jorge, 2004).

Ao contrário dos outros modelos de enfermagem, o modelo de Casey (1988, cit. por Mano, 2002) identifica, de forma clara, qual o contributo dos pais nos cuidados prestados às crianças doentes. Paraphrasing Mano (2002, p. 53), “a família não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afetivo da criança, como também é a mediadora entre ela e o mundo externo”. As crianças normalmente são vulneráveis a modificações que ocorrem no seu ambiente e rotina habituais. Desta forma, a criança doente e hospitalizada vivencia situações de stresse e crise. Tais modificações ocorrem também com os pais, para os quais a hospitalização do filho constitui, igualmente, uma situação geradora de stresse, angústia e insegurança. Assim, os enfermeiros devem ter a preocupação de, para além de cuidar da criança, desenvolver capacidades que lhes permitam trabalhar em parceria com a família (Mano, 2002).

Para Casey (1988, cit. por Mano, 2002) há dois conceitos principais que orientam a abordagem de parceria: cuidados centrados na criança e família, havendo partilha de informação e conhecimentos que capacitem para a tomada de decisão e o processo de cuidados e cuidados negociados, que se referem à relação terapêutica construída com base na confiança e respeito mútuos. Este processo de negociação irá conduzir a um plano de cuidados mutuamente combinado e à participação na prestação de cuidados consoante o desejo de cada um. O enfermeiro presta cuidados à família para que a criança tenha as suas necessidades satisfeitas. Assim, a família deve ser encorajada a envolver-se no planeamento e implementação dos cuidados à sua criança, sob orientação e supervisão de enfermagem (Jorge, 2004).

Sabe-se que o grau de participação varia de família para família, mas o enfermeiro deve apoiar e orientar de forma individualizada, tendo em conta a especificidade de cada uma, respeitando as necessidades de cada díade. De qualquer forma, o enfermeiro só deverá imiscuir-se se a família não tiver capacidade ou conhecimento necessário para garantir a eficácia dos cuidados.

A forma de auxiliar a família e enfrentar todo o processo de doença assenta em dois pressupostos: comunicação honesta e franca participação nos cuidados. Torna-se fulcral um diálogo aberto, que permita logo de início estabelecer uma relação de confiança que facilite a expressão de sentimentos e/ou dúvidas, como forma de domínio da ansiedade do desconhecido. Deste modo, através de uma comunicação aberta, os enfermeiros valorizam o papel dos pais responsabilizando-os como os “expert” nos cuidados ao filho (Oliveira, 2008).

Como complemento e referindo os quatro conceitos que estão na base do emergir das teorias de enfermagem, Casey (1988, cit. por Mano, 2002) define mais um conceito, no total cinco conceitos principais que orientam o seu modelo de parceria nos cuidados. A pessoa é entendida como a criança e a sua família. “Os cuidados prestados pelos membros da família ou, inclusive, os cuidados que a criança presta a si própria, são chamados de cuidados familiares. Este tipo de cuidados familiares inclui os cuidados prestados à criança que provêm das suas necessidades quotidianas. A saúde é definida como o estado ótimo de bem-estar físico e mental que deveria estar presente a todo o tempo, se se pretende que uma criança atinja todo o seu potencial” (Oliveira, 2008, p. 29).

2.2.1. A influência dos profissionais no desempenho do papel parental

No que se refere à influência dos profissionais no desempenho do papel parental, Sousa (2012, p. 157), com base nos resultados apurados no seu estudo, menciona que as mães são de opinião que as intervenções dos enfermeiros que visam envolvê-las nos cuidados ao filho hospitalizado limitaram-se: “i) ao suporte emocional, ou seja, através da avaliação das necessidades parentais, pondo-as à vontade, mostrando-lhes disponibilidade e facilitando-lhes a adaptação); ii) ao suporte positivo do papel parental, incentivando-as, depositando confiança nos pais; iii) ao suporte informacional”.

De acordo com a mesma autora, o suporte emocional ocorre tem-se assumido como um tema relevante relacionado com as intervenções de enfermagem promotoras de vivências da parentalidade no hospital. Deste modo, o suporte emocional, no estudo de Sousa (2012, p. 157), abarcou a escuta, a manifestação de comportamentos de cuidar, bem

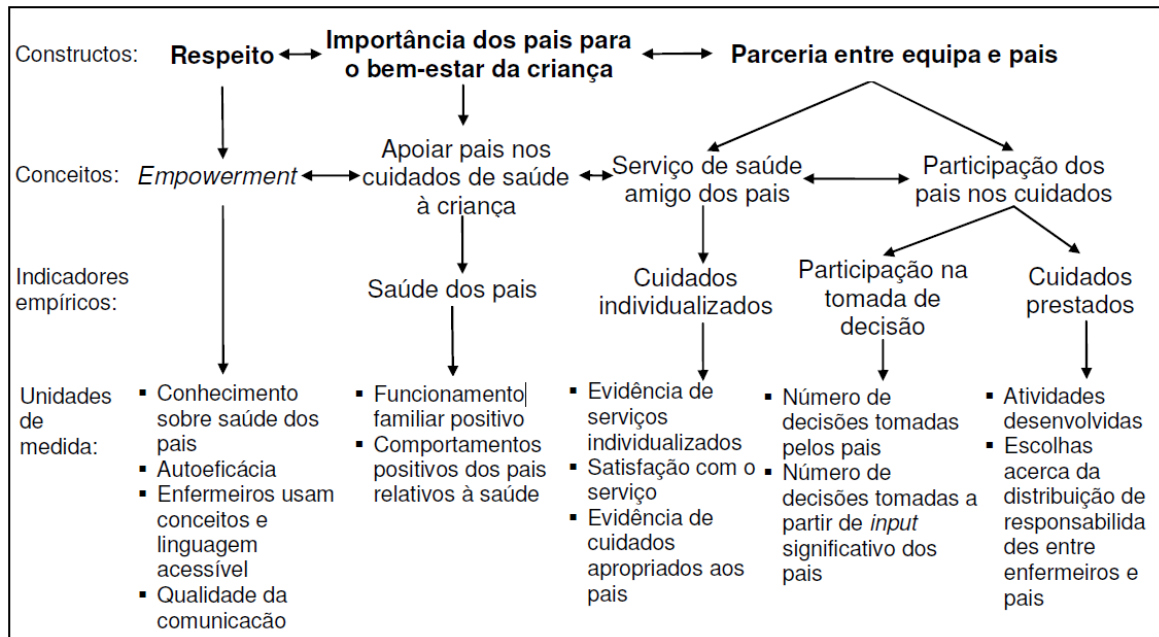
como a preocupação manifestada pelos enfermeiros para poderem ajudar as mães a alcançarem uma melhor adaptação à doença do filho. O mesmo estudo revela que o suporte informacional compreendeu fornecer às mães informação sobre a doença do filho, tratamento e acerca do esperado desempenho do papel maternal durante a hospitalização.

Face aos resultados encontrados, Sousa (2012, p. 157) refere que “os conselhos e as informações dos enfermeiros, no âmbito dos cuidados à criança e/ou dos cuidados de enfermagem diretos, são identificados e avaliados como sendo intervenções de enfermagem promotoras do desempenho do papel parental”. Assim, a mesma autora preconiza que se deve dialogar com os pais, explicar-lhes o tratamento e os cuidados, tranquilizando-os e, *grosso modo*, “estar perto deles” numa fase tão difícil da sua vida, disponibilizando-se para dialogar com eles, sendo estes fatores valorizados como intervenção de enfermagem.

2.2.2. A parceria de cuidados: um contributo para a construção de indicadores de enfermagem

Para que se criem indicadores é necessário estar presente a associação a unidades de medida (Sousa, 2012). A mesma autora preconiza que a autoeficácia se constitui como um indicador direto do *empowerment* dos pais, sendo o apoio mais claramente determinado se for se centrar em indicadores avaliáveis da saúde da criança e dos pais. Como tal, Sousa (2012, p. 44) acrescenta que “a saúde dos pais pode ser diretamente mensurável a partir de indicadores sobre o funcionamento familiar como *stress* familiar ou conflitos”. Neste sentido, a noção de serviços amigos dos pais pode ser diretamente mensurável através do grau em relação à personalização do serviço direcionado para auxiliar os pais a debelarem as suas necessidades, bem como através da avaliação do nível de satisfação dos pais em relação à ajuda prestada. Assim, Sousa (2012, p. 44) divide a participação dos pais nos cuidados em dois indicadores: “participação dos pais no processo de tomada de decisão e cuidados prestados”, o que pode ser mensurável por meio da observação direta da quantidade e do tipo de cuidados prestados, bem como através da decisão tomada pelos pais e pelos profissionais de saúde em relação aos cuidados que a criança precisa, como representado na Figura 2.

Figura 2 - Subestruturação do modelo de Parceria de Cuidados



Fonte: Sousa (2012, p. 45), adaptado de Franck & Callery (2004, p. 265).

Tendo em conta o exposto, importa salientar que incluir os pais nos cuidados à criança hospitalizada constituiu-se como um princípio fulcral na prática dos enfermeiros, porque resulta em benefícios para os pais, que podem assegurar e consolidar a continuidade das relações estabelecidas e o desempenho de papéis, facilitando concomitantemente a competência parental em cuidar do filho após a alta, bem como reduz os níveis de ansiedade dos pais. Por outro lado, a parceria de cuidados também traz benefícios para a criança pelo contacto com os pais e, de forma indireta, quando os pais estabelecem parcerias com os enfermeiros, a criança recebe cuidados especiais, individualizados e delineados para a satisfação das suas necessidades (Cushing Just, 2005). Na mesma linha de pensamento, Sousa (2012) refere que a parceria de cuidados se associa à redução da tensão entre os profissionais de saúde e os pais, reduz o tempo de hospitalização e faz aumentar a satisfação dos pais em relação aos cuidados prestados. Os pais têm de ter acesso, durante a hospitalização, à informação e à negociação do seu papel, o que resulta na redução de sentimentos de ansiedade e de isolamento.

Em suma, a organização de cuidados em pediatria deve assentar na parceria e na negociação de cuidados com os pais, assegurando a sua participação efetiva com continuidade do exercício do papel parental. A parceria de cuidados constituiu-se também como uma mais-valia no processo de preparação no regresso da criança a casa (Lam, Chang & Morrissey, 2006). Os mesmos autores referem que, por esse motivo, têm de se identificar as necessidades das crianças e dos pais desde o momento da admissão, o que

implica o envolvimento dos pais no processo de cuidados, perante o que o enfermeiro beneficia da sua posição estratégica, procurando informações acerca dos recursos disponíveis existentes para a parceria de cuidados.

2.3. Negociação de cuidados

Como se tem vindo a expor, a permanência dos pais durante a hospitalização da criança é reconhecida como vantajosa para a díade criança/pais. Todavia, isto requer negociação de cuidados, que assume um papel preponderante na relação terapêutica enfermeiro/cuidador, constituindo-se como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem (Sousa, 2012, p. 50). A mesma autora, com base no seu estudo, refere que algumas mães relatam que os enfermeiros lhes deram informações e demonstraram disponibilidade, todavia, não houve diálogo formal acerca da sua participação nos cuidados. A informação proporcionada pelos enfermeiros foi considerada como discussão de cuidados a prestar à criança. O seu estudo demonstra que a negociação nem sempre é realizada de forma clara, não sendo os acordos discutidos abertamente e, como tal, as mães por se sentirem responsáveis assumem determinados cuidados. Os enfermeiros não dialogaram com as mães para negociarem a divisão dos cuidados. Sousa (2012, p. 158) constatou que, ao longo da hospitalização, as mães participam em alguns cuidados.

Reeves, Timmons e Dampier (2006), com base no seu estudo, constaram que não houve críticas por parte das mães por prestarem cuidados ao filho hospitalizado, tendo tudo ficado implícito na relação que estabelecem com os enfermeiros. Embora não seja bem explícita a natureza e a dimensão da sua participação, as mães descobrem-na no dia-a-dia da assistência.

Estes resultados revelam que nem sempre a participação parental é um processo exato, não estando sempre presente a negociação aberta e o papel dos pais, por norma, não é debatido direta e abertamente, sem que haja lugar para uma discussão específica sobre os cuidados à criança (Sousa, 2012, p. 159). Ainda na perspetiva da mesma autora, a negociação constituiu-se como uma estratégia fundamental na parceria de cuidados, uma vez que é “uma mútua compreensão e coordenação de partilha de interesses com o sentido de atingir objetivos comuns nos cuidados de saúde ao cliente” (Sousa, 2012, p. 50). Desde tomo, é consensual que os enfermeiros desempenham um papel fulcral na promoção e concretização da negociação da participação parental nos cuidados à criança durante a hospitalização, o que implica um afastamento das suas hipóteses e perceções acerca do

envolvimento dos pais e daquilo que ponderam ser responsabilidades e obrigações parentais “normais” (Sousa, 2012, p. 50).

Como se depreende, a negociação de cuidados assume um importante papel na relação terapêutica entre a díade enfermeiro/cuidador, como tal, assume-se como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste âmbito, fazendo alusão ao estudo de Sousa (2012, p. 186), a mesma refere que os enfermeiros facultam informação aos pais e revelam disponibilidade, todavia, observou a inexistência de um diálogo formal acerca da sua participação nos cuidados. De acordo com as mães participantes no estudo da mesma autora, a informação que lhes foi dada pelos enfermeiros restringiu-se à discussão de cuidados a prestar à criança (Sousa, 2012, p. 158).

3. Documentação de enfermagem no foco papel parental

“No âmbito da saúde e das políticas de saúde, tem-se assistido ao sublinhar da necessidade de reunir o máximo de informação a fim de otimizar a tomada de decisão, tendo em vista o rigor e a qualidade. Com efeito, é crescente o valor atribuído à informação, por força da necessidade de controlo de custos, da melhoria da eficiência, da otimização da gestão e, essencialmente, da promoção e gestão contínua da qualidade dos cuidados” (Pereira, 2004, p. 13).

É consensual que a “Informação de Enfermagem” é relevante para a governação na saúde. Tal relevância resulta dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação e dos que emergem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados, quer numa perspetiva individual, quer grupal, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

A visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, muitas vezes, incipiente. Tal realidade impossibilita a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações. Todavia, mais recentemente tem-se verificado, por parte do Ministério da Saúde, um conjunto de iniciativas estimulando os responsáveis das organizações de saúde e os seus profissionais, por um lado, e as empresas do sector, por outro, a promoverem o desenvolvimento de aplicações informáticas de suporte ao subsistema de informação de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Deste modo, é imprescindível garantir que os sistemas de informação da saúde abarquem os dados relativos aos cuidados de enfermagem, sendo esta uma necessidade cada vez mais urgente numa área em que o cidadão necessita de ser acompanhado ao longo do ciclo vital, de mobilidade geográfica e local ou do contexto da prestação de cuidados, compreendendo outros sectores tradicionalmente não integrados na saúde, como é o caso do sector social (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Ainda de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007), as aplicações informáticas têm de ser desenvolvidas para que se possa permitir a documentação da prática de enfermagem, tendo em vista as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados (legais, éticas, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade dos atos de enfermagem praticados), bem como devem contemplar a reengenharia e a inovação dos registos eletrónicos de

enfermagem, a fim de garantir o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática.

Sousa (2012, p. 276) refere a importância do desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados (MCD) dirigidos a serviços pediátricos e centrados na promoção da parentalidade, a fim de colmatar as necessidades emergentes no seio dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE). O pressuposto de que estes MCD descrevem as atividades diagnósticas, os diagnósticos e as intervenções adaptadas às áreas específicas dos cuidados de enfermagem pediátricos, resultou na necessidade prática da construção de SIE, cujo contributo se refere à formalização do conhecimento específico da enfermagem.

Partindo-se do pressuposto que a prática dos enfermeiros na pediatria, necessita de ser baseada na teoria para ser fundamentada, e essa prática necessita de visibilidade, é essencial referir a importância dos padrões de documentação do modelo desenvolvido por Sousa (2012, p. 272) que se caracteriza pela “associação de diagnósticos de enfermagem a dados recolhidos pela atividade diagnóstica e a intervenções de enfermagem, tornando visível a tomada de decisão dos enfermeiros focalizada na parentalidade e parceria estabelecida entre pais e enfermeiros na prestação de cuidados à criança”.

A autora, ao conceber um modelo que estruturasse a informação produzida pela investigação, orientasse a prática e pudesse vir a ser organizado e documentado no SAPE, deu início a uma prática de documentação, agora parametrizada no foco papel parental. Sousa (2012, p. 272) refere que este modelo consiste em agregar fatores de saúde tidos como relevantes, ligados “a processos estruturados que orientassem a tomada de decisão dos enfermeiros”. Por outras palavras, a mesma autora refere que houve a necessidade de organizar e acrescentar “dados e critérios a utilizar pelos enfermeiros de modo a inferir-se as necessidades dos pais em cuidados de enfermagem, prescrever as intervenções e avaliar os resultados” (p. 272).

Para a mesma autora (Sousa, 2012, p. 188-189) “a partilha de cuidados orientada para a promoção da parentalidade deve capacitar os pais a responderem aos cuidados de que as crianças necessitam quando são hospitalizadas”, por sua vez, “a parceria de cuidados quando incorporada consistentemente deve atender às necessidades dos pais relacionadas com a confiança, a informação e participação nos cuidados”, e deve conceber intervenções de enfermagem que atendam à sua satisfação. Foi com base nesta ideologia que o atual aplicativo para a elaboração de informação de enfermagem, no papel parental foi parametrizado.

“A participação dos pais nos cuidados minimiza as repercussões negativas, nas crianças, provenientes da hospitalização. Esta é considerada uma estratégia que facilita a

aquisição de conhecimento e capacidade dos pais num nível adequado ao exercício parental e a respetiva sensação de segurança e autoeficácia, sobretudo na preparação do regresso a casa, relacionada com a satisfação das necessidades desenvolvimentais, mas também, das necessidades complexas da criança. Quando as necessidades especiais e complexas já existiam antes do internamento os pais são incluídos nos cuidados, também, com a intenção de demonstrar reconhecimento pela competência parental” (Sousa, 2012, p. 181).

Esta intencionalidade de inclusão dos pais nos cuidados é reflexiva da adoção de uma conceção teórica de enfermagem de parceria de cuidados reflexiva do próprio pensamento crítico e intrínseca ao processo de enfermagem (Alfaro-Lefevre, 2005) classificado em cinco fases: (1) Avaliação Inicial, neste caso para recolher informação relativa a aspetos de saúde relevantes (conhecimento e habilidades dos pais para satisfazer necessidades desenvolvimentais e especiais do filho; condição das necessidades das crianças e do papel parental; expectativas adequadas ao desempenho do papel parental; conhecimento sobre a situação do filho; rede de apoio; potencial de participação dos pais nos cuidados) e procurar evidências de fatores de risco ou de oportunidade para os melhorar; (2) diagnóstica para analisar a informação e ajuizar clinicamente com vista à identificação das necessidades de cuidados de enfermagem; (3) planeamento para prescrever as intervenções de enfermagem em função dos resultados desejados; (4) implementação para realizar ou delegar a execução das intervenções e (5) avaliação para apreciar o impacto das intervenções e determinar a necessidade de introduzir correções (Sousa, 2009, p. 251).

Para a mesma autora (p. 252) “a determinação de um juízo relativamente ao desempenho de papel parental, nas dimensões desenvolvimental, especial, complexo ou complexo inaugural, pode situar-se numa das três condições: comprometido, em risco de compromisso e com potencial para desenvolvimento. Quando os pais são incapazes de criar, manter ou recuperar um ambiente que promova o crescimento e desenvolvimento adequado da criança e/ou recuperação da sua saúde, pode determinar-se o estado de papel parental como comprometido”. Confluem para este diagnóstico fatores de risco e características relacionadas com os atributos dos pais e /ou criança.

Quando o padrão de providenciar o ambiente para a criança é suficiente para sustentar “o seu crescimento e desenvolvimento e/ou recuperação da sua saúde, mas existe capacidade para melhorar, e posteriormente desenvolver o exercício parental, pode determinar-se um potencial de desenvolvimento do pai/mãe para tomar conta” (Sousa, 2012, p. 522). Todavia, “se existir o risco de incapacidade dos pais para criar, manter ou recuperar um ambiente que promova o crescimento e desenvolvimento adequado da criança e/ou

recuperação da sua saúde, existirá um potencial de risco de compromisso do papel parental” (NANDA, 2009; CIE, 2016).

Durante a hospitalização, os enfermeiros prescrevem intervenções que melhor respondem às necessidades identificadas e que produzam evidências de que o cliente (pais) pode ter ganhos em saúde pela ação de enfermagem.

Na fase de avaliação, “a determinação dos ganhos em saúde é estabelecida pela avaliação dos resultados obtidos, representados pela reformulação da condição diagnóstica dos aspetos de saúde avaliados”. Os resultados de enfermagem referentes à obtenção de conhecimento e da capacidade “favorecem a preparação do regresso a casa após a hospitalização da criança” (Sousa, 2009, p. 251).

Para uma melhor visualização/compreensão do referido, em Anexo I, apresenta-se a forma como está organizado/elaborado, no aplicativo Sclínico, diagnóstico de enfermagem no foco papel parental.

Para a elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é necessário a avaliação da capacidade e conhecimento dos pais nas necessidades desenvolvimentais e especiais da criança hospitalizada, assim como a condição do papel parental para a parceria de cuidados.

II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO

1. Metodologia

Neste capítulo pretende-se expor a metodologia utilizada para o desenvolvimento da investigação. Contextualizar o estudo pretendido, objetivos desse estudo, tipo de metodologia a utilizar e as fases que a constituem, os participantes, os instrumentos de colheita de informação nas suas diferentes fases, tratamento de que foi alvo e os procedimentos éticos que os norteiam. Por último, aludiremos aos resultados do estudo e faremos sugestões para o desenvolvimento futuro do novo ciclo de investigação-ação.

1.1. Delimitação e justificação da investigação-ação

A qualidade dos cuidados de enfermagem é um fenómeno de crescente interesse nas organizações de saúde sejam elas internacionais como a Organização Mundial de Saúde, quer pelo Conselho Internacional de Enfermeiros.

O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. – Hospital São Pedro de Vila Real (CHTMAD-HSPVR) está, desde 2015, à semelhança de mais três hospitais piloto do país, provido de um sistema de informação de apoio à prática de enfermagem de acordo com a Parametrização Nacional Única (PNU), e tem a obrigação de desenvolver a educação e formação contínua, responsabilização e consciencialização dos profissionais, no sentido da implementação efetiva do sistema, e criação das condições necessárias à futura obtenção de ganhos em saúde e produção de indicadores de enfermagem.

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) desafiaram a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) a realizar esta análise de conteúdo às parametrizações nacionais do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) tendo em vista propor enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem unificados, bem como uma estrutura de ligação entre ambos. A finalidade é enquadrar o impacte atual desta estratégia na interoperabilidade e na produção nacional de indicadores perspetivando as vantagens de uma só “parametrização nacional” (Paiva, Cardoso, Sequeira et al., 2014, p.5)

Desta forma, e no ceio deste contexto, os sistemas de informação dos enfermeiros, a documentação dos cuidados disponibilizados aos clientes/família, apresentam-se como um desafio e uma oportunidade para a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A visibilidade desse exercício profissional de excelência só é possível através de estratégias de monitorização e de avaliação dos cuidados produzidos pelos enfermeiros.

Com base no referido e tendo como alicerce os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) ao aludir que a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional, concebe o indicador de qualidade (OE, 2001, p.18) e indo de encontro às exigências que atualmente se colocam às instituições de saúde, enveredou-se por uma investigação-ação, orientada para a melhoria da prática dos enfermeiros no foco papel parental, partindo do pressuposto de que é benéfico para as partes que os pais sejam envolvidos nos cuidados, mediante um processo de negociação. A parceria de cuidados pode influenciar os resultados de saúde relacionados com o desempenho dos pais.

A parentalidade é um indicador que a Ordem dos Enfermeiros considera ser altamente relevante para a produção obrigatória, regular e sistemática de dados de enfermagem, a diferentes níveis, por parte de todas as unidades e serviços de saúde portugueses (OE, 2007, p.1), nomeadamente, na implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais, assim como na avaliação do desenvolvimento da parentalidade (OE, 2001, p.9).

1.2. Justificação do estudo

A finalidade deste estudo assenta na necessidade de melhorar o conhecimento dos enfermeiros do serviço de pediatria do CHTMAD, no foco papel parental; envolver os pais acompanhantes das crianças internadas através de um processo de parceria e documentar as devidas intervenções de enfermagem no plano de cuidados, melhora os padrões de resposta dos indivíduos que vivem as transições e produz indicadores de qualidade, nomeadamente a partir de indicadores de processo e resultado. A avaliação destes é fundamental para facilitar as intervenções de enfermagem que promovem resultados saudáveis.

A promoção de melhores práticas de enfermagem só é possível através do envolvimento ativo do investigador com os enfermeiros alvo de ação. Deste modo, esta pesquisa objetivou: identificar o motivo que levava os enfermeiros do serviço onde exercemos funções à não identificação diagnóstica centrada no papel parental; conhecer se as intervenções que implementam face às necessidades em cuidados identificados eram com base na parceria de cuidados; saber qual o conhecimento dos enfermeiros sobre a

importância desses cuidados na qualidade do exercício profissional, na pediatria; educar para a importância de uma documentação da prática desenvolvida para a produção de indicadores de qualidade.

1.3. Objetivo geral

Melhorar as práticas dos enfermeiros no foco papel parental.

1.4. Objetivo específico

- ✓ Quantificar a prevalência de registo do foco papel parental como diagnóstico real e potencial, nos anos de 2015 e 2016 no serviço de pediatria do CHTMAD;
- ✓ Identificar as barreiras encontradas à elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental;
- ✓ Identificar os conhecimentos dos enfermeiros no foco papel parental, padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e indicadores em enfermagem antes e após a formação;
- ✓ Caracterizar a parceria de cuidados estabelecida entre enfermeiros e pais da criança hospitalizada;

1.5. A Investigação-ação como opção metodológica

Pretendíamos partir da realidade dos cuidados de enfermagem do serviço de pediatria internamento e, com os enfermeiros que os concebem e implementam, identificar as oportunidades de mudança. Para Coutinho, Sousa, Dias, Bessa, Ferreira e Vieira (2009), sempre que numa investigação se coloca a necessidade de proceder a mudanças, de intervir na reconstrução de uma realidade, a investigação-ação afirma-se como a metodologia mais apta a favorecer as mudanças nos profissionais e/ou instituições que pretendem acompanhar os sinais do tempo.

A investigação-ação é uma metodologia de pesquisa particularmente prática e aplicada que se rege pela necessidade de resolver problemas reais. Esta forma de investigar possui um duplo objetivo, o de ação, através da qual se obtém a mudança numa comunidade, organização ou programa, e o de investigação, uma vez que permite aumentar

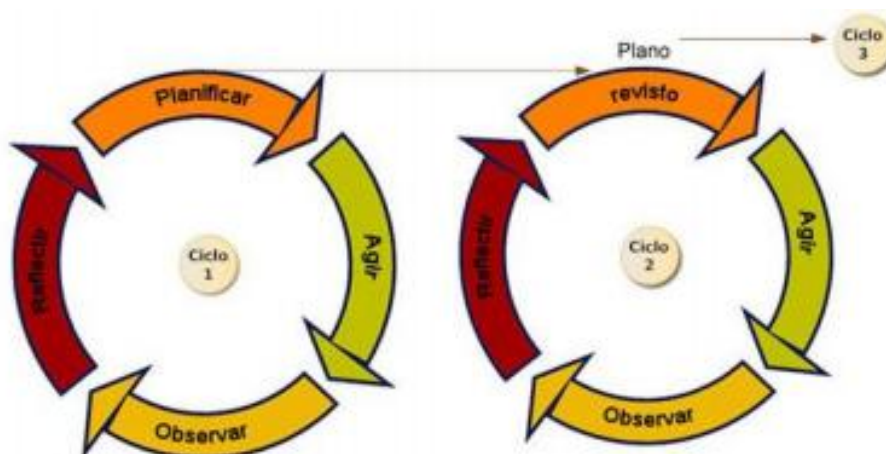
a percepção por parte do investigador, do participante e da comunidade. O propósito fundamental da investigação-ação não é tanto conceber conhecimento, mas melhorar e compreender a prática e a situação onde essa tem lugar, com a finalidade de explicá-las (Latorre, 2003), tendo, para tal, que transportar em si “estratégias de ação” que se adotam consoante as necessidades e situações (Coutinho et al., 2009, p.365).

Coutinho et al. (2009), fundamentando-se nos estudos de vários autores (Kemmis & McTaggart, 1998; Zuber-Skerritt, 1992; Conhen & Manion, 1994; Descombe, 1999; Elliot, 1991; Cortesão, 1998), enunciaram que a investigação-ação tem por base cinco características principais:

- Participativa e colaborativa, uma vez que todos os intervenientes são implicados no processo;
- Prática e interventiva, pois intervém diretamente na realidade em questão, não se limitando à teoria;
- Cíclica, na medida em que a investigação resulta de uma espiral de ciclos, que termina na implementação de mudanças, que são novamente avaliadas, dando início a uma nova espiral;
- Crítica, sendo que a comunidade crítica, para além de procurar melhores práticas, atua também como agente de mudança, sendo crítica e autocrítica das possíveis restrições sociopolíticas que possam haver;
- Auto-avaliativa, para que novos conhecimentos possam ser adaptados e produzidos.

Entre outros, Latorre (2003), refere que é neste diálogo entre pressupostos teóricos e a ação concreta que surge o carácter cíclico. O processo cíclico ou em espiral alterna entre ação e reflexão crítica. Nos ciclos posteriores são aperfeiçoados os métodos, os dados e a interpretação feita pela experiência, obtida no ciclo anterior (Dick, 1999). Neste ciclo de investigação-ação observamos um conjunto de fases que se desenvolvem de forma contínua, e que se resumem na sequência: planificação, ação, observação (avaliação) e reflexão (teorização) (Coutinho et al., 2009, p.366). Segundo a mesma autora, esta natureza cíclica envolve uma espiral de ciclos, nos quais as descobertas iniciais dão origem às possibilidades de mudanças, implementadas e avaliadas como introdução do ciclo seguinte. Como tal, está-se perante um permanente cruzamento da teoria e prática. O conjunto de procedimentos em movimento circular dá início a um novo ciclo que, por sua vez, desencadeia novas espirais de experiências de ação reflexiva (Coutinho et al., 2009, p.366), como apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Espiral de ciclos da Investigação-Ação



Fonte: Adaptado de Coutinho et al. (2009, p. 366)

Assim desenvolve-se um plano de ação, que, ao pretender atingir a melhoria de uma determinada prática, avança para a implementação do plano de forma intencional e controlada; durante a ação o investigador vai observando os efeitos da própria ação através da recolha de evidência, usando diversas técnicas e instrumentos de recolha de informação; na fase posterior á ação, há o debate de forma reflexiva, sobre os efeitos da ação, no sentido de reconstruir o significado da situação problemática que motiva a investigação e, com base no trabalho realizado, rever o plano gizado e partir para um novo ciclo de investigação-ação (Coutinho et al., 2009).

Em conformidade com a autora supracitada, também Marshall & Mckay (2002) referem que as fases do ciclo da investigação-ação centradas na resolução de problemas estão relacionadas com os interesses e responsabilidades do problema, compreendendo: a identificação do problema; a clarificação da sua natureza e contexto; o planeamento e a implementação das estratégias que lhe permitem a resolução do problema; gerir e avaliar a eficiência das intervenções, avaliando o seu impacte na resolução do problema. A ação termina com os resultados, se estes se revelarem satisfatórios. Caso contrário, o investigador terá de melhorar a ação planeada através de mudanças complementares no contexto identificado, dando início a um novo ciclo de investigação-ação (Marshall & Mckay, 2002).

Em suma, e em conformidade com as propostas de Marshall e McKay (2002), este processo de investigação é apropriado quando se pretende produzir teoria no contexto de uma problemática a ser melhorada.

Para compreender os “ciclos de ação reflexiva”, Kurt Lewin, citado por Coutinho et al. (2009, p.367), defende que uma investigação parte sempre de uma “ideia geral” a propósito de uma tema ou problema relevante sobre o qual é traçado um plano de ação, devendo proceder-se a um reconhecimento e avaliação do seu potencial e das suas limitações para se partir para ação, seguida de uma primeira aferição dos resultados dessa ação. A seguir a esta fase, o investigador faz uma revisão do plano inicial de acordo com os elementos de informação já recolhidos e planifica o segundo passo a partir desta fase.

O desafio do presente estudo tem como ponto de partida a teoria que fundamenta a atual prática dos enfermeiros do serviço de pediatria do CHTMAD no foco papel parental: parceria de cuidados, sendo sua finalidade capacitar os mesmos de bases teóricas para o desenvolvimento da sua prática nessa temática e gerar resultados com ganhos para os pais e para o exercício profissional.

Face ao tipo de estudo que se pretende, adotou-se uma metodologia que permitisse o desenvolvimento do conhecimento dos enfermeiros envolvidos, encontrando soluções para a problemática identificada, a partir da investigação, e orientasse para a promoção e generalização de melhores práticas no foco papel parental.

Deste modo, ao ter-se em conta estas diretrizes, procurou-se, no presente estudo, respeitar alguns princípios, nomeadamente: i) conceptualização da investigação-ação, constituída por dois ciclos de conveniência, os quais se interligam, ou seja, um refere-se à atenção centrada na resolução de um problema emergido da prática, outro diz respeito ao ganho para a investigação; ii) adotaram-se critérios com qualidade e rigor, fazendo uso das questões, tidas como um desafio contínuo, bem como se refletiu acerca das ações; iii) utilizou-se o modelo processual da investigação-ação, que auxiliou no desenho de uma pesquisa rigorosa, de modo a poder-se sustentar a gestão da complexidade de todo o processo.

Para uma melhor perceção da investigação, apresentamos na figura seguinte, adaptado do modelo de investigação-ação de Lewin (1946), referenciado por Coutinho et al. (2009, p.368), o desenho de investigação:

2. Desenho do estudo

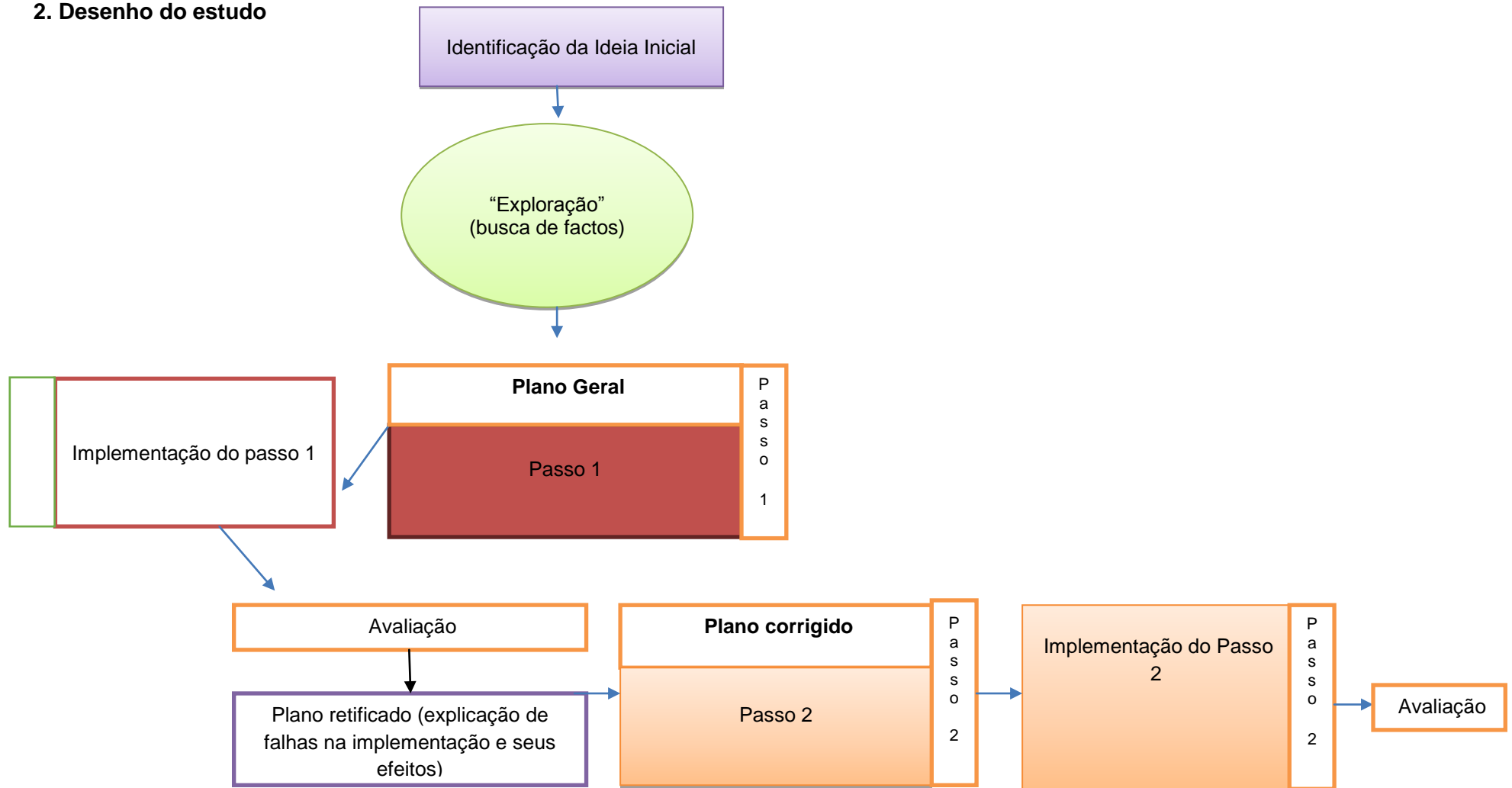
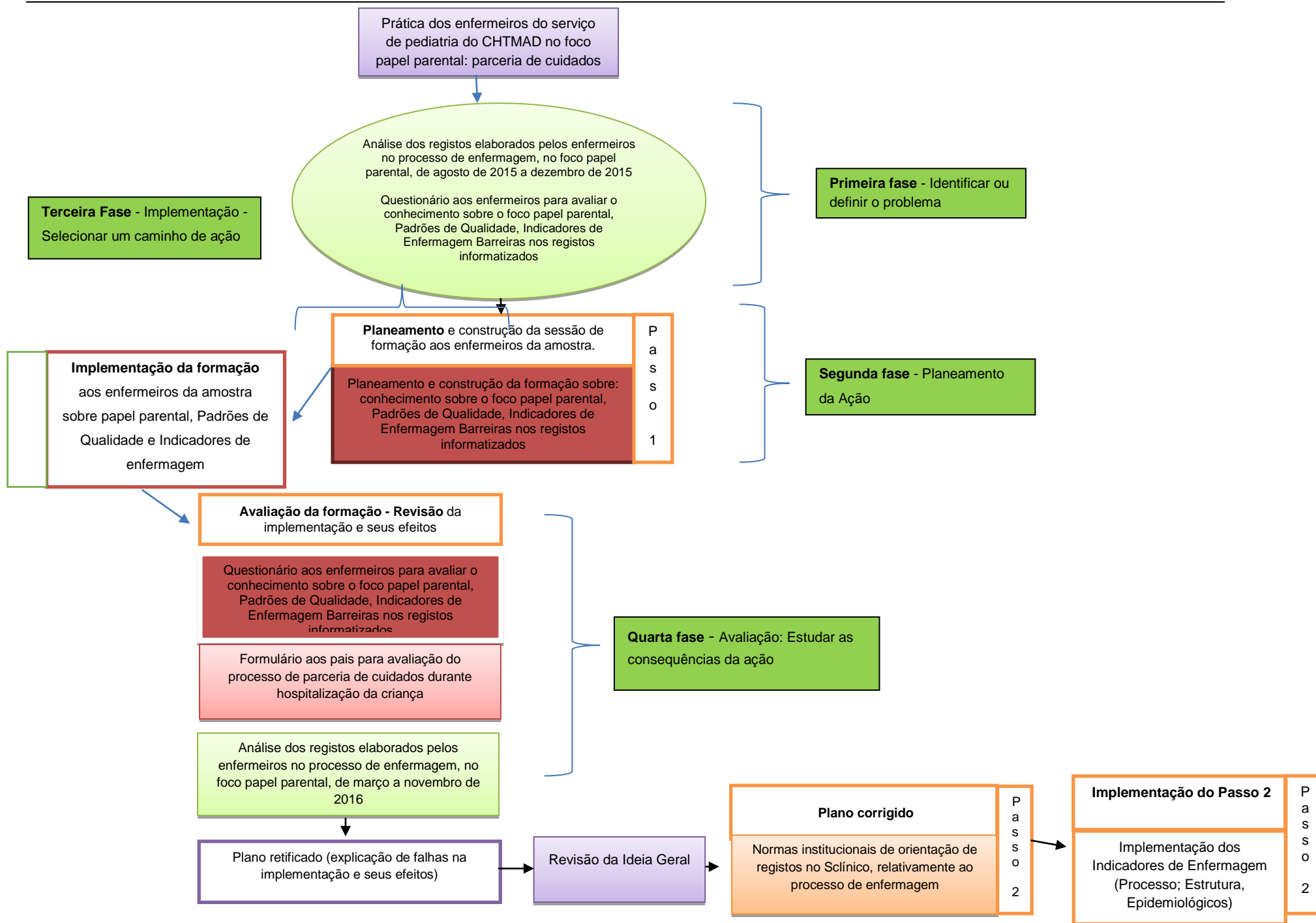


Figura 4 - Ciclo de Investigação-Ação (Lewin, 1946) citado por Coutinho et al. (2009, p.368)



2.1. Fases do Estudo

O processo de mudança decorreu ao longo das cinco fases, definidas por Susman & Evered (1978). Cada fase do estudo, que se descrevem seguidamente, procurou dar resposta a objetivos específicos, e as 5 fases estão interrelacionadas num único ciclo de investigação-ação.

Primeira Fase – Diagnóstico: Identificar ou definir o problema

A primeira fase é constituída por 3 etapas, como a seguir se apresenta:

1ª Etapa

Na primeira etapa procuramos Investigar qual a razão que leva os enfermeiros, da amostra, a não elaborar o diagnóstico de enfermagem no foco papel parental. Se esta lacuna se prendia com o conhecimento dos enfermeiros nas seguintes dimensões: papel parental, padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e indicadores de enfermagem e quais as barreiras identificadas nos registos informatizados. Esta etapa tem como finalidade a recolha de dados que permita clarificar o contexto do problema e identificar as oportunidades de desenvolvimento das práticas dos enfermeiros no foco papel parental.

Para se alcançarem estes propósitos, delinearão-se os seguintes objetivos:

- ✓ Identificar as barreiras encontradas à elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental;
- ✓ Identificar os conhecimentos dos enfermeiros no foco papel parental, padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e indicadores em enfermagem antes e após a formação.

Assim, para a consecução destes objetivos recorreu-se:

- Aplicação do questionário aos enfermeiros para avaliar o conhecimento sobre o foco papel parental, Padrões de Qualidade, Indicadores de Enfermagem e Barreiras nos registos informatizados, iniciou a 14 de abril de 2016.

2ª etapa

Nesta etapa procuramos identificar a natureza do problema, através da análise dos registos elaborados pelos enfermeiros no processo de enfermagem, no foco papel parental, de agosto a dezembro de 2015, esta data situa-se desde o momento, em que inicia os registos de enfermagem de acordo com a Parametrização Nacional única e até ao momento em que consideramos ser necessário para uma visão mais amplificada dos registos produzidos pelos enfermeiros. Estes dados são fornecidos pela unidade de informática do CHTMAD com o suporte do programa *business intelligence*. Com o objetivo de:

- ✓ Quantificar a prevalência de registo do foco papel parental como diagnóstico real e potencial, nos anos de 2015 e 2016, no serviço de pediatria do CHTMAD.

3ª etapa

Tendo em consideração a problemática da parceria de cuidados, tornou-se necessário desenvolver estratégias que respondem às oportunidades de desenvolvimento das práticas dos enfermeiros no contexto do papel parental: parceria de cuidados durante hospitalização da criança; conhecer a prática dos enfermeiros do serviço no que concerne ao envolvimento dos pais nos cuidados ao filho hospitalizado e a perspectiva destes sobre a negociação de cuidados. Para tal delineamos os seguintes objetivos:

- ✓ Caracterizar a parceria de cuidados estabelecida entre enfermeiros e pais da criança hospitalizada;

Para a concretização destes objetivos recorreremos á aplicação de um Formulário aos pais para avaliação do processo de parceria de cuidados durante hospitalização da criança.

Este Formulário tem 5 dimensões: atributos da criança, atributos do processo patológico/hospitalização, atributos dos pais, grau de participação dos pais nos cuidados e parceria de cuidados. Para avaliar a participação dos pais nos cuidados, consideramos os seus comportamentos perante as necessidades da criança, fazendo a comparação entre os cuidados prestados no domicílio e os prestados no hospital, caracterizando

quem é o responsável pelos cuidados (enfermeiro/pais) e qual o estímulo (prescrição de enfermagem, auto-iniciado ou negociação de cuidados) para a prestação desse cuidado.

No dia 14 de abril de 2016 começou a aplicar-se o Formulário aos pais para avaliar papel parental: parceria de cuidados durante hospitalização. É importante ressaltar que a sua aplicação teve início na fase de implementação do plano de ação (terceira fase), uma vez que era nosso interesse avaliar a prática dos enfermeiros, da amostra, na parceria de cuidados estabelecida com os pais, após ser garantida a fundamentação teórica necessária para uma prática adequada. Apesar de enquadrar na fase de diagnóstico, os resultados serão divulgados na fase da Avaliação (quarta fase).

Segunda fase - Planeamento da Ação

Depois de sistematizar os dados obtidos na fase um do estudo é tempo de refletir sobre as práticas e dar conteúdo e forma á estratégias de mudança - Planeamento de estratégias de desenvolvimento das práticas dos enfermeiros no foco papel parental: parceria de cuidados e seu contributo para um exercício profissional de qualidade.

Nesse sentido, foi imperioso elaborar um programa de desenvolvimento e de melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no foco papel parental, que permitisse um aperfeiçoamento da prática, através da fundamentação e evidencia, e aproximasse os modelos da prática a um modelo de parceria de cuidados, referindo o seu contributo nos ganhos em saúde.

Procedeu-se ao planeamento e construção da sessão de formação aos enfermeiros da amostra.

O planeamento da sessão de formação desenrolou-se nas seguintes etapas:

1. A 09 de abril de 2016, foi exposto no serviço a data da primeira sessão de formação a realizar a 14 de abril (cf. Anexo II).
2. Foram efetuadas cinco sessões de formação, programadas de forma a garantir que todos os profissionais de enfermagem assistissem (a 14 e 26 de abril, 9, 11 e 19 de maio). Verificamos que todos assistiram pelo menos uma vez.
3. Foram distribuídas por cada sessão, um impresso para garantir as assinaturas da presença de cada elemento (cf. Anexo III).

4. A cada participante foi-lhe distribuído um folheto onde podiam fazer a síntese da formação e colocar as dúvidas que podiam decorrer ao longo da sessão (cf. Anexo IV).

Terceira Fase - Implementação - Selecionar um caminho de ação

As estratégias do planeamento consideradas para a ação, proporcionar o desenvolvimento ou resolver o problema identificado, foram implementadas nesta fase.

Plano de sessão					
Tema: Pressupostos para o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros no foco papel parental Objetivo geral: Adquirir conhecimentos relativamente ao foco papel parental Destinatários: Enfermeiros do serviço de pediatria do CHTMAD - Alvo de intervenção do programa de formação/implementação Local: Serviço de internamento de pediatria do CHTMAD			Dinamização		
Objetivos específicos	Conteúdos Programáticos	Tempo	Métodos e técnicas	Meios e Material	Avaliação
No final da sessão, os Enfermeiros do serviço de pediatria deveram ser capazes de: - Definir papel parental e os tipos de papel parental; - Definir os dois tipos de necessidades das crianças: as de Sustento e as Complexas; - Distinguir o que é do domínio desenvolvimental e o que traduz uma necessidade especial; - Identificar o potencial de participação dos pais nos cuidados: condição do papel parental; e o papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização; - Ensinar a elaborar o diagnóstico no foco papel parental; - Definir os padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; - Definir os indicadores de enfermagem.	1 – Definir: <ul style="list-style-type: none"> ➤ papel parental ➤ tipos de papel parental 2- Definir os dois tipos de necessidades das crianças: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sustento ➤ Complexas 3-Distinguir o que é do domínio desenvolvimental e o que traduz uma necessidade especial 4- Identificar o potencial de participação dos pais nos cuidados: <ul style="list-style-type: none"> ➤ condição do papel parental ➤ papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização 5-Dar a conhecer os Padrões de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem e a importância destes para a excelência do exercício profissional; 6- Definir Indicadores de enfermagem e o seu contributo para os ganhos em saúde.	60 Min.	- Descritivo - Interativo	- Computador - Projetor	Formativa: -qualitativa: feedback dos enfermeiros

A formação permitiu a reflexão em torno das dúvidas e a consideração dos modelos em uso. Foi transmitida a teoria necessária, procurando proporcionar aos enfermeiros a oportunidade de desenvolvimento do seu conhecimento e as suas capacidades.

A estruturação da formação teve em consideração essencialmente 4 dimensões (cf. Anexo V)

1. O foco papel parental: parceria de cuidados;
2. A elaboração do diagnóstico de enfermagem no Sistema de Apoio á prática de enfermagem, atualmente Scĺnico, abordando as escalas de avaliação necessárias a tomada de decisão dos enfermeiros, focalizada na parentalidade e parceria estabelecida entre pais e enfermeiros na prestação de cuidados à criança;
3. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e o seu contributo para o exercício profissional na pediatria;
4. Indicadores de enfermagem e o seu contributo para assegurar informação útil e facilitar intervenções de enfermagem que promovam resultados saudáveis para os indivíduos que vivem transições.

A 30 de maio, após a formação, procedeu-se á segunda aplicação do mesmo Questionário (fase de diagnóstico) aos enfermeiros para avaliar se houve progresso no conhecimento sobre o foco papel parental, Padrões de Qualidade, Indicadores de Enfermagem e barreiras nos registos informatizados.

Quarta Fase – Avaliação: Estudar as consequências da ação

A avaliação da formação procurou refletir acerca da obtenção

Esta fase tem como propósito principal a revisão da implementação e seus efeitos e divide-se em 3 etapas:

1. Etapa - Apresentam-se os resultados obtidos no segundo momento de avaliação realizado com os enfermeiros após a fase de Implementação da ação.
2. Etapa - Análise dos registos elaborados pelos enfermeiros no processo de enfermagem, no foco papel parental, de março a novembro de 2016.
3. Etapa - Seguindo-se a apresentação dos resultados referentes ao Formulário dos pais para avaliação do processo de parceria de cuidados durante hospitalização da criança.

Quinta Fase – Revisão da Ideia Geral

2.2. Contexto do estudo

No CHTMAD, a informatização clínica encontra-se em vigor desde 2001, utilizando desde então o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), e a partir de 2010 o Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem (SAPE) como programa base de registos informatizados, através do aplicativo Sclínico.

Nesse ano, integrou-se o grupo de trabalho "Parametrização dos Registos de Enfermagem", contribuindo para a formação da equipa de enfermagem do serviço de Pediatria desde o processo de transição dos registos manuais para os informatizados.

Em junho de 2015, o hospital integrou o projeto "Parametrização Única Nacional" cuja mudança levou a omissões de registos e instabilidade na equipa de enfermagem. Considerando uma área essencial para a prática e, simultaneamente, da conveniência como profissional e membro integrante da equipa de enfermagem desse mesmo serviço, transformou-se o interesse num objetivo académico. O conhecimento desta realidade permitiu identificar lacunas na elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental, não refletindo a prática dos enfermeiros em pediatria. Interessava investigar esta problemática, procuramos saber se a sua conjuntura, se prendia à falta de prática sobre a terminologia utilizada pelo SAPE no foco papel parental; sobre o desconhecimento da importância da documentação da prática, no foco papel parental, para um exercício profissional de excelência e com ganhos em saúde; e se efetivamente, a prática dos enfermeiros era norteada pela parceria de cuidados, considerando esta um fator predominante na participação dos pais nos cuidados e qualidade dos cuidados de enfermagem pediátricos.

Nesta perspetiva surgem as seguintes questões:

1. Qual a prevalência de registo do foco papel parental como diagnóstico real e potencial, nos anos de 2015 e 2016 no serviço de pediatria do CHTMAD?
2. Quais as barreiras encontradas na elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental?
3. Que conhecimentos possuem os enfermeiros sobre o foco papel parental, Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem e indicadores em enfermagem?

4. Como se caracteriza a parceria de cuidados estabelecida entre enfermeiros e pais da criança hospitalizada?
5. Que indicadores de Enfermagem no foco papel parental poderão dar visibilidade ao trabalho dos enfermeiros?

Em março de 2016, solicitou-se a colaboração técnica e informática para a construção de indicadores de processo, resultado e epidemiológicos no serviço de pediatria do CHTMAD-HSPVR. A 25 de julho, visto ainda não ser possível essa colaboração, alegando escassez de recursos humanos e excesso de solicitações por parte do CHTMAD, efetuou-se um pedido formal ao Exmo. Senhor Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. – Hospital São Pedro de Vila Real, tendo obtido resposta no mês de dezembro de 2016. Foram apenas fornecidos os dados necessários à realização dos objetivos específicos.

2.3. Participantes

A amostra deste estudo é constituída por: enfermeiros do serviço de pediatria do CHTMAD alvo de intervenção do programa de formação/implementação e pais acompanhantes das crianças hospitalizadas, alvo da ação dos enfermeiros.

A todos os participantes foram fornecidas as informações necessárias e solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, tendo sido assegurado o seu anonimato e a confidencialidade dos dados. Todos os participantes foram informados de que a sua participação era totalmente livre, podendo desistir em qualquer momento do estudo e que, pela sua participação, não usufruiriam de qualquer benefício ou malefício.

Foram tidos como critérios de inclusão da amostra dos enfermeiros: aceitar participar no estudo; ser enfermeiro no serviço de pediatria internamento do CHTMAD. Para a amostra dos pais, consideram-se os seguintes critérios de inclusão: acompanhantes de crianças internadas no serviço de pediatria internamento do CHTMAD com pelo menos 24 horas de internamento; aceitar participar no estudo.

O Serviço de Pediatria recebe crianças desde os 29 dias até aos 17 anos e 364 dias de idade. Os internamentos nesta unidade são provenientes da urgência de pediatria, urgência geral, bloco operatório, consulta externa de pediatria, geral e neonatologia. Esta unidade recebe essencialmente crianças e jovens da área de referência do Centro Hospitalar, mas pode também acolher crianças de outros distritos. Engloba especialidades médicas, nomeadamente pediatria, pedopsiquiatria, neurologia e

especialidades cirúrgicas como cirurgia geral, urologia, ortopedia, otorrino, oftalmologia, maxilo-facial e cirurgia plástica.

Um aspeto relevante e que se reporta ao conceito de parceria de cuidados refere-se à política de visitas e permanência dos pais no serviço. Os pais podem permanecer junto do filho e decidirem manter-se junto da criança sempre que desejarem. A política de visitas é flexível podendo permanecer 24 horas por dia e serem substituídos por outros elementos (familiares ou não) sempre que desejarem. Outros membros da família são incorporados nos cuidados, sobretudo se partilham responsabilidades de papel parental com os pais ou se vão assumir esse papel após o regresso a casa.

2.4. Instrumentos de colheita de dados utilizados

Como instrumentos de colheita de dados, utilizaram-se:

- ✓ Questionário aos enfermeiros para avaliar o conhecimento sobre Padrões de Qualidade, Indicadores de Enfermagem e papel parental (cf. Anexo VI);
- ✓ Formulário aos pais para avaliação do processo de parceria de cuidados durante hospitalização (cf. Anexo VII);
- ✓ Dados recolhidos do processo clínico das crianças internadas no ano 2015 e 2016, pela unidade de informática do CHTMAD, com o suporte do programa *business intelligence* (cf. Anexo VIII).

2.4.1. Questionário aos enfermeiros

Para minimizar a possibilidade de divergências interpretativas e atribuir-se um significado claro e preciso às variáveis, criando-se a possibilidade de as tornar mensuráveis, procedeu-se à operacionalização conceptual e empírica de algumas das variáveis manifestas e latentes em estudo, cujos quadros seguintes sintetizam a operacionalização empírica realizada.

No Quadro 1 encontra-se a operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros.

Quadro 1 - Variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros

Variáveis	Operacionalização	Tipo de variável
Idade	Variável em forma de pergunta aberta	Quantitativa Intervalar
Gênero	Masculino Feminino	Qualitativa Nominal
Habilitações académicas	Avaliadas em função e classificadas em quatro grupos: Bacharelato em Enfermagem Licenciatura em enfermagem Mestrado Doutoramento	Qualitativa Nominal
Habilitações profissionais	Avaliadas em: Especialidade em Enfermagem – sim/não Pós-Graduação – sim/não	Qualitativa Nominal
Anos de experiência profissional	Variável em forma de pergunta aberta	Quantitativa Intervalar
Anos de exercício profissional no Serviço de Pediatria Internamento	Variável em forma de pergunta aberta	Quantitativa Intervalar

As variáveis referentes ao conhecimento dos enfermeiros acerca do papel parental, padrões de qualidade/indicadores de enfermagem foram operacionalizadas de acordo com o exposto no Quadro 2.

Quadro 2 – Operacionalização das variáveis papel parental, padrões de qualidade/indicadores de enfermagem

Questões	Variáveis	Opções de resposta	Operacionalização
1-15 (as questões 10, 11, 13 e 14 têm cotação inversa)	Conhecimento em relação ao foco papel parental	Discordo totalmente	Sem conhecimento
		Discordo moderadamente	
		Não tenho opinião	
		Concordo moderadamente	Com conhecimento
		Concordo totalmente	
1-8	Dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem	Discordo totalmente	Com dificuldades
		Discordo moderadamente	
		Não tenho opinião	
		Concordo moderadamente	Sem dificuldades
		Concordo totalmente	
9-19 (as questões 9,15, 16, 17 têm uma conotação inversa)	Conhecimento sobre padrões de qualidade	Discordo totalmente	Sem conhecimento
		Discordo moderadamente	
		Não tenho opinião	
		Concordo moderadamente	Com conhecimento
		Concordo totalmente	
20-34 (as questões 22,27, 29 têm conotação inversa)	Conhecimento sobre os indicadores de enfermagem	Discordo totalmente	Sem conhecimento
		Discordo moderadamente	
		Não tenho opinião	
		Concordo moderadamente	Com conhecimento
		Concordo totalmente	

2.4.2. Formulário aos pais para avaliação do processo de parceria de cuidados

Relativamente à problemática da parceria de cuidados tornou-se necessário conhecer o grau de participação dos pais nos cuidados e qual o estímulo que desencadeou essa participação, tendo em consideração que estes resultados foram

adquiridos durante e após as estratégias de mudança. A amostra final é constituída por 95 pais.

Segue-se a apresentação da operacionalização das variáveis referentes ao questionário dos pais para avaliação do processo de parceria de cuidados durante hospitalização.

Quadro 3 – Operacionalização das variáveis sociodemográficas e clínicas da criança

Variável	Tipo	Operacionalização
Idade da criança	Ordinal	<= 2 anos 3-9 anos >= 10 anos
Sexo	Nominal	Masculino Feminino
Cuidador habitual	Nominal	Pai Mãe
Internamentos anteriores	Nominal	Sim Não
Dias de internamento	Ordinal	<= 2 dias 3-5 dias >= 6 dias
Motivo do internamento	Nominal	Médico Cirúrgico
Motivo de internamentos anteriores	Nominal	Foro respiratório Foro hematológico Gastrointestinal Neurológico Geniturinário Infecioso Músculo-esquelético Outros
Admissão	Nominal	Não planeada Planeada
Duração da hospitalização	Ordinal	Curta (2 a 7 dias) Média (8 a 14 dias)
Conhecimento sobre a situação do filho	Nominal	Muito grave Grave Sem gravidade
Rede de apoio adequada às necessidades do filho e do exercício do papel parental	Nominal	Sim Não
Especificidade da rede de apoio	Nominal	Marido/esposa Familiares Profissionais de saúde

No Quadro 4 encontra-se a operacionalização das variáveis relativas às necessidades desenvolvimentais básicas e complexas da criança no domicílio e no hospital. As Necessidades da criança em casa e no hospital subdividem-se em:

Necessidades de sustento - Essenciais à sobrevivência e continuidade no processo do desenvolvimento infantil relacionadas com: eliminação; alimentação; higiene; segurança; desenvolvimento infantil, promoção da saúde.

Necessidades complexas - Essenciais à recuperação da saúde, relacionadas com: equipamentos; medicação; soroterapia; dor; procedimentos de diagnóstico/tratamento.

Condição Normal (desenvolvimental) - Característica do percurso de desenvolvimento/crescimento, transversais a todas as crianças, implica cuidados não diferenciados (do domínio do conhecimento, habilidades e/ou recursos).

Condição Especial - Característica de processos patológicos, específica de cada criança, implica cuidados diferenciados (do domínio do conhecimento, habilidade e/ou recursos).

Quadro 4 – Operacionalização das variáveis relativas às necessidades desenvolvimentais básicas e complexas da criança no domicílio e no hospital

Necessidades Desenvolvimentais		Tipo	Operacionalização
Básicas Domicílio/hospital	Alimentação	Nominal	Normal Especial
	Eliminação		Normal Especial
	Higiene		Normal Especial
	Segurança		Normal Especial
	Desenvolvimento Infantil		Normal Especial
	Promoção da saúde		Normal Especial
Complexas Domicílio/hospital	Equipamento		Normal Especial
	Soroterapia		Normal Especial
	Medicação		Normal Especial
	Dor		Normal Especial
	Procedimentos de diagnóstico/ tratamento		Normal Especial

No Quadro 5 estão operacionalizadas as variáveis concernentes à participação dos pais nos cuidados em relação às necessidades de sustento. Importa referir que estas variáveis implicam o reconhecimento das necessidades do filho durante a hospitalização, referindo ao facto de os pais indicarem os cuidados de que a criança vai precisar para satisfazer as necessidades básicas e complexas.

Quadro 5 – Operacionalização das variáveis de sustento

Alimentação (domicílio/hospital)	Tipo	Operacionalização
Avalia sinais de fome/saciedade	Nominal	Sim Não
Vigia refeição		Sim Não
Determina o tipo de alimentação adequada		Sim Não
Administra suplementos alimentares		Sim Não
Reforço da ingestão hídrica		Sim Não
Promove a autonomia da criança para se alimentar		Sim Não
Da refeição		Sim Não
Determina quantidade a administrar		Sim Não
Auxilia a criança a alimentar-se		Sim Não
Determina horário		Sim Não
Determina modo de administração		Sim Não
Eliminação (domicílio/hospital)	Tipo	Operacionalização
Determinar a muda da fralda	Nominal	Sim Não
Solicitar competências da criança para ir à casa de banho		Sim Não
Auxiliar a criança a ir à casa de banho		Sim Não
Identificar alterações na eliminação urinária e intestinal		Sim Não
Vigia a eliminação		Sim Não
Higiene (domicílio/hospital)	Tipo	Operacionalização
Auxiliar a criança a cuidar da higiene	Nominal	Sim Não
Vigiar higiene		Sim Não
Cuidar da higiene		Sim Não
Determinar modo de cuidar da higiene		Sim Não
Determinar horário para cuidar da higiene		Sim Não
Solicitar competências da criança para cuidar da higiene		Sim Não
Desenvolvimento Infantil (domicílio/hospital)	Tipo	Operacionalização
Estabelecer limites à criança	Nominal	Sim Não
Estimular tarefas-chave		Sim Não
Ensinar regras e comportamentos aceitáveis		Sim Não
Proporcionar estímulo e aprovação pelas aquisições		Sim Não
Desaprovar comportamentos não-apropriados		Sim Não
Criar estratégias para a criança aprender pela experiência		Sim Não
Ensinar regras e comportamentos aceitáveis		Sim Não

No Quadro 6 encontra-se a operacionalização das variáveis complexas, que dizem respeito às expectativas dos pais no desempenho do papel parental, ou seja,

referem-se ao cuidados que os pais prestavam em casa e nos quais desejam participar no hospital são relativos aqueles que satisfazem as necessidades básicas das crianças (alimentação, eliminação, higiene, segurança, desenvolvimento infantil) e complexas (equipamentos; medicação; soroterapia; dor; procedimentos de diagnóstico/tratamento).

Quadro 6 – Operacionalização das variáveis complexas

Equipamento (domicílio/hospital)	Tipo	Operacionalização
Manter fixação	Nominal	Sim Não
Vigiar efeito terapêutico		Sim Não
Manter permeabilidade/funcionamento		Sim Não
Soroterapia (domicílio/hospital)	Tipo	Operacionalização
Manter fixação	Nominal	Sim Não
Vigiar perfusão		Sim Não
Medicação (domicílio/hospital)	Tipo	Operacionalização
Vigiar efeitos secundários Solicitar competências da Criança para tomar medicação	Nominal	Sim Não
Vigiar efeitos terapêutico		Sim Não
Auxiliar a criança a tomar medicação		Sim Não
Preparar medicação		Sim Não
Administrar medicação		Sim Não
Procedimentos de diagnóstico e tratamento (domicílio/hospital)	Tipo	Operacionalização
Restringir movimentos	Nominal	Sim Não
Presença		Sim Não
Vigiar Indicadores (glicémia)		Sim Não
Reconhecer alterações (glicemia)		Sim Não
Determinar necessidades de medicação (insulina)		Sim Não
Aspirar secreções		Sim Não
Reconhecer sinais de necessidade de aspirar		Sim Não
Manipular material		Sim Não
Selecionar material		Sim Não
Dor (domicílio/hospital)		Tipo
Monitorizar dor	Nominal	Sim Não
Usar estratégias não farmacológicas para eliminar dor		Sim Não
Solicitar competências da criança para autocontrolo		Sim Não

No Quadro 7 pode observar-se a operacionalização das variáveis relativas ao estímulo para participação nas necessidades básicas e complexas, que abrangem:

Processo de participação dos pais nos cuidados

Para caracterizar os cuidados prestados pelos pais, iniciamos por representar todos os cuidados prestados á criança hospitalizada, o responsável pelo cuidado (mãe, mãe/enfermeiro, enfermeiro) e o estímulo associado ao mesmo. O tipo de cuidado foi considerado como aquele que é relativo às necessidades básicas (sustento) e complexas da criança. O responsável pelo cuidado identifica quem concretiza os referidos cuidados. Como estímulo consideramos o que, originou os cuidados prestados na assistência à criança e caracteriza como foram iniciados os cuidados e em contexto de parceria de cuidados.

Estímulos

Prescrição de enfermagem (PE): é uma situação caracterizada por comunicação de um só sentido, com os enfermeiros a seguirem uma decisão que já tinham previamente tomado sem os pais questionarem a decisão perante os enfermeiros. Os enfermeiros informam os pais acerca da decisão que tomaram e a opinião parental não é questionada de nenhum modo.

Auto iniciada (AI): A atividade é iniciada pelos pais, enfermeiro ou pais/enfermeiro, sem planeamento explícito e as decisões são tomadas por quem os iniciou. É uma situação caracterizada por tarefas desempenhadas ignorando a visão do “outro” acerca da mesma.

Negociação dos cuidados (NC): É uma situação caracterizada por mútua comunicação. Os desejos e opiniões dos pais são questionados e levados em consideração e tratados com respeito.

Quadro 7 – Operacionalização das variáveis relativas ao estímulo para participação nas necessidades básicas e complexas

Variável	Tipo	Operacionalização
Estímulo	Nominal	Prescrição de enfermagem Auto-iniciada Negociação dos cuidados
Necessidades básicas		
Alimentação	Nominal	Mãe Mãe/Enfermeiro
Eliminação		Mãe Mãe/Enfermeiro
Higiene		Mãe Mãe/Enfermeiro
Segurança		Mãe Mãe/Enfermeiro
Desenvolvimento infantil		Mãe Mãe/Enfermeiro
Necessidades complexas		
Equipamentos	Nominal	Mãe Mãe/Enfermeiro
Soroterapia		Mãe Mãe/Enfermeiro
Medicação		Mãe Mãe/Enfermeiro
Procedimentos de diagnóstico/tratamento		Mãe Mãe/Enfermeiro
Dor		Mãe Mãe/Enfermeiro

2.4.3. Dados recolhidos do processo clínico das crianças internadas em 2015 e 2016

Os dados informatizados, recolhidos dos processos de enfermagem das crianças internadas, relativos ao foco papel parental, foram fornecidos pela unidade de informática do CHTMAD, e o tratamento da informação é com o suporte do programa *business intelligence*.

Dos dados fornecidos, foram extraídos apenas os que tinham mais interesse para o estudo, nomeadamente os que definem a relação de parceria estabelecida entre enfermeiros/pais:

1. A atividade de diagnóstico, dos enfermeiros da amostra, nos períodos descritos (antes e após o processo formativo);
2. Os diagnósticos com o juízo clínico relativamente ao desempenho de papel parental, na dimensão especial, com as três condições: comprometido, em risco de compromisso e com potencial para desenvolvimento;
3. A Reformulação da condição diagnóstica dos aspetos de saúde avaliados, os resultados de enfermagem relativos à aquisição de conhecimento e da capacidade;
4. O número de internamentos existentes;

2.5. Questões Éticas

Em todo o processo de investigação, pautámos a nossa atuação com uma rigorosa conduta ética pelo que, num primeiro momento, se endereçou um pedido de parecer sobre o estudo à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, a qual emitiu parecer favorável (cf. Anexo IX), Contactou-se seguidamente a Comissão de Ética do CHTMAD, a fim de se submeter o protocolo de pesquisa, sendo garantido o cumprimento dos princípios gerais de ética em investigação. A 22 de fevereiro de 2016 procedeu-se ao pedido formal ao Conselho de Administração do CHTMAD, tendo-se recebido a respetiva autorização a 18 de março de 2016 (cf. Anexo X). Foi também efetuado um pedido formal ao Diretor do Serviço de Pediatria, sendo concedida a sua autorização (cf. Anexo XI).

3. Resultados do Estudo

De seguida tem lugar a apresentação dos resultados, tendo em conta as fases e etapas da investigação-ação, anteriormente descritas.

Está organizado em torno da avaliação da mudança e incide sobre os três eixos fundamentais da problemática identificada:

- Conhecimento dos enfermeiros no foco papel parental;
- Documentação produzida pelos enfermeiros, no foco papel parental;
- Práticas dos enfermeiros na parceria de cuidados com os pais.

Em função daquilo que será exposto nesta fase, entendemos que o percurso da investigação-ação realizado concebeu respostas adequadas às questões e aos objetivos da investigação.

3.1. Resultados da primeira fase (diagnóstico)

ANTES DA FORMAÇÃO

Etapa 1 – Resultados dos questionários dos enfermeiros referentes à primeira avaliação (antes da formação)

Apresentam-se os resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros antes da formação, começando-se pela sua caracterização sociodemográfica.

Caracterização da amostra

Todos os participantes no estudo são do sexo feminino. Apresentam uma idade mínima de 30 anos e uma máxima de 57 anos, ao que corresponde uma idade média de 43,40 anos com um desvio padrão de 7,18 anos.

O coeficiente de variação indicia uma dispersão baixa face às idades médias encontradas (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade

Idade	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Idade	30	57	43.40	7,18	16.54

No que se refere às habilitações académicas, apuramos que a maioria (80,0%) das enfermeiras possui apenas a licenciatura e 20,0% têm também o mestrado (cf. Tabela 2). Pela mesma tabela, afere-se que apenas 33,3% possuem especialização em Saúde Infantil e 13,3% possuem pós-graduação, a que correspondem duas participantes. Destas, uma possui a pós-graduação em intervenção humanitária e outra em gestão e administração de serviços de saúde.

Tabela 2 – Caracterização académica e pós-graduada das enfermeiras

Habilitações académicas	Nº	%
Licenciatura	12	80,0
Mestrado	3	20,0
Especialização	15,0	100,0
Não	10	66,7
Sim – Saúde Infantil	5	33,3
Pós-graduação		
Não	13	86,7
Sim	2	13,3

Experiência profissional e exercício profissional em pediatria

Apresentamos na Tabela 3 as estatísticas relacionadas com os anos de experiência profissional e de exercício profissional no Serviço de Pediatria Internamento. No referente à experiência profissional, aferimos uma experiência profissional mínima de 7 anos e um máximo de 37 anos, com uma média de 20,40 anos e desvio padrão de 7,73 anos (cf. Tabela 3). Em relação aos anos de exercício profissional no Serviço de Pediatria as estatísticas mostram um mínimo de 2 anos e um máximo de 25 anos, com uma média de 14,80 anos ($\pm 6,99$ dp).

Tabela 3 – Estatísticas relativas à experiência profissional

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Experiência profissional	7	37	20,40	7,73	37,89
Exercício prof. Pediatria	2	25	14,80	6,99	47,22

Conhecimento dos enfermeiros sobre o foco papel parental

As tabelas que se seguem apresentam as estatísticas relacionadas com os conhecimentos das enfermeiras sobre o foco do papel parental. Tal como descrito no capítulo da metodologia, este foco é avaliado através de uma escala ordinal tipo Likert constituído por 15 afirmações cotadas numa escala de 1 a 5 sendo que um corresponde

a discordo totalmente e 5 a concordo totalmente. Acresce dizer que os itens 10, 11, 13 e 14 são cotados de forma inversa, o que dito de outra forma para quem respondeu discordo totalmente ou discordo, revelam possuir melhores conhecimentos.

Face ao exposto, os resultados apresentados na Tabela 5 indicam que a maioria dos enfermeiros demonstra conhecimentos acerca do papel parental, atendendo ao facto de se verificar que os valores percentuais mais elevados recaíram na opção de resposta “Concordo moderadamente” e “Concordo totalmente”, com destaque para a questão 8 “na parceria de cuidados ser necessário que os enfermeiros tenham em conta: as necessidades da criança, as expectativas dos pais, o conhecimento dos pais sobre a situação do filho e a rede de apoio” face à qual 86,7% dos participantes se revelam totalmente concordantes. Destaca-se também o elevado grau de concordância por parte de 80,0% dos enfermeiros na questão 15 “a parceria de cuidados envolver uma relação aberta entre estes e os pais, na qual são discutidos os cuidados que a criança necessita, sendo os papéis estabelecidos” e com igual percentagem a questão 11 “A participação nos cuidados está inerente à condição de pais”. É igualmente expressivo o percentual encontrado (66,7%) no grau de total concordância em relação à questão 4 “a condição normal (desenvolvimental) é característica do percurso de desenvolvimento/crescimento, transversais a todas as crianças” e à questão 14 “os pais devem ter autoiniciativa para prestar cuidados”.

Na Tabela 4 apresentamos também os índices mínimos e máximos bem como os respetivos valores médios e desvios padrão correspondentes. O índice médio mais elevado recaiu no item 8 ($M=4,87$; $Dp.=0,352$) que refere que “na parceria de cuidados é necessário que os enfermeiros tenham em conta: as necessidades da criança, as expectativas dos pais, o conhecimento dos pais sobre a situação do filho e a rede de apoio”. Seguindo-se o item 15 que afirma que “a parceria de cuidados envolve uma relação aberta entre enfermeiros e pais, na qual são discutidos os cuidados que a criança necessita e os papéis são estabelecidos ($M=4,73$; $Dp.=0,594$). Com idêntica média, ($M=4,60$; $Dp.=0,632$) encontram-se os itens 4, “à condição normal (desenvolvimental) ser a característica do percurso de desenvolvimento/crescimento, transversais a todas as crianças”, o item 5 “a condição especial ser a característica de processos patológicos, específica de cada criança, implica cuidados diferenciados” e o item 7 “crianças com necessidades complexas permanentes serem crianças que já vêm de casa com necessidades complexas, no hospital crescem mais necessidades complexas e estas condições mantêm-se no regresso a casa”.

Tabela 4 – Dados relativos ao foco papel parental

		Disc. total.	Disc moder	Não opinião	Conc. moder	Conc. totalm	Média
1	As necessidades de sustento são essenciais à sobrevivência e continuidade no processo do desenvolvimento infantil	0,0	0,0	33,3	20,0	46,7	4,13
2	As necessidades complexas são as essenciais à recuperação da saúde	0,0	0,0	33,3	33,3	33,3	4,00
3	As necessidades complexas são as relacionadas com: equipamentos; medicação; soroterapia; dor; procedimentos de diagnóstico/tratamento	6,7	6,7	20,00	40,0	26,7	3,73
4	A condição normal (desenvolvimental) é característica do percurso de desenvolvimento/crescimento, transversais a todas as crianças	0,0	0,0	6,7	26,7	66,7	4,60
5	A condição especial é característica de processos patológicos, específica de cada criança, implica cuidados diferenciados	0,0	0,0	0,0	40,0	60,0	4,60
6	Crianças com necessidades complexas inaugurais são crianças com necessidades normais e quando são internadas passam a ter necessidades especiais e complexas devido à doença	6,7	6,7	13,3	53,3	20,0	3,73
7	Crianças com necessidades complexas permanentes são crianças que já vêm de casa com necessidades complexas, no hospital acrescem mais necessidades complexas e estas condições mantêm-se no regresso a casa	0,0	0,0	0,0	53,3	60,0	4,60
8	Na parceria de cuidados é necessário que os enfermeiros tenham em conta: as necessidades da criança ; as expectativas dos pais ; o conhecimento dos pais sobre a situação do filho; a rede de apoio	0,0	0,0	0,0	13,3	86,7	4,87
9	Ter expectativas adequadas sobre o desempenho do papel parental é saber os cuidados que os pais prestavam em casa e se desejam participar no hospital	0,0	0,0	6,7	53,3	40,0	4,33
10	Para a avaliação do papel parental é necessário que os enfermeiros tenham em conta apenas as expectativas dos pais para o desempenho do papel parental	6,7	53,3	0,0	26,7	13,3	2,87
11	A participação nos cuidados está inerente à condição de pais	6,7	80,0	0,0	13,3	0,0	0,0
12	Os pais devem decidir se querem participar nos cuidados ao filho	0,0	0,0	0,0	60,0	33,3	4,20
13	Deve haver uma prescrição de enfermagem para que os pais participem nos cuidados	6,7	26,7	6,7	26,7	33,3	3,53
14	Os pais devem ter autoiniciativa para prestar cuidados	6,7	66,7	0,0	20,0	6,7	2,53
15	A parceria de cuidados envolve uma relação aberta entre enfermeiros e pais na qual são discutidos os cuidados que a criança necessita e os papéis são estabelecidos	0,0	0,0	6,7	13,3	80,0	4,73

Procedeu-se entretanto à realização do teste Binomial por forma a saber da existência de significância estatística entre as participantes que possuem conhecimento e as que não possuem conhecimento acerca do foco papel parental. Considerou-se uma probabilidade de 50% e um ponto de corte ≤ 3 classificado sem conhecimento (correspondente aos participantes que responderam discordo totalmente, discordo e não tem opinião) e > 3 aos que possuem conhecimento (referentes aos que responderam concordo ou concordo totalmente). Assim, através da leitura da Tabela 6, infere-se que, com exceção do item 13 que indicia fraco conhecimento (40,0%) mas sem significância estatística, obtiveram-se valores percentuais acima dos 60,0% em todos os itens o que é condizente com elevado conhecimento. Todavia, os itens 1, 2, 3, 6, 10, 13 e 14 não revelam significância estatística (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Teste binomial para o conhecimento sobre o foco papel parental

		Sem conhecimento		Com conhecimento		P
		N	%	N	%	
1	As necessidades de sustento são essenciais à sobrevivência e continuidade no processo do desenvolvimento infantil	5	33,3	10	67,0	0,302
2	As necessidades complexas são as essenciais à recuperação da saúde	5	33,3	10	67,0	0,302
3	As necessidades complexas são as relacionadas com: equipamentos; medicação; soroterapia; dor; procedimentos de diagnóstico/tratamento	5	33,3	10	67,0	0,302
4	A condição normal (desenvolvimental) é característica do percurso de desenvolvimento/crescimento, transversais a todas as crianças	1	0,07	14	93,0	0,001
5	A condição especial é característica de processos patológicos, específica de cada criança, implica cuidados diferenciados	-	0,00	15	100,0	0,000
6	Crianças com necessidades complexas inaugurais são crianças com necessidades normais e quando são internadas passam a ter necessidades especiais e complexas devido à doença	4	27,0	11	73,0	0,118
7	Crianças com necessidades complexas permanentes são crianças que já vêm de casa com necessidades complexas, no hospital crescem mais necessidades complexas e estas condições mantêm-se no regresso a casa	-	0,00	15	100,0	0,000
8	Na parceria de cuidados é necessário que os enfermeiros tenham em conta: as <u>necessidades da criança</u> ; as <u>expectativas dos pais</u> ; o <u>conhecimento dos pais</u> sobre a situação do filho; a <u>rede de apoio</u>	-	0,00	15	100,0	0,000
9	Ter expectativas adequadas sobre o desempenho do papel parental é saber os cuidados que os pais prestavam em casa e se desejam participar no hospital	1	0,07	14	93,0	0,001
10	Para a avaliação do papel parental é necessário que os enfermeiros tenham em conta apenas as expectativas dos pais para o desempenho do papel parental	9	60,0	6	40,0	0,607
11	A participação nos cuidados está inerente à condição de pais	13	87,0	2	13,0	0,007
12	Os pais devem decidir se querem participar nos cuidados ao filho	1	0,07	14	93,0	0,001
13	Deve haver uma prescrição de enfermagem para que os pais participem nos cuidados	6	40,0	9	60,0	0,607
14	Os pais devem ter autoiniciativa para prestar cuidados	11	73,0	4	27,0	0,118
15	A parceria de cuidados envolve uma relação aberta entre enfermeiros e pais na qual são discutidos os cuidados que a criança necessita e os papéis são estabelecidos	1	0,07	14	93,0	0,001

O índice de conhecimentos foi determinado através do somatório dos 15 itens. O score bruto obtido foi posteriormente transformado em score percentual através da fórmula $[(\text{score bruto} - 15) / \text{amplitude}] * 100$.

As estatísticas apresentam um índice mínimo de 53,3% e um máximo de 95,0% com um valor médio de 72,7% e desvio padrão de 8,37%, o que nos permite afirmar que as enfermeiras possuem, em média, bons índices de conhecimentos (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre o foco conhecimentos sobre papel parental

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Conhecimentos papel parental (score bruto)	47	72	58,6	5,02	8,56
Conhecimentos papel parental (score transformado)	53,3	95,0	72,7	8,37	11,52

Efetuamos, entretanto, a classificação dos conhecimentos usando como ponto de corte a mediana o que nos permitiu classificar as participantes em dois grupos: sem conhecimentos e com conhecimentos. Aferimos que no primeiro grupo se obteve um percentual e 40,0% e no segundo 60,0% (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Classificação dos conhecimentos sobre o papel parental

	Nº	%
Sem conhecimentos	6	40,0
Com conhecimento	9	60,0
Total	15	100,0

Pelos resultados apresentados na Tabela 8, observa-se que os enfermeiros classificados como possuindo fracos conhecimentos distribuem-se igualmente por ambos os grupos etários (50%), possuem maioritariamente a licenciatura em enfermagem (66,7%), não possuem habilitação profissional especializada (66,7%) nem cursos de pós-graduação (83,3%). Distribuem-se, com igual percentagem (50%), pelos anos de experiência profissional, mas ponderam os que possuem menos tempo de exercício profissional em pediatria (66,7%). No que respeita aos enfermeiros com conhecimentos, verifica-se que, na sua maioria, são mais velhos (66,7%), 88,9% são licenciados em enfermagem, 66,7% não possuem habilitação profissional especializada. A revelarem igualmente conhecimento, em relação ao foco papel parental, encontram-se os enfermeiros com mais anos de experiência profissional e com mais anos de exercício profissional no Serviço de Pediatria Internamento, com igual percentagem (66,7%, respetivamente).

Tabela 8 - Conhecimento dos enfermeiros em relação ao foco papel parental em função das variáveis sociodemográficas

Conhecimento Variáveis	Sem conhecimento		Com conhecimento		Total	
	Nº (6)	% (40,0)	Nº (9)	% (60,0)	Nº (15)	% (100,0)
Idade						
<45 anos	3	50,0	3	33,3	6	40,0
>= 45 anos	3	50,0	6	66,7	9	60,0
Habilitações acadêmicas						
Licenciatura em enfermagem	4	66,7	8	88,9	12	80,0
Mestrado	2	33,3	1	11,1	3	20,0
Habilitação profissional especializada						
Não	4	66,7	6	66,7	10	66,7
Sim	2	33,3	3	33,3	5	33,3
Pós-graduação						
Não	5	83,3	8	88,9	13	86,7
Sim	1	16,7	1	11,1	2	13,3
Anos de experiência profissional						
Até 20 anos	3	50,0	3	33,3	6	40,0
>20 anos	3	50,0	6	66,7	9	60,0
Anos de exercício profissional no Serviço de Pediatria Internamento						
<= 15 anos	4	66,7	3	33,3	7	46,7
> 15 anos	2	33,3	6	66,7	8	53,3
Total	6	100,0	9	100,0	15	100,0

Na Tabela 9 encontram-se as correlações obtidas entre o conhecimento sobre o foco papel parental com as variáveis independentes (idade, anos de experiência profissional e anos de exercício profissional no Serviço de Pediatria Internamento), cujos resultados indicam que todas as variáveis estabelecem relações diretas com o conhecimento, no entanto, sem relevâncias estatísticas, permitindo porém afirmar que quanto mais idade, anos de experiência profissional e anos de exercício profissional no Serviço de Pediatria Internamento mais conhecimentos os enfermeiros possuem sobre o foco papel parental.

Tabela 9 - Correlação de Pearson entre as variáveis sociodemográficas e conhecimento sobre o foco papel parental

Variáveis	R	P
Idade	0,158	0,574
Anos de experiência profissional	0,190	0,498
Anos de exercício profissional no Serviço de Pediatria	0,492	0,062

Padrões de Qualidade/Indicadores de Enfermagem

Seguem-se os resultados relativos aos Padrões de Qualidade/Indicadores de Enfermagem, no primeiro momento de avaliação. Salienta-se que se apresentam, em

primeiro lugar, os resultados referentes às dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem (questões 1 à 8), seguindo-se os relativos ao conhecimento sobre padrões de qualidade (questões 9 à 19). Importa também ressaltar que as questões 9, 15, 16 e 17 são cotadas inversamente.

Dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem

Como exposto na Tabela 10, pode dizer-se que a média mais elevada corresponde à afirmação “Sinto que tenho necessidade de formação nesta área” (M=4,20), seguindo-se a questão 2 “Tenho dificuldade em elaborar o diagnóstico de enfermagem papel parental” (M=4,00) e a questão 8 “Tenho noção que, por vezes, não atualizo o processo de enfermagem de forma adequada” (M=4,00). O valor médio mais baixo corresponde à questão 7 “A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a desmotivação” (M=2,33), significando que os enfermeiros, no geral, discordam moderadamente com a referida afirmação.

Tabela 10 – Dados relativos às dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem

		Disc. total.	Disc moder	Não opinião	Conc. moder	Conc. totalm	M
1	Sinto que tenho necessidade de formação nesta área	6,7	0,0	0,0	53,3	40,0	4,20
2	Tenho dificuldade em elaborar o diagnóstico de enfermagem papel parental	6,7	0,0	6,7	66,7	20,0	4,00
3	Não me encontro familiarizado com os termos utilizados no aplicativo Sclínico para a elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental	6,7	13,3	6,7	53,3	20,0	3,67
4	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de conhecimento sobre o aplicativo Sclínico	0,0	33,3	6,7	40,0	20,0	3,47
5	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de conhecimento sobre a linguagem utilizada	0,0	33,3	6,7	40,0	20,0	3,47
6	A principal barreira para correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de tempo	13,3	40,0	6,7	40,0	0,0	2,73
7	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a desmotivação	20,0	53,3	0,0	26,7	0,0	2,33
8	Tenho noção que, por vezes, não atualizo o processo de enfermagem de forma adequada	0,0	6,7	6,7	66,7	20,0	4,00

Na tabela 11 encontram-se os resultados referentes ao teste Binomial por forma a saber da existência de significância estatística entre os enfermeiros que possuem dificuldade e os que não possuem dificuldade em relação às dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem. Deste modo, considerou-se uma probabilidade de 50% e um

ponto de corte ≤ 3 que se classificou sem dificuldade (os que responderam discordo totalmente, discordo e não tem opinião) e >3 os que possuem dificuldade (referentes aos que responderam concordo ou concordo totalmente).

Assim, verifica-se que em todas as respostas há uma probabilidade acima dos 50,0% de dificuldades manifestadas pelos enfermeiros sobre as dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem, com destaque para a questão 1 onde se obteve 93,0% dos enfermeiros a considerarem que sentem ter necessidade de formação nesta área, seguindo-se os 87,0% dos que admitem ter dificuldade em elaborar o diagnóstico de enfermagem papel parental, bem como admitem ter a noção que, por vezes, não atualizam o processo de enfermagem de forma adequada, resultando em relevância estatísticas nas questões 1 ($p=0,001$), 2 ($p=0,007$) e 8 ($p=0,007$). Importa salientar que 73,0% dos enfermeiros admitem que não se encontram familiarizados com os termos utilizados no aplicativo Sclínico para a elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental. Apenas 27,0% dos participantes é que considera que a principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a desmotivação.

Tabela 11 - Teste binomial para as dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem

		Sem dificuldade		Com dificuldade		binomial (p)
		N	%	N	%	
1	Sinto que tenho necessidade de formação nesta área	1	0,7	14	93,0	0,001
2	Tenho dificuldade em elaborar o diagnóstico de enfermagem papel parental	2	13,0	13	87,0	0,007
3	Não me encontro familiarizado com os termos utilizados no aplicativo Sclínico para a elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental	4	27,0	11	73,0	0,118
4	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de conhecimento sobre o aplicativo Sclínico	6	40,0	9	60,0	0,607
5	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de conhecimento sobre a linguagem utilizada	6	40,0	9	60,0	0,607
6	A principal barreira para correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de tempo	6	40,0	9	60,0	0,607
7	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a desmotivação	11	73,0	4	27,0	0,118
8	Tenho noção que, por vezes, não atualizo o processo de enfermagem de forma adequada	2	13,0	13	87,0	0,007

Conhecimento sobre os padrões de qualidade

De seguida apresentam-se os resultados obtidos na dimensão do conhecimento sobre os padrões de qualidade, que engloba as questões 9 à 19.

Através dos resultados apresentados na Tabela 13, pode dizer-se que as médias oscilam entre um mínimo de 2,93 (Dp.=1,387) na questão 9 (“Os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem não conseguem promover um exercício profissional da enfermagem que responda aos mais elevados níveis de exigência”) e um máximo de 4,47 (Dp.=0,743) na questão 15 (“A promoção da saúde não tem relação com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade”). Na globalidade, os valores médios apontam para um grau de concordância moderado em relação aos padrões de qualidade (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Estatísticas relativas ao conhecimento sobre os padrões de qualidade

		min	max	M	dp
9	Os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem não conseguem promover um exercício profissional da enfermagem que responda aos mais elevados níveis de exigência	1	5	2,93	1,387
10	Os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem servem de base estrutural a uma reflexão e análise da prática profissional	3	5	4,33	0,724
11	Atualmente, o exercício profissional dos enfermeiros está orientado para os enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	2	5	3,80	0,775
12	A “satisfação da criança/jovem” é um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados de saúde, numa das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados de enfermagem	3	5	3,73	0,704
13	A parceria de cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade “A Satisfação da Criança/Jovem”	3	5	3,53	0,640
14	A implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade “ Bem-Estar e o Autocuidado”	1	5	3,47	0,915
15	A promoção da saúde não tem relação com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade	3	5	4,47	0,743
16	A prevenção de complicações não tem relação com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade	2	5	4,33	0,900
17	Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade não se referem à readaptação funcional	3	5	3,73	0,884
18	Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade referem-se à readaptação funcional	2	5	3,40	0,828
19	A existência de uma política de formação contínua dos Enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade “A Organização dos Cuidados de Enfermagem”	2	5	4,27	0,884

Através da análise dos resultados apresentados na Tabela 13, constata-se que a maioria dos participantes discorda com a afirmação de que os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem não conseguem promover um exercício profissional da enfermagem que responda aos mais elevados níveis de exigência, com 26,7% a

concordar moderadamente. Regista-se que 40,0% e 46,7% dos enfermeiros manifestam-se concordantes em relação aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem servirem de base estrutural a uma reflexão e análise da prática profissional; 60,0% concorda moderadamente acerca de, atualmente, o exercício profissional dos enfermeiros estar orientado para os enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquanto 13,3% concordam totalmente.

Verifica-se ainda que 53,3% dos participantes não tem opinião sobre a afirmação de que a parceria de cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade “A Satisfação da Criança/Jovem”, enquanto 40,0% manifestam um grau de concordância moderada face à mesma afirmação. Pode dizer-se que 46,7% dos enfermeiros concordam moderadamente com a afirmação de que a implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade “ Bem-Estar e o Autocuidado”, registando-se também que 40,0% não tem opinião face à mesma questão.

Mais de metade dos participantes (60,0%) concorda totalmente com a afirmação que a promoção da saúde não tem relação com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade, 53,3% manifestam-se totalmente concordantes com o facto de a prevenção de complicações não ter relação com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade. Outro resultado encontrado respeita aos 53,3% dos enfermeiros que não têm opinião acerca dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade não se referirem à readaptação funcional, contrariamente aos 20,0% e 26,7% que se manifestam moderada e totalmente concordantes com essa afirmação.

Grande parte dos participantes (60,0%) não manifesta opinião perante a questão de os enunciados descritivos dos padrões de qualidade se referirem à readaptação funcional, enquanto 20,0% concordam moderadamente e 13,3% concordam totalmente com esta afirmação. Por fim, constata-se que os valores percentuais mais elevados em relação à afirmação 19 (“Existência de uma política de formação contínua dos Enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade “A Organização dos Cuidados de Enfermagem”) se encontram nos graus de moderada e total concordância.

Tabela 13 – Dados relativos ao conhecimento sobre o conhecimento acerca dos padrões de qualidade

		Disc. total.	Disc moder	Não opinião	Conc. moder	Conc. totalm
9	Os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem não conseguem promover um exercício profissional da enfermagem que responda aos mais elevados níveis de exigência	20,0	20,0	20,0	26,7	13,3
10	Os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem servem de base estrutural a uma reflexão e análise da prática profissional	0,0	0,0	13,3	40,0	46,7
11	Atualmente, o exercício profissional dos enfermeiros está orientado para os enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	0,0	6,7	20,0	60,0	13,3
12	A “satisfação da criança/jovem” é um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados de saúde, numa das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados de enfermagem	0,0	0,0	40,0	46,7	13,3
13	A parceria de cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade “A Satisfação da Criança/Jovem”	0,0	0,0	53,3	40,0	6,7
14	A implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade “ Bem-Estar e o Autocuidado”	6,7	0,0	40,0	46,7	6,7
15	A promoção da saúde não tem relação com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade	0,0	0,0	13,3	26,7	60,0
16	A prevenção de complicações não tem relação com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade	0,0	6,7	6,7	33,3	53,3
17	Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade não se referem à adaptação funcional	0,0	0,0	53,3	20,0	26,7
18	Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade referem-se à adaptação funcional	0,0	6,7	60,0	20,0	13,3
19	A existência de uma política de formação contínua dos Enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade “A Organização dos Cuidados de Enfermagem”	0,0	6,7	6,7	40,0	46,7

Na tabela 14 encontram-se os resultados referentes ao teste Binomial com o intuito de se saber a existência de significância estatística entre os enfermeiros que possuem conhecimento e os que não possuem conhecimento sobre os padrões de qualidade. Tendo-se utilizado a metodologia já descrita para a construção dos pontos de corte. Pela sua análise, constata-se que nas questões 10 (“Os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem servem de base estrutural a uma reflexão e análise da prática profissional”), 11 (“Atualmente, o exercício profissional dos enfermeiros está orientado para os enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem”), 12 (“A “satisfação da criança/jovem” é um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados de saúde, numa das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados de enfermagem”), 14 (“A implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade “ Bem-Estar e o Autocuidado””), 15 (“A promoção da saúde não tem relação com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade”), 16 (“A prevenção de complicações não tem relação com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade”) e 19 (“A existência de uma política de formação contínua dos Enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade “A Organização dos Cuidados de Enfermagem””) há uma

probabilidade acima dos 50,0% dos enfermeiros revelarem conhecimento face às mesmas.

Tabela 14 - Teste binomial para o conhecimento sobre os padrões de qualidade

		Sem conhecimento		Com conhecimento		binomial (p)
		N	%	N	%	
9	Os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem não conseguem promover um exercício profissional da enfermagem que responda aos mais elevados níveis de exigência	9	60,0	6	40,0	0,607
10	Os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem servem de base estrutural a uma reflexão e análise da prática profissional	2	13,0	13	87,0	0,007
11	Atualmente, o exercício profissional dos enfermeiros está orientado para os enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	4	27,0	11	73,0	0,118
12	A "satisfação da criança/jovem" é um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados de saúde, numa das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados de enfermagem	6	40,0	9	60,0	0,607
13	A parceria de cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade "A Satisfação da Criança/Jovem"	8	53,0	7	47,0	1,000
14	A implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade " Bem-Estar e o Autocuidado"	7	47,0	8	53,0	1,000
15	A promoção da saúde não tem relação com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade	2	13,0	13	87,0	0,007
16	A prevenção de complicações não tem relação com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade	2	13,0	13	87,0	0,007
17	Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade não se referem à readaptação funcional	8	53,0	7	47,0	1,000
18	Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade referem-se à readaptação funcional	10	67,0	5	33,0	0,302
19	A existência de uma política de formação contínua dos Enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, vai ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade "A Organização dos Cuidados de Enfermagem"	2	13,0	13	87,0	0,007

Conhecimento sobre os indicadores de qualidade

Apresentam-se de seguida os resultados referentes ao conhecimento sobre os indicadores de qualidade, sendo esta uma dimensão constituída pelas questões 20 à 34.

Através da análise dos dados apresentados na Tabela 15, pode afirmar-se que as médias oscilam entre o mínimo de 3,00 na questão 29 ("Para avaliar a capacidade do enfermeiro em prevenir o aparecimento de complicações utiliza-se um indicador de processo") e o máximo na questão 22 "(Os indicadores podem ser usados como guias orientadores, na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados)" 4,60. Fazendo-se uma leitura global dos valores médios encontrados, na globalidade, afere-se que as respostas se encontram centradas nos graus de concordância sem opinião e concordo moderadamente.

Tabela 15 – Dados relativos ao conhecimento sobre os indicadores de qualidade

		Disc. total.	Disc moder	Não opinião	Conc. moder	Conc. totalm	M
20	O atual aplicativo informático Sclínico contribui para a elaboração de indicadores de enfermagem	0,0	13,3	6,7	60,0	20,0	4,40
21	Os indicadores de enfermagem são o caminho para o desenvolvimento de boas práticas	0,0	0,0	6,7	46,7	46,7	4,60
22	Os indicadores de enfermagem são desnecessários	0,0	0,0	0,0	40,0	60,0	4,20
23	Os indicadores podem ser usados como guias orientadores, na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados	6,7	0,0	6,7	40,0	46,7	3,67
24	A avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem reflete a efetividade dos cuidados desenvolvidos para a resolução de diagnósticos identificados ou a sua prevenção	6,7	6,7	20,0	46,7	20,0	2,93
25	Para avaliar a produtividade de enfermagem utiliza-se um indicador de estrutura	13,3	0,0	73,3	6,7	6,7	3,47
26	Para avaliar a capacidade do enfermeiro em detetar o risco de complicações utiliza-se um indicador de processo	0,0	6,7	53,3	26,7	13,3	3,27
27	Para avaliar a capacidade do enfermeiro em detetar o risco de complicações utiliza-se um indicador de estrutura	0,0	13,3	60,0	13,3	13,3	3,07
28	Para avaliar a capacidade do enfermeiro em prevenir o aparecimento de complicações utiliza-se um indicador de resultado	13,3	0,0	66,7	6,7	13,3	3,00
29	Para avaliar a capacidade do enfermeiro em prevenir o aparecimento de complicações utiliza-se um indicador de processo	6,7	13,3	66,7	13,3	0,0	3,47
30	Para avaliar a capacidade de resolução de um determinado fenómeno/diagnóstico de enfermagem utiliza-se um indicador de resultado	13,3	0,0	40,0	20,0	26,7	4,00
31	Para avaliar o número total de casos em que o resultado esperado de um determinado fenómeno/diagnóstico foi realmente conseguido utiliza-se um indicador de resultado	0,0	0,0	40,0	20,0	40,0	3,73
32	O número total de novos casos de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem é um indicador epidemiológico	6,7	0,0	33,3	33,3	26,7	3,80
33	O número total de novos casos de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem indica a incidência	0,0	6,7	33,3	33,3	26,7	3,80
34	Com o número total de casos de ocorrência de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem avalia-se a Taxa de prevalência	0,0	0,0	40,0	40,0	20,0	3,87

Na tabela 16 estão expostos os resultados concernentes ao teste Binomial cujo objetivo é verificar a existência de significância estatística entre os enfermeiros que possuem conhecimento e os que não possuem conhecimento sobre os indicadores de qualidade. Para tal, considerou-se uma probabilidade de 50% e um ponto de corte ≤ 3 que se classificou sem conhecimento (os que responderam discordo totalmente, discordo e não tem opinião) e >3 os que possuem conhecimento (referentes aos que responderam concordo ou concordo totalmente). A análise dos dados revela que, na maioria das questões, os valores percentuais registados encontram-se acima dos 50,0%, à exceção das questões 25 à 30. Assim, numa análise mais pormenorizada, salientam-se os 100,0% obtidos na questão 22, no entanto, há a salientar que esta é uma questão cotada inversamente, significando que os enfermeiros consideram que os indicadores de enfermagem são necessários. Outro resultado relevante refere-se aos 93,0% de enfermeiros a considerarem que os indicadores de enfermagem são o caminho para o desenvolvimento de boas práticas, bem como os 87,0% que confirmam que os indicadores podem ser usados como guias orientadores, na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados.

Tabela 16 - Teste binomial para o conhecimento sobre os indicadores de qualidade

		Sem conhecimento		Com conhecimento		binomial (p)
		N	%	N	%	
20	O atual aplicativo informático Sclínico contribui para a elaboração de indicadores de enfermagem	3	20,0	12	80,0	0,035
21	Os indicadores de enfermagem são o caminho para o desenvolvimento de boas práticas	1	0,7	14	93,0	0,001
22	Os indicadores de enfermagem são desnecessários	-	0,0	15	100,0	0,000
23	Os indicadores podem ser usados como guias orientadores, na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados	2	13,0	13	87,0	0,007
24	A avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem reflete a efetividade dos cuidados desenvolvidos para a resolução de diagnósticos identificados ou a sua prevenção	5	33,0	10	67,0	0,302
25	Para avaliar a produtividade de enfermagem utiliza-se um indicador de estrutura	13	87,0	2	13,0	0,007
26	Para avaliar a capacidade do enfermeiro em detetar o risco de complicações utiliza-se um indicador de processo	9	60,0	6	40,0	0,607
27	Para avaliar a capacidade do enfermeiro em detetar o risco de complicações utiliza-se um indicador de estrutura	11	73,0	4	27,0	0,118
28	Para avaliar a capacidade do enfermeiro em prevenir o aparecimento de complicações utiliza-se um indicador de resultado	12	80,0	3	20,0	0,035
29	Para avaliar a capacidade do enfermeiro em prevenir o aparecimento de complicações utiliza-se um indicador de processo	13	87,0	2	13,0	0,007
30	Para avaliar a capacidade de resolução de um determinado fenómeno/diagnóstico de enfermagem utiliza-se um indicador de resultado	8	53,0	7	47,0	1,000
31	Para avaliar o número total de casos em que o resultado esperado de um determinado fenómeno/diagnóstico foi realmente conseguido utiliza-se um indicador de resultado	6	40,0	9	60,0	0,607
32	O número total de <u>novos casos</u> de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem é um indicador epidemiológico	6	40,0	9	60,0	0,607
33	O número total de <u>novos casos</u> de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem indica a incidência	6	40,0	9	60,0	0,607
34	Com o número total de <u>casos de ocorrência</u> de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem avalia-se a Taxa de prevalência	6	40,0	9	60,0	0,607

Reporta-se na Tabela 17 as estatísticas relativas ao conhecimento sobre o foco papel parental, as dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem e padrões de qualidade/indicadores de enfermagem, cujos valores médios oscilam entre a máxima de 72,77 ($\pm 8,372$) no foco papel parental e a mínima de 62,08 ($\pm 14,698$) nas dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem. Deste modo, pode dizer-se que os enfermeiros revelam mais conhecimento sobre o foco papel parental, seguindo-se o conhecimento acerca dos padrões de qualidade (média=70,45 \pm 12,741). As medidas de simetria apresentam valores indiciadores de uma distribuição normal e os coeficientes de variação apresentam uma dispersão baixa face às médias encontradas, com exceção das dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem com uma dispersão moderada.

Tabela 17 - Estatísticas relativas do conhecimento sobre o foco papel parental, as dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem e Padrões de Qualidade/Indicadores de Enfermagem

Variáveis	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Foco papel parental	15	53,33	95,00	72,77	8,372	11,50	0,95	4,41
Dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem		18,75	75,00	62,08	14,698	23,67	-3,55	4,37
Padrões de qualidade		47,73	95,45	70,45	12,741	18,08	0,54	-0,28
Indicadores de qualidade		51,67	96,67	67,11	10,680	15,91	2,60	3,03

Etapa 2 - Resultados dos dados informatizados antes da formação

Nesta segunda etapa faz-se a apresentação da análise dos resultados informatizados antes da formação, sendo relevante salientar que estes dados foram fornecidos pela unidade de informática do CHTMAD, como referido anteriormente.

Analisou-se o juízo relativamente ao desempenho de papel parental nas três condições: comprometido, em risco de compromisso e com potencial para desenvolvimento do conhecimento/capacidade da mãe/pai para tomar conta, na dimensão especial, uma vez que esta condição é a mais frequente em contexto de internamento hospitalar.

Na fase de avaliação, das etapas do processo de enfermagem, a determinação dos ganhos em saúde é estabelecida pela avaliação dos resultados obtidos, representados pela reformulação da condição diagnóstica. A aquisição de conhecimento e da capacidade dos pais (clientes), acompanhantes das crianças internadas, é sinónimo de ganhos em saúde e traduz o bom desempenho da enfermagem.

Perante a análise dos dados, de agosto a dezembro de 2015, antes do processo formativo, caracteriza-se a prática dos enfermeiros, no que concerne à informação produzida no processo de enfermagem, relativamente ao foco papel parental:

- Existe uma diminuta atividade de enfermagem nos registos informatizados do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, no que concerne à elaboração do diagnóstico no foco papel parental. Este facto é evidente quando se compara o número de internamentos com o número de diagnósticos presentes no processo de enfermagem, assim como o potencial para melhorar o conhecimento/capacidade dos pais em tomar conta das necessidades especiais. Pode deduzir-se que os enfermeiros, da amostra, têm uma prática pouco

fundamentada, no que respeita a esta problemática e foi possível identificar aspetos em que é oportuno evoluir.

Tabela 18 – Dados do processo clínico das crianças internadas no ano 2015

Ano	Mês	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)	Conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)	Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)	Capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)	Risco de compromisso do papel parental durante a hospitalização	Risco sem desenvolvimento de complicação	Nº de internamentos
2015	Agosto	1	0	3	0	3	0	54
	Setembro	2	0	0	0	4	0	40
	Outubro	1	0	1	0	5	0	40
	Novembro	4	0	0	0	3	0	47
	Dezembro	9	0	0	1	7	0	63

3.2. Quarta fase (Avaliação) **APÓS A FORMAÇÃO**

De seguida apresentam-se os resultados dos enfermeiros após a formação, o que corresponde à Etapa 1, seguindo-se a análise dos resultados informatizados após a formação (Etapa 2) e, por último, pertencendo à Etapa 3, têm lugar os resultados do Formulário aplicados aos pais.

Etapa 1 – Resultados dos questionários dos enfermeiros referentes à segunda avaliação (depois da formação)

De seguida apresentam-se os resultados obtidos no segundo momento de avaliação realizado com os enfermeiros, ou seja, após a formação.

Conhecimento dos enfermeiros sobre o foco papel parental

Após a formação, e como se pode verificar na Tabela 19, houve um aumento de conhecimento dos enfermeiros acerca do foco papel parental, registando-se valores percentuais mais elevados, na maioria das questões, na opção de resposta “concordo totalmente”, sobressaindo os 93,3% obtidos na questão 9 (“Ter expectativas adequadas sobre o desempenho do papel parental é saber os cuidados que os pais prestavam em casa e se desejam participar no hospital”), sendo este valor exponencialmente mais significativo do que o obtido no primeiro momento de avaliação (40,0%). Ressalva-se também que 86,7% dos participantes concordam totalmente com as necessidades de

sustento serem essenciais à sobrevivência e continuidade no processo do desenvolvimento infantil (questão 1), havendo também uma diferença significativa em relação ao primeiro momento de avaliação, onde se obteve 46,7% de respostas totalmente concordantes e 33,3% dos enfermeiros a não terem opinião sobre o assunto. Do mesmo modo, regista-se que 86,7% dos participantes concordam totalmente com a afirmação de que as necessidades complexas são as relacionadas com os equipamentos, medicação, soroterapia, dor, e procedimentos de diagnóstico/tratamento, um valor muito acima do registado no primeiro momento de avaliação (26,7%), em que também 20,0% dos enfermeiros não tinham opinião, com alguns a discordarem com a referida afirmação.

Fazendo-se uma comparação dos resultados entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, pode afirmar-se que há um aumento de conhecimento dos enfermeiros sobre o foco papel parental.

Tabela 19 – Dados relativos ao foco papel parental no segundo momento de avaliação

		Disc. total.	Disc moder	Não opinião	Conc. moder	Conc. totalm
1	As necessidades de sustento são essenciais à sobrevivência e continuidade no processo do desenvolvimento infantil	0,0	0,0	0,0	13,3	86,7
2	As necessidades complexas são as essenciais à recuperação da saúde	0,0	0,0	0,0	46,7	53,3
3	As necessidades complexas são as relacionadas com: equipamentos; medicação; soroterapia; dor; procedimentos de diagnóstico/tratamento	0,0	0,0	0,0	13,3	86,7
4	A condição normal (desenvolvimental) é característica do percurso de desenvolvimento/crescimento, transversais a todas as crianças	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0
5	A condição especial é característica de processos patológicos, específica de cada criança, implica cuidados diferenciados	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0
6	Crianças com necessidades complexas inaugurais são crianças com necessidades normais e quando são internadas passam a ter necessidades especiais e complexas devido à doença	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0
7	Crianças com necessidades complexas permanentes são crianças que já vêm de casa com necessidades complexas, no hospital acrescem mais necessidades complexas e estas condições mantêm-se no regresso a casa	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0
8	Na parceria de cuidados é necessário que os enfermeiros tenham em conta: as necessidades da criança ; as expectativas dos pais ; o conhecimento dos pais sobre a situação do filho; a rede de apoio	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0
9	Ter expectativas adequadas sobre o desempenho do papel parental é saber os cuidados que os pais prestavam em casa e se desejam participar no hospital	0,0	0,0	0,0	6,7	93,3
10	Para a avaliação do papel parental é necessário que os enfermeiros tenham em conta apenas as expectativas dos pais para o desempenho do papel parental	0,0	0,0	0,0	46,7	53,3
11	A participação nos cuidados está inerente à condição de pais	13,3	13,3	0,0	40,0	33,3
12	Os pais devem decidir se querem participar nos cuidados ao filho	20,0	26,7	0,0	46,7	6,7
13	Deve haver uma prescrição de enfermagem para que os pais participem nos cuidados	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0
14	Os pais devem ter autoiniciativa para prestar cuidados	0,0	13,3	6,7	53,3	26,7
15	A parceria de cuidados envolve uma relação aberta entre enfermeiros e pais na qual são discutidos os cuidados que a criança necessita e os papéis são estabelecidos	6,7	33,3	6,7	46,7	6,7

Os resultados apurados em relação ao Teste binomial corroboram os anteriormente referidos, na medida em que na maioria das questões todos os enfermeiros revelam 100,0% de probabilidade de conhecimento sobre o foco papel parental. Observa-se que houve uma redução da percentagem de enfermeiros na dimensão sem conhecimento na questão 11 (“A participação nos cuidados está inerente à condição de pais”), passando de 87,0% no primeiro momento de avaliação para 47,0% no segundo momento, com prevalência dos participantes a revelarem conhecimento (1ªavaliação 13,0% vs. 2ªavaliação 53,0%). No que se refere à questão 13 (“Deve haver uma prescrição de enfermagem para que os pais participem nos cuidados”) também se regista um aumento de conhecimento de 20,0% (1ªavaliação 60,0% vs. 2ªavaliação 80,0%), o que também ocorreu na questão 14 (“Os pais devem ter autoiniciativa para prestar cuidados”), pois na primeira avaliação registou-se apenas 27,0% de probabilidade de conhecimento e na segunda avaliação subiu para 53,0% (cf. Tabela 20).

Tabela 20 - Teste binomial para o conhecimento sobre o foco papel parental

		Sem conhecimento		Com conhecimento		binomial (p)
		N	%	N	%	
1	As necessidades de sustento são essenciais à sobrevivência e continuidade no processo do desenvolvimento infantil	-	0,0	15	100,0	0,000
2	As necessidades complexas são as essenciais à recuperação da saúde	-	0,0	15	100,0	0,000
3	As necessidades complexas são as relacionadas com: equipamentos; medicação; soroterapia; dor; procedimentos de diagnóstico/tratamento	-	0,0	15	100,0	0,000
4	A condição normal (desenvolvimental) é característica do percurso de desenvolvimento/crescimento, transversais a todas as crianças	-	0,0	15	100,0	0,000
5	A condição especial é característica de processos patológicos, específica de cada criança, implica cuidados diferenciados	-	0,0	15	100,0	0,000
6	Crianças com necessidades complexas inaugurais são crianças com necessidades normais e quando são internadas passam a ter necessidades especiais e complexas devido à doença	-	0,0	15	100,0	0,000
7	Crianças com necessidades complexas permanentes são crianças que já vêm de casa com necessidades complexas, no hospital acrescem mais necessidades complexas e estas condições mantêm-se no regresso a casa	-	0,0	15	100,0	0,000
8	Na parceria de cuidados é necessário que os enfermeiros tenham em conta: as necessidades da criança ; as expectativas dos pais ; o conhecimento dos pais sobre a situação do filho; a rede de apoio	-	0,0	15	100,0	0,000
9	Ter expectativas adequadas sobre o desempenho do papel parental é saber os cuidados que os pais prestavam em casa e se desejam participar no hospital	-	0,0	15	100,0	0,000
10	Para a avaliação do papel parental é necessário que os enfermeiros tenham em conta apenas as expectativas dos pais para o desempenho do papel parental	4	27,0	11	73,0	0,118
11	A participação nos cuidados está inerente à condição de pais	7	47,0	8	53,0	1,000
12	Os pais devem decidir se querem participar nos cuidados ao filho	-	0,0	15	100,0	0,000
13	Deve haver uma prescrição de enfermagem para que os pais participem nos cuidados	3	20,0	12	80,0	0,035
14	Os pais devem ter autoiniciativa para prestar cuidados	7	47,0	8	53,0	1,000
15	A parceria de cuidados envolve uma relação aberta entre enfermeiros e pais na qual são discutidos os cuidados que a criança necessita e os papéis são estabelecidos	-	0,0	15	100,0	0,000

Fazendo-se uma análise dos resultados do conhecimento sobre o foco papel parental em função das variáveis sociodemográficas, como exposto na Tabela 21, começa-se por referir que no grupo de enfermeiros sem/com fracos conhecimentos acerca do foco papel parental sobressaem 66,7% com idade igual ou superior aos 45 anos, 83,3% com a licenciatura em enfermagem, 66,7% não possuem habilitação profissional especializada, 6 enfermeiros que não possuem pós-graduação e, com igual valor percentual, os que possuem até 20 anos de experiência profissional e menos anos de exercício profissional no Serviço de Pediatria Internamento (50.0%, respetivamente). A revelarem conhecimento sobre o foco papel parental realçam-se os 55,6% dos enfermeiros com mais idade (55,6%), 77,6% com a licenciatura em enfermagem, 66,7% dos que não possuem habilitação profissional especializada, 77,8% não têm pós graduação, bem como 66,7% dos enfermeiros com mais anos de experiência profissional e 55,6% daqueles que possuem mais anos de exercício profissional no Serviço de Pediatria Internamento.

Tabela 21 - Conhecimento dos enfermeiros em relação ao foco papel parental em função das variáveis sociodemográficas

Conhecimento Variáveis	Sem conhecimento		Com conhecimento		Total	
	Nº (6)	% (40.0)	Nº (9)	% (60.0)	Nº (15)	% (100.0)
Idade						
<45 anos	2	33,3	4	44,4	6	40,0
>= 45 anos	4	66,7	5	55,6	9	60,0
Habilitações académicas						
Licenciatura em enfermagem	5	83,3	7	77,8	12	80,0
Mestrado	1	16,7	2	22,2	3	20,0
Habilitação profissional especializada						
Não	4	66,7	6	66,7	10	66,7
Sim	2	33,3	3	33,3	5	33,3
Pós-graduação						
Não	6	100,0	7	77,8	13	86,7
Sim	-	0,0	2	22,2	2	13,3
Anos de experiência profissional						
Até 20 anos	3	50,0	3	33,3	6	40,0
>20 anos	3	50,0	6	66,7	9	60,0
Anos de exercício profissional no Serviço de Pediatria Internamento						
<= 15 anos	3	50,0	4	44,4	7	46,7
> 15 anos	3	50,0	5	55,6	8	53,3
Total	6	100.0	9	100.0	15	100.0

A aplicação do T teste aponta para mais conhecimento sobre o foco papel parental no segundo momento de avaliação (média=85,33;±8,641), resultando em significância estatística (p=0,000) (cf. Tabela 22).

Tabela 22 –Teste t para amostras emparelhadas entre conhecimento sobre o foco papel parental nos dois momentos de avaliação

Conhecimento sobre o foco papel parental	Média	Dp	t	P
Primeira avaliação	72,77	8,372	-7,203	0,000
Segunda avaliação	85,33	8,641		

Dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem

Os resultados referentes às dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem demonstram que houve uma redução de participantes a concordarem moderada e totalmente com a necessidade de terem formação na área, quando comparado com o momento de avaliação, antes da formação (cf. Tabela 23). Regista-se agora que 13,3% dos enfermeiros discordam moderadamente com o facto de sentirem necessidade de formação na área, o que não aconteceu na primeira avaliação, onde nenhum enfermeiro discordou moderadamente. Nesta avaliação, 20,0% dos enfermeiros não têm opinião, contrariamente à primeira avaliação.

No que se refere ao facto de os enfermeiros terem dificuldade em elaborar o diagnóstico de enfermagem papel parental, é de salientar que não se registam quaisquer respostas nos graus de concordância, o que não aconteceu na primeira avaliação, onde os enfermeiros manifestavam dificuldade. Assim, como exposto na Tabela 26, pode afirmar-se que o percentual mais elevado (60,0%) recaiu no grau de discordância moderada, demonstrando que a formação recebida atenuou as dificuldades que os enfermeiros poderiam sentir na elaboração do diagnóstico de enfermagem papel parental.

Constata-se que também há diferença de resultados em relação ao facto de os enfermeiros considerarem que não se encontram familiarizados com os termos utilizados no aplicativo Sclínico para a elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental, na medida em que na primeira avaliação se registou 53,3% dos enfermeiros a concordarem moderadamente e 20,0% totalmente com o facto de não se sentirem familiarizados na área. Na segunda avaliação, a percentagem mais elevada (80,0%) recaiu no grau de discordância moderada, sugerindo que os enfermeiros já se sentem mais familiarizados com os termos utilizados no aplicativo Sclínico para a elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental.

Já em relação à principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental ser a falta de conhecimento sobre o aplicativo

Scĺnico, verifica-se que os enfermeiros adquiriram mais conhecimento, isto porque nŁo se registam respostas no grau de concordŁncia total, tal como na primeira avaliaŁŁo (20,0%), bem como reduziu a percentagem de participantes a concordarem moderadamente com o facto de a falta de conhecimento ser uma barreira para a correta elaboraŁŁo do diagnŁstico de enfermagem no foco papel parental (1ª avaliaŁŁo 40.0% vs. 2ª avaliaŁŁo 13.3%). Deste modo, o valor mais elevado refere-se ao grau de discordŁncia moderada (66,7%).

No que concerne Ł principal barreira para a correta elaboraŁŁo do diagnŁstico de enfermagem no foco papel parental ser a falta de conhecimento sobre a linguagem utilizada, tŁm se verifica que os enfermeiros, na globalidade, jŁ discordam mais com esta afirmaŁŁo, o que nŁo aconteceu no primeiro momento de avaliaŁŁo. Por conseguinte, apura-se que 53,3% dos participantes discordam moderadamente com o facto de a principal barreira para a correta elaboraŁŁo do diagnŁstico de enfermagem no foco papel parental ser a falta de conhecimento sobre a linguagem utilizada, um valor superior ao encontrado na primeira avaliaŁŁo (33,3%).

Quanto ao facto de a principal barreira para correta elaboraŁŁo do diagnŁstico de enfermagem no foco papel parental ser a falta de tempo, verifica-se um aumento da percentagem de enfermeiros a discordarem moderadamente, ou seja, obteve-se 40,0% na primeira avaliaŁŁo e 46,7% na segunda avaliaŁŁo. Por outro lado, reduziram as percentagens nos graus de concordŁncia, nomeadamente na concordŁncia moderada (1ª avaliaŁŁo 40,0% vs. 2ª avaliaŁŁo 26,7%). No entanto, na primeira avaliaŁŁo nŁo se registou qualquer resposta em termos de concordŁncia total, tendo-se agora 6,7% de enfermeiros a concordarem totalmente com o facto de a principal barreira para correta elaboraŁŁo do diagnŁstico de enfermagem no foco papel parental ser a falta de tempo. Mantem-se o mesmo valor na discordŁncia total (13,3%, respetivamente).

Ao analisarem-se os resultados referentes Ł afirmaŁŁo de que a principal barreira para a correta elaboraŁŁo do diagnŁstico de enfermagem no foco papel parental Ł a desmotivaŁŁo, comparando os dois momentos de avaliaŁŁo, pode dizer-se que aumentou a percentagem de enfermeiros que concordam moderadamente (1ª avaliaŁŁo 26,7% vs. 2ª avaliaŁŁo 33,3%). Na segunda avaliaŁŁo, 6,7% dos enfermeiros concordam totalmente com a referida barreira nos registos de enfermagem, enquanto na primeira avaliaŁŁo nenhum optou por este grau de concordŁncia. Na primeira avaliaŁŁo, 53,3% dos enfermeiros discordaram moderadamente com a referida afirmaŁŁo, um valor que baixou para 33,3% na segunda avaliaŁŁo. Por fim, verificou-se que na primeira avaliaŁŁo nŁo houve enfermeiros a assumirem que nŁo tinham opiniŁo sobre o assunto, contrariamente

à segunda avaliação onde 13,3% dos enfermeiros não têm opinião em relação a esta barreira nos registos de enfermagem.

Através da análise dos dados da Tabela 23 ainda se pode afirmar que a maioria dos enfermeiros (80,0%) concordam moderadamente com o facto de terem a noção que por vezes não atualizam o processo de enfermagem de forma adequada, um valor acima do registado na primeira avaliação (66,7). Apura-se também que baixou a percentagem de enfermeiros que concordam totalmente com a referida afirmação (1ª avaliação 20,0 vs. 2ª avaliação 6.7%).

Tabela 23 – Dados relativos às dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem

		Disc. total.	Disc moder	Não opinião	Conc. moder	Conc. totalm
1	Sinto que tenho necessidade de formação nesta área	0,0	13,3	20,0	46,7	20,0
2	Tenho dificuldade em elaborar o diagnóstico de enfermagem papel parental	13,3	60,0	6,7	20,0	0,0
3	Não me encontro familiarizado com os termos utilizados no aplicativo Sclínico para a elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental	13,3	80,0	6,7	0,0	0,0
4	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de conhecimento sobre o aplicativo Sclínico	13,3	66,7	6,7	13,3	0,0
5	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de conhecimento sobre a linguagem utilizada	6,7	53,3	6,7	20,0	13,3
6	A principal barreira para correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de tempo	13,3	46,7	6,7	26,7	6,7
7	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a desmotivação	13,3	33,3	13,3	33,3	6,7
8	Tenho noção que, por vezes, não atualizo o processo de enfermagem de forma adequada	0,0	6,7	6,7	80,0	6,7

Os dados apresentados na Tabela 24 revelam que, após a formação, há um aumento de enfermeiros que não revelam dificuldades relativamente aos registos de enfermagem, destacando-se os 100,0% que admitem encontrar-se familiarizados com os termos utilizados no aplicativo Sclínico para a elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental, o que, antes da formação, não acontecia, uma vez que 27,0% dos participantes apresentavam dificuldades a este nível, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$). Constata-se também que há um aumento de enfermeiros a admitirem que, após a formação, a falta de conhecimento sobre o aplicativo Sclínico (87,0%), a falta de conhecimento sobre a linguagem utilizada (67,0%), a falta de tempo (67,0%) e a desmotivação (60,0%) já não se constituem como fatores inibidores para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental. Importa referir que se manteve a percentagem de enfermeiros que têm a noção que, por vezes, não atualizam o processo de enfermagem de forma adequada (1ª avaliação 13,0% vs. 2ª

avaliação 13,0%). De realçar que se registaram diferenças estatisticamente significativas no item 2 “Tenho dificuldade em elaborar o diagnóstico de enfermagem papel parental” ($p=0,035$) e no item 4 “A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de conhecimento sobre o aplicativo Sclínico”.

Tabela 24 - Teste binomial para as dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem

		Sem dificuldade		Com dificuldade		binomial (p)
		N	%	N	%	
1	Sinto que tenho necessidade de formação nesta área	5	33,0	10	67,0	0,302
2	Tenho dificuldade em elaborar o diagnóstico de enfermagem papel parental	12	80,0	3	20,0	0,035
3	Não me encontro familiarizado com os termos utilizados no aplicativo Sclínico para a elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental	15	100,0	0	0,0	0,000
4	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de conhecimento sobre o aplicativo Sclínico	13	87,0	2	13,0	0,007
5	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de conhecimento sobre a linguagem utilizada	10	67,0	5	33,0	0,302
6	A principal barreira para correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a falta de tempo	10	67,0	5	33,0	0,302
7	A principal barreira para a correta elaboração do diagnóstico de enfermagem no foco papel parental é a desmotivação	9	60,0	6	40,0	0,607
8	Tenho noção que, por vezes, não atualizo o processo de enfermagem de forma adequada	2	13,0	13	87,0	0,007

Procurou-se saber qual o impacto da formação nos conhecimentos dos enfermeiros. Pelos índices médios, registaram-se diferenças negativas em todas as dimensões, à exceção das dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem, o que reflete um aumento de conhecimentos e uma diminuição das dificuldades e barreiras (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Diferença de médias antes e após a formação

Formação	Antes	Depois
	Diferença de médias	Diferença de médias
Foco papel parental	- 12,55	6,75
Dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem	17,08	17,23
Padrões de qualidade	-13,33	13,46
Indicadores de qualidade	-12,22	14,35

A Tabela 26 compara os resultados obtidos sobre os conhecimentos sobre o foco papel parental, as dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem, os padrões de qualidade e indicadores de qualidade antes e após a sessão formativa realizada aos

enfermeiros. Apurou-se que, após a sessão formativa, as ordenações médias são mais elevadas que antes da sessão formativa, traduzindo melhores conhecimentos no foco papel parental, padrões de qualidade e indicadores de qualidade, e menores dificuldades na documentação das práticas, o que reflete uma melhoria de conhecimentos, com diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões.

Tabela 26 – Teste Wilcoxon entre os conhecimentos dos enfermeiros sobre o foco papel parental antes e após a formação

Formação	OM	OM	Z	p
	Positivos	Negativos		
Foco papel parental 2º momento vs. Foco papel parental 1º momento	8,00	0,0	-3,413	0,001
Dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem 2º momento vs. Dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem 1º momento	8,50	7,42	-2,790	0,005
Padrões de qualidade 2º momento vs. Padrões de qualidade 1º momento	9,04	3,83	-2,758	0,006
Indicadores de qualidade 2º momento vs. Indicadores de qualidade 1º momento	9,10	3,50	-2,420	0,016

Etapa 2 - Análise dos resultados informatizados durante e após a formação

Nesta etapa faz-se a análise dos resultados informatizados, correspondente a dois momentos: durante e depois da formação. Para uma melhor visualização, apresentamos a Tabela 27 com os resultados do processo clínico das crianças internadas no ano 2016, o que corresponde à etapa 2.

Tabela 27 – Dados do processo clínico das crianças internadas no ano 2016

Ano	Mês	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)	Conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)	Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)	Capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)	Risco de compromisso do papel parental durante a hospitalização	Risco sem desenvolvimento de complicação	Nº de internamentos
2016	Março	2	0	0	0	4	0	68
	Abril	9	1	6	1	3	1	62
	Mai	16	5	16	7	9	0	48
	Junho	26	10	20	13	9	0	55
	Julho	13	5	10	7	5	0	51
	Agosto	19	7	11	8	6	0	54
	Setembro	13	3	4	5	6	0	40
	Novembro	12	1	5	5	2	0	47

De abril a julho de 2016, verificou-se um aumento dos registos de enfermagem no foco papel parental, principalmente no mês seguinte à sessão de formação (junho)

Em novembro de 2016 nota-se uma preocupação em manter uma prática fundamentada, apesar de mais diminuída, os enfermeiros identificam a necessidade de melhorar o conhecimento e capacidade dos pais nas necessidades especiais. No entanto mantêm-se as lacunas referentes à atualização do processo de enfermagem, pois verifica-se um ganho de conhecimento e capacidade reduzido, podendo deduzir-se que o diagnóstico não foi atualizado ao longo do internamento e no momento da alta.

Apesar do risco de compromisso do papel parental, durante a hospitalização, ser identificado apenas uma vez, passou a ser comprometido. Deste modo, deduz-se que as intervenções de enfermagem são eficientes, no que concerne ao papel parental: parceria de cuidados, isto porque o risco de compromisso do papel parental durante a hospitalização avalia-se através das escalas de avaliação: condição do papel parental e papel parental: parceria de cuidados.

Etapa 3 – Resultados dos pais

Os resultados dos pais são apresentados nesta terceira etapa, uma vez que foram aplicados apenas durante e após a formação.

Neste sentido, de seguida apresentam-se os resultados relativos aos Formulário dos pais, começando-se por apresentar a caracterização sociodemográfica e clínica das crianças.

Variáveis sociodemográficas e clínicas das crianças

As estatísticas da idade das crianças revelam, para a totalidade da amostra, uma idade mínima de 1 mês e uma máxima de 18 anos, com uma média de 6,65 anos ($\pm 5,301$ anos), a que corresponde um coeficiente de variação de 79,71%, sugestivo de dispersão elevada.

No sexo feminino com uma representatividade de 53,7% a idade mínima e máxima oscila ente 1 mês e 18 anos, sendo idêntico no sexo masculino, cuja representatividade é de 46,3%. As meninas são ligeiramente mais velhas (média=6,78 \pm 5,378 anos) que os meninos (média=6,50 \pm 5,267 anos), correspondendo-lhes coeficientes de variação de 81,03% e 79,32%, respetivamente, indicativos de dispersão elevada (cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Estatísticas relativas à idade

Idade	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Masculino	44	1,00	18,00	6,50	5,267	81,03
Feminino	51	1,00	18,00	6,78	5,378	79,32
Total	95	1,00	18,00	6,65	5,301	79,71

Ainda em relação à idade, como exposto na Tabela 29, verifica-se que, para a totalidade da amostra, sobressaem as crianças com idade compreendida entre os 3-9 anos (34,7%), das quais 36,4% são rapazes e 33,3% raparigas. São também expressivos os percentuais registados em relação às crianças mais novas, com uma representatividade de 33,7% no total da amostra, fazendo parte deste grupo 34,1% rapazes e 33,3% raparigas. No que se refere às crianças mais velhas, há uma representatividade de 31,6%, dos quais 29,5% rapazes e 33,3% raparigas.

No que se refere ao cuidador habitual da criança, constata-se que a grande maioria é a mãe (94,7%), sendo esta uma situação análoga a 95,5% dos rapazes e a 94,1% das raparigas (cf. Tabela 28).

Os resultados referentes aos internamentos anteriores revelam que, na globalidade da amostra, sobressaem as crianças que não tiveram essa experiência (66,3%), das quais 59,1% são rapazes e 72,5% raparigas.

Em relação aos dias do internamento atual, a maior percentagem das crianças (41,1%) encontra-se internada há 3-5 dias, com maior destaque para as raparigas 47,1%. É também expressiva a percentagem de crianças internadas há menos de dois dias (35,8%), mas neste particular o maior percentual recai nos rapazes. Ainda neste âmbito, há a referir que mais de metade das crianças (68,4%) teve como motivo de internamento doença do foro médico (63,6% rapazes vs. 72,5% raparigas).

De acordo com os resultados ainda apresentados na Tabela 28, para grande maioria das crianças (75,8%) a admissão não foi planeada, onde se incluem 68,2% dos rapazes e 82,4% das raparigas, com apenas 24,2% em situação de admissão planeada.

Tabela 29 - Caracterização sociodemográfica e clínica das crianças em função do sexo

Variáveis	Sexo		Total		X ²	P		
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino				
	Nº (44)	% (46.3)	Nº (51)	% (53.7)	Nº (95)	% (100.0)		
Idade								
<= 2 anos	15	34,1	17	33,3	32	33,7	0,174	0,917
3-9 anos	16	36,4	17	33,3	33	34,7		
>= 10 anos	13	29,5	17	33,3	30	31,6		
Cuidador da criança								
Mãe	42	95,5	48	94,1	90	94,7	NA	*1,000
Pai	2	4,5	3	5,9	5	5,3		
Internamentos anteriores								
Não	26	59,1	37	72,5	63	66,3	1,915	0,166
Sim	18	40,9	14	27,5	32	33,7		
Dias de internamento								
<= 2 dias	18	40,9	16	31,4	34	35,8	1,688	0,430
3-5 dias	15	34,1	24	47,1	39	41,1		
>= 6 dias	11	25,0	11	21,6	22	23,2		
Motivo do internamento								
Médico	28	63,6	37	72,5	65	68,4	0,868	0,351
Cirúrgico	16	36,4	14	27,5	30	31,6		
Admissão								
Não planeada	30	68,2	42	82,4	72	75,8	2,585	0,108
Planeada	14	31,8	9	17,6	23	24,2		
Total	44	100.0	51	100.0	95	100.0		

*p de Fisher

As estatísticas do número de dias de internamento atual das crianças revelam, para a totalidade da amostra, um mínimo de 1 dia e um máximo de 15 dias, com uma média de 4,03 dias ($\pm 3,023$ dias), e coeficiente de variação de 75,01%, sugestivo de dispersão elevada. Para os rapazes, o mínimo de dias de internamento é 1 e o máximo 14 dias, correspondendo-lhe uma média de 4,11 dias ($\pm 3,411$ dias), e para as raparigas o mínimo de dias de internamento é também de 1 dia e o máximo de 15 dias, com uma média de 3,96 dias ($\pm 2,676$ dias), com coeficientes de variação de 82,99% e 67,57%, também sugestivos de dispersão elevada (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Estatísticas relativas aos dias de internamento

Dias de internamento	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Masculino	44	1	14	4,11	3,411	82,99
Feminino	51	1	15	3,96	2,676	67,57
Total	95	1	15	4,03	3,023	75,01

De acordo com a análise da Tabela 31, onde se encontram discriminados os motivos inerentes aos internamentos anteriores, infere-se que as patologias do foro respiratório foram as mais prevalentes (35,5%), seguindo-se as geniturinárias

presentes em 16,1% dos casos com outras patologias as quais surgem em 22,6% da totalidade das crianças.

Tabela 31 – Estatísticas relativas aos motivos dos internamentos anteriores

Motivos dos internamentos anteriores	n	%
Foro respiratório	11	35,5
Foro hematológico	2	6,5
Gastrointestinal	1	3,2
Neurológico	1	3,2
Geniturinário	5	16,1
Infecioso	2	6,5
Músculo-esquelético	2	6,5
Outros	7	22,6
Total	31	100,0

Variáveis sociodemográficas dos pais

As estatísticas da idade dos pais das crianças revelam, para a totalidade da amostra, uma idade mínima de 20 anos e uma máxima de 50 anos, com uma média de 36,88 anos ($\pm 6,575$ anos), a que corresponde um coeficiente de variação de 17,82%, sugestivo de dispersão baixa (cf. Tabela 32).

Tabela 32 – Estatísticas relativas à idade

Idade	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Total	95	20	50	36,88	6,575	17,82

Através da análise dos resultados apresentados na Tabela 33, pode afirmar-se que sobressaem os pais com idade compreendida entre os 30-40 anos (47,4%), secundados pelos que possuem idade igual ou superior aos 40 anos. Quanto ao estado civil verifica-se também que mais de metade dos pais (85,3%) tem companheiro(a). Em relação à situação profissional, prevalecem os pais que não estão no ativo (50,5%). Quanto às habilitações académicas, constata-se que a maioria (44,2%) possui o 2.º ciclo do ensino básico, seguindo-se os que habilitados com o ensino superior (20,0%). Relativamente à distância a que vivem do hospital, como figurado na Tabela 35, a maioria (62,1%) dista acima dos 30 Km, e 37,9% vive a menos de 30 Km do hospital.

Tabela 33 – Caracterização sociodemográfica dos pais das crianças

Variáveis	N	%
Idade		
< 30 anos	12	12,6
30-40	45	47,4
>= 40 anos	38	40,0
Estado civil		
Com companheiro(a)	81	85,3
Sem companheiro(a)	14	14,7
Situação profissional		
Não ativo	48	50,5
Ativo	47	49,5
Habilitações acadêmicas		
1º Ciclo	16	16,8
2º Ciclo	42	44,2
3º Ciclo	18	18,9
Ensino superior	19	20,0
Distância a que vive do hospital		
<30 km	36	37,9
> 30 km	59	62,1
Total	95	100,0

Conhecimento sobre a situação do filho e duração da hospitalização

No que se refere ao conhecimento da situação do filho, mais de metade dos pais (77,9%) admite que a situação é grave, tendo 11,6% referido que a situação é sem gravidade e 10,5% muito grave. Os pais foram questionados acerca do tempo previsto para a duração da hospitalização do seu filho, tendo-se apurado que a grande maioria (89,5%) refere que a mesma vai ser curta (2 a 7 dias), enquanto 10,5% admitem que a hospitalização poderá ser média (8 a 14 dias) (cf. Tabela 34).

Tabela 34 – Conhecimento sobre a situação do filho, duração da hospitalização

Variáveis	N	%
Conhecimento sobre a situação do filho		
Muito grave	10	10,5
Grave	74	77,9
Sem gravidade	11	11,6
Duração da hospitalização		
Curta (2 a 7 dias)	85	89,5
Média (8 a 14 dias)	10	10,5
Total	95	100,0

Rede de apoio adequada às necessidades do filho e do exercício do papel parental

No que concerne ao facto de os pais possuírem rede de apoio adequada às necessidades do filho e do exercício do papel parental, como apresentado na Tabela 38, pode afirmar-se que sobressaem os que admitem possuí-la (87,4%), contrariamente a 12,6% que não têm essa rede de apoio. Quanto à especificidade da rede de apoio, a percentagem mais elevada corresponde aos pais que afirmam que a rede de apoio são os familiares (55,8%), secundados pelos que referem o marido/esposa (31,6%) e 12,6% admitem que são os profissionais de saúde (cf. Tabela 35).

Tabela 35 – Rede de apoio adequada às necessidades do filho e do exercício do papel parental

Variáveis	N	%
Rede de apoio adequada às necessidades do filho e do exercício do papel parental		
Não	12	12,6
Sim	83	87,4
Especificidade da rede de apoio		
Marido/esposa	30	31,6
Familiares	53	55,8
Profissionais de saúde	12	12,6
Total	95	100,0

Necessidades de sustento no domicílio e no hospital

Na Tabela 36 encontram-se os resultados referentes às necessidades de sustento da criança hospitalizada no domicílio e no hospital, verificando-se que, em termos de alimentação no domicílio, a quase totalidade da amostra refere que a mesma é normal (96,8%), com apenas 3,2% a referirem que a alimentação no domicílio é especial, o que aumentou no hospital, uma vez que 30,5% dos pais afirma que as necessidades são especiais. Em relação à eliminação no domicílio, verifica-se igualmente que a mesma, para a maioria dos casos, é normal (97,9%), apenas 2,1% referem que é especial. A eliminação é também maioritariamente normal no hospital (95,8%, com apenas 4,2% a referir que a necessidade de eliminação da criança é especial. Quanto à higiene no domicílio e no hospital, regista-se um claro predomínio de pais a referirem a classificação normal (domicílio 98,9% vs. hospital 96,8%), com

unicamente um caso (1,1%) a referir a especial no domicílio e 3,2% no hospital. Também em relação à segurança nos dois locais em análise, constata-se que a grande maioria dos pais menciona que a mesma é normal (domicílio 97,9% vs. hospital 87,4%), com 2,1% a referirem que é especial no domicílio, sendo mais significativos os casos de segurança complexa no hospital (12,6%). Relativamente ao desenvolvimento infantil, afere-se que há um predomínio de pais a mencionarem que o mesmo é normal (domicílio 97,9% vs. hospital 91,6%), enquanto 2,1% confirmam que é especial no domicílio e 8,4% no hospital. Todos os pais (100,0%) referiram que a promoção da saúde do seu filho no domicílio é normal, tendo 90,5% também a considerado normal no hospital, enquanto 9,5% a considera especial no hospital.

Tabela 36 – Necessidades de sustento da criança no domicílio e no hospital

Necessidades de sustento	Domicílio		Hospital	
	N	%	N	%
Alimentação				
Normal	92	96,8	66	69,5
Especial	3	3,2	29	30,5
Eliminação				
Normal	93	97,9	91	95,8
Especial	2	2,1	4	4,2
Higiene				
Normal	94	98,9	92	96,8
Especial	1	1,1	3	3,2
Segurança				
Normal	93	97,9	83	87,4
Especial	2	2,1	12	12,6
Desenvolvimento Infantil				
Normal	93	97,9	87	91,6
Especial	2	2,1	8	8,4
Promoção da saúde				
Normal	95	100,0	86	90,5
Especial	-	0,0	9	9,5
Total	95	100,0	95	100,0

Fazendo-se uma análise dos resultados apresentados na Tabela 37, verifica-se que de 100,0% das crianças com alimentação normal no domicílio 89,7% continuaram a tê-la no hospital. Por outro lado, não há registo de crianças com alimentação especial no domicílio, passando 10,3% a ter necessidade de alimentação especial no hospital. Regista-se relevância estatística ($p=0,026$).

Já em relação à eliminação, também em conformidade com a análise da Tabela 37, pode afirmar-se que dos 98,9% das crianças com eliminação normal do domicílio

75,0% passaram a ter eliminação especial no hospital. Importa salientar que se regista 1 caso de uma criança com eliminação especial quer no domicílio, quer no hospital, contudo sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,083$).

Constata-se igualmente, através da Tabela 37, que todas as crianças que tinham higiene normal no domicílio (100,0%), das quais 2 (66,7%) passaram a ter higiene especial no hospital. Apenas 1 criança, que não tinha higiene especial no domicílio, passou a ter essa necessidade no hospital. Regista-se relevância estatística ($p=0.032$).

Em relação à segurança, 83 crianças (100,0%) que a tinham como normal no domicílio, continuaram a tê-la no hospital, enquanto 10 crianças (83,3%) tiveram necessidade de segurança especial no hospital. Regista-se que 2 crianças (16,7%) tinham segurança especial no domicílio continuando a tê-la no hospital, o que resultou em diferença estatisticamente significativa ($p=0.015$).

Quanto ao desenvolvimento infantil, constata-se, pelos resultados presentes ainda na Tabela 37, que 87 (100,0%) crianças apresentavam um desenvolvimento infantil normal no domicílio e no hospital, das quais 6 (75,0%) passaram a ter necessidade de desenvolvimento infantil especial no hospital. Não há registo de qualquer caso de desenvolvimento infantil especial no domicílio, todavia, 2 crianças passaram a tê-lo no hospital (25,0%). As diferenças obtidas resultaram em relevância estatística ($p=0.006$).

Por fim, verifica-se que 86 crianças (100,0%) tinham necessidade de promoção normal de saúde no domicílio, das quais 9 passaram a ter necessidade especial de promoção da saúde no hospital (cf. Tabela 37).

Tabela 37 – Necessidades de sustento no domicílio e no hospital

No hospital	Normal		Especial		Total		Fisher (p)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
No domicílio	(66)	(69.5)	(29)	(30.5)	(95)	(100.0)	
Alimentação							0,026
Normal	66	100,0	26	89,7	92	96,8	
Especial	-	0,0	3	10,3	3	3,2	
Eliminação	(91)	(95.8)	(4)	(4.2)	(95)	(100.0)	0,083
Normal	90	98,9	3	75,0	93	97,9	
Especial	1	1,1	1	25,0	2	2,1	
Higiene	(92)	(96.8)	(3)	(3.2)	(95)	(100.0)	0,032
Normal	92	100,0	2	66,7	94	98,9	
Especial	-	0,0	1	33,3	1	1,1	
Segurança	(83)	(87.4)	(12)	(12.6)	(95)	(100.0)	0,015
Normal	83	100,0	10	83,3	93	97,9	
Especial	-	0,0	2	16,7	2	2,1	
Desenvolvimento infantil	(87)	(91.6)	(8)	(8.4)	(95)	(100.0)	0,006
Normal	87	100,0	6	75,0	93	97,9	
Especial	-	0,0	2	25,0	2	2,1	
Promoção da saúde	(86)	(90.5)	(9)	(9.5)	(95)	(100.0)	NA
Normal	86	100,0	9	100,0	95	100,0	
Especial	-	-	-	-	-	-	

Necessidades complexas no domicílio e no hospital

A Tabela 38 reporta-se aos resultados das necessidades complexas das crianças, constatando-se que predominam os pais que afirmam que o equipamento é normal (domicílio 98,9% vs. hospital 67,4%), registando-se apenas um caso (1,1%) em que o equipamento é especial no domicílio, sendo mais elevada a percentagem de casos no hospital (32,6%). Em relação à soroterapia, todos os sujeitos da amostra (100,0%) mencionam que a mesma é normal no domicílio, todavia, a mesma passou a ser especial em 56,8% dos casos no hospital. Verifica-se também que prevalecem os casos em que a medicação no domicílio é normal (94,7%), passando a mesma a ser especial em quase todos os casos no hospital (92,6%). Outro resultado refere-se à dor, verificando-se que quase a totalidade da amostra dos pais admite que a mesma é normal no domicílio (98,9%), o que não acontece no hospital em que 62,1% referem que a dor é especial. Por último, refere-se que também há um claro predomínio de pais a referirem que os procedimentos de diagnóstico/tratamento da criança são normais (domicílio 96,8% vs. hospital 56,8%), com unicamente 3,2% dos pais a admitirem que os mesmos são especiais no domicílio, sendo mais elevados os casos em que são especiais no hospital (43,2%).

Tabela 38 – Necessidades complexas da criança no domicílio

Necessidades complexas	Domicílio		Hospital	
	N	%	N	%
Equipamento				
Normal	94	98,9	64	67,4
Especial	1	1,1	31	32,6
Soroterapia				
Normal	95	100,0	41	43,2
Especial	-	0,0	54	56,8
Medicação				
Normal	90	94,7	7	7,4
Especial	5	5,3	88	92,6
Dor				
Normal	94	98,9	36	37,9
Especial	1	1,1	59	62,1
Procedimentos de diagnóstico/ tratamento				
Normais	92	96,8	54	56,8
Especiais	3	3,2	41	43,2
Total	95	100,0	95	100,0

Em relação às necessidades complexas, como exposto na Tabela 39, constata-se que 64 crianças (100,0%) possuíam necessidade normal de equipamento no domicílio, enquanto 30 passaram a ter necessidade especial de equipamento no hospital (96,8%). Apenas se regista um caso de uma criança que não tinha necessidade especial de equipamento no domicílio e passou a ter necessidade especial de equipamento no hospital. Quanto à necessidade de soroterapia, apura-se que 41 crianças (100,0%) tinham necessidade normal no domicílio e no hospital, enquanto 30 tinham necessidade normal no domicílio e passaram a ter necessidade especial de soroterapia no hospital. Verifica-se que 7 crianças (100,0%) tinham necessidade normal de medicação no domicílio, enquanto 83 (94,3%) passaram a ter a necessidade de medicação especial no hospital. Afere-se que 36 crianças (100,0%) apresentavam dor normal em casa, enquanto 58 passou a ter dor especial no hospital (94,3%). Apura-se ainda que 54 crianças (100,0%) necessitavam de procedimentos de diagnóstico/tratamento normal em casa, enquanto 38 (92,7%) revelaram ter necessidade complexa no hospital (cf. Tabela 39).

Tabela 39 – Necessidades complexas no domicílio e no hospital

No hospital	Normal		Especial		Total		Fisher (p)
	Nº (64)	% (67.4)	Nº (31)	% (32.6)	Nº (95)	% (100.0)	
No domicílio							
Equipamento							0,326
Normal	64	100,0	30	96,8	94	98,9	
Especial	-	0,0	1	3,2	1	1,1	
Soroterapia	Nº (41)	% (43.2)	Nº (54)	% (56.8)	Nº (95)	% (100.0)	NA
Normal	41	100,0	54	100,0	95	100,0	
Especial	-	0,0	-	0,0	-	0,0	
Medicação	Nº (7)	% (7,4)	Nº (88)	% (92.6)	Nº (95)	% (100.0)	1,000
Normal	7	100,0	83	94,3	90	94,7	
Especial	-	0,0	5	5,7	5	5,3	
Dor	Nº (36)	% (37.9)	Nº (12)	% (62.1)	Nº (95)	% (100.0)	1,000
Normal	36	100,0	58	98,3	94	98,9	
Especial	-	0,0	1	1,7	1	1,1	
Procedimentos de diagnóstico/tratamento	Nº (54)	% (56.8)	Nº (41)	% (43.2)	Nº (95)	% (100.0)	0,077
Normal	54	100,0	38	92,7	92	96,8	
Especial	-	0,0	3	7,3	3	3,2	

Participação dos pais nos cuidados

Neste ponto do trabalho apresentam-se os resultados referentes à participação dos pais nos cuidados em relação à necessidade de alimentação, eliminação, higiene, segurança e desenvolvimento infantil.

Alimentação

Através da análise da Tabela 40, verifica-se que 5 pais referiram que não avaliam os sinais de fome/saciedade do filho quer no domicílio, quer no hospital, enquanto 18 (20,0%) não avaliavam em casa, mas fazem essa avaliação no hospital. Por sua vez, 72 pais (80,0%) admitem fazer a avaliação dos sinais de fome/saciedade do filho quer no domicílio, quer no hospital. Procurou-se saber se os pais vigiam a refeição dos filhos, tendo-se apurado que todos os pais admitem vigiar a refeição no hospital. Constata-se igualmente que 6 pais (42,9%) admitem não determinar o tipo de alimentação adequada quer em casa, quer no hospital, enquanto 7 (8,6%) confirmam que passaram a fazê-lo no hospital. Refere-se que 8 pais (9,8%) que determinam o tipo de alimentação adequada no domicílio deixaram de o fazer no hospital, enquanto 74 (91,4%) fazia-o em casa e continuaram a fazê-lo no hospital. Afere-se igualmente que 93 pais (100,0%) não administram suplementos alimentares no domicílio e também

não o fazem no hospital, enquanto 2 pais (2,1%) não administram o suplemento alimentar em casa, mas passaram a fazê-lo no hospital. Em relação à participação dos pais no reforço da ingestão hídrica, 45 dos pais (97,8%) que não o fazem em casa também não o fazem no hospital, enquanto 19 (38,8%) dos que não reforçavam a ingestão hídrica do filho em casa passaram a fazê-lo no hospital. Verifica-se que 1 participante (2,2%) não participava neste tipo de cuidado em casa, enquanto 30 dos que não o faziam em casa (61,2%) passaram a fazê-lo no hospital, resultando em diferença estatisticamente significativa ($X^2=37,634$; $p=0,000$).

Ainda através da análise efetuada aos resultados apresentados na Tabela 40, pode afirmar-se que 24 pais (85,7%) referem que não promovem a autonomia da criança para se alimentar no domicílio, enquanto 16 (23,9%) passaram a participar neste tipo de cuidado ao filho no hospital. Por seu lado, 4 participantes (14,3%) que admitem promover a autonomia da criança para se alimentar no domicílio deixaram de o fazer no hospital. Ainda se regista que 51 (76,1%) dos pais que promovem a autonomia da criança para se alimentar no domicílio continuaram a envolver-se nesse tipo de cuidado no hospital. Importa salientar que se verifica a existência de relevância estatística ($X^2=30,973$; $p=0,000$).

Constata-se que 24 (96,0%) dos pais referem não dar a refeição ao filho em casa e no hospital, passando 20 (28,6%) a participar neste cuidado no hospital. Por outro lado, 1 participante (4,0%) dava alimentação ao filho em casa e deixou de o fazer no hospital, contrariamente a 50 pais (71,4%) que davam a refeição ao filho no domicílio continuaram a dar no hospital, sendo que as diferenças têm relevância estatística ($X^2=33,684$; $p=0,000$). Em relação à determinação da quantidade de alimentação a administrar, os resultados indicam que 20 (74,1%) pais não participam neste cuidado quer no domicílio, quer no hospital, todavia, 5 progenitores (7,4%) passaram a ter participação em relação à determinação da quantidade de alimentação a administrar no hospital. Verifica-se que 7 (25,9%) participantes referem que determinam a quantidade de alimentação a administrar na criança em casa, deixando de o fazer no hospital, enquanto 63 (92,6%) que já estavam envolvidos neste cuidado no domicílio continuaram a fazê-lo no hospital, resultando em diferença estatisticamente significativa ($X^2=44,370$; $p=0,000$).

Ainda em conformidade com os dados apresentados na Tabela 40, pode afirmar-se que 23 pais (95,8) não auxiliam a criança a alimentar-se quer no domicílio, quer no hospital, enquanto 31 (43,7%) que não participam neste cuidado à criança em casa passaram a envolver-se no mesmo no hospital. Refere-se que 1 participante (4,2%)

que admite auxiliar a criança a alimentar-se em casa deixou de o fazer no hospital, enquanto 40 (56,3%) pais referem continuar a participar neste cuidado à criança também no hospital, com diferenças significativas ($X^2=19,901$; $p=0,000$).

Os resultados indicam que 12 pais (37,5%) não determinam o horário da alimentação da criança nem em casa, nem no hospital, contrariamente a 2 pais (3,2%) que não determinavam o horário da alimentação da criança em casa e passaram a fazê-lo no hospital. Por sua vez, 20 (62,5%) pais participavam neste cuidado à criança em casa e deixaram de participar no mesmo no hospital e 61 (96,8%) deram continuidade a esse cuidado na hospitalização da criança.

Por último, e no que se refere à determinação do modo de administração da alimentação da criança, apura-se que 34 pais (87,2%) não participam neste cuidado nem em casa nem no hospital, enquanto 1 participante (1,8%) não participava em casa mas passou a fazê-lo no hospital. Consta-se ainda que 5 pais (12,8%) que admitem determinar o modo de administração da alimentação da criança no domicílio deixaram de o fazer no hospital, contrariamente a 55 (98,2%) que continuaram a participar neste cuidado à criança no hospital, o que resultou em diferença estatisticamente significativa ($X^2=72,046$; $p=0,000$).

Tabela 40 – Participação dos pais nos cuidados em relação alimentação no domicílio e no hospital

No domicílio	Não		Sim		Total		X ²	p
	Nº (5)	% (5.3)	Nº (90)	% (94.7)	Nº (95)	% (100.0)		
Avalia sinais de fome/saciedade								
Não	5	100,0	18	20,0	23	24,2	NA	*0,003
Sim	-	0,0	72	80,0	72	75,8		
Vigia refeição	Nº (0)	% (0)	Nº (95)	% (100.0)	Nº (95)	% (100.0)	NA	NA
Não	-	0,0	19	20,0	19	20,0		
Sim	-	0,0	76	80,0	76	80,0		
Determina o tipo de alimentação adequada	Nº (14)	% (14.7)	Nº (81)	% (85.3)	Nº (95)	% (100.0)	NA	*0,003
Não	6	42,9	7	8,6	13	13,7		
Sim	8	9,8	74	91,4	82	86,3		
Administra suplementos alimentares	Nº (93)	% (97,9)	Nº (2)	% (2.1)	Nº (95)	% (100.0)	NA	*0,000
Não	93	100,0	-	0,0	93	97,9		
Sim	-	0,0	2	100,0	2	2,1		
Reforço da ingestão hídrica	Nº (46)	% (48.4)	Nº (49)	% (51.6)	Nº (95)	% (100.0)	37,634	0,000
Não	45	97,8	19	38,8	64	67,4		
Sim	1	2,2	30	61,2	31	32,6		
Promove a autonomia da criança para se alimentar	Nº (28)	% (29.5)	Nº (67)	% (70.5)	Nº (95)	% (100.0)	30,973	0,000
Não	24	85,7	16	23,9	40	42,1		
Sim	4	14,3	51	76,1	55	57,9		
Dá refeição	Nº (25)	% (26.3)	Nº (70)	% (73.7)	Nº (95)	% (100.0)	33,684	0,000
Não	24	96,0	20	28,6	44	46,3		
Sim	1	4,0	50	71,4	51	53,7		
Determina quantidade a administrar	Nº (27)	% (28.4)	Nº (68)	% (71.6)	Nº (95)	% (100.0)	44,370	0,000
Não	20	74,1	5	7,4	25	26,3		
Sim	7	25,9	63	92,6	70	73,7		
Auxilia a criança a alimentar-se	Nº (24)	% (25.3)	Nº (71)	% (74.7)	Nº (95)	% (100.0)	19,901	0,000
Não	23	95,8	31	43,7	54	56,8		
Sim	1	4,2	40	56,3	41	43,2		
Determina horário	Nº (32)	% (33.7)	Nº (63)	% (66.3)	Nº (95)	% (100.0)	NA	*0,000
Não	12	37,5	2	3,2	14	14,7		
Sim	20	62,5	61	96,8	81	85,3		
Determina o modo de administração	Nº (39)	% (41.1)	Nº (56)	% (58.9)	Nº (95)	% (100.0)	72,046	0,000
Não	34	87,2	1	1,8	35	36,8		
Sim	5	12,8	55	98,2	60	63,2		

*p de Fisher

Eliminação

Os resultados apresentados na Tabela 41 revelam que 60 pais (98,4%) referem não determinar a muda da fralda no domicílio e no hospital, enquanto 1 (2,9%) dos participantes que não determinava a muda da fralda do filho no domicílio passou a fazê-lo no hospital. Verifica-se também que 1 participante (1,6%) que admite participar neste cuidado de eliminação em casa deixou de participar no mesmo no hospital, enquanto 33 (97,1%) dos pais deram continuidade à sua participação no cuidado ao

filho no hospital, cujas diferenças de resultados têm relevância estatística ($X^2=86,496$; $p=0,000$). Constata-se que 58 (98,3%) dos pais não solicitam competências da criança para ir à casa de banho quer no domicílio, quer no hospital, tendo 1 (2,9%) referido que não participava neste cuidado da criança em casa e passou a participar no hospital. Afere-se também que 1 participante (1,7%) afirma que participa neste cuidado de eliminação em casa, mas não o faz durante a hospitalização do filho, enquanto 17 (47,2%) deu continuidade a este cuidado no hospital, cujas diferenças são significativas ($X^2=30,176$; $p=0,000$). Pode dizer-se que 37 (100,0%) pais não auxiliam a criança a ir à casa de banho nos dois espaços em análise, enquanto 42 (72,4%) dos que admitem não participar neste cuidados à criança em casa passaram a participar no hospital. Verifica-se ainda que 16 (27,6%) participantes continuaram a auxiliar a criança a ir à casa de banho durante a hospitalização da mesma. Através dos dados expostos na Tabela 41 ainda se pode referir que 46 (100,0%) dos pais referem que não identificam alterações na eliminação urinária e intestinal do filho quer no domicílio, quer no hospital, contrariamente a 16 (32,7%) que não participavam neste cuidado em casa e passaram a participar durante a hospitalização. Por seu lado, 33 (67,3%) dos pais deram continuidade à sua participação no referido cuidado durante a hospitalização da criança. Os resultados têm relevância estatística ($X^2=47,469$; $p=0,000$). Por último, constata-se que 20 (100,0%) pais admitem não vigiar a eliminação quer em casa, quer no hospital, enquanto 24 (32,0%) não participavam neste cuidado em casa e passaram a participar no hospital. Apura-se também que 51 (68,0%) pais que já participavam na vigilância da eliminação no domicílio lhe deram continuidade durante a hospitalização da criança, sendo estes resultados estatisticamente significativos ($X^2=29,364$; $p=0,000$).

Tabela 41 – Participação dos pais nos cuidados em relação à eliminação no domicílio e no hospital

No domicílio	No hospital		Não		Sim		Total		X ²	p
	Nº (61)	% (64.2)	Nº (34)	% (35.8)	Nº (95)	% (100.0)				
Determinar a muda da fralda										
Não	60	98,4	1	2,9	61	64,2			86,496	0,000
Sim	1	1,6	33	97,1	34	35,8				
Solicitar competências da criança para ir à casa de banho	Nº (59)	% (62.1)	Nº (36)	% (37.9)	Nº (95)	% (100.0)			30,176	0,000
Não	58	98,3	19	52,8	77	81,1				
Sim	1	1,7	17	47,2	18	18,9				
Auxiliar a criança a ir à casa de banho	Nº (37)	% (38.9)	Nº (58)	% (61.1)	Nº (95)	% (100.0)			12,274	0,000
Não	37	100,0	42	72,4	79	83,2				
Sim	-	0,0	16	27,6	16	16,8				
Identificar alterações na eliminação urinária e intestinal	Nº (46)	% (48.4)	Nº (49)	% (51.6)	Nº (95)	% (100.0)			47,469	0,000
Não	46	100,0	16	32,7	62	65,3				
Sim	-	0,0	33	67,3	33	34,7				
Vigia a eliminação	Nº (20)	% (21.1)	Nº (75)	% (78.9)	Nº (95)	% (100.0)			29,364	0,000
Não	20	100,0	24	32,0	44	46,3				
Sim	-	0,0	51	68,0	51	53,7				

Higiene

Através da análise dos resultados apresentados na Tabela 42, infere-se que 19 pais (95,0%) referem que não auxiliam a criança a cuidar da higiene nem em casa, nem no hospital, enquanto 38 (50,7%) dos que não participavam neste cuidado à criança em casa passaram a participar no hospital. Verifica-se que 1 participante (5,0%) referiu que se envolvia neste cuidado à criança no domicílio, deixando de o fazer no hospital, contrariamente a 37 pais (49,3%) que continuaram a participar no auxílio à criança a cuidar da higiene durante a hospitalização, sendo estes resultados estatisticamente significativos ($X^2=12,931$; $p=0.000$).

Em relação ao cuidado de vigiar a higiene, 6 pais (100,0%) não participam no mesmo cuidado nos dois espaços em análise, surgindo numa situação oposta 16 participantes (18,0%) que não participavam na vigilância da higiene em casa, mas que passaram a participar no hospital. Verifica-se também que 73 pais (82,0%) já participavam neste cuidado à criança no domicílio e continuaram esse cuidado no hospital. Relativamente a cuidar da higiene, constata-se que 20 pais (100,0%) não participavam neste cuidado em casa e continuaram a não participar durante a hospitalização da criança, enquanto 23 participantes (30,7%) que não o faziam no domicílio passaram a participar durante a hospitalização. Ainda neste âmbito, refere-se que 52 participantes (69,3%) continuaram a participar no cuidado de higiene da criança mesmo durante a hospitalização.

Observa-se igualmente que 26 pais (81,3%) não determinam o modo de cuidar da higiene da criança nos dois espaços em análise, enquanto 8 (12,7%) que não participavam neste tipo de cuidado em casa passaram a participar no hospital. Por outro lado, apura-se que 6 participantes (18,8%) que determinavam o modo de cuidar da higiene da criança em casa deixaram de o fazer no hospital, contrariamente a 55 (87,3%) que participavam neste tipo de cuidado no domicílio e continuaram a envolver-se no hospital. Em relação à determinação do horário para cuidar da higiene da criança, observa-se que 22 pais (53,7%) não participam neste tipo de cuidado nem no domicílio, nem no hospital, enquanto 2 admitem que não o faziam em casa, mas passaram a participar durante a hospitalização. Por outro lado, 19 (46,3%) participantes admitem que determinavam o horário para cuidar da higiene da criança em casa, todavia, deixaram de o fazer no hospital, contrariamente a 52 (96,3%) pais que deram continuidade a esse cuidado aquando do internamento da criança. Observa-se ainda que 29 (78,4%) dos pais que não solicitavam competências da criança para cuidar da higiene em casa também não o fizeram durante a hospitalização. Porém, 14 (24,1%) pais que não participavam neste tipo de cuidado à criança em casa passaram a fazê-lo no hospital. Outro resultado observado refere-se aos 8 participantes (21,6%) que admitem participar neste tipo de cuidado à criança no domicílio, mas que deixaram de participar durante a hospitalização, enquanto 44 (75,9%) deram continuidade a esse cuidado no hospital, sendo estes resultados estatisticamente significativos ($X^2=26,824$; $p=0.000$) (cf. Tabela 42).

Tabela 42 – Participação dos pais nos cuidados em relação à higiene no domicílio e no hospital

No domicílio	No hospital		Não		Sim		Total		X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	(20)	(21.1)	(75)	(78.9)	(95)	(100.0)				
Auxiliar a criança a cuidar da higiene									12,931	0,000
Não	19	95,0	38	50,7	57	60,0				
Sim	1	5,0	37	49,3	38	40,0				
Vigiar higiene	Nº	%	Nº	%	Nº	%			NA	*0,000
	(6)	(6.3)	(89)	(93.7)	(95)	(100.0)				
Não	6	100,0	16	18,0	22	23,2				
Sim	-	0,0	73	82,0	73	76,8				
Cuidar da higiene	Nº	%	Nº	%	Nº	%			30,636	0,000
	(20)	(21.1)	(75)	(78.9)	(95)	(100.0)				
Não	20	100,0	23	30,7	43	45,3				
Sim	-	0,0	52	69,3	52	54,7				
Determinar modo de cuidar da higiene	Nº	%	Nº	%	Nº	%			43,395	0,000
	(32)	(33.7)	(63)	(66.3)	(95)	(100.0)				
Não	26	81,3	8	12,7	34	35,8				
Sim	6	18,8	55	87,3	61	64,2				
Determinar horário para cuidar da higiene	Nº	%	Nº	%	Nº	%			30,803	0,000
	(41)	(43.2)	(54)	(56.8)	(95)	(100.0)				
Não	22	53,7	2	3,7	24	25,3				
Sim	19	46,3	52	96,3	71	74,7				
Solicitar competências da criança para cuidar da higiene	Nº	%	Nº	%	Nº	%			26,824	0,000
	(37)	(38.9)	(58)	(61.1)	(95)	(100.0)				
Não	29	78,4	14	24,1	43	45,3				
Sim	8	21,6	44	75,9	52	54,7				

*p de Fisher

Segurança

Em relação à participação dos pais nos cuidados de segurança à criança no domicílio e no hospital, como apresentado na Tabela 43, constata-se que 12 pais (80,0%) não mantêm brinquedos adequados à criança em casa e no hospital, enquanto 3 (3,8%) dos que não tinham este cuidado em casa, passaram a tê-lo durante a hospitalização do filho. Por outro lado, 3 participantes (20,0%) que não mantinham brinquedos adequados em casa passaram a ter esse cuidado no hospital, contrariamente à maioria (n=77; 96,2%) que têm esse cuidado em casa, dando-lhe continuidade durante a hospitalização da criança. Observa-se também que 31 pais (100,0%) não participam em vigiar a temperatura da refeição nos dois espaços em estudo, todavia, 11 pais (17,2%) não participavam neste tipo de cuidado em casa, mas passaram a participar no hospital. Verifica-se também que 53 participantes (82,8%) vigiam a temperatura da refeição da criança em casa, continuando a fazê-lo no hospital. Observa-se igualmente que 33 (100,0%) dos pais não vigiam a temperatura da água do banho do filho em casa e no hospital, enquanto 8 (12,9%) que não o faziam em casa passaram a realizar este cuidado aquando da hospitalização da criança. Por seu lado, 54 (87,1%) dos pais participam neste cuidado à criança nos dois espaços em

análise. Os resultados indicam também que 17 (100,0%) dos participantes afirmam não auxiliar a criança a reconhecer o perigo quer em casa, quer no hospital, enquanto 8 (10,3%) que não o faziam no domicílio, passaram a fazê-lo no hospital, enquanto 70 (89,7%) participantes admitem que participam neste tipo de cuidado à criança quer em casa, quer no hospital. Outro resultado a que se chegou refere-se ao facto de se registar que 28 (87,5%) participantes não solicitam competências da criança para manter a segurança da mesma tanto em casa, como no hospital, contrariamente a 4 (6,3%) que não participam neste cuidado à criança em casa, mas passaram a participar durante a hospitalização. A maioria dos pais (n=59; 93,7%) solicita competências da criança para manter a segurança quer em casa, quer no hospital. Por fim, regista-se que 46 (100,0%) dos participantes não mantêm as grades da cama elevadas em casa e no hospital, opostamente a 3 (6,1) pais que não o faziam em casa, mas admitem participar neste cuidado no hospital. Um número significativo de pais (n=46; 93,9%) participa neste tipo de cuidado à criança em casa e continua a fazê-lo durante a hospitalização (cf. Tabela 43).

Tabela 43 – Participação dos pais nos cuidados em relação à segurança no domicílio e no hospital

No domicílio	No hospital		Não		Sim		Total		X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Manter brinquedos adequados										
Não	12	80,0	3	3,8	15	15,8			NA	*0,000
Sim	3	20,0	77	96,2	80	84,2				
Vigiar temperatura da refeição										
Não	31	100,0	11	17,2	42	44,2			58,067	0,000
Sim	-	0,0	53	82,8	53	55,8				
Vigiar temperatura da água do banho										
Não	33	100,0	8	12,9	41	43,2			66,597	0,000
Sim	-	0,0	54	87,1	54	56,8				
Auxiliar a criança a reconhecer o perigo										
Não	17	100,0	8	10,3	25	26,3			57,974	0,000
Sim	-	0,0	70	89,7	70	73,7				
Solicitar competências da criança para manter segurança										
Não	28	87,5	4	6,3	32	33,7			62,562	0,000
Sim	4	12,5	59	93,7	63	66,3				
Manter grades da cama elevadas										
Não	46	100,0	3	6,1	49	51,6			83,723	0,000
Sim	-	0,0	46	93,9	46	48,4				

*p de Fisher

Desenvolvimento Infantil

Na Tabela 44 constam os resultados relativos à participação dos pais nos cuidados em relação ao desenvolvimento infantil no domicílio e no hospital, de onde se extrai que 11 (100,0%) pais não estabelecem limites à criança quer em casa, quer no hospital, enquanto 1 (1,2%) que não participava neste tipo de cuidado à criança em casa passou a fazê-lo no hospital. A grande maioria dos participantes (n=83; 98,8%) estabelece limites à criança no domicílio e no hospital, o que resultou em diferença estatisticamente significativa (p=0,000). Observa-se também que a maioria dos pais que admite não participar na estimulação de tarefas-chave à criança em casa, também não o faz no hospital (n=43; 100,0%), enquanto 1 participante (1,9%) não participava em casa, mas passou a envolver-se neste tipo de cuidado na hospitalização da criança. Todos os pais que admitem participar na estimulação de tarefas-chave à criança em casa continuam a participar no hospital (n=51; 98,1%), o que resultou em diferença estatisticamente significativa (p=0,000). Em relação ao ensinar regras e comportamentos aceitáveis à criança, 19 participantes (100,0%) não se envolvem neste cuidado nos dois espaços em análise, enquanto todos os pais (n=76; 100,0%) que participam neste cuidado em casa dão-lhe continuidade durante a hospitalização da criança, o que resultou em diferença estatisticamente significativa (p=0,000).

Verifica-se ainda que todos os pais (n=37; 100,0%) que admitem não proporcionar estímulo e aprovação pelas aquisições à criança no domicílio, também não o fazem no hospital, contrariamente aos que participam neste cuidado em casa e continuam a participar no hospital (n=58; 100,0%), com diferença estatisticamente significativa (p=0,000). Todos os participantes (n=13; 100,0%) que não desaprovam comportamentos não-apropriados à criança no domicílio também não o fazem no hospital, enquanto todos os que se envolvem neste tipo de cuidado à criança em casa deram-lhe continuidade no hospital (n=82; 100,0%), resultando em diferença estatisticamente significativa (p=0,000). Os dados indicam igualmente que a maioria dos participantes (n=51; 100,0%) não cria, em casa, estratégias para a criança aprender pela experiência, não se envolvendo também neste cuidado no hospital, enquanto todos os pais (n=43; 100,0%) que admitem participar neste cuidado em casa, continuaram a participar no mesmo durante a hospitalização. Constata-se, por fim, que todos os pais que não ensinam regras e comportamentos aceitáveis à criança em casa também não o fazem no hospital (n=24; 100,0%), estando numa situação oposta a maioria dos sujeitos da amostra (n=71; 100,0%) que se envolvem neste tipo de

cuidado à criança quer em casa, quer no hospital, o que resultou em diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$) (cf. Tabela 44).

Tabela 44 – Participação dos pais nos cuidados em relação ao desenvolvimento infantil no domicílio e no hospital

No domicílio	No hospital		Não		Sim		Total		X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	(11)	(11.6)	(84)	(88.4)	(95)	(100.0)				
Estabelecer limites à criança										
Não	11	100,0	1	1,2	12	12,6	NA	*0,000		
Sim	-	0,0	83	98,8	83	87,4				
Estimular tarefas-chave	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
	(43)	(45.3)	(52)	(54.7)	(95)	(100.0)	91,056	0,000		
Não	43	100,0	1	1,9	44	46,3				
Sim	-	0,0	51	98,1	51	53,7				
Ensinar regras e comportamentos aceitáveis	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
	(19)	(20.0)	(76)	(80.0)	(95)	(100.0)	NA	*0,000		
Não	19	100,0	-	0,0	19	20,0				
Sim	-	0,0	76	100,0	76	80,0				
Proporcionar estímulo e aprovação pelas aquisições	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
	(37)	(38.9)	(58)	(61.1)	(95)	(100.0)	95,000	0,000		
Não	37	100,0	-	0,0	37	38,9				
Sim	-	0,0	58	100,0	58	61,1				
Desaprovar comportamentos não-apropriados	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
	(13)	(13.7)	(82)	(86.3)	(95)	(100.0)	95,000	0,000		
Não	13	100,0	-	0,0	13	13,7				
Sim	-	0,0	82	100,0	82	86,3				
Criar estratégias para a criança aprender pela experiência	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
	(51)	(54.3)	(43)	(45.7)	(95)	(100.0)	94,000	0,000		
Não	51	100,0	-	0,0	51	54,3				
Sim	-	0,0	43	100,0	43	45,7				
Ensinar regras e comportamentos aceitáveis	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
	(24)	(25.3)	(71)	(74.7)	(95)	(100.0)	95,000	0,000		
Não	24	100,0	-	0,0	24	25,3				
Sim	-	0,0	71	100,0	71	74,7				

*p de Fisher

Necessidades desenvolvimentais complexas no domicílio e no hospital

Seguem-se os resultados referentes às necessidades desenvolvimentais complexas, nomeadamente o cuidado com o equipamento, soroterapia, medicação, dor e procedimentos de diagnóstico e tratamento.

Equipamento

A análise dos resultados apresentados na Tabela 45 revela que 55 (100,0%) dos pais que não mantêm a fixação do equipamento em casa também não o fazem no hospital, enquanto 40 (100,0%) que não participavam neste cuidado no domicílio passaram a participar no internamento da criança. Verifica-se também que a maioria

(n=77; 100,0%) dos pais refe que não vigia o efeito terapêutico do equipamento em casa e no hospital. Já uma parte dos pais (n=17; 94,4%) que não participava neste cuidado em casa passou a participar no internamento da criança. Em relação a manter a permeabilidade/funcionamento do equipamento para segurança da criança, constata-se que mais de metade da amostra (n=80; 100,0%) que não o fazia no domicílio também não o faz no hospital, enquanto 14 (93,3%) dos que não participavam neste tipo de cuidado relativo à segurança da criança em casa passou a participar na hospitalização. Verifica-se ainda que 1 (6,7%) participante refere que mantém a permeabilidade/funcionamento do equipamento quer em casa, quer no hospital.

Tabela 45 – Participação dos pais nos cuidados em relação ao equipamento no domicílio e no hospital

No domicílio	No hospital		Não		Sim		Total		Fisher (p)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Manter fixação	(55)	(57.9)	(40)	(42.1)	(95)	(100.0)			
Não	55	100,0	40	100,0	95	100,0			NA
Sim	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
Vigiar efeito terapêutico	(77)	(81.1)	(18)	(18.9)	(95)	(100.0)			
Não	77	100,0	17	94,4	94	98,9			0,189
Sim	-	0,0	1	5,6	1	1,1			
Manter permeabilidade/funcionamento	(80)	(84.2)	(15)	(15.8)	(95)	(100.0)			
Não	80	100,0	14	93,3	94	98,9			0,158
Sim	-	0,0	1	6,7	1	1,1			

Soroterapia

A Tabela 46 reporta-se aos resultados da participação dos pais nos cuidados em relação à soroterapia no domicílio e no hospital, donde se extrai que 41 (100,0%) dos pais que não mantêm a fixação em casa também não o fazem no hospital, contrariamente a 52 (96,3%) que não tinham necessidade de participar neste cuidado em casa passaram a fazê-lo no hospital. Constata-se ainda que 2 pais (3,7%) que já mantinham a fixação da soroterapia em casa continuaram a estar envolvidos neste cuidado durante a hospitalização da criança. Apura-se que a maioria dos participantes (n=74; 97,4%) não tinha necessidade de vigiar a perfusão da soroterapia em casa, também não o fazendo no hospital. Opostamente, 19 participantes (100,0%) que não tinham necessidade de prestar este cuidado à criança em casa passaram a fazê-lo no hospital. Verifica-se também que 2 (2,6%) pais participavam neste tipo de cuidado no domicílio e deixaram de participar no hospital.

Tabela 46 - Participação dos pais nos cuidados em relação à soroterapia no domicílio e no hospital

No domicílio	No hospital		Não		Sim		Total		Fisher (p)
	Nº (41)	% (43.2)	Nº (54)	% (56.8)	Nº (95)	% (100.0)			
Manter fixação									
Não	41	100,0	52	96,3	93	97,9			0,504
Sim	-	0,0	2	3,7	2	2,1			
Vigiar perfusão									
Não	74	97,4	19	100,0	93	97,9			1,000
Sim	2	2,6	-	0,0	2	2,1			

Medicação

Analisando-se os resultados presentes na Tabela 47, pode afirmar-se que a grande maioria dos pais (n=85; 100,0%) não vigia os efeitos secundários da medicação em casa e no hospital, enquanto 8 (80,0%) que não participavam neste tipo cuidado no domicílio passaram a participar no internamento da criança, o que resultou em diferença estatisticamente significativa (p=0.010). Constata-se ainda que 2 pais (20,0%) que vigiavam os efeitos secundários da medicação no domicílio continuaram a fazê-lo no internamento do filho. Verifica-se igualmente que 48 (98,0%) participantes, em casa, não solicitam competências da criança para tomar medicação, não o fazendo também no hospital. Contrariamente, 42 (91,3%) dos pais que não participavam neste cuidado, em casa, passaram a participar no internamento da criança. Os dados revelam também que 1 participante (2,0%) admite que, em casa, solicitava competências da criança para tomar medicação, deixando de o fazer no hospital. Por último, apura-se que 4 pais (8,7%) já participavam neste cuidado à criança em casa e deram-lhe continuidade no internamento do filho. No que se refere a vigiar os efeitos terapêuticos, observa-se que a grande maioria dos pais (n=61; 100,0%) dos que não o faz no domicílio também não o faz no hospital, enquanto alguns deles (n=29; 85,3%) dos que não participavam neste cuidado no domicílio passaram a participar durante a hospitalização da criança, o que resultou em diferença estatisticamente significativa (p=0.005). Por sua vez, 5 pais (14,7%) deram continuidade à sua participação neste tipo de cuidado à criança no hospital. Regista-se igualmente que 47 (100,0%) de participantes não auxiliam a criança a tomar medicação em casa, bem como no hospital, enquanto 45 (93,8%) dos que não auxiliavam a criança a tomar a medicação em casa passaram a auxiliar na hospitalização. Verifica-se que 3 pais (6,3%) auxiliavam o filho na toma de medicação em casa e continuaram a fazê-lo no hospital. Afere-se que quase a totalidade da amostra (n=90; 96,8% refere que não prepara a medicação em casa e no hospital, enquanto 2 (100,0%) não o faziam no domicílio e passaram a fazê-lo no hospital. Por outro lado, 3 pais (3,2%) admitem que preparavam

a medicação em casa, mas que não participam neste cuidado durante a hospitalização do filho.

Por fim, pode afirmar-se que 68 (98,6%) dos participantes não administram medicação em casa e não participam neste cuidado no hospital, enquanto 23 (88,5%) que não o faziam em casa passaram a participar no hospital. Refere-se que 1 (1,4%) participante admite que preparava a medicação em casa, mas deixou de o fazer no internamento do filho, contrariamente a 3 (11,5%) pais que deram continuidade a esse cuidado durante o internamento da criança.

Tabela 47 – Participação dos pais nos cuidados em relação à medicação no domicílio e no hospital

No domicílio	No hospital		Não		Sim		Total		Fisher (p)
	Nº (85)	% (89.5)	Nº (10)	% (10.5)	Nº (95)	% (100.0)			
Vigiar efeitos secundários									
Não	85	100,0	8	80,0	93	97,9			0,010
Sim	-	0,0	2	20,0	2	2,1			
Solicitar competências da criança para tomar medicação	Nº (49)	% (51.6)	Nº (46)	% (48.4)	Nº (95)	% (100.0)			
Não	48	98,0	42	91,3	90	94,7			0,195
Sim	1	2,0	4	8,7	5	5,3			
Vigiar efeitos terapêutico	Nº (61)	% (64.2)	Nº (34)	% (35.8)	Nº (95)	% (100.0)			
Não	61	100,0	29	85,3	90	94,7			0,005
Sim	-	0,0	5	14,7	5	5,3			
Auxiliar a criança a tomar medicação	Nº (47)	% (49.5)	Nº (48)	% (50.5)	Nº (95)	% (100.0)			
Não	47	100,0	45	93,8	92	96,8			0,242
Sim	-	0,0	3	6,3	3	3,2			
Preparar medicação	Nº (93)	% (97.9)	Nº (2)	% (2.1)	Nº (95)	% (100.0)			
Não	90	96,8	2	100,0	92	96,8			1,000
Sim	3	3,2	-	0,0	3	3,2			
Administrar medicação	Nº (69)	% (72.6)	Nº (26)	% (27.4)	Nº (95)	% (100.0)			
Não	68	98,6	23	88,5	91	95,8			0,061
Sim	1	1,4	3	11,5	4	4,2			

Dor

Com base nos resultados figurados na Tabela 48, refere-se que 22 (100,0%) participantes não monitorizam a dor da criança quer em casa, quer no hospital, todavia, 51 (69,9%) pais que não monitorizaram a dor do filho em casa, passaram a participar neste cuidado durante a hospitalização da criança, o que resultou em diferença estatisticamente significativa ($X^2=8,628$; $p=0.003$). Verifica-se que 22 (30,1%) dos participantes que monitorizam a dor do filho em casa continuaram a monitorizá-la durante a hospitalização. Quanto ao uso de estratégias não farmacológicas para eliminar a dor da criança, 20 (100,0%) pais mencionam que não recorrem às mesmas

em casa, e no hospital, enquanto 53 (70,7%) que não participavam neste cuidado no domicílio passaram a participar no hospital. Constata-se ainda que 22 (29,3%) participantes referem usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor quer em casa, quer no hospital, o que resultou em diferença estatisticamente significativa ($p=0.005$). Por fim, afere-se que uma parte significativa da amostra ($n=50$; 100,0%) não solicita competências da criança para o autocontrolo da dor nos espaços em análise, não sendo esta uma situação análoga a 38 pais (84,4%) que não faziam essa solicitação para autocontrolo da dor em casa, mas passaram a fazê-la durante a hospitalização do filho. Verifica-se igualmente que 7 (15,6%) pais confirmam que solicitavam competências da criança para autocontrolo da dor em casa, continuando envolvidos neste tipo de cuidado durante a hospitalização, resultando em diferença estatisticamente significativa ($p=0.004$).

Tabela 48 – Participação dos pais nos cuidados em relação à dor no domicílio e no hospital

No domicílio	No hospital		Não		Sim		Total		X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Monitorizar dor										
Não	22	100,0	51	69,9	73	76,8			8,628	0,003
Sim	-	0,0	22	30,1	22	23,2				
Usar estratégias não farmacológicas para eliminar dor										
Não	20	100,0	53	70,7	73	76,8			NA	*0,005
Sim	-	0,0	22	29,3	22	23,2				
Solicitar competências da criança para autocontrolo										
Não	50	100,0	38	84,4	88	92,6			NA	*0,004
Sim	-	0,0	7	15,6	7	7,4				

*p de Fisher

Procedimentos de diagnóstico e tratamento

Na Tabela 49 constam os resultados da participação dos pais nos cuidados em relação aos procedimentos de diagnóstico e tratamento no domicílio e no hospital. Deste modo, verifica-se que a maioria dos pais ($n=50$; 100,0%) refere que não restringe os movimentos do filho quer em casa, quer no hospital, enquanto outros ($n=40$; 97,6%) que não o faziam no domicílio passaram a fazê-lo no hospital e 1 participante (2,4%) admite que participa neste cuidado ao filho em casa, dando continuidade ao mesmo no hospital. Constata-se também que 11 (100,0%) pais que referem que não estão presentes nos procedimentos de diagnóstico e tratamento da criança quer em casa, quer no hospital, enquanto 80 (95,2%) participantes admitem que não estiveram

presentes neste cuidado à criança em casa, mas passaram a participar do mesmo na hospitalização e 4 pais (4,8%) presenciavam em certos procedimentos de diagnóstico e tratamento da criança no domicílio, dando-lhe continuidade durante a hospitalização. Na amostra em estudo, grande parte dos participantes (n=80; 100,0%) não vigiaram os indicadores (glicemia) nos dois espaços em análise, enquanto 5 (71,4%) que não participaram neste cuidado à criança em casa fizeram-no no internamento. Constata-se, ainda neste âmbito, que 2 pais (28,6%) vigiaram os indicadores (glicemia) do filho em casa, continuando a participar neste cuidado no internamento.

Quanto ao envolvimento dos pais no reconhecimento das alterações (glicemia), observa-se que quase a totalidade da amostra (n=80; 100,0%) não participou neste cuidado à criança nos dois espaços em estudo. Por sua vez, 8 (72,7%) participantes admitem que não reconheceram as alterações (glicemia) do filho em casa, no entanto, passaram a participar neste cuidado no internamento, e 3 (27,3%) pais participavam neste cuidado em casa, continuando a fazê-lo no hospital.

Regista-se igualmente que a maioria dos pais (n=70; 98,6%) não teve de determinar as necessidades de medicação (insulina) do filho no domicílio, enquanto 22 (91,7%) não o fez em casa, mas passou a fazê-lo no hospital. Apura-se ainda que 1 participante (1,4%) que admite ter determinado as necessidades de medicação (insulina) do filho no domicílio deixou de participar neste cuidado no internamento, contrariamente a 2 pais (8,3%) que deram continuidade a este cuidado ao filho no internamento. Consta-se que quase todos os pais (n=93; 98,9%) referem que não aspiram as secreções da criança quer em casa, quer no hospital, enquanto 1 participante que não o fazia em casa passou a participar neste cuidado ao filho na hospitalização. Por sua vez, 1 participante que o fazia em casa deixou de o fazer durante a hospitalização.

Como se pode ainda observar na Tabela 49, verifica-se que a maioria dos participantes (n=83; 100,0%) refere que não reconhece, em casa, os sinais de necessidade de aspirar a criança, não participando deste cuidado também no hospital, enquanto 11 pais (91,7%) que não reconheciam os referidos sinais no domicílio passaram a participar neste cuidado durante o internamento. Regista-se também que 1 participante (8,3%) envolvia-se neste cuidado à criança em casa, continuando a participar no internamento. No que se refere à manipulação de material, apura-se que 88 pais (98,9%) não se envolvem neste cuidado à criança nos dois espaços em análise, enquanto 3 (50,0%) participantes admitem que não manipulavam o material em casa, mas passaram a colaborar neste cuidado no internamento do filho. Regista-se também

que 1 (1,1%) participante que manipulava o material no domicílio deixou de participar neste cuidado no hospital, contrariamente a 3 pais (50,0%) que deram continuidade a este cuidado no hospital. Por fim, afere-se que a maioria dos participantes (n=88; 97,8%) refere que não selecionava o material em casa, não estando envolvidos neste tipo de cuidado na hospitalização da criança, enquanto 3 pais (60,0%) que não selecionavam o material em casa passaram a fazê-lo no internamento do filho. Por outro lado, verifica-se que 2 (2,2%) participantes participavam deste cuidado no domicílio deixando de o fazer no hospital, enquanto outros 2 pais (40,0%) deram continuidade ao referido cuidado no hospital.

Tabela 49 – Participação dos pais nos cuidados em relação aos procedimentos de diagnóstico e tratamento no domicílio e no hospital

No domicílio	No hospital		Não		Sim		Total		Fisher (p)
	Nº (54)	% (56,8)	Nº (41)	% (43,2)	Nº (95)	% (100,0)			
Restringir movimentos									
Não	54	100,0	40	97,6	94	98,9			0,432
Sim	-	0,0	1	2,4	1	1,1			
Presença	Nº (11)	% (11,6)	Nº (84)	% (88,4)	Nº (95)	% (100,0)			
Não	11	100,0	80	95,2	91	95,8			1,000
Sim	-	0,0	4	4,8	4	4,2			
Vigiar Indicadores (glicémia)	Nº (88)	% (92,6)	Nº (7)	% (7,4)	Nº (95)	% (100,0)			
Não	88	100,0	5	71,4	93	97,9			0,005
Sim	-	0,0	2	28,6	2	2,1			
Reconhecer alterações (glicemia)	Nº (84)	% (88,4)	Nº (11)	% (11,6)	Nº (95)	% (100,0)			
Não	84	100,0	8	72,7	92	96,8			0,001
Sim	-	0,0	3	27,3	3	3,2			
Determinar necessidades de medicação (insulina)	Nº (71)	% (74,7)	Nº (24)	% (25,3)	Nº (95)	% (100,0)			
Não	70	98,6	22	91,7	92	96,8			0,156
Sim	1	1,4	2	8,3	3	3,2			
Aspirar secreções	Nº (94)	% (98,9)	Nº (1)	% (1,1)	Nº (95)	% (100,0)			
Não	93	98,9	1	100,0	94	98,9			1,000
Sim	1	1,1	-	0,0	1	1,1			
Reconhecer sinais de necessidade de aspirar	Nº (83)	% (87,4)	Nº (12)	% (12,6)	Nº (95)	% (100,0)			
Não	83	100,0	11	91,7	94	98,9			0,126
Sim	-	0,0	1	8,3	1	1,1			
Manipular material	Nº (89)	% (93,7)	Nº (6)	% (6,3)	Nº (95)	% (100,0)			
Não	88	98,9	3	50,0	91	95,8			0,001
Sim	1	1,1	3	50,0	4	4,2			
Selecionar material	Nº (90)	% (94,7)	Nº (5)	% (5,3)	Nº (95)	% (100,0)			
Não	88	97,8	3	60,0	91	95,8			0,013
Sim	2	2,2	2	40,0	4	4,2			

Papel parental: parceria de cuidados

Seguem-se os resultados relativos ao papel parental – parceria de cuidados, tendo-se em conta: o processo de participação dos pais nos cuidados, os estímulos, a

prescrição de enfermagem, a atividade auto-iniciada, ou seja, iniciada pelos pais, enfermeiro ou pais/enfermeiro, sem planejamento explícito e as decisões são tomadas por quem as iniciou. É uma situação caracterizada por tarefas desempenhadas ignorando a visão do “outro” acerca da mesma, bem como a negociação dos cuidados que se refere a uma situação caracterizada por mútua comunicação.

Começa-se por referir que todos os pais (n=95; 100,0%) desejam participar nos cuidados ao filho durante a hospitalização (cf. Tabela 50). Pode dizer-se que a maioria dos pais (56,8%) refere que o estímulo para participar nos cuidados à criança durante a hospitalização assenta na negociação dos cuidados, seguindo-se os que revelam um estímulo para participar nos cuidados à criança durante a hospitalização auto-iniciado (26,3%), enquanto 16,8% referem que participaram nos cuidados à criança por estímulo prescrição de enfermagem.

Tabela 50 - Estímulo para participar nos cuidados

Estímulo	N	%
Prescrição de enfermagem	16	16,8
Auto-iniciada	25	26,3
Negociação dos cuidados	54	56,8
Total	95	100,0

Necessidades básicas vs. estímulo para a parceria de cuidados

Os resultados apresentados na Tabela 51 indicam que no grupo de participantes com estímulo auto-iniciado para participar nos cuidados 37 mães são responsáveis pela alimentação da criança (100,0%), verificando-se que 1 mãe (10,0%) participa no cuidado de alimentação do filho por estímulo de prescrição de enfermagem. Em 48 (100,0%) dos casos, está presente a díade mãe/enfermeiro como responsável pelo cuidado de alimentação à criança, na decorrência de estímulo de negociação de cuidados, o que resultou em relevância estatística ($X^2=91,250$; $p=0,000$).

No que se refere ao estímulo para a parceria de cuidados referentes à eliminação, verifica-se que com estímulo auto-iniciado a maioria são mães (97,5%), 1 mãe (10,0%) revela estímulo de prescrição de enfermagem e 1 mãe (10,0%) negociação de cuidados. No que se refere à díade mãe/enfermeiro, como responsável pela prestação de cuidados em termos de eliminação, o valor mais expressivo recai na negociação de cuidados (90,0%), seguindo-se a prescrição de enfermagem (75,0%).

Relativamente ao estímulo para a parceria de cuidados de higiene à criança na hospitalização (cf. Tabela 51), no estímulo auto-iniciado a responsável pelo cuidado é

maioritariamente a mãe (96,1%). Prevalece a díade mãe/enfermeiro (77,8%) com estímulo resultante da prescrição de enfermagem para participar de cuidados de higiene à criança, bem como prevalece a mesma díade com estímulo de negociação de cuidados (96,7%), verificando-se diferença significativa ($X^2=71,784$; $p=0,000$).

Relativamente ao estímulo para a parceria de cuidados quanto à segurança da criança durante a hospitalização, constata-se que há um predomínio de mães (92,9%) com um estímulo auto-iniciado. Afere-se ainda que há registo de 9 casos (90,0%) em que o responsável pelo cuidado de segurança à criança é a díade mãe/enfermeiro, resultante de um estímulo de prescrição de enfermagem, destacando-se igualmente 43 (100,0%) casos em que continua a ser esta díade a responsável por este cuidado resultando de um estímulo de negociação de cuidados, cujos resultados apresentam relevância estatística ($X^2=79,880$; $p=0,000$).

Em relação à parceria de cuidados ao nível do desenvolvimento infantil, como observado na Tabela 51, pode afirmar-se que a maioria das mães (98,8%) é responsável pelo cuidado do desenvolvimento infantil na hospitalização tendo subjacente um estímulo auto-iniciado. Importa também referir que em 11 casos o responsável pelo desenvolvimento infantil é a díade mãe/enfermeiro resultante da negociação de cuidados.

Tabela 51 – Resultados dos cuidados prestados à criança – necessidades básicas vs. estímulo para a parceria de cuidados

Estímulo para a parceria de cuidados Necessidades básicas	Auto-iniciado		Prescrição enfermagem		Negociação de cuidados		Total		X ²	p
	Nº (37)	% (38,9)	Nº (10)	% (10,5)	Nº (48)	% (50,5)	Nº (95)	% (100,0)		
Alimentação									91,250	0,000
Mãe	37	100,0	1	10,0	-	0,0	38	40,0		
Mãe/Enfermeiro	-	0,0	9	90,0	48	100,0	57	60,0		
Eliminação	Nº (11)	% (11,6)	Nº (84)	% (88,4)	Nº (95)	% (100,0)	Nº (95)	% (100,0)	NA	
Mãe	79	97,5	1	25,0	1	10,0	81	85,3		
Mãe/Enfermeiro	2	2,5	3	75,0	9	90,0	14	14,7		
Higiene	Nº (51)	% (56,7)	Nº (9)	% (10,0)	Nº (30)	% (33,3)	Nº (90)	% (100,0)	71,784	0,000
Mãe	49	96,1	2	22,2	1	3,3	52	57,8		
Mãe/Enfermeiro	2	3,9	7	77,8	29	96,7	38	42,2		
Segurança	Nº (42)	% (44,2)	Nº (10)	% (10,5)	Nº (43)	% (45,3)	Nº (95)	% (100,0)	79,880	0,000
Mãe	39	92,9	1	10,0	0	0,0	40	42,1		
Mãe/Enfermeiro	3	7,1	9	90,0	43	100,0	55	57,9		
Desenvolvimento infantil	Nº (82)	% (86,3)	Nº (2)	% (2,1)	Nº (11)	% (11,6)	Nº (95)	% (100,0)	NA	
Mãe	81	98,8	-	0,0	-	0,0	81	85,3		
Mãe/Enfermeiro	1	1,2	2	100,0	11	100,0	14	14,7		

Na Tabela 52 estão representados os resultados referentes a quem presta cuidados complexos à criança, apurando-se que na maioria dos casos em relação ao

equipamento (75,0%), soroterapia (98,2%) e aos procedimentos de diagnóstico/tratamento (64,9%), o responsável é o enfermeiro. No que se refere à medicação, constata-se que os casos mais evidentes são os que os cuidados são em parceria entre a mãe/enfermeiro (58,3%), bem como no que se refere ao controlo da dor (72,6%).

Tabela 52 – Responsável pelos cuidados prestados à criança – Necessidades complexas

Necessidades complexas		n	%
Equipamento	Mãe	2	6,3
	Mãe/Enfermeiro	6	18,8
	Enfermeiro	24	75,0
	Total	32	100,0
Soroterapia	Mãe	1	1,8
	Enfermeiro	56	98,2
	Total	57	100,0
Medicação	Mãe	2	2,4
	Mãe/Enfermeiro	49	58,3
	Enfermeiro	33	39,3
	Total	84	100,0
Controlo da dor	Mãe	10	11,9
	Mãe/Enfermeiro	61	72,6
	Enfermeiro	13	15,5
	Total	84	100,0
Procedimentos de diagnóstico/tratamento	Mãe	1	1,8
	Mãe/Enfermeiro	19	33,3
	Enfermeiro	37	64,9
	Total	57	100,0

Necessidades complexas vs. estímulo para a parceria de cuidados

Através da análise dos resultados expostos na Tabela 53, pode aferir-se que, na totalidade da amostra, são 9 os casos em que há participação pelo prestador de cuidados relativamente aos equipamentos. Assim, constata-se que 2 mães (66,7%) participam nestes cuidados por estímulo auto-iniciado, verificando-se também que com este tipo de estímulo há 1 caso (33,3%) em que é a díade mãe/enfermeiro a responsável por este tipo de cuidados. De igual modo, se observa que com estímulo de negociação de cuidados se registam 5 casos (100,0%) em que é a díade mãe/enfermeiro a responsável pelos equipamentos. Apenas se verifica que num caso é o enfermeiro o responsável pelos equipamentos.

Em relação aos cuidados referentes à soroterapia, importa ressaltar que, na amostra total, apenas há registo de 3 casos de crianças com esta necessidade complexa durante o internamento, dos quais 1 mãe participa desses cuidados por estímulo auto-iniciado e em 2 casos o responsável pela soroterapia é o enfermeiro, em conformidade com a prescrição de enfermagem (cf. Tabela 53).

Quanto à necessidade complexa de medicação, constata-se que dos 95 participantes, apenas em 51 dos casos é que está expressa esta necessidade complexa da criança durante a hospitalização, dos quais em 9 situações (100,0%) é a díade mãe/enfermeiro a responsável por este cuidado tendo subjacente o estímulo auto-iniciado. No grupo de participantes com estímulo resultante de prescrição de enfermagem, 2 mães são as responsáveis pelo cuidado, em 5 casos (62,5%) a responsável é a díade mãe/enfermeiro, com 1 caso em que o responsável é o enfermeiro. No grupo de participantes com estímulo de negociação de cuidados, 34 casos (100,0%) têm como responsável mãe/enfermeiro.

Observa-se também que na totalidade da amostra (n=95) apenas em 20 casos é que houve necessidade de parceria de cuidados relativamente aos procedimentos de diagnóstico/tratamento, dos quais 1 caso a responsabilidade deste cuidado é da mãe/enfermeiro com estímulo auto-iniciado. Verifica-se também que em 3 casos (75,0%) está presente o estímulo da prescrição de enfermagem, sendo responsável pelo cuidado a mãe/enfermeiro, com o mesmo estímulo regista-se 1 caso (25,0%) cujo responsável pelo cuidado é o enfermeiro. O estímulo negociação de cuidados regista-se 15 casos (100,0%) em que a responsabilidade do cuidado é da díade mãe/enfermeiro (cf. Tabela 53).

Tabela 53 – Resultados dos cuidados prestados à criança – necessidades complexas vs. estímulo para a parceria de cuidados

Estímulo para a parceria de cuidados	Auto-iniciado		Prescrição enfermagem		Negociação de cuidados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Necessidades complexas	(3)	(33,3)	(1)	(11,1)	(5)	(55,6)	(9)	(100,0)
Equipamentos								
Mãe	2	66,7	-	0,0	-	0,0	2	22,2
Mãe/Enfermeiro	1	33,3	-	0,0	5	100,0	6	66,7
Enfermeiro	-	0,0	1	100,0	-	0,0	1	11,1
Soroterapia	(1)	(33,3)	(2)	(66,7)			(3)	(100,0)
Mãe	1	100,0	-	0,0	-	0,0	1	33,3
Enfermeiro	-	0,0	2	100,0	-	0,0	2	66,7
Medicação	(9)	(17,6)	(8)	(15,7)	(34)	(66,7)	(51)	(100,0)
Mãe	-	0,0	2	25,0	-	0,0	2	3,9
Mãe/Enfermeiro	9	100,0	5	62,5	34	100,0	48	94,1
Enfermeiro	-	0,0	1	12,5	-	0,0	1	2,0
Procedimentos de diagnóstico/tratamento	(1)	(5,0)	(4)	(20,0)	(15)	(75,0)	(20)	(100,0)
Mãe/Enfermeiro	1	100,0	3	75,0	15	100,0	19	95,0
Enfermeiro	-	0,0	1	25,0	-	0,0	1	5,0

Em relação à parceria de cuidado face à dor, há registo de 72 situações na amostra total, onde 1 caso corresponde à ausência de pais na hospitalização da criança. No grupo de participantes com estímulo auto-iniciado 50,0% é a mãe

responsável pelo cuidado prestado à criança e 44,4% está sob a responsabilidade da mãe/enfermeiro. No que se refere ao estímulo de prescrição de enfermagem, sobressaem 2 casos (100.0%) em que a parceria ocorre entre a mãe/enfermeiro. O estímulo de negociação de cuidados é onde há registo de um número mais elevado de casos (n=51; 100.0%), todos sob a responsabilidade da díade mãe/enfermeiro (cf. Tabela 54).

Tabela 54 – Resultados dos cuidados prestados à criança – dor vs. estímulo para a parceria de cuidados

Estímulo para a parceria de cuidados	Ausência de pais		Auto-iniciado		Prescrição enfermagem		Negociação de cuidados		Total	
	Nº (1)	% (1,4)	Nº (18)	% (25,0)	Nº (2)	% (2,8)	Nº (51)	% (70,8)	Nº (72)	% (100,0)
Dor										
Mãe	1	100,0	9	50,0	-	0,0	-	0,0	10	13,9
Mãe/Enfermeiro	-	0,0	8	44,4	2	100,0	51	100,0	61	84,7
Enfermeiro	-	0,0	1	5,6	-	0,0	-	0,0	1	1,4

“Reconhecimento” – (Explicação de falhas na implementação e seus efeitos)

Este percurso permitiu identificar as principais dificuldades dos enfermeiros no foco papel parental, ampliar os conhecimentos necessários a uma prática fundamentada, aperfeiçoar o exercício profissional na parceria de cuidados com os pais, gerando respostas saudáveis nos processos de transição vivenciados.

É necessário nesta fase fazer referência aos fatores que foram facilitadores e que dificultaram o planeamento e implementação da mudança.

Como fatores facilitadores da mudança temos a destacar:

- O comprometimento dos enfermeiros com o processo de mudança, aspeto fundamental da mudança implementada. As estratégias adotadas neste percurso otimizaram a determinação que os enfermeiros tinham de dar para uma maior visibilidade das suas práticas.

A colaboração dos enfermeiros, nos processos de mudança foi positivamente influenciada pela disponibilização de momentos formais e informais de diálogo/reflexão, durante a fase de implementação. Esta participação viabilizou as construções que os enfermeiros fizeram no domínio dos registos informatizados.

Relativamente aos aspetos que dificultaram o percurso de mudança, apresentamos:

- A indisponibilidade de recursos humanos na unidade de informática do CHTMAD para a elaboração dos indicadores de qualidades, do serviço de pediatria, no foco papel parental, inicialmente objetivados.

3.3. Quinta fase - Revisão da ideia geral

No capítulo quinto encerra-se o ciclo de investigação-ação com o reconhecimento do alcançado, reconhecendo-se que independentemente do que foi adquirido, aquilo que se apresenta já não se apresentará de modo igual ao início do ciclo.

A perspetiva face à realidade exposta anteriormente já se modificou e poderíamos recomençar o ciclo de investigação- ação com origem em estratégias que melhorem os níveis de evidência, que sustentem uma maior sistematização da ação e consequentemente, permitam aos clientes a obtenção de mais e melhores resultados em saúde.

3.3.1. Primeira fase – Diagnóstico

A qualidade continua em foco, não se pode avaliar a documentação de enfermagem produzida, relativamente ao papel parental, apenas a partir de apreciações subjetivas, e por isso, requer estratégias de monitorização e avaliação dos registos produzidos. A produção de informação válida e fiável é crucial para a avaliação da qualidade em saúde e produção de indicadores de enfermagem.

Para se alcançar este propósito, delineou-se o seguinte objetivo:

- ✓ Propor indicadores de Enfermagem: Processo, Resultado e Epidemiológicos, no foco papel parental.

3.3.2. Segunda fase – Planeamento da ação

Atendendo a este princípio e aos resultados do processo clínico, relativamente ao papel e após a formação dos enfermeiros do estudo, consideramos que seria necessário propor um segundo plano:

- ✓ Elaboração de normas institucionais de orientação de registos no Sclínico, relativamente ao processo de enfermagem no foco papel parental, para que se possa, uniformizar o método de registos de enfermagem e assegurar a melhoria contínua da documentação dos cuidados de enfermagem (cf. Anexo XI).
- ✓ Formar equipas de auditoria interna, com enfermeiros da prestação direta de cuidados por serviços, para a análise dos processos de forma aleatória, utilizando formulários adequados à auditoria.

Só, deste modo, será possível a implementação dos indicadores de enfermagem (Processo, Estrutura e Epidemiológico), essenciais para uma prática com visibilidade para os ganhos em saúde.

Como base para o referido anteriormente, menciono uma visita ao Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde, uma referência nacional, no que à implementação dos sistemas de informação com a PNU diz respeito, onde os indicadores de qualidade se encontram em vigor desde 2010 e traduzem a qualidade dos cuidados que são prestados.

Da oportunidade emergiu, como relevante, a existência de orientações de registos no Sclínico-Processo de enfermagem, assim como toda a conjuntura institucional para a elaboração de indicadores de qualidade.

Em suma, desta aprendizagem surgiu a oportunidade de criação de “soluções” técnicas para a produção automática dos indicadores preconizados pelo estudo inicialmente. No entanto para a produção de indicadores é imperioso analisarmos a documentação de enfermagem produzida, nomeadamente através dos registos informatizados que desenvolvemos, e assegurar informação útil, que responda às necessidades da conceção de cuidados, registo e continuidade de cuidados. Podemos dizer que estamos perante um novo ciclo de Investigação-ação, em que ouve a revisão da ideia geral e um novo plano foi sugerido para a implementação dos indicadores de qualidade.

3.3.3. Terceira fase – Implementação dos indicadores de enfermagem

Através da construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem será possível ter um conjunto de dados, no que respeita à gestão na saúde. Tais indicadores são concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das

populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (OE, 2007, p.2), dando-lhes visibilidade.

Tendo por base o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (OE, 2007, p.2), a estruturação dos indicadores está subdividida em quatro partes. As três primeiras partes correspondem aos indicadores das componentes da avaliação da qualidade propostas por Donabedian (2003): estrutura, processo e resultado. A quarta parte corresponde aos do tipo epidemiológico.

Dada a natureza do foco papel parental, onde é necessária a inclusão dos pais enquanto cliente e parceiro na produção de cuidados à criança, numa lógica de favorecer a qualidade e a eficácia do desempenho do papel parental, faz todo o sentido estudar os padrões de resposta dos indivíduos que vivem transições. Estes podem ser caracterizados a partir de indicadores de processo e por indicadores de resultado e a avaliação destes indicadores é fundamental para facilitar as intervenções de enfermagem que promovam resultados saudáveis (Meleis et al., 2000, cit. por Sousa, 2012, p.143).

Porque as transições se desenrolam a todo o tempo, identificar os indicadores de processo que levam os clientes simultaneamente em direção à saúde ou à vulnerabilidade ou risco, permite aos enfermeiros a avaliação e a intervenção precoces que facilitam resultados saudáveis (Meleis et al., 2000, cit. por Sousa, 2012, p.143).

a) O Indicador de Processo:

P1 Taxa de efetividade diagnóstica do risco

Consiste na relação entre o número total de casos que desenvolveram um determinado problema ou complicação, com risco previamente documentado, e o universo de casos que desenvolveram esta mesma ocorrência, num certo período de tempo. Este indicador baseia-se na relação estabelecida entre as entidades – diagnóstico potencial (risco) e diagnóstico real. (OE, 2007, p.3).

Fórmula geral

$$\frac{\text{N.º de casos que desenvolveram um determinado problema real, com risco prévio documentado, num dado período}}{\text{N.º de casos que desenvolveram o problema real no mesmo período}} \times 100$$

Através das fórmulas seguintes será possível avaliar a Taxa de efetividade diagnóstica de risco no foco papel parental (p1- Indicador de processo):

Papel parental especial:

$$\frac{\text{N.º de casos com papel parental especial durante hospitalização comprometido, com risco de compromisso do papel parental especial durante a hospitalização (previamente documentado), num dado período}}{\text{N.º de casos com papel parental especial durante hospitalização comprometido no mesmo período}} \times 100$$

Papel parental complexo:

$$\frac{\text{N.º de casos com papel parental complexo durante hospitalização comprometido, com risco de compromisso do papel parental complexo durante a hospitalização (previamente documentado), num dado período}}{\text{N.º de casos com papel parental complexo durante hospitalização comprometido no mesmo período}} \times 100$$

Adaptação ao papel parental complexo:

$$\frac{\text{N.º de casos com adaptação ao papel parental complexo durante hospitalização comprometido, com risco de compromisso da adaptação ao papel parental complexo durante a hospitalização (previamente documentado), num dado período}}{\text{N.º de casos com adaptação ao papel parental complexo durante hospitalização, comprometido, no mesmo período de tempo}} \times 100$$

Dois Indicadores de Resultado emergem dos estudos realizados: mestria nas novas tarefas necessárias para lidar com a transição e o desenvolvimento de uma identidade fluida, mas integrada. Os níveis em que estes resultados são experimentados podem refletir a qualidade de vida das pessoas que experimentaram a transição (Meleis, 2007, cit. por Sousa, 2009, p. 144).

b) O Indicador de Resultado:

R1 – Taxa de efetividade na prevenção de complicações

Consiste na relação entre o número total de casos com risco documentado de um determinado problema ou complicação, que acabaram por não desenvolver a complicação e tiveram, pelo menos, uma intervenção de enfermagem implementada, sobre o universo dos casos que tiveram previamente documentado o risco deste mesmo problema ou complicação, num determinado período de tempo (OE, 2007, p.3).

Fórmula geral

$$\frac{\text{N.º de casos com risco de um determinado problema ou complicação, que não o desenvolveu, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada, num dado período}}{\text{N.º de casos com risco documentado, no mesmo período}} \times 100$$

Através da fórmula seguinte será possível avaliar a Taxa de efetividade na prevenção de complicações (R1- Indicador de Resultado):

Papel parental especial:

N.º de casos com risco de compromisso do papel parental especial durante hospitalização, com intervenção (Incentivar papel parental especial), num dado período

X 100

N.º de casos com risco de compromisso do papel parental especial, no mesmo período

Papel parental complexo:

N.º de casos com risco de compromisso do papel parental complexo durante hospitalização, com intervenção (Incentivar papel parental complexo), num dado período

X 100

N.º de casos com risco de compromisso do papel parental complexo, no mesmo período

O Indicador de Resultado:

R2 – Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (Serve para avaliar o potencial para o desenvolvimento do conhecimento e aprendizagem parental).

Consiste na relação entre o número total de casos que resolveram um determinado fenómeno / diagnóstico de enfermagem, com intervenções de enfermagem implementadas, e o universo dos que apresentaram este fenómeno / diagnóstico, num certo período de tempo (OE, 2007, p.3).

Fórmula geral

N.º de casos que resolveram determinado fenómeno ou diagnóstico, e tiveram pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período

X 100

N.º de casos com este fenómeno / diagnóstico, documentados, no mesmo período

Através da fórmula seguinte será possível avaliar as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (R2- Indicador de Resultado), no foco papel parental:

Capacidade para o papel parental especial:

N.º de casos com ganhos de capacidades no papel parental especial durante hospitalização, com intervenção, num dado período

_____ X 100

N.º de casos com potencial para melhorar a capacidade do papel parental especial, no mesmo período

Conhecimento para o papel parental especial:

N.º de casos com ganhos de conhecimento no papel parental especial durante hospitalização, com intervenção, num dado período

_____ X 100

N.º de casos com potencial para melhorar o conhecimento do papel parental especial, no mesmo período

c) Indicadores epidemiológicos:

Epd 2 – Taxas de prevalência:

Consiste na relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado foco / diagnóstico de enfermagem durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período. (OE, 2007, p.3)

Fórmula geral

Nº. de casos de um determinado diagnóstico, documentados durante um dado momento / período

_____ X 100

População existente nesse momento / período

Através da fórmula seguinte será possível avaliar a Taxa de Prevalência (epd2) do foco papel parental:

Papel parental especial:

N.º de casos com papel parental especial comprometido, num dado período

X 100

N.º total de caso (Internamentos), no mesmo período

Papel parental complexo:

N.º de casos com papel parental complexo comprometido, num dado período

X 100

N.º total de caso (Internamentos), no mesmo período

4. Discussão dos resultados

Os resultados apurados permitiram traçar um perfil sociodemográfico dos enfermeiros, tendo-se verificados que se trata de uma amostra (n=15) feminina, tendo as enfermeiras uma idade mínima de 30 anos e uma máxima de 57 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 43,40 anos \pm 7,18 anos. A maioria (80,0%) das enfermeiras possui a licenciatura, 33,3% possuem especialização em Saúde Infantil e 13,3% pós-graduação, tendo uma delas a pós-graduação em intervenção humanitária e outra em gestão e administração de serviços de saúde. Constatou-se, em relação à experiência profissional, um mínimo de 7 anos e um máximo de 37 anos, com uma média de 20,40 anos \pm 7,73 anos. Em relação aos anos de exercício profissional no Serviço de Pediatria, as estatísticas mostram um mínimo de 2 anos e um máximo de 25 anos, com uma média de 14,80 anos \pm 6,99).

Os resultados apurados dos enfermeiros, antes da sessão formativa, no que se refere aos conhecimentos sobre o foco papel parental, as dificuldades e barreiras nos registos de enfermagem, os padrões de qualidade e indicadores de qualidade, revelam que, 60% dos enfermeiros têm conhecimento. Apurou-se que as pessoas mais velhas (66,7%), com mais anos de exercício profissional (66,7%), e as que têm mais anos de exercício profissional no serviço de pediatria (66,7%) demonstram mais conhecimento relativamente aos assuntos investigados.

Os enfermeiros apontam como maiores dificuldades a necessidades de formação na área (93%), a elaboração do diagnóstico de enfermagem papel parental (87%), e reconhecem que por vezes não atualizam o processo de enfermagem de forma adequada (87%). Relativamente aos Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem revelam pouco conhecimento (60%), assim como na parceria de cuidados (53%) e Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade (67%). Quanto ao conhecimento sobre os indicadores de qualidade antes da formação, os resultados demonstram que 87,0% dos enfermeiros não revelam conhecimento sobre o facto de se utilizar um indicador de estrutura para avaliar a produtividade de enfermagem, 60,0% também não revelam conhecimento no que se refere à necessidade de se utilizar um indicador de processo para avaliar a capacidade em detetar o risco de complicações, 73,0% desconhecem que se deve utilizar um indicador de estrutura neste contexto. No que se refere à avaliação da capacidade do enfermeiro em prevenir o aparecimento de complicações com o recurso a um indicador de resultado, 80,0% dos enfermeiros revelaram desconhecimento. Ainda neste âmbito, 87,7% da amostra não têm

conhecimento de que devem utilizar um indicador de processo. Verificou-se que 53,0% dos participantes desconhecem que, para avaliar a capacidade de resolução de um determinado fenómeno/diagnóstico de enfermagem se utiliza um indicador de resultado.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007) recomenda que a construção dos indicadores de produtividade e qualidade da enfermagem tenham por base os padrões de qualidade e as boas práticas profissionais no que respeita à organização do serviço de enfermagem, como tal, preconiza a clarificação e políticas de formação e desenvolvimento profissional que assegurem aos enfermeiros a formação contínua, promotora da qualidade; a formação em serviço adequada às diferentes exigências dos contextos de trabalho, a investigação e a prática reflexiva, baseada na evidência. Por sua vez os profissionais, terão de possuir competências conceptuais, relacionais, emocionais e técnicas, experiência, motivação, energia e informação. Estes são alguns fatores relevantes para a avaliação dos resultados sensíveis às intervenções de enfermagem na perspectiva do seu contributo para a obtenção de ganhos em saúde.

Para Paschoal, Mantovani e Lacerda (2006), o enfermeiro, na sua prática, está em constante processo educativo, mas, para torná-lo consciente desse facto é necessário ter no desenvolvimento das suas ações a reflexão crítica, a curiosidade, a criatividade e a investigação, uma aquisição que é possível através da formação contínua, por meio da qual os enfermeiros poderão desenvolver a habilidade de aprender a aprender. Neste contexto, os mesmos autores referem que a formação contínua possibilita o desenvolvimento do processo de mudança, visando a qualificação profissional da enfermagem e conseqüentemente a realização da prática profissional competente, consciente e responsável.

Após a sessão formativa, as ordenações médias são mais elevadas do que antes da sessão formativa, com exceção das dificuldades, traduzindo melhores conhecimentos no foco papel parental, padrões de qualidade e indicadores de qualidade, e menores dificuldades na documentação das práticas, o que reflete uma melhoria de conhecimentos, com diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões. Estes resultados demonstram que há necessidade de se implementarem formações na área para que os enfermeiros possam promover mais a parceria de cuidados, desenvolvendo estratégias que respondem às oportunidades de desenvolvimento das suas práticas no contexto do papel parental, promovendo a parceria de cuidados durante hospitalização da criança. Para tal, é necessário que os enfermeiros tenham conhecimento das suas práticas ao nível do envolvimento dos pais nos cuidados ao filho hospitalizado, bem como acerca da perspectiva dos pais sobre a negociação de cuidados.

Assim, poder-se-á dizer que, após a formação, os enfermeiros passaram a revelar um maior conhecimento sobre o foco papel parental, reduzindo as dificuldades e barreiras no que se refere aos registos de enfermagem, sendo estes fatores essenciais à garantia dos padrões e indicadores de qualidade.

Ressalva-se, ainda, que a educação em serviço na enfermagem é um meio de transformação do processo de trabalho, que é o cuidar, partindo da reflexão sobre o que ocorre no serviço e sobre o que é necessário ser transformado. Neste estudo, considera-se que a educação em serviço, entendida como processo educativo tem como intuito desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, levando-os a melhorar a sua competência e ter maior satisfação no trabalho, com a valorização profissional e institucional (Paschoal, Mantovani & Lacerda, 2006)

Neste âmbito refere-se que cuidar em enfermagem no contexto pediátrico implica que haja uma abordagem centrada na criança e família, requerendo-se, para tal, um reconhecimento especializado e uma intervenção focalizada nas necessidades, características e expectativas desta díade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Os cuidados centrados na família proporcionam apoio profissional à criança e à família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados (Silva, 2015). Neste contexto, ganha significativa relevância a influência dos enfermeiros no desempenho do papel parental, como menciona Sousa (2012), o que implica, conforme a mesma autora, intervenções que visem envolver os pais nos cuidados ao filho hospitalizado, o que envolve o suporte emocional, a avaliação das necessidades parentais, mostrar disponibilidade, facilitar a adaptação, depositar confiança nos pais e suporte informacional. Sousa (2012) refere que a parceria não pode unicamente decorrer à medida que as necessidades vão surgindo, tendo de passar pelo reconhecimento da capacidade dos pais, estabelecimento de uma relação empática, pela disponibilização de ajuda, explicitação clara do comportamento parental adequado, o que se assume como estratégias de adaptação dos cuidados a prestar à criança e o papel da inter-relação entre os enfermeiros e os pais.

Daí a importância do processo de enfermagem, visto constituir uma metodologia para auxiliar os enfermeiros a tomar decisões e a prever e avaliar consequências. Quando centrado na parentalidade integra na apreciação inicial, atividades de diagnóstico a partir das quais se recolhem dados, de modo a decidir pela classificação da condição de aspetos de saúde relevantes e identificação de problemas, necessidades ou potencialidades, acerca do tipo, qualidade e quantidade de apoio de que os pais precisam (Sousa, 2012, p.254).

Importa neste seguimento referenciar os dados fornecidos pela unidade de informática do CHTMAD, donde se desataca a intervenção dos enfermeiros no conhecimento e capacidade dos pais nas necessidades especiais, uma vez que estas são as que demonstram maior incidência no Serviço de Pediatria Internamento. Assim, verificou-se que, antes do processo de formação (de agosto a dezembro, 2015), existia uma diminuta atividade de enfermagem nos registos informatizados do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, em relação à elaboração do diagnóstico no foco papel parental, sendo evidente, pelo número de diagnósticos existentes no processo clínicos das crianças, relativamente ao foco papel parental. Pode deduzir-se que, em comparação com dados recolhidos nos primeiros questionários aplicados aos enfermeiros, estes têm uma prática pouco fundamentada, no que respeita a esta problemática. Já no que respeita à comparação entre o durante e após o processo de formação (de abril a julho, 2016), constatou-se um aumento dos registos de enfermagem no foco papel parental, sobretudo no mês seguinte à sessão de formação (junho), o que corrobora os resultados obtidos no questionário aplicado aos enfermeiros após a formação, onde verificou um aumento dos conhecimentos e uma diminuição das dificuldades. Refere-se, ainda, que atualmente (dezembro de 2016), se nota uma preocupação em manter uma prática fundamentada, apesar de mais diminuída, os enfermeiros identificam necessidade de melhorar o conhecimento e capacidade dos pais nas necessidades especiais. Contudo, mantêm-se as lacunas referentes à atualização do processo de enfermagem, na medida em que se verifica um ganho de conhecimento e capacidade reduzido, sugerindo que o diagnóstico não foi atualizado ao longo do internamento e no momento da alta. Os registos produzidos pelos enfermeiros não podem refletir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados se não traduzem toda a prática que o enfermeiro exerce. Como refere Silvestre (2012, p. 59), “a compreensão da natureza da relação entre as intervenções e os resultados irá direcionar a enfermagem para os resultados em saúde e demonstrar evidências para as formulações de políticas em curso”. Deste modo, importa ressaltar que a qualidade dos cuidados de enfermagem só poderá ter visibilidade se a informação documentada for considerada elementar pelos protagonistas.

Também Collière (1999, p.234) refere que a formação dos enfermeiros deve fornecer capacidades de se adaptarem a diferentes contextos e funções a desempenhar. Se queremos identificar a natureza dos cuidados de enfermagem, para os tornar “identificáveis e não idênticos, devemos aceitar reconhecer-lhes características permanentes que terão de se ajustar à situação em mutação”. Identificar os cuidados de enfermagem é tornar reconhecível a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração, os conhecimentos e instrumentos que utilizam, bem como as crenças e os

valores em que se baseiam. Segundo a mesma autora, “é também clarificar o campo de competência da enfermagem, o processo de cuidados de enfermagem, bem como identificar a natureza do seu poder, os seus limites, as suas dimensões – social e económica”.

Contudo, é relevante identificar quais os obstáculos que se impõem á conduta dos enfermeiros, Carvalho e Kusumota (2009) referem que, apesar do processo de enfermagem ser considerado essencial para a profissão, fatores inerentes à própria estrutura do processo de enfermagem, ao ensino das suas etapas, às características dos cenários da prática assistencial e, ainda, às habilidades e competências dos profissionais têm dificultado o seu emprego. Posto isto, a investigação e formação dos profissionais faz todo o sentido, na medida que, “se as enfermeiras e enfermeiros deixam de se interrogar sobre os cuidados que prestam, o que fazem deixa de fazer sentido” Collière (1999, p.340), referindo ainda que, a investigação não serve só para dar significado aos cuidados de enfermagem mas também para estimular os que prestam esses cuidados tornando-lhes acessíveis e utilizáveis os seus resultados.

Quanto aos resultados obtidos do Formulário dos pais, e em relação aos atributos da criança, verificou-se uma idade mínima de 1 mês e uma máxima de 18 anos, com uma média de 6,65 anos \pm 5,301 anos. Está-se perante uma amostra maioritariamente constituída por crianças do sexo feminino (53,7%). As meninas são ligeiramente mais velhas (média=6,78 \pm 5,378 anos) que os meninos (média=6,50 \pm 5,267 anos). No que se refere ao cuidador habitual da criança, constatou-se que a grande maioria é a mãe (94,7%). Na globalidade, prevaleceram as crianças que não tiveram internamentos anteriores (66,3%), das quais 59,1% são rapazes e 72,5% raparigas. A maioria das crianças (41,1%) encontra-se internada há 3-5 dias, das quais 34,1% são rapazes e 47,1% raparigas, sendo também de referenciar que 35,8% das crianças estão internadas há menos dias (35,8%), sendo 40,9% rapazes e 31,4% raparigas. Mais de metade das crianças (68,4%) teve um motivo médico inerente ao internamento (63,6% rapazes vs. 72,5% raparigas), tendo todas sido internadas por motivo de doença aguda (100,0%). Para a grande maioria das crianças (75,8%), a admissão não foi planeada, onde se incluem 68,2% dos rapazes e 82,4% das raparigas, enquanto 24,2% se encontravam em situação de admissão planeada. Quanto ao número de dias de internamento atual das crianças, para a totalidade da amostra, constatou-se um mínimo de 1 dia e um máximo de 15 dias, com uma média de 4,03 dias (\pm 3,023 dias). Verificou-se que os principais motivos inerentes aos internamentos anteriores foram as patologias do foro respiratório (35,5%), outras patologias (22,6%) e as geniturinárias (16,1%).

No domicílio, a maioria das crianças apresentam necessidades de sustento do tipo desenvolvimental (não apresentando cuidados relacionadas com: equipamento; dor; medicação; soroterapia; procedimentos diagnóstico/tratamento), apurando que quase a totalidade da amostra refere que a mesma é normal, alimentação (96,8%), eliminação (97,9%), higiene (98,9%), segurança (97,9%), desenvolvimento infantil (97,9%) e a promoção da saúde (100,0%) e que essas necessidades, embora com frequências menores das apresentadas no domicílio, se mantem, no hospital. Contudo, na alimentação ($p=0,026$), higiene ($p=0,032$) segurança ($p=0,015$) e desenvolvimento infantil ($p=0,006$) as crianças passaram a ter necessidades de tipo especial.

Contrariamente às necessidades de sustento, as necessidades complexas mostram um acréscimo no hospital, o que é compreensível, uma vez que estas são essenciais à recuperação da saúde. As necessidades complexas (do tipo especial) mais frequentes no hospital referem-se ao uso de equipamento (32,6%), soroterapia (56,8%), à medicação (92,6%), dor (62,1%) e aos procedimentos de diagnóstico ou tratamento (43,2%). No domicílio as necessidades complexas que se apresentavam como normais passaram a ser especiais no hospital.

Também Sousa (2012, p.94) estudou os atributos da criança para compreender as vivências da parentalidade face ao evento da hospitalização, na análise que fez, relativamente às necessidades das crianças, concluiu que no domicílio a maioria das crianças tem necessidades de sustento de tipo desenvolvimental (mais de 95%) e não tem necessidades complexas; no hospital a maioria das crianças mantém as necessidades de sustento de tipo desenvolvimental, mas apresenta necessidades complexas relacionadas com a gestão do processo patológico (medicação, soroterapia, uso de equipamento e procedimentos de diagnóstico ou tratamento).

No que concerne às características sociodemográficas dos pais, apurou-se, para a totalidade da amostra, uma idade mínima de 20 anos e uma máxima de 50 anos, com uma média de 36,88 anos ($\pm 6,575$ anos). Estavam em maior representatividade os pais com idade compreendida entre os 30-40 anos (47,4%), secundados pelos que possuem idade igual ou superior aos 40 anos. Verificou-se que mais de metade dos pais (85,3%) tem companheiro(a). Há um predomínio de pais que não estão no ativo profissionalmente (50,5%), contrariamente a 49,5% dos que se encontram Ativos a maioria dos pais (44,2%) possui o 2.º ciclo do ensino básico.

No que se refere ao conhecimento da situação do filho, apurou-se que mais de metade dos pais (77,9%) admitiu que a situação era grave. A grande maioria dos pais (89,5%) referiu que a hospitalização do filho iria ser curta (2 a 7 dias), enquanto 10,5%

admitiram que esta poderia ser média (8 a 14 dias). Constatou-se que a grande maioria dos pais referiu que tinha rede de apoio adequada às necessidades do filho e do exercício do papel parental (87,4%), cuja especificidade mais referida foram os familiares (55,8%), o marido/esposa (31,6%) e os profissionais de saúde (12,6%).

Com a intenção de apurar se os cuidados dos enfermeiros na prática com os pais, acompanhantes das crianças internadas, era baseada na parceria de cuidados, resolveu-se estudar a participação dos pais nos cuidados e qual o estímulo que desencadeou essa participação. Para Sousa (2012, p.251), a determinação do potencial de participação oferece a oportunidade de pais e enfermeiros entrarem em acordo e articularem com clareza os detalhes dos cuidados que cada um irá prestar e introduz objetividade e transparência no processo de negociação”.

Para verificar a participação dos pais comparamos as necessidades de sustento e complexas da criança em casa e durante a hospitalização e a participação dos pais nesses momentos; com a intenção de verificar se essa participação era feita de acordo com a parceria de cuidados procuramos saber se o estímulo que desencadeava essa participação era auto iniciado, prescrição de enfermagem ou negociação de cuidados. Tendo em consideração que estes resultados foram adquiridos durante e após as estratégias de mudança, processo formativo, dos enfermeiros.

É importante salvaguardar que um dos pilares para esta questão a ser estudada foi a autora Sousa (2012) ao referir que para uma parceria de cuidados promotora da parentalidade, se deve dar liberdade aos pais para se envolverem ou não no processo de cuidados. Se os pais estiverem presentes e manifestarem vontade de participar nos cuidados, o enfermeiro deverá dar início, a um processo de negociação que permita estabelecer um plano de atividades, fornecendo ensino e apoio contínuo aos pais, para que a sua participação nos cuidados seja fundamentada em decisões informadas.

Dos resultados referentes ao potencial de participação dos pais nos cuidados, consideramos interessante mencionar apenas aqueles que ampliaram a sua participação em relação ao domicílio, uma vez que vamos analisar o estímulo para a participação.

Verificou-se que, em relação ao domicílio, no que se refere à alimentação, os pais são mais participativos no hospital em atividades como: avaliar sinais de fome/saciedade do filho (20%), vigiar a refeição dos filhos (100%), determinar o tipo de alimentação adequada (8,6%), reforço da ingestão hídrica (38,8%), promover a autonomia da criança para se alimentar (23,9%), admitem passar a administrar a

alimentação do filho (71,4%), determinam a quantidade de alimentação a administrar na criança (92,6%) e 43,7% auxiliam a criança a alimentar-se.

No que concerne à eliminação, pode dizer-se que 72,4% dos pais não auxiliam a criança a ir à casa de banho em casa mas passaram a participar no hospital, da mesma forma que 32,7% dos pais identificam alterações na eliminação urinária e intestinal do filho no hospital, e não o faziam no hospital.

No hospital, 50,7% dos pais auxiliam a criança a cuidar da higiene, dos que não participavam na vigilância da higiene 18,0% passou a fazê-lo e 30,7% a cuidar da higiene, assim como 12,7% determinam o modo de como cuidar da higiene e 24,1% solicitavam competências da criança para esse cuidado no hospital.

Em relação à participação dos pais nos cuidados de segurança à criança no hospital, 17,2% dos que não tinham cuidado em manter os brinquedos adequados passaram a fazê-lo, 12,9% vigiam a temperatura da água do banho do filho, 10,3% dos participantes afirmam auxiliar a criança a reconhecer o perigo, 6,3% solicitam competências da criança para manter a segurança e 6,1% mantêm as grades da cama elevadas no hospital, contrariamente ao domicílio.

Os pais participaram nos cuidados ao filho hospitalizado e viram acrescidas as suas funções no desempenho do papel parental normal, apesar de todos os pais (n=95; 100,0%) desejarem participar nos cuidados ao filho durante a hospitalização. Sendo este um resultado que está em conformidade com o alcançado por Sousa (2012). É evidente que a participação nos cuidados é desejada e perspectivada como sendo trabalho parental. Parece constituir uma situação na qual os pais se sentiram confortáveis em pedir ajuda para desempenhar tarefas parentais básicas e em que o envolvimento não foi estimado como uma interrupção da rotina do trabalho dos enfermeiros (Sousa 2012, p.231). Partilhar com os acompanhantes/pais as informações necessárias sobre a situação de saúde da criança e o tratamento a realizar permite estabelecer uma participação construtiva no processo terapêutico, possibilitando aos pais/acompanhantes a posterior manifestação de opinião sobre os cuidados a prestar à criança e o desenvolvimento de ações em parceria (Alves, Deslandes, Mitre, 2009).

Em relação á participação dos pais em necessidades especiais no hospital, a maioria não participam nessas necessidades especiais em casa e a maior parte da amostra continua a não participar no hospital mas, parte dos pais passam a participar em cuidados como manter a fixação do equipamento (n=40; 100%), vigiar efeito

terapêutico do equipamento (n=17; 94,4%), manter a permeabilidade/funcionamento do equipamento (n=14; 93,3%), manter fixação para a soroterapia (n=52; 96,3%), vigiar a perfusão da soroterapia (n=19; 100%), vigiar os efeitos secundários da medicação (n=8; 80%), solicitar competências da criança para tomar medicação (n=42; 91,3%), vigiar os efeitos terapêuticos da medicação (n=29; 85,3%), auxiliar a criança a tomar medicação (n=45; 93,8%), administrar medicação (n=23; 88,5%), monitorizar a dor (n=51; 69,9%), com diferenças estatisticamente significativas ($p=0.003$), uso de estratégias não farmacológicas para eliminar a dor (n=53; 70,7%), com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,005$), solicitar competências da criança para o autocontrolo da dor (n=38; 84,4%), evidenciando-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,004$). Os resultados da participação dos pais nos cuidados em relação aos procedimentos de diagnóstico e tratamento no domicílio e no hospital, em relação a restringir os movimentos do filho (n=40; 97,6%) que não o faziam no domicílio passaram a fazê-lo no hospital, estar presente nos procedimentos de diagnóstico e tratamento (n=80; 95,2%), reconhecer as alterações (glicemia) (n=8; 72,7%), determinar as necessidades de medicação (insulina) (n=22; 91,7%), reconhecer sinais de necessidade de aspirar a criança (n=11; 91,7). Concluindo que houve um envolvimento dos pais nos cuidados especiais, promovendo o papel parental especial (processo, comportamento e ação de providenciar cuidados particulares, específicos e característicos de uma situação).

Sousa (2012, p.230), no seu estudo, ao inquirir os pais sobre os cuidados a prestar 95,9% destes consideraram que durante a hospitalização devem prestar os cuidados básicos ao filho e 89,2% não sentiram que era expectável que a sua participação substituísse o trabalho dos enfermeiros. No entanto, 26,4% dos pais concordam que fez mais do que esperava fazer. Alguns pais (34,0%) não se sentiram à vontade em manifestar que não desejava participar nos cuidados ou não têm opinião relativamente ao assunto (38,5%). A maioria considera que a sua participação nos cuidados não interrompe a rotina de trabalho da equipa de enfermagem (50,9%) e sentiu-se confortável em pedir ajuda para prestar cuidados ao filho (81,8%).

Sousa (2012) está implícito que os pais fazem parte integrante da equipa terapêutica e que devem ser capazes de tomar decisão informadas, baseadas numa visão conjunta das necessidades da criança, o que torna fundamental que os pais não sejam considerados meros prestadores de cuidados e transformados em executores de tarefas, aos quais os enfermeiros ministram ensinamentos e promovem a aquisição de competências técnicas. Não existem limites à participação dos pais nos cuidados e não é a complexidade da mesma que determinará uma maior ou menor parceria de

cuidados, mas sim o respeito e reconhecimento, por parte da equipa de enfermagem, do estatuto dos pais de parceiros da equipa terapêutica.

Por isso, a parceria em pediatria não pode ficar circunscrita a um apurar de hábitos da criança a que pretendemos dar resposta com a participação da mãe, mas ela prescreve que conheçamos a família que cuida, como cuida, quais são as suas possibilidades, os seus limites de atuação e que forças ela é capaz de mobilizar para resolver problemas de saúde (Mendes, 2009).

Ferreira e Costa (2001) mencionam Casey que propõe uma abordagem de cuidados flexível, embora distinga cuidados familiares de cuidados de enfermagem. No cuidar à criança e em função das circunstâncias familiares, haverá ocasiões em que o enfermeiro desempenha atividade de cuidados familiares e outras em que os pais tomam a seu cargo algumas atividades de cuidados de enfermagem. A participação dos pais nos cuidados implica uma relação de parceria entre estes e a equipa que cuida da criança. Segundo a autora, não devem existir fronteiras bem definidas nem separação de funções, mas devem ser desenvolvidas ações complementares que têm como fim último o máximo bem-estar da criança.

Foi interessante procurar saber se esta participação nos cuidados às necessidades de sustento foi baseada na negociação de cuidados.

Para os resultados relativos ao papel parental – parceria de cuidados, tem de se ter em conta os estímulos para o processo de participação dos pais nos cuidados: a prescrição de enfermagem (os enfermeiros informam os pais acerca da decisão que tomaram e a opinião parental não é questionada de nenhum modo) a atividade auto-iniciada (iniciada pelos pais, enfermeiro ou pais/enfermeiro, sem planeamento explícito e as decisões são tomadas por quem os iniciou, ignorando a visão do “outro” acerca da mesma), bem como a negociação (situação caracterizada por mútua comunicação).

Aferiu-se que a maioria dos pais (56,8%) refere que o estímulo para participar nos cuidados à criança durante a hospitalização assenta na negociação dos cuidados, seguindo-se os que revelam uma parceria auto-iniciada (26,3%). A prescrição de enfermagem para a parceria de cuidados representa 16,8% da amostra.

Nas necessidades de sustento é maioritariamente a mãe a responsável pelo cuidado, alimentação (40%), eliminação (85,3%), higiene (57,8%), segurança (42,1%) e desenvolvimento infantil (85,3%) tendo subjacente um estímulo auto-iniciado, importa referir que, as mães ao assumirem que desempenharam o papel parental normal, relativamente às necessidades de sustento, tendo como estímulo auto-iniciado para

essa participação, adotaram decisões sem planeamento explícito, ignorando a visão do outro acerca da mesma.

Por outro lado, sempre que está presente a díade mãe/enfermeiro, alimentação (60%), eliminação (14,7%), higiene (42,2%), segurança (57,9%) e desenvolvimento infantil (14,7%), o valor mais expressivo recai na negociação de cuidados.

Em suma, perante os dados expostos, verifica-se que, no que concerne às necessidades de sustento da criança, a mãe assume um papel fundamental na participação nos cuidados essenciais à sobrevivência e continuidade no processo do desenvolvimento infantil, adotando o estímulo auto-iniciado, como impulso para o cumprimento do seu papel parental normal. Por sua vez, sempre que está presente a díade mãe/enfermeiro para a suprir essas necessidades é, maioritariamente, através do estímulo negociação de cuidados.

De acordo com o nosso estudo, considero que, perante crianças em que na sua maioria apresentam necessidades desenvolvimentais as mães assumem o papel parental desenvolvimental por estímulo auto-iniciado estando implícito que não houve negociação de cuidados. Por outro lado, sempre que os cuidados foram partilhados entre mãe/enfermeiro, houve negociação de cuidados.

Tendo em consideração os atributos das crianças da nossa amostra, achamos pertinente aludir o que Sousa (2012) refere em relação ao desempenho do papel parental desenvolvimental/ papel parental especial e a parceria de cuidados:

Quando a criança é hospitalizada por um processo patológico agudo, durante o qual a criança mantém predominantemente necessidades desenvolvimentais e tem que lidar com necessidades de tipo especial/complexo relacionadas com o motivo da hospitalização e, que deixarão de se sentir no regresso a casa. “Nestas circunstâncias não se antevê a necessidade de incluir os pais num nível de participação muito para além dos cuidados que prestam habitualmente no domicílio e os cuidados de enfermagem devem ser orientados para a manutenção do papel parental desenvolvimental e para a promoção/manutenção da afetividade entre pais-criança. A ação dos enfermeiros deve, então, focalizar-se no papel parental desenvolvimental e nas dimensões do conhecimento e da capacidade do papel parental especial (centrado em aspetos da hospitalização e do processo patológico). O que parece que não aconteceu no presente estudo, onde a díade mãe/enfermeiro nem sempre está presente, no desempenho do papel parental desenvolvimental. Sally (2004, p.12) que refere que “os pais podem decidir não participar nos cuidados ao filho durante a

hospitalização”. Consideramos que os pais têm o direito de decidir se querem ou não participar nos cuidados de enfermagem a prestar aos filhos e que a função do enfermeiro é a de explicar aos pais o benefício, que o seu envolvimento nas intervenções de enfermagem pode trazer ao seu filho.

Dos resultados referentes ao responsável pelas necessidades complexas à criança, apurando-se que na maioria dos casos em relação ao equipamento (75,0%), soroterapia (98,2%) e aos procedimentos de diagnóstico/tratamento, o responsável é o enfermeiro. No que se refere à medicação, os cuidados são em parceria, estando presente a díade mãe/enfermeiro (58,3%), por negociação de cuidados (n=34; 100%), bem como no que se refere ao controlo da dor (72,6%) onde há registo de um número mais elevado de casos por estímulo de negociação de cuidados (n=51; 100,0%), todos sob a responsabilidade da díade mãe/enfermeiro.

No que respeita às necessidades complexas, essenciais à recuperação da saúde, as mães aludem serem mais participativas na administração da medicação e no controlo da dor, havendo negociação de cuidados para a sua participação, desenvolvendo o seu papel parental especial. No que toca a equipamentos, soroterapia e procedimentos de diagnóstico são os enfermeiros que assumem maioritariamente essa responsabilidade.

A este respeito, nas necessidades complexas, Sousa (2012) refere que a parceria de cuidados se deve orientar para a facilitação de uma parentalidade que ao incorporar atividades para além do “normal”, algumas até complexas, se torna uma parentalidade “especial”. O padrão de parceria assume assim um carácter “de suporte” e tem por intenção promover o desempenho do papel parental desenvolvimental e na condição de corresponder à vontade dos pais em participar em cuidados especiais/complexos, o papel do enfermeiro deve promover a sua capacidade para prestar os cuidados especiais/complexos de que o filho necessita durante a hospitalização. A mesma autora alude que a participação dos pais nos cuidados complexos que integram o papel parental especial, deve ter um carácter facultativo, uma vez que se trata de competências que os pais não necessitam manter após o regresso a casa. Indo ao encontro do nosso estudo nesta temática.

Em discordância, apresenta-se o estudo de Collet e Rocha (2004), referindo que a mãe, por norma, assume cuidados como a administração da medicação oral, sem existir negociação de cuidados. As mesmas autoras referem que os enfermeiros passam para a mãe cuidados, sem se estabelecer um diálogo que sustente a negociação, que não é feita de forma clara, contudo, é implícita. Os acordos não são claramente discutidos, mas velados. Collet e Rocha (2004) salientam que, em muitos casos, a mãe assume

procedimentos que eram da competência de enfermagem, concentrando informações acerca do processo terapêutico. Deste modo, ainda na perspectiva das mesmas autoras, a carência de um projeto terapêutico coletivo, na ótica do cuidado centrado na família, assume-se como um dos obstáculos ao envolvimento da mãe na assistência à criança. Por tal, a mãe acaba por sentir-se responsável e assume certos cuidados. As relações entre mães e equipa de enfermagem revelam-se, assim, complexas e permeadas pelo exercício do poder, resultando na necessidade de se procurar a construção de um cuidado compartilhado. Estes resultados demonstram que, ao nível da parceria de cuidados, o desejável é que os cuidados sejam sempre prestados depois da negociação, sendo o menos indicado os cuidados prestados por prescrição de enfermagem. Estes dados corroboram o preconizado por vários autores, segundo os quais, a negociação é uma área fulcral a ser desenvolvida no contexto da parceria de cuidados (Corlett & Twycross, 2006; Shields, Pratt & Hunter, 2006; Sousa, 2012).

Outros autores referem-se à participação dos pais nos cuidados e à relação de parceria com os enfermeiros. Mendes (2010) procurou conhecer a experiência das mães que acompanham o filho no internamento e que sentimentos tinham face à “parceria” e expõe que muitos dos entrevistados vêm a sua participação nos cuidados como um executar de tarefas delegadas pelos enfermeiros “uma obrigação”, o que parece não deixar espaço a uma negociação. O mesmo autor cita Young et al. (2006) e diz que esta forma de exercer a “parceria” em que a falta de negociação e indefinição de papéis, e as orientações dos enfermeiros não coerentes, parecem contribuir para a sobrecarga a que as mães ficam sujeitas. Mas a filosofia de cuidado centrado na família assenta no estabelecimento de relações colaborativas e deve ir de encontro às expectativas familiares.

Importa ressaltar a necessidade de transmissão de informações por parte dos enfermeiros aos pais, bem como a solicitação da parceria de cuidados, uma vez que a participação dos pais se assume como um elemento chave na parceria de cuidados (Corlett & Twycross, 2006). Neste processo, como defende Sousa (2012, p. 169), é necessário “respeitar a vontade dos pais, supervisionar cuidados prestados pelos pais, ajudá-los a manter o papel parental habitual, incentivar a participação, ensinar e instruir”. Deste modo, é fundamental que o estímulo seja a negociação de cuidados, o que implica a explicitação do planeamento da ação, sendo o acordo sobre a ação também ele explícito. Este processo implica uma comunicação entre o enfermeiro e os pais, respeitando-se os seus desejos e opiniões.

Segundo Vale, Souza e Carmona (2005), quando as mães são confrontadas com a doença do filho, são desafiadas pela mudança de papel relativamente à continuidade dos cuidados habituais e dos afetos. Deixam de ser a mãe de uma criança saudável para ser a mãe de uma “criança em crise”. Para Young, Dixon-Woods & Heney (2002), ser mãe de uma criança em crise é enfrentar o contraste entre a certeza e controlo da sua vida pré-doença e a sua vida pós-doença. As mães descrevem como o diagnóstico trouxe novas responsabilidades e papéis e ativou um processo de construção de uma nova identidade. Perceber-se como uma mãe em crise requereu a redefinição da identidade materna.

A negociação de cuidados também tem um papel predominante na relação terapêutica enfermeiro/cuidador sendo um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Paula Sousa considerou que os enfermeiros forneceram informação e que mostraram disponibilidade mas que não existiu diálogo formal sobre a participação dos cuidados. A informação fornecida pelos enfermeiros foi considerada por algumas mães como discussão de cuidados a prestar à criança. Como evidenciam outros estudos (Collet & Rocha, 2004; Lam, Chang & Morrissey, 2006), a negociação não é feita de modo claro, mas está implícita, os acordos não são discutidos abertamente e as mães por se sentirem responsáveis vão assumindo determinados cuidados. Os enfermeiros não estabelecem um diálogo com as mães para tentar a negociação da divisão do trabalho, à medida que vão permanecendo com o filho automaticamente as mães participam em alguns cuidados.

Conclusão

A evidência representada nos dados permite referir que os enfermeiros são agentes de mudança essenciais ao desenvolvimento dos cuidados em saúde. O aperfeiçoamento da assistência ao doente pediátrico, o envolvimento saudável do prestador de cuidados no processo de cura e a produção, pelos enfermeiros, de documentação válida para a obtenção de informação passível de se traduzir em indicadores de saúde, são aspetos considerados fundamentais para a excelência do cuidar na pediatria.

A formação permanente dos enfermeiros desempenha um papel determinante não só em relação aos cuidados de enfermagem que se presta, mas também, na prestação de cuidados com qualidade, no sentido em que é geradora de condutas e comportamentos. No entanto, a modificação na forma de agir e pensar dos enfermeiros, enquanto atores no processo de mudança, só acontece efetivamente quando existe responsabilização e sentem um papel ativo nessa transformação.

Em suma, a criação de condições ideais para um exercício profissional de qualidade passa pela, motivação dos profissionais, envolvência destes na mudança, elaboração de normas, de prestação de cuidados, institucionais, criação de estruturas que proporcionem o desenvolvimento de projetos para avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, formação e responsabilização dos profissionais para a avaliação e comparação entre os cuidados prestados e as normas previamente estabelecidas e acordadas, garantindo uma menor resistência à introdução de novas formas de atuação.

Assume-se igualmente como fundamental uma orientação que permita compreender os contextos em que se prestam os cuidados, principalmente em pediatria, onde os pais são alvo do processo de cuidados e a sua participação pode constituir um fator facilitador ou inibidor, dependendo da forma como os profissionais de enfermagem se encontram habilitados para promover padrões de resposta saudáveis.

A produção de indicadores pode ser um indicador de qualidade de saúde da criança e dos pais. A participação nos cuidados pode ser dividida em dois indicadores: participação dos pais no processo de tomada de decisão e cuidados prestados, o que pode ser medido através da observação direta do número e tipo de cuidados prestados e da decisão tomada por pais e profissionais relativos aos cuidados de que a criança necessita.

Relativamente aos atributos das crianças da amostra verifica-se que apresentavam uma condição desenvolvimental normal no domicílio e esta se manteve no hospital. Os pais revelaram maior potencial de participação nas necessidades de sustento (alimentação, eliminação, higiene, segurança, desenvolvimento infantil). Os cuidados de enfermagem foram orientados para a manutenção do papel parental desenvolvimental, revelando uma percentagem elevada por estímulo auto-iniciado mas a maioria dos pais refere que o estímulo para participar nos cuidados às necessidades de sustento/especiais à criança durante a hospitalização assenta na negociação dos cuidados. No que se refere às necessidades especiais/complexas, as mães mantiveram o seu desempenho no papel parental desenvolvimental, no entanto, participaram em cuidados especiais/complexos, como auxiliar a tomar a medicação, manter fixação do soro, uso de estratégias não farmacológicas para controlo da dor, e estar presente durante procedimentos de diagnóstico, havendo negociação de cuidados para a sua participação, revelando que os cuidados de enfermagem promoveram o papel parental especial. Antes do processo de formação os registos informatizados no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem eram escassos, em relação à elaboração do diagnóstico no foco papel parental.

Face aos resultados obtidos, concluiu-se que a participação dos pais nos cuidados à criança, durante a hospitalização, traz benefícios aos pais, à criança e à equipa de saúde. Contudo, a extensão em que os pais desejam participar nos cuidados pode ir desde o total envolvimento à completa submissão aos profissionais, daí a necessidade de se considerarem as expectativas dos pais em relação a essa participação. Por outro lado, considera-se que o nível de cuidados em que os pais participam deve ser regulado pelos enfermeiros e a estes pertence a primeira decisão sobre o papel que os pais podem desempenhar, sendo esta a principal essência da implementação da parceria de cuidados, com sucesso. A negociação de cuidados tem igualmente um papel predominante na relação terapêutica enfermeiro/cuidador sendo um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Referências bibliográficas

- Alfaro-Lefevre, R. (2005). *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo* (5 ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Algren, C. (2014). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In Hockenberry, M. J. – Wong *fundamentos de enfermagem pediátrica* (pp. 637-705). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alves, C. A., Deslandes, S. F., & Mitre, R.M. (2009). Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface Comunicação Saúde Educação*. Vol. 13, supl. 1, 581-594.
- Ames, K., Rennick, J., & Baillargeon, S. (2011). A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*. Vol. 27, 3: 143-150. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21511474>
- Barros, M.L. (2003). Environmental Influences Alter Motor Abilities Acquisition? A comparison among children from day-care centers and private schools. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v.61, 2-A: 170-175. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000200002
- Baskerville, R. (1999). Investigation Information and Systems with action research. *Communications of The Association for Information Systems.*, 2(19). Acedido em <https://www.inf.utfsm.cl/~hernan/cursos/metodos-uc3m-2002/papers-pdf/Investigating%20ISs%20w%20action%20research%20%20--a4-baskerville.pdf>
- Belsky, J. (2005). Social-contextual determinants of parenting. In R. E. Tremblay, R. G. Barr, & R. de V. Peters (Eds.), *Encyclopedia on early childhood development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Acedido em <http://www.child-encyclopedia.com/enca/home.html>.
- Caplan, G. (2010). *Princípios da psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Carvalho, E.C., & Kusumota, I. (2009). Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. *Acta Paul Enferm.*; 22 (Especial-Nefrologia), 554-557. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/22.pdf>

- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement on informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 22, 1058-1062
- Ceccim, R.B. (2007). Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In Ceccim, R.B., & Carvalho, P.R.A. (Org.). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida* (pp. 27-41). Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Collet, N., & Rocha, S. M. (2004). Criança hospitalizada: Mãe e Enfermagem compartilhando o cuidado. *Revista Latino-am Enfermagem*, 12(2), 191-197. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000200007&script=sci_abstract&tlng=pt
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE: Versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Corlett, J., & Twycross, A. (2006). Negotiation of Care by children's nurses: lessons from research. *Pediatric Nursing*, 18(8), 34-37.
- Coutinho, C. (2005). *Percursos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal - uma abordagem temática e metodológica a publicações científicas (1985-2000)*. Braga: IEP- Universidade do Minho.
- Coutinho, C. (2005). *Percursos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal - uma abordagem temática e metodológica a publicações científicas (1985-2000)*. Braga: I.E.P. Universidade do Minho.
- Coutinho, C.P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F. Ferreira, M., & Vieira, S. (2009). Investigação-Ação: Metodologia preferencial nas práticas educativas. Braga: *Revista Psicologia, Educação e Cultura*, vol. XII, 2, 355-380.
- Coutinho, E., Parreira, V., Martins, I., Cabral, L., Duarte, J., Amaral, O., & Pereira, C. (2016). O primado da comunicação em obstetrícia. As relações de poder estabelecidas entre enfermeiros e puérperas. In António Pedro Costa, Catarina Brandão, Jaime Ribeiro, Francislê Neri de Souza & Dayse Neri de Souza (Eds.), *Atas do 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Investigação Qualitativa na Saúde* (Ludomedia ed., Vol. 2, pp. 1508-1516). Porto: Ludomedia.
- Cushing Just, A. (2005). Parent participation in care: bridging the gap in the pediatric ICU. *Newborn and Infant Nursing Review*, 5(4), 179-187. Acedido em [http://www.nainr.com/article/S1527-3369\(05\)00153-4/abstract](http://www.nainr.com/article/S1527-3369(05)00153-4/abstract)

-
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *J Adv Nurs.*; 52(6), 658-671. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16313379>
- Dick, B. (1999). *What is action research?* Acedido em: <http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/whatisar.html>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Ed. By Bashshur, R., Oxford University Press.
- Farrel, M. (1994). Partnership in care: Pediatric Nursing Model. *British Journal of Nursing*, Vol. 1, 4, 175-176.
- Ferreira, M.M.C., & Costa, M.G.F.A. (2001). *Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo*. Viseu: Escola superior de Enfermagem de Viseu.
- Hallstrom, I., Runeson, I., & Elander, G. (2002). An observational study of the level at which parents participate in decisions during their child's hospitalization. *Nursing Ethics*, 9(2), 202-214. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11944209>
- Hockenberry, M.W.D., Wilson, D., & Winklestein, M. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Elsevier: Rio de Janeiro.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão 2.0*. Genebra: ICN
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Palmigráfica.
- Kristjándóttir, G. (1995). *Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized two to six years-olds*. *Scand J Caring Sci*. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7617997>
- Lam, L., Chang, A., & Morrissey, J. (2006). Parents experience of participation in the care of hospitalised children: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 535-545. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16143333>
- Lam, L., Chang, A., & Morrissey, J. (2006). Parents experience of participation in the care of hospitalised children: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 535- 545.
- Magalhães, S., Barbieri-Figueiredo, M.C., & Sousa, P. (2014). A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança. In França, A.P., Barbieri-Figueiredo, M.C., Santos, M.R., Carvalho, P., Lima, L., Fernandes, I., Cruz, S., & Sousa, P. (2014). *I Jornadas do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e*

- Pediatria: Livro de resumos* (p.9). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/9789899844322.pdf.
- Magalhães, S.C.R.S. da (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Acedido em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1784/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.p>
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Referência*, 8: 53-61. Acedido em https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=171...
- Marshall, P., & McKay, J. (2002). *Action research: a guide to process and procedure*. 2002. Acedido em http://www.utas.edu.au/infosys/publications/research/Qual_Research/mckay%20&%20marshall_%20Action%20Research%20process%20model.pdf
- McDermott, D. (2006). Thinking mindfully about parenting and parenting education. *Child Welfare*, LXXXV, 5, 741-748. Acedido em <https://pt.scribd.com/document/318448365/Thinking-Mindfully-About-Parenting-and-Parenting-Education>
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42; 6 (Nov/Dec): 255-259. Acedido em [http://www.nursingoutlook.org/article/0029-6554\(94\)90045-0/abstract](http://www.nursingoutlook.org/article/0029-6554(94)90045-0/abstract)
- Meleis, A., Sawyer, L., IM, E., Messias D., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1),12-28. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>
- Meleis, A.I. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress* (3rd Ed.). Philadelphia: Lippincott Co.
- Meleis, A.I. (2005). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.I., Lipson, J.G., Muecke, M., & Smith, G. (2000). *Immigrant Women and their Health: An Olive Paper*. Indianapolis: Center for Nursing Press, Sigma Theta Tau.
- Melo, E. (2011). *Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas*. Tese de doutoramento. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Acedido

em:http://www.uc.pt/org/ceisuc/Organ_reunioes/201105_Envolvimento/4_Envolvimento_dos_pais.pdf.

- Mendes, M.G.S. (2010). *Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família (NIEF). Acedido em <http://hdl.handle.net/1822/11750>
- Mendes, M.G.S., & Martins, M.M.F.P.S. da (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - n.º 6, 113-121. Acedido em <http://www.index-f.com/referencia/2012pdf/36-113.pdf>
- Motta, A., & Enumo, S. (2004). Brincar no Hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9(1): 19-28. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a04.pdf>
- Mountain, G., Fallon, S., & Wood, B. (2006). Preparing the family for stressful life events: child life and the role of therapeutic play. In Gasper, A., & Richardson, J. - *A textbook of children's and young people nursing* (pp. 197- 210). Londres: Elsevier.
- NANDA (2009). *Diagnósticos de Enfermagem: Definição & Classificação*. Philadelphia: Artmed. Acedido em [file:///C:/Users/Célia/Downloads/Diagnosticos de Enfermagem NANDA 2007-2008.pdf](file:///C:/Users/Célia/Downloads/Diagnosticos%20de%20Enfermagem%20NANDA%202007-2008.pdf)
- Naphapunsakul, M., Prateepchaikul, L., Taboonpong, S., & Punthmatharita, B. (2007). Factors influencing maternal role performance in transition to being the first-time mother. *Songkla Med J*, 25 (1), 1-8. Acedido em http://medinfo.psu.ac.th/smj2/smj25_1/pdf25_1/01mayuree.pdf
- Oliveira, C.F.P. de (2008). *Procedimentos de Enfermagem Dolorosos: Respostas de Mães e Enfermeiras numa Unidade Pediátrica*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7268/2/Dissertao%20procedimentos%20de%20enfermagem%20dolorosos.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de informação de enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais* (pp.1-8). Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas em enfermagem da saúde da criança e do jovem*. Lisboa. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentacaoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Tipografia Tadinense, Artes Gráficas.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Östberg, M., Hagekull, B., & Hagelin, E. (2007). Stability and prediction of parenting stress. *Infant and Child Development*, 16, 207-223. Acedido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/icd.516/abstract>
- Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C. et al. (2014). *Análise da parametrização nacional do sistema de apoio à prática de enfermagem- SAPO®*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Paschoal, A.S., Mantovani, M.F., & Lacerda, M.R. (2006). A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS); 27(3), 336-343.
- Pereira, F. (2004). *Dos resumos mínimos de dados de enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido* (pp. 13-21). Ordem dos Enfermeiros. Suplemento da Revista n.º 13, 2004. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_13_julho_2004_suplemento.pdf
- Reeves, E., Timmons, S., & Dampier, S. (2006). Parents experience of negotiating care for their technology-dependent child. *Journal of Health Care*, 10(3), 228-239. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16940345>

- Reis, P., Carvalho, A.I., & Cruz, S. (2014). Estratégias de coping dos pais na transição para a parentalidade. In França, A.P., Barbieri-Figueiredo, M.C., Santos, M.R., Carvalho, P., Lima, L., Fernandes, I., Cruz, S., & Sousa, P. (2014). *I Jornadas do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: Livro de resumos* (p.11). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/9789899844322.pdf.
- Sabatés, A., & Borba, R. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Rev Latino-am Enf*, 13, 968-973. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a08.pdf>
- Salada, M.L.A., & António, A.L.O. (1995). Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. *Rev. Latino-am.enfermagem - Ribeirão Preto - v. 3, 2, 93-106*. Acedido em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/16044/17614>
- Sally, D. (2004). Research & commentary perceptions of parental needs. *Paediatric Nursing*. Vol. 16, 5, 12.
- Santos, O.M.J.C. de (2011). *Necessidades dos pais das crianças hospitalizadas Perspectiva dos pais*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1571/1/OLGA%20COELHO%20SANTOS%20Necessidades%20pais%20crian%C3%A7as%20hospitalizadas.pdf>
- Santos, S.M.G. dos (2012). *As necessidades dos pais da criança hospitalizada*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico da Guarda. Acedido em <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/1319/1/E%20SIP%20-%20As%20Necessidades%20dos%20Pais%20da%20Crian%C3%A7a%20Hospitalizada%20-%20S%20ADivia%20Maria%20Gaiola%20dos%20Santos.pdf>
- Sarajärvi, A., Haapamäki, M.L., & Paavilainen, E. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *Int Nurs Rev.*; 53(3): 205-210. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16879183>
- Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family centred care: A review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1317-1323. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16968436>

- Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1317-1323
- Silva, E.M.H. (2015). *A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1346/1/A%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Enfermeiro%20na%20promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Parentalidade%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Elsa%20Silva.pdf>
- Silvestre, M.C.C. (2012). *Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em: <http://www.repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24292&code>
- Sousa, P.C.M.M. de (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde – Porto. Acedido em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>.
- Subtil, C.L., Fonte, A., & Relvas, A.P. (1995). Impacto na família da doença grave/crónica em crianças: inventário de respostas à doença dos filhos. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 16, 4, 241-250.
- Susman, G., & Evered, R. (1978). An assessment of the scientific merits of action research. *Administrative Science Quarterly*, 22. Acedido em: https://www.uio.no/studier/emner/matnat/ifi/INF9930/v12/undervisningsmateriale/Susman_Evered.pdf
- Uhl, T., Fisher, K., Docherty, S.L., & Brandon, D.H. (2013). Insights into patient and family-centered care through the hospital experiences of parents. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*. Vol. 42, 1: 121-131.
- Vale, I., Souza, S., & Carmona, E. (2005). Nursing diagnosis identified during parent group meetings in a neonatal intensive care unit. *International Journal of Nursing Terminologie and Classifications Volume*, 16, 65-73.
- Young, B., Dixon-Woods, M., & Heney, D. (2002). Identity and role in parenting a child with cancer. *Pediatric Rehabilitation*, 5(4), 209-214.

Anexos

Anexo I

Aplicativo Sclínico, diagnóstico de enfermagem foco Papel Parental

Escalas de Avaliação para a elaboração do diagnóstico papel parental no Sclínico

Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)

Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)

Avaliar condição do papel parental

Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)

Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)

Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização

Opções de diagnóstico

Potencial para manter papel parental desenvolvimental durante a hospitalização

Papel parental desenvolvimental durante a hospitalização, comprometido

Risco de compromisso do papel parental desenvolvimental durante a hospitalização

Potencial para melhorar papel parental especial durante a hospitalização

Risco de compromisso do papel parental especial durante a hospitalização

Papel parental especial durante a hospitalização, comprometido

Potencial para manter o papel parental complexo durante a hospitalização

Risco de compromisso do papel parental complexo durante a hospitalização

Papel parental complexo durante a hospitalização, comprometido

Adaptação a papel parental complexo durante a hospitalização, comprometida

Potencial para iniciar a adaptação a papel parental complexo durante a hospitalização

Risco de compromisso da adaptação a papel parental complexo durante a hospitalização

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais)

Conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais)

Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais)

Capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais)

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)

Conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)

Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)

Capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)

Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais)

- alimentação - Higiene

- eliminação - Segurança

Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)

- alimentação - Higiene

- eliminação - Processos corporais

Intervenções sugeridas

Instruir a mãe e(ou) pai a trocar fralda

Treinar a mãe e(ou) pai a promover a eructação

Treinar a mãe e(ou) pai a vestir/despir

Treinar a mãe e(ou) pai a cuidar da higiene

Treinar a mãe e(ou) pai a alimentar

Instruir a mãe e(ou) pai a promover eructação

Instruir a mãe e(ou) pai a cuidar da higiene

Negociar o papel parental

Instruir a mãe e(ou) pai a alimentar

Informar para o papel parental

Instruir a mãe a tomar conta do auto cuidado

Instruir a mãe e(ou) pai sobre medidas de segurança durante a hospitalização

Instruir a mãe e(ou) pai a vestir

Instruir a mãe e(ou) pai a estabelecer relação com a criança

Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)

Condição do papel parental

PP com características desenvolvimentais normais no domicílio e hospital

PP com características desenvolvimentais normais no domicílio e especiais transitórias no hospital

PP com características complexas permanentes no domicílio

PP com características desenvolvimentais normais no domicílio e complexas inaugurais no hospital

Risco de compromisso da adaptação a papel parental complexo durante a hospitalização

Intervenções sugeridas

Providenciar suporte à mãe e(ou) pai

Estimular a participação nos cuidados da mãe e(ou) pai

Estabelecer relação com mãe e(ou) pai

Apoiar a mãe e(ou) pai a gerir crise

Envolver mãe e(ou) pai nos cuidados

Disponibilizar a mãe e(ou) pai linhas de orientação durante a hospitalização

Negociar com mãe e(ou) pai plano de cuidados

Incentivar socialização de mãe e(ou) pai de criança com necessidades especiais definitivas

Promover papel parental

Incentivar papel parental complexo

Avaliar condição do papel parental

Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)

Alimentação

eliminação

higiene

segurança

desenvolvimento infantil

Promoção da saúde

Intervenções sugeridas

Instruir a mãe e(ou) pai a estimular sucção

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vestuário

Instruir a mãe e(ou) pai a trocar fralda

Instruir a mãe e(ou) pai a promover eructação

Instruir a mãe e(ou) pai a cuidar da higiene

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre aleitamento materno

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre sinais e sintomas comuns

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre eliminação urinária

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)

Intervenções sugeridas

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre técnica respiratória

Ensinar a mãe e(ou) o pai a vigiar dor

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre técnica de tossir

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre drenagem postural

Ensinar a mãe e(ou) o pai a gerir medicamento

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre complicações da ostomia

Ensinar a mãe e(ou) o pai a tomar conta da alimentação durante a hospitalização

Ensinar a mãe e(ou) o pai a vigiar a eliminação durante a hospitalização

Ensinar a mãe e(ou) o pai a tomar conta da higiene durante a hospitalização

Ensinar a mãe e(ou) o pai a tomar conta do posicionamento durante a hospitalização

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre regurgitação

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre eritema

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre febre

Ensinar a mãe e(ou) o pai a aumentar a temperatura corporal

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vigilância da consciência

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre necessidades especiais

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre edema

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre convulsão

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre excesso de peso

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre eritema de fraldas

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre exame

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre papel parental durante a hospitalização

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre tratamentos

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre cólica

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de eritema de fraldas

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre desidratação

Instruir a mãe e(ou) pai a administrar medicamento

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de obstipação

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre cuidados à pele

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre complicações da pele

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre medidas não farmacológicas para aliviar a dor

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre gestão de sinais e sintomas (especiais)

Instruir a mãe e(ou) pai sobre medidas de segurança durante a hospitalização

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre colheita de espécimes

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre dispneia

Instruir a mãe e(ou) pai a tomar conta de necessidades especiais

Instruir a mãe e(ou) pai a prevenir complicações das necessidades especiais

Ensinar a mãe e(ou) o pai a diminuir temperatura corporal

Ensinar a mãe e(ou) o pai a gerir a dor

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre dor

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção da aspiração

Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre técnica de posicionamento

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre dispositivos respiratórios

Ensinar a mãe e (ou) pai sobre inaloterapia

Ensinar a mãe e (ou) pai sobre inaloterapia

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre complicações

Ensinar a mãe e(ou) o pai a avaliar a temperatura corporal

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de eritema

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção da convulsão

Ensinar a mãe e(ou) o pai a gerir a convulsão

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de infeção

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre diabetes

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre equipamento adaptativo

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre estratégias não farmacológicas

Papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização

Escalas de avaliação para avaliação da parceria de cuidados

Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital

Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital

Tem conhecimento sobre a situação da criança

Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital

Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização

Anexo II

Convocatória para sessão de formação

Anexo III

Folha de presença dos formandos

Anexo IV

Impresso para os formandos com síntese da formação e colocação de dúvidas

Anexo V
Secção de formação

Anexo VI

Questionário dos enfermeiros

Anexo VII
Formulário aos pais

Anexo VIII

Dados fornecidos pela unidade de informática relativamente aos processos clínicos das crianças

Anexo IX

Pedido de autorização de recolha de dados



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de administração do
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
Av. Noruega - Lordelo
5000-508 Vila Real

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Célia Carla de Carvalho Nunes, do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretendem realizar um estudo que tem como tema central “O foco Papel Parental e o desenvolvimento da prática de enfermagem na parceria de cuidados”.

Pretende-se com este estudo aplicar um Programa de Melhoria Continua da Qualidade “A Parceria na Pediatria”.

Neste contexto, solicitamos a V. Exma. autorização para a recolha de dados/informação junto dos pais de crianças internadas no serviço de Pediatria Internamento e profissionais de enfermagem a exercer funções nesse mesmo serviço, nos meses de fevereiro e março de 2016.

Em Anexo enviamos cópias do Projeto de Investigação, Declaração de Compromisso de Honra, Consentimento Informado e Questionário (s) de Recolha de Dados.

Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

Anexo X

Autorização para recolha de dados



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de administração do
**Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
EPE**
Av. Noruega - Lordelo
5000-508 Vila Real

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0151 10-FEB-16

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

Na resposta indicar a vossa referência. Em cada ofício tratar só de um assunto

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Célia Carla de Carvalho Nunes, do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretendem realizar um estudo que tem como tema central "O foco Papel Parental e o desenvolvimento da prática de enfermagem na parceria de cuidados".

Pretende-se com este estudo aplicar um Programa de Melhoria Contínua da Qualidade "A Parceria na Pediatria".

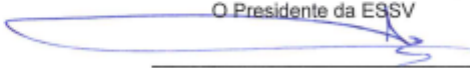
Neste contexto, solicitamos a V. Exma. autorização para a recolha de dados/informação junto dos pais de crianças internadas no serviço de Pediatria Internamento e profissionais de enfermagem a exercer funções nesse mesmo serviço, nos meses de fevereiro e março de 2016.

Em Anexo enviamos cópias do Projeto de Investigação, Declaração de Compromisso de Honra, Consentimento Informado e Questionário (s) de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Emília Coutinho é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV


Professor Doutor Carlos Pereira

EG/AL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL

Fax. +351 232 428 343

E-mail essvgeral@essv.ipv.pt

Web. www.essv.ipv.pt

Anexo XI

Pedido de autorização ao Diretor do Serviço de Pediatria



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Diretor do serviço de pediatria
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
Av. Noruega - Lordelo
5000-508 Vila Real

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Célia Carla de Carvalho Nunes, do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretendem realizar um estudo que tem como tema central “O foco Papel Parental e o desenvolvimento da prática de enfermagem na parceria de cuidados”.

Pretende-se com este estudo aplicar um Programa de Melhoria Contínua da Qualidade “A Parceria na Pediatria”.

Neste contexto, solicitamos a V. Exma. autorização para a recolha de dados/informação junto dos pais de crianças internadas no serviço de Pediatria Internamento e profissionais de enfermagem a exercer funções nesse mesmo serviço, nos meses de março e abril de 2016.

Em Anexo enviamos cópias do Projeto de Investigação, Consentimento Informado e Questionário (s) de Recolha de Dados.

Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Célia Carla de Carvalho Nunes

Anexo XII

Pedido de colaboração técnica e informática para a construção de indicadores de processo

Exmo. Senhor Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. – Hospital São Pedro de Vila Real

Assunto: Pedido de colaboração técnica e informática para a construção de indicadores de processo, resultado e epidemiológicos no serviço de pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. – Hospital São Pedro de Vila Real (CHTMAD-HSPVR)

Eu, Célia Carla de Carvalho Nunes, na qualidade de mestranda da Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, encontro-me a realizar a minha Dissertação de Mestrado, no serviço de pediatria do CHTMAD-HSPVR, em que vossa excelência se pronunciou favoravelmente.

Passo a contextualizar o meu estudo antes de lhe apresentar o meu pedido.

Trata-se de um estudo sobre o papel parental e o desenvolvimento da prática de enfermagem na parceria de cuidado, assente no pressuposto de que é benéfico para as partes que os pais sejam envolvidos nos cuidados, mediante um processo de negociação. Aliando o requisito académico à prática profissional, no CHTMAD-HSPVR, a realização desta investigação pretende melhorar a prática de enfermagem no foco papel parental, um dos focos inseridos nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados, da Ordem dos Enfermeiros, no serviço de pediatria do CHTMAD-HSPVR.

O CHTMAD-HSPVR está, desde 2015, à semelhança de mais três hospitais piloto do país, provido de um sistema de informação de apoio à prática de enfermagem de acordo com a Parametrisação Nacional Única (PNU), e tem a obrigação de desenvolver a educação e formação contínua, responsabilização e consciencialização dos profissionais, no sentido da implementação efetiva do sistema, e criação das condições necessárias à futura obtenção de ganhos em saúde e produção de indicadores de enfermagem.

Indo de encontro às exigências que hoje em dia se colocam às instituições de saúde, enveredei por uma investigação-ação, orientada para a melhoria da prática nos diversos campos da ação, a qual estruturei nas seguintes fases: i) **fase de diagnóstico**, com a aplicação de questionários aos vários intervenientes, nomeadamente aos pais para avaliação do processo de parceria de

cuidados durante hospitalização; aos enfermeiros para avaliar o conhecimento sobre Padrões de Qualidade, Indicadores de Enfermagem e Papel Parental; e ainda a recolha de informação contida no processo individual do cliente, relativa ao diagnóstico de enfermagem Papel Parental, referente ao ano 2015, através do sistema informático Sclínico. Ressalvo que os dados recolhidos serão utilizados para a produção de indicadores de processo e resultado, dois tipos de indicadores de qualidade propostos por Avédís Donabedian, bem como indicadores epidemiológicos, como proposto pela Ordem dos Enfermeiros (2007); ii) **construção do plano de ação**, realizando o diagnóstico da situação, procedendo-se à construção do plano de ação, tendo em conta: as medidas educacionais, através da formação dos enfermeiros na área temática e divulgação dos dados/resultados colhidos relativos a 2015; iii) **proposta prática do plano e observação de como funciona**: mudanças estruturais, adequação dos registos no sistema de informação Sclínico e procedimentos inerentes ao desenvolvimento do projeto; iv) **reflexão, interpretação e integração dos resultados**, sendo realizada a análise dos dados produzidos (Sclínico) para monitorização dos indicadores de enfermagem.

Todas estas etapas assentam nos seguintes indicadores: **Taxa de efetividade na prevenção de complicações** - taxa de clientes com risco de desenvolver o problema/diagnóstico papel parental comprometido, que não desenvolveu, e teve pelo menos uma intervenção documentada, num dado período; **Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem** - taxa de clientes que resolveu o problema/diagnóstico papel parental comprometido, e teve pelo menos uma intervenção documentada, num dado período.

Salvaguardo que sendo este um projeto promotor e dinamizador de uma prática de cuidados segura e de qualidade, o objetivo principal e final é criar um programa de melhoria contínua de qualidade.

Importa igualmente ressaltar que se tem, como mais-valia, a colaboração do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde, uma referência nacional, no que à implementação dos sistemas de informação com a PNU diz respeito, onde os indicadores de qualidade se encontram em vigor desde 2010, que se disponibilizou a colaborar, a partir de setembro futuro próximo, com o CHTMAD-HSPVR, concretamente em ajudar a resolver as dificuldades que até lá não conseguirmos ultrapassar.

Em Março de 2016, no âmbito da minha Dissertação de Mestrado, solicitei ao Engenheiro Victor, funcionário e responsável pela unidade de informática do CHTMAD-HSPVR, colaboração para a realização/aplicação dos indicadores de enfermagem no foco papel parental, no serviço de pediatria, o qual se disponibilizou na pessoa do Engenheiro João Paulo, a quem pediu que assumisse esse papel. Apesar da boa vontade do Engenheiro Victor desde então, ainda não foi

possível a elaboração deste trabalho, por parte do Engenheiro João Paulo que alega escassez de recursos humanos e excesso de solicitações por parte do CHTMAD-HSPVR.

Posto isto, apelo à sensibilização de V. Excelência para que me seja facultada essa colaboração técnica e informática para a construção de indicadores de processo, resultado e epidemiológicos no serviço de pediatria do CHTMAD-HSPVR de modo a que eu possa realizar o estudo do qual se esperam ganhos também para o serviço e para a instituição.

Com os meus respeitosos cumprimentos

Vila Real, 25 de julho de 2016

(Célia Carla de Carvalho Nunes)

Anexo XIII

Norma de orientação de registos no Sclínico – Papel Parental

 Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. Serviço de Pediatria	Norma n.º		
	ORIENTAÇÕES DE REGISTOS NO SCLÍNICO -PROCESSO DE ENFERMAGEM- Papel parental	Revisão	
		N.º	
		Mês/Ano	
	Data 0000 Revisão		

1. Objetivo

Este documento tem como objetivos:

- Auxiliar os enfermeiros na documentação dos cuidados no processo de enfermagem do Sclínico;
- Uniformizar o método de registos em todos os serviços do CHTMAD;
- Assegurar a melhoria contínua da documentação dos cuidados de enfermagem.

2. Destinatários

Enfermeiros

3. Definições e abreviaturas

DE – Direção de Enfermagem

NA – Não aplicável

PNU – Parametrização Única Nacional

SIEnf – Sistemas de Informação em Enfermagem


4. Requisitos

Compete aos enfermeiros da prestação de cuidados que documentam no Sclínico, o cumprimento das orientações emanadas no presente documento.

Compete aos enfermeiros colaboradores do SIEnf de cada serviço, realizar auditorias trimestrais à documentação, realizadas a seis processos de forma aleatória, utilizando um formulário de auditoria.

Compete à Comissão do SIEnf a análise semestral dos resultados das auditorias nos diferentes serviços e divulgar à DE, colaboradores do SIEnf aos enfermeiros chefe de cada serviço.

Elaborado 000 ;	Revisão 000 ;	Aprovado em CA:	Data:	Nº de pág.
				1/4

 <p>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.</p> <p>Serviço de Pediatría</p>	Norma n.º		
	<p>ORIENTAÇÕES DE REGISTOS NO CLÍNICO -PROCESSO DE ENFERMAGEM- Papel parental</p>	Revisão	
		N.º	
		Mês/Ano	
	Data 6/6/20 Revisão		

5. Descrição do Procedimento

De seguida serão apresentados os aspetos que se consideram importantes para elaborar esta orientação nas diferentes etapas do Processo de Enfermagem:


1. Avaliação inicial:

- Todos os campos de avaliação inicial devem ser preenchidos. Quando não se adequar o preenchimento de algum item, assinar **NA**;
- Os dados que podem levar a diagnósticos de enfermagem ou focos de atenção, devem ser documentados apenas nas respetivas intervenções de diagnóstico e não na avaliação inicial (Ex: avaliação do risco de queda, avaliação, avaliação do risco de ulcera de pressão, avaliação do grau de dependência no autocuidados prévia ao episódio de internamento, avaliação da pele).

2. Diagnósticos de enfermagem

- Antes de elaborar o diagnóstico de enfermagem é necessário observar as intervenções frequentes e selecionar a que irá fornecer dados para a elaboração de diagnóstico de enfermagem/ foco, dando resposta a todos os critérios de diagnóstico;
 - A PNU introduziu o conceito de potencial para melhorar quer para os conhecimentos quer capacidades. Importa salientar que a formulação de diagnósticos sobre o potencial requer a prescrição e preenchimento de duas intervenções de enfermagem.
- Quando se trata de avaliar o potencial para melhorar o conhecimento, o enfermeiro tem de preencher as seguintes intervenções:
 - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento
 - Avaliar o conhecimento sobre...
 - Quando se trata de avaliar o potencial para avaliar a capacidade, o enfermeiro tem de preencher as seguintes intervenções:
 - Avaliar o potencial para melhorar a capacidade

Elaborado ggc	Revisão ggc	Aprovado em CA:	Data:	Nº de pág.
				2/4

 Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. Serviço de Pediatria	Norma n.º		
	ORIENTAÇÕES DE REGISTOS NO SCLÍNICO -PROCESSO DE ENFERMAGEM- Papel parental	Revisão	
		N.º	
		Mês/Ano	
	Data 00/00 Revisão		

- Avaliar a capacidade sobre...

- a) Não deve existir diagnósticos de enfermagem/ focos de atenção sem intervenções de enfermagem associadas;
- b) Deve existir uma correta associação entre o diagnóstico de enfermagem e as respetivas intervenções;
- c) Deve-se dar termo ao foco após os diagnósticos estarem resolvidos, salvo se o enfermeiro optar por manter o foco ativo apenas para vigilância;
- d) Atualização do ~~status~~ dos diagnósticos deve ser feita ao longo do internamento e não apenas no momento da alta;
- e) As atualizações de diagnósticos devem ser realizadas sempre que o sistema as sugerir;
- f) No momento da alta apenas se devem manter os diagnósticos de enfermagem que se encontram ativos.


3. Focos de atenção

- a) Os focos de atenção ativos devem ter pelo menos uma intervenção de vigilância prescrita;
- b) Quando os diagnósticos estão todos resolvidos num foco, o enfermeiro poderá manter o foco ativo (foco de atenção) se considerar necessário manter a vigilância de um determinado aspeto.

4. Intervenções de enfermagem

- a) As intervenções de diagnóstico são por defeito prescritas em SOS após o seu 1º registo, no entanto o horário deverá ser alterado consoante as práticas e necessidades de cada serviço;
- b) Não deveram existir intervenções sem diagnóstico de enfermagem, foco de atenção ou atitude terapêutica associados;
- c) No momento da alta, apenas permanecem prescritas as intervenções que devem ter continuidade.

Elaborado 00/00 :	Revisão 00/00 :	Aprovado em CA:	Data:	Nº de pág.
				3/4

 <p>Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.</p> <p>Serviço de Pediatria</p>	Norma n.º	
	<p>ORIENTAÇÕES DE REGISTOS NO SCLÍNICO -PROCESSO DE ENFERMAGEM- Papel parental</p>	Revisão
		N.º
		Mês/Ano
	Data 00/00 Revisão	

5. Nota de alta

- a) O processo de enfermagem deve ser atualizado e devem ser selecionados os focos e intervenções ativos que o enfermeiro considere pertinentes, para garantir a continuidade dos cuidados;
- b) Nos dados da alta do internamento o enfermeiro deve documentar todos os dados que achar pertinentes, para garantir a continuidade de cuidados;
- c) No caso dos doentes que, no momento da alta, não apresentam focos/diagnósticos/intervenções ativos deve-se documentar em "dados da alta do internamento" que o doente não necessita de continuidade de cuidados.

Anexo XIV

Consentimento Informado



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Chamo-me Célia Carla de Carvalho Nunes, sou enfermeira do serviço de Pediatria do CHTMAD da Unidade de Vila Real, estou a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no Instituto Politécnico de Viseu/Escola Superior de Saúde, onde me encontro a realizar um estudo de investigação sob a orientação da Prof^a. Doutora Emília Coutinho, com o tema “O foco Papel Parental e o desenvolvimento da prática de enfermagem na parceria de cuidados”.

Este estudo tem como objetivo a avaliação do processo de parceria de cuidados no foco papel parental no serviço de Internamento de Pediatria do Hospital de Vila Real.

Neste sentido, pedimos-lhe que leia com atenção o questionário e responda a todas as perguntas de forma espontânea e sincera, de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que nos interessa é a sua opinião, na certeza de que os dados serão tratados com a devida confidencialidade e anonimato. Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informação. A concretização deste estudo só será possível graças à sua colaboração.

Não são colocadas questões de foro íntimo e será garantido, pela investigadora, o anonimato dos dados recolhidos.

Fica salvaguardado que a qualquer momento pode recusar participar sem prejuízo para o próprio.

Neste contexto e se concorda com o exposto, pedimos-lhe que assine este termo de consentimento

A equipa de investigação agradece a vossa preciosa colaboração!

A coordenadora do estudo de investigação

Anexo XV

Declaração sob o compromisso de honra referente à apresentação das principais conclusões do estudo

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de administração do
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Assunto: Declaração Sob Compromisso de Honra referente à apresentação das principais conclusões do estudo

Nome do Investigador Principal: Célia Carla de Carvalho Nunes

Título do projeto de Investigação: “O foco Papel Parental e o desenvolvimento da prática de enfermagem na parceria de cuidados”.

Na qualidade de Investigador/Promotor, declaro a V. Exa que apresentarei as principais conclusões do estudo, assim que este esteja terminado.

Com os melhores cumprimentos.

Vila Real, 08 de fevereiro de 2016

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Célia Carla de Carvalho Nunes

