

AS IMPLICAÇÕES DA PARCERIA DE CUIDADOS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA

Dissertação elaborada no
âmbito do XV Mestrado
em Ciências de Enfermagem, por:
Sílvia Gonçalves Carneiro

PORTO, JULHO 2010

SILVIA GONÇALVES CARNEIRO

**AS IMPLICAÇÕES DA PARCERIA DE CUIDADOS PARA A
QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS
SERVIÇOS DE PEDIATRIA**

Dissertação de candidatura ao
Grau de Mestre em Ciências de
Enfermagem submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar
Da Universidade do Porto

Orientador-Prof.^a Dr.^a Maria Do Céu
Aguiar Barbieri de Figueiredo

Categoria-Professor (a) Coordenador (a)

Afiliação-Escola Superior de Enfermagem
do Porto

“Os sentimentos perdem-se nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em acções.
Em acções que tragam resultados.”

Florence Nightingale, data desconhecida

AGRADECIMENTOS

“Os desejos humanos são infindáveis. São como a sede de um homem que bebe água salgada, não se satisfaz e a sua sede apenas aumenta.”

(Textos Budistas, data desconhecida)

- Sr.^a Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Barbieri Figueiredo pela orientação no percurso que conduziu ao culminar desta dissertação;
- Participantes do estudo e colegas de Serviço pela sua disponibilidade, compreensão e troca de experiências.

ABREVIATURAS

Art./art.º-Artigo

Dr.-Doutor

n.º-Número

P-Página

pp-página

SIGLAS

BPAP-Bilevel Positive Arway Pressure

CIPE-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIREM-Comissão Interministerial de Reforma do Ensino Médico

CLE-Cursos de Licenciatura em Enfermagem

ICBAS-Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

ONU-Organização das Nações Unidas

SAPE-Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE-Sistema de Informação em Enfermagem

UCI- Unidade De Cuidados Intensivos

UCIRN-Unidade De Cuidados Intensivos Recém Nascidos

U.C.I.R.N-Unidade De Cuidados Intensivos Recém Nascidos

UCIP-Unidade De Cuidados Intensivos Pediátricos

ÍNDICE

	P
O-INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1-O EMERGIR DA PEDIATRIA A NÍVEL NACIONAL.....	17
1.1-OS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS DIRECTRIZES PARA O FUTURO DA PEDIATRIA.....	22
2-A EVOLUÇÃO SÓCIO HISTÓRICA DAS NOÇÕES DE FAMÍLIA E DE CRIANÇA.....	26
2.1-A CRIANÇA NA ACTUALIDADE.....	30
3-A FAMILIA PERANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA.....	33
4-CUIDAR EM ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA PARCERIA DE CUIDADOS.....	39
5-O MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY...	44
5.1-ESTADO DE ARTE DA PARCERIA DE CUIDADOS.....	49
6-PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	54
6.1-0 PAPEL DO (A) ENFERMEIRO (A) NA RELAÇÃO COM A EQUIPA E NOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	56
6.2-GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE E PRINCIPIOS BÁSICOS DA QUALIDADE.....	59
PARTE II-ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	66
1-OBJECTIVOS E FINALIDADE DO ESTUDO.....	67
2-PERGUNTA DE PARTIDA E QUESTÕES ORIENTADORAS.....	68
3-PERSPECTIVA METODOLÓGICA.....	70

ÍNDICE

	P
4-POPULAÇÃO ALVO.....	74
5-INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	75
5.1-GUIÃO ORIENTADOR DA ENTREVISTA.....	76
6-ANÁLISE DOS DADOS.....	78
7-ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO.....	80
PARTE III-ESTUDO EMPIRICO.....	82
1-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	83
1.1-ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	87
1.1.1-MÉTODO DE TRABALHO.....	88
1.1.2-MODELO TEÓRICO DE REFERÊNCIA.....	92
1.1.2.1-PARCERIA DE CUIDADOS.....	94
1.1.2.2-MODELO DE ANNE CASEY.....	97
1.1.2.2.1-LIMITES ENTRE CUIDADOS FAMILIARES E CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	99
1.2-QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	102
1.2.1-ATITUDES DOS ENFERMEIROS.....	104
1.2.1.1-CONHECIMENTO CIENTÍFICO.....	106
1.2.2-AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	108
1.2.3-GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS.....	111
1.2.3.1-FORMAÇÃO CONTÍNUA.....	113
1.2.3.2-MOBILIDADE DOS ENFERMEIROS.....	115
1.2.4-GESTÃO DOS RECURSOS MATERIAIS.....	117

ÍNDICE

	P
1.2.5-AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO.....	120
1.2.6-SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	123
2-CONCLUSÕES.....	127
3-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132

ÍNDICE DE DIAGRAMAS E QUADROS

	P
Diagrama 1: Categorias, Subcategorias e Relações.....	86

RESUMO

Compreender a pessoa alvo de cuidados e a família, e até que ponto se pretendem envolver e constituir-se elementos interventivos nas experiências decorrentes da hospitalização, pode ser um factor precursor para que os (as) enfermeiros (as) chefes desenvolvam capacidades de gestão e negociação ponderada contribuindo para a adaptação harmoniosa às condicionantes da patologia, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Nesse sentido, foi elaborado um estudo de carácter qualitativo recorrendo a entrevistas semi-estruturadas a enfermeiras chefes de serviços de pediatria de cinco Hospitais na área do Grande Porto maioritariamente vocacionados para o acolhimento e tratamento de adultos mas que possuem enfermarias pediátricas. Os participantes foram seleccionados pelo seu papel de chefes de Serviço, pela experiência profissional e riqueza de informações a partilhar.

Após a transcrição textual das entrevistas identificou-se os temas recorrentes no sentido de estabelecer categorias gerais de análise.

Concluiu-se após o tratamento e observação dos dados, que a quase totalidade das representações expostas, se agrupa na importância de organização do serviço com o intuito de se implementar a parceria de cuidados no âmbito da qualidade e consequentemente da satisfação dos doentes, família e enfermeiros (as).

A parceria serve como factor avaliador da excelência do cuidar beneficiando a integração da família na equipa multidisciplinar e consequentemente a continuidade de cuidados.

Embora a gestão dos diferentes recursos não seja efectuada sob a sua premissa, o papel dos (as) responsáveis pelos vários internamentos é representar o elo de ligação entre a equipa, os cuidadores informais e as comissões administrativas, atribuindo-se a responsabilidade de mudança e criatividade, respeitando os espaços de liberdade consciente, com o intuito de beneficiar o evoluir qualificado da prática e a maior realização pessoal de todos os intervenientes do processo.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Parceria de Cuidados, Modelo de Anne Casey; Qualidade de Cuidados; Gestão de Enfermagem.

ABSTRACT

Understanding the person, subject of nursing care, and his/her family, and at point they want to get involved and be an active part of the experiences taking place in hospitalisation, can be a trigger to the head nurses develop management abilities and wise negotiation contributing to the harmonious adaptation to the disease conditions, assuring the quality of nursing care.

A research study was undertaken, with a qualitative design, conducting semi-structured interviews with head nurses of paediatric units of five General Hospitals in Oporto, directed to adult population but that have paediatrics wards. The participants were selected by their role as head of units, professional experience and rich information to share.

After the textual transcription of the interviews the recurrent themes were identified in order to establish general categories for analysis. Data analysis revealed that the majority of themes grouped together in the importance of the service organization in order to implement the partnership of care within the framework of quality and hence the satisfaction of patients, family and nurses.

The partnership serves as a factor in evaluating the excellence of care promoting the integration of family in the multidisciplinary team and therefore the continuity of care.

Although the management of different resources is not carried out under the premise, the role of leaders of the various units is to represent the link between the team, informal care and administrative committees, taking on responsibility for change and creativity, respecting the space of conscious freedom, in order to benefit the evolving practice and most qualified personal achievement of all stakeholders in the process.

Keywords: Paediatric Nursing; Partnership Care; Anne Casey Model; Quality of Care; Nursing Management.

RÉSUMÉ

Comprendre la personne qui a besoin de soins et de la famille, et dans quelle mesure ils veulent être impliqués et se constituer éléments d'intervention dans les expériences résultant de l'hospitalisation, peut être un précurseur pour que les infirmiers chefs développent des compétences de gestion et de négociation pondérée contribuant à l'adaptation en douceur aux contraintes de la maladie, assurant la qualité des soins d'infirmiers.

En conséquence, il a été conçu une étude de caractère qualitatif recourant à des entrevues semi-structurées avec infirmiers chefs de unités de soins pédiatriques de cinq hôpitaux du Grand Porto majoritairement consacrés à l'hospitalité et traitement des adultes, mais qui ont des unités pédiatriques. Les participants ont été sélectionnés pour leur rôle de chefs de service, par l'expérience professionnelle et de la richesse des informations à partager.

Après la transcription textuelle des entretiens il a été identifié les thèmes récurrents dans le but d'établir des catégories générales d'analyse.

Il est conclu après le traitement et l'observation des données, que presque toutes les représentations ci-dessus exposées, rassemble l'importance de l'organisation du service afin de mettre en œuvre le partenariat de soins dans le contexte de qualité et conséquemment de la satisfaction des patients, de la famille et des infirmiers(ères).

Le partenariat sert de facteur d'évaluation de l'excellence du soin bénéficiant de l'intégration de la famille en équipe pluridisciplinaire et conséquemment la continuité des soins.

Bien que la gestion des différentes ressources ne soit pas réalisée dans le cadre du principe, le rôle des responsables des diverses admissions internements est de représenter le lien entre l'équipe, les aidants informels et des comités administratifs, de prendre la responsabilité pour le changement et la créativité tout en respectant l'espace de liberté conscient, afin de bénéficier le développement qualifié de la pratique et la plus grande réussite de tous les intervenants dans le processus.

Mots-clés: Soins Infirmiers pédiatriques ; Partenariat de soins, Modèle de Casey Anne; Qualité de soins; Gestion des Soins Infirmiers.

0-INTRODUÇÃO

A escolha de um tema de investigação preciso e claro não emerge de forma espontânea ao investigador. Por vezes, a eleição deste advém da sua prática e experiência diárias e surge após um caos de ideias. Pormenores como a biografia pessoal, o ambiente e cultura onde se insere e até determinadas pessoas tornam-se objectos ou fenómenos atractivos precursores de estudos científicos de natureza investigativa, porque intervieram de modo decisivo na vida do pesquisador.

Importante é que este seja suficientemente interessante para manter a atenção de quem o realiza e apresente um grau de dificuldade razoável que lhe permita ser concluído no prazo estipulado (Bogdan & Biklen, 1994).

A execução deste estudo encontra-se relacionada com a área da saúde e tem como linhas orientadoras as Implicações da Parceria de Cuidados para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem nos Serviços de Pediatria.

Como enfermeira da prática clínica a exercer funções num hospital pediátrico na área metropolitana do Porto, em que a parceria se encontra implementada, sendo os pais uma presença constante nas enfermarias, partilhando os cuidados à criança hospitalizada, pretendo avaliar como esta é compreendida e se a sua aplicação permite determinar a qualidade dos cuidados ou pode ser definida como um dos parâmetros para a avaliação da mesma. Associado aos aspectos anteriormente descritos ambiciono conhecer como é efectuada a gestão dos recursos humanos e materiais, com vista à implementação da relação de pares profissionais de enfermagem-família e à obtenção da excelência do cuidar e serviços prestados, e que modelos de partilha de cuidados são utilizados nos internamentos infantis de outros centros hospitalares.

A realidade das Unidades de Saúde Portuguesas pode em muito ser melhorada, pela correcta distribuição dos enfermeiros (as) e aproveitamento dos seus diversos níveis de conhecimento, através do papel mais interveniente dos (as) chefes e da comunidade que afigura dos cuidados de saúde, no processo de tomada de decisão e utilização apropriada de todos os bens materiais disponíveis.

A problemática da parceria de cuidados em enfermagem é um assunto recente e emergiu da compreensão do ser humano como pessoa dotada de capacidades de pensamento e decisão em diferentes contextos, quer como sujeito individual quer como pertencente a uma sociedade. Com frequência, somos conduzidos no pensamento de que o exercício da cidadania e a conseqüente problematização da parceria teve a sua origem no âmbito da saúde, pela evidente necessidade de cooperação entre os profissionais e a pessoa que se confronta com a doença, o sofrimento e a morte.

Contudo, este conceito encontra-se inerente a diversas estruturas e organizações, como instrumento eficaz na gestão de conflitos.

Se nos diferentes hospitais a parceria na prestação de cuidados tem vindo a ser lentamente construída, é na Pediatria que alcança o seu máximo de apoteose. É aqui que a enfermagem assume o verdadeiro sentido do cuidar, na valorização de pequenos gestos e partilha diária e contínua entre a criança, o (a) enfermeiro (a) e a família.

Neste contexto a família adopta particular importância e, na sua ausência, alguém que seja significativo para a criança, quer esta se encontre em regime de consulta ou internamento. Deste modo, o (a) enfermeiro (a) mais do que o portador dos conhecimentos científicos encarna o papel de mediador entre a família ou cuidador informal e os restantes profissionais da equipa multidisciplinar.

A ampla informação sobre o desenvolvimento físico e mental infantil é insuficiente para minimizar o impacto com resultados transitórios leves ou sequelas profundas, que uma alteração na dinâmica familiar pode produzir. Conhecer a criança em toda a sua dimensão assume neste âmbito um carácter fundamental.

A ansiedade patente neste género de episódios é por demais evidente nas diferenças culturais e depende de experiências prévias. O cuidador informal perde, aos seus olhos e da própria criança, o papel de protector e, naturalmente, o controlo da situação, uma vez que ao aceitar as decisões tomadas pela equipa de saúde assume uma posição de passividade.

A família é um sistema em aberto em que os elementos que a instituem se encontram em contínua interacção entre si e com o meio que as envolve. Este complexo procedimento de dinâmicas de relação determina a estrutura familiar e o seu modo de funcionamento. O comportamento de um dos membros é passível de afectar os restantes e o da família como unidade global, provocando mudanças a nível individual, parenteral, conjugal e fraternal (Jorge, 2004).

Apesar da capacidade de auto organização das famílias, o papel do (a) enfermeiro (a) chefe é fundamental no que diz respeito ao apoio e manutenção de conflitos. Perante uma situação de risco, independentemente do grau inerente a este, a resposta dos pais é acompanhada de diferentes fases que vão desde a hiperprotecção até à culpa, negligência e desresponsabilização relativamente aos filhos.

Existe uma enorme diversidade de modelos relativos à parceria de cuidados. No entanto, a aplicação do modelo escolhido varia de acordo com a cultura social no que se refere ao tipo de vinculação pais-responsável legal e filhos.

O intuito do paradigma de parceria é o acompanhamento da criança ou indivíduo portador de doença por parte de um familiar ou pessoa significativa, de modo a que se favoreça a relação família-doente-Unidades de Saúde (equipa multidisciplinar),

salvaguardando o espaço emocional de trocas afectivas durante o internamento, na tentativa de manter o equilíbrio físico e emocional de todos os elementos pertencentes a esta cadeia.

Trabalhar em equipa deve ser algo intrínseco à postura de todos os profissionais de saúde, os quais em consciência sabem que isoladamente se torna complexo alcançar as metas a que se propõe, sejam pessoais ou as estipuladas pelo sujeito doente e cuidadores informais. Todavia, actuar em conjunto tendo por base a parceria acompanha-se de inúmeras dificuldades, vivenciadas diferenciadamente e no quotidiano pelos (as) enfermeiros (as), que dependem de uma gestão inovadora para as ultrapassar.

Mas o mais importante, e visto que o que se pretende é o bem-estar físico e psíquico do utente e respectiva família ou cuidadores informais, é integrá-los na equipa multidisciplinar. Ter em atenção os seus desejos e tudo aquilo que pretendem alcançar, fornecendo-lhes autonomia suficiente para se assim o entenderem, participarem em todas as intervenções e decidirem o que é melhor para si.

Anne Casey, enfermeira neozelandeza, criou no Reino Unido no ano de 1988 um modelo flexível de parceria que foi reconhecido e adaptado a alguns dos Serviços e Hospitais Pediátricos a nível nacional. O surgimento deste resultou da certeza que os outros modelos existentes não reconheciam e salientavam os conceitos necessários à filosofia de cuidar infantil. Preconiza que a criança é o cliente principal e reconhece nos pais os melhores prestadores de cuidados.

Se ao profissional de enfermagem o modelo de parceria permite desenvolver a capacidade de escuta e comunicação, aos progenitores ou encarregados dá a possibilidade de autonomia principalmente quando se deparam com os obstáculos característicos de uma doença crónica. Os pais não são visitantes nem enfermeiros (as) mas antes parceiros na arte de cuidar (Moreira, 1996).

A associação da parceria no cuidar com o progresso tecnológico, erradamente nos fez pensar obter de forma instantânea o humanismo e a qualidade no sector da saúde. A tecnologia ao ser considerada como fim em si própria, fez-nos perder de vista o seu verdadeiro sentido ao serviço do ser humano.

A qualidade deve situar-se para além dos resultados estatísticos e derivar da inovação e melhoria de processos de administração e organização hospitalar. Para a alcançar é preciso mudar mentalidades, tratar a equipa, doentes e família como indivíduos e não simplesmente como números (Mezomo, 2001). A correcta gestão dos Serviços quer como estruturas independentes, quer como integrantes de Unidades de Saúde, relativamente à equipa multidisciplinar e aos recursos materiais é um factor importante para otimizar a prestação de cuidados e permitir a satisfação de todos

aqueles que integram esta cadeia relacional, principalmente o doente e respectiva família.

Os desafios com que a Saúde Portuguesa se depara, no que concerne com o crescimento da procura e prestação dos cuidados e restrições financeiras, exige aos administradores e chefes de Serviços uma gestão profissionalizada que leve a uma organização adequada relativamente à distribuição e utilização dos recursos humanos e materiais e a um processo constante de avaliação.

A Instituição de Saúde deve estar atenta à cultura da sociedade onde se encontra integrada de modo a dar resposta às necessidades dos utentes que a constituem e identificando os grupos mais desprotegidos. O indivíduo doente deve ser observado como pessoa e não como um problema. Todo o cidadão tem deveres, mas um dos direitos que lhe assiste é usufruir de cuidados médicos e de enfermagem com qualidade.

É inquietante a resposta a situações geradoras de conflito e ansiedade, quer nas equipas de saúde assim como nos doentes e família, pelo incorrecto uso e aplicação do modelo de parceria. De igual modo se torna preocupante a distribuição por turnos e diferentes Serviços dos profissionais de enfermagem e a forma de selecção e manuseamento de materiais imensas vezes não adequados às necessidades da pediatria, o que interfere na prestação de cuidados e resultados obtidos no que concerne a factores de qualidade. Logo, o papel do (a) enfermeiro (a) chefe é primordial.

Cabe a nós enfermeiros (as), pôr ao dispor da sociedade em que estamos integrados, as nossas potencialidades e vontade de fazer mais e melhor, usando a investigação que tem vindo a ser desenvolvida no domínio da saúde e que reflecte as preocupações de cada um de nós.

O estudo em questão irá decorrer em Hospitais pertencentes à cidade do Porto, vocacionados para o acolhimento e tratamento de adultos mas que possuam internamentos pediátricos.

A abordagem a realizar terá carácter qualitativo com recurso à entrevista como instrumento de colheita de dados. Esta última será aplicada aos (às) enfermeiros (as) chefes da Pediatria, após consentimento formal dos Conselhos de Administração Hospitalares e Comissões de Ética e explicação detalhada sobre a pesquisa que se pretende e respectivo consentimento voluntário de participação. Os resultados obtidos serão submetidos a uma análise de conteúdo utilizando como apoio as perspectiva e princípios de autores como Laurence Bardin, Robert Bogdan e Sari Biklen.

Formalmente, o conteúdo desta dissertação será organizado em três capítulos distintos.

Num primeiro momento proceder-se-á ao enquadramento teórico com base numa alargada pesquisa bibliográfica no intuito da construção da problemática.

Posteriormente será realizado o desenho do estudo, descrevendo-se a metodologia e a sua adequação à pesquisa que se pretende, enfatizando o tipo de instrumento de colheita de dados e a amostra à qual este último será aplicado. A terceira parte englobará a enumeração e interpretação minuciosa dos resultados, empregando dados de investigações com temáticas semelhantes.

PARTE I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1-O EMERGIR DA PEDIATRIA A NÍVEL NACIONAL

Na época de 40 (Século XX) a mortalidade infantil era elevada e atingia uma taxa situada na ordem dos 104/1000 ^{*1} (Levy, 1999). Constituía uma das mais altas da Europa e representava a saúde da criança em Portugal. Era particularmente incidente nas classes com rendimentos inferiores e défices a nível social e cultural. Verificava-se sobretudo no período pós neonatal e como consequência de distúrbios alimentares e causas infecciosas.

O facto dos serviços de saúde não serem acessíveis a todos os indivíduos conduzia a que este extracto da população, impossibilitado de recorrer à clínica privada, acesse aos hospitais públicos, os quais se encontravam pouco preparados para a pediatria a nível de conhecimentos e de recursos humanos e materiais.

As patologias características deste período não eram muito variadas, nomeadamente distrofias com raquitismo ou outras avitaminoses e desidratação decorrentes do descrédito no aleitamento materno, sífilis congénita e a tuberculose nas suas formas mais graves (granúlia e meningite tuberculosa) (Levy, 1999). A paralisia infantil e a difteria bem como o sarampo e a tosse convulsa também apareciam com alguma frequência. Resultavam das miseráveis condições de vida fortemente influenciadas por factores como a baixa escolaridade, o rendimento, o prestígio social de ocupação e o nível de inserção em redes sociais. As desigualdades entre classes eram acentuadas (Cabral et al, 2002).

O ensino da Pediatria como disciplina autónoma teve início em 1911 após a reforma que originou a formação das três únicas Faculdades de Medicina do País, localizadas no Porto, em Coimbra e em Lisboa. No entanto, apenas em 1944, foi declarada a Pediatria como especialidade pela Ordem dos Médicos e considerados, por consenso, os primeiros pediatras em Portugal. Os Professores Dias de Almeida e Almeida Garret do Porto, os Doutores Morais Sarmiento, Elísio de Moura, João Porto e Bissaya e Barreto de Coimbra e o Dr. Jaime Salazar de Silva de Lisboa, foram reconhecidos como os seus grandes impulsionadores (Borges, 2004).

Face à elevada percentagem de morte infantil, o esforço e preocupação dos pediatras centrava-se em fornecer aos pequenos pacientes os cuidados de que necessitavam, no sentido de a fazer diminuir (Levy, 1999).

*1-Valor determinado pelo INE nas estatísticas de saúde de 1945

Embora os primeiros hospitais pediátricos do país remontem ao século XIX, especificamente o Real Hospital de Crianças Maria Pia no Porto (1883), o D. Estefânea de Lisboa (1917), e o Hospital Pediátrico de Coimbra (1977), as condições de atendimento e estruturais foram durante um longo período deficitárias e, por vezes, rudimentares. Esta situação decorria da ainda ténue consciencialização das necessidades específicas infantis, do cuidar numa perspectiva de saúde e tratamento ou atenuamento da doença e da própria história da medicina da criança e jovem, (Borges, 2004). O facto dos mentores da assistência pediátrica, pertencerem a diferentes instituições de saúde implicava que, por reforma ou óbito de algum deles, se verificasse a transição de papéis e conseqüentemente do local da prática clínica.

As salas de consulta limitavam-se a pequenos cubículos com bancadas onde se sentavam os doentes para observação. Normalmente, os médicos portadores de maior experiência, alguns professores da cadeira de pediatria nas faculdades, examinavam as crianças, transmitindo pelo processo tutorial a arte pediátrica aos estudantes de medicina que se encontravam nos hospitais em regime de voluntariado (Levy, 1999).

Naquela altura, os recursos terapêuticos eram escassos e as possibilidades de internamento limitadas pelo diminuto número de camas disponíveis. As fracas condições de higiene, as infecções cruzadas, a sobrelotação e a promiscuidade eram responsáveis pela pouca eficácia dos cuidados de saúde.

Com o evoluir dos conhecimentos e da prática clínica, surgiram novas vacinas e antibióticos entre eles a penicilina descoberta em 1928 pelo cientista inglês Sir Alexander Flemming (Dixo, 1996), as sulfamidas, e a estreptomomicina, que associados a melhores conhecimentos sobre a dietética infantil, contribuíram de forma decisiva para a melhoria da saúde no nosso país (Levy, 1999).

Ainda que as taxas de morbidade e mortalidade tenham descido, as assimetrias a nível regional eram muito visíveis, sendo que as crianças que residiam nas localidades e periferias das faculdades e hospitais anteriormente descritos, auferiam de mais e superior assistência.

Em 1943 surgiu o Instituto Maternal ^{*2} com o intuito de coordenar e garantir a assistência médico-social à maternidade e 1ª infância. As Maternidades Centrais do Porto, Coimbra e Lisboa assim como os dispensários materno-infantis, irregularmente dispersos a nível nacional, ficaram dependentes deste. Paralelamente, pelo Ministério das Corporações emergiram os serviços ambulatoriais mais conhecidos por Caixas, e de função predominantemente curativa (Levy, 1999).

*2-Decreto Lei n.º 3265-1 de 2 de Fevereiro de 1943

Com a reestruturação do Ministério da Saúde em 1971, nascem os Centros de Saúde sobre a alçada da Direcção Geral e cujos principais objectivos se baseavam na promoção da saúde e prevenção da doença.

Deste modo pretendia-se obter uma vigilância mais regular a nível infantil e até dos adultos, através da realização de exames periódicos e implementação de medidas distintas de carácter preventivo nas quais se incluía o Plano Nacional de Vacinação.

Em paralelo a estas mudanças e aos avanços científicos e tecnológicos, ocorreu a publicação da Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (1979) ^{*3}, a criação das Administrações Regionais de Saúde (1982) ^{*4} e o Diploma das Carreiras Médicas ^{*5}, que tiveram alguma influência no conhecimento Pediátrico.

A sua principal repercussão foi no surgimento da figura do clínico geral que assumiu o papel de médico de família e possuía a nível dos cuidados primários de saúde a responsabilidade da vigilância da saúde infantil.

Nas Unidades Hospitalares, os Serviços de Pediatria sofreram igualmente alterações com a divisão em sectores relativos às diferentes especialidades que se iam diferenciando neste campo, o que permitiu desenvolver novas competências. Despontava a ideia de que os serviços médicos prestados à criança deveriam ser essencialmente praticados em regime de ambulatório, sendo os internamentos utilizados unicamente quando tal não fosse possível.

No ano de 1997, a mortalidade infantil atingiu o patamar dos 6,8/1000, o que conduziu a que o futuro fosse olhado com optimismo e confiança.

Os documentos acima mencionados em analogia com o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (1993) e o artigo “Reflexão sobre a Saúde” orientado pelo professor Daniel Serrão serviram como instrumentos reflexivos sobre os objectivos e etapas a alcançar.

Os Pediatras encetaram uma jornada para transformar a pediatria numa conceituada área da medicina, ocupando um lugar cimeiro e em permanente crescimento e voltada não só para a criança sã e doente e respectivos tratamentos mas, projectando-se para a família e o meio ambiente que lhe é natural (Levy, 1999).

*3-Lei 56/79 DR. 1979

*4-Decreto-Lei n.º 234/82 de 29 de Setembro de 1982

*5- Decreto-lei n.º 310/82 DR. 1982

Percebeu-se então que o complexo sistema formado por criança-família-pediatra-ambiente sofria influências multidireccionais e simultâneas, dependentes das intervenções e ligações que cada um encetava e provocava no outro (Posternak, 2008).

Um dos principais meios de divulgação da medicina e saúde infantil foi a Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura, cujo primeiro número foi editado em 1938, tendo como mentor Carlos Salazar de Sousa. Excelente meio de comunicação entre os pediatras, contribuiu para a formação dez anos mais tarde (1948) da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Actualmente é conhecida como “Acta Pediátrica Portuguesa-Revista da Criança e do Adolescente”.

Por sua vez, esta Sociedade sob a direcção de personalidades de relevo na área de saúde infantil em muito colaborou para o progresso da Pediatria, através de uma actividade impar e decisiva, como as sessões ordinárias que ocorriam periodicamente em Lisboa e no Porto, e as Jornadas Internacionais de Pediatria realizadas de dois em dois anos e que convidavam para Portugal notórios e conhecidos especialistas europeus.

Hoje em dia mantém estritas relações com as suas congéneres brasileiras e espanholas e igualmente com os países de língua oficial portuguesa como Angola, o que tem permitido a organização de um sem número de reuniões e a troca constante de informações e novas descobertas científicas.

O ano de 1952 ficou assinalado pela realização de um importante acontecimento, o 1º Congresso Nacional de Protecção à Infância, que decorreu num período de três dias com cerca de 400 congressistas entre eles médicos, professores, sacerdotes, juristas e trabalhadores sociais. Estes, auferiram da oportunidade de exprimir e partilhar interesses e opiniões cujos resultados tiveram consequências para a resolução de certas dificuldades e problemas inerentes à saúde e doença na infância.

A divulgação no estrangeiro do que era executado a nível pediátrico na sociedade de medicina portuguesa, ocorreu no X Congresso Internacional de Pediatria (1962) efectuado na Reitoria da Universidade de Lisboa, e considerado durante largos anos um dos melhores realizado.

Após 1979, sucederam-se variadas remodelações nos estatutos da Sociedade com o intuito de criação de maior número de sectores de especialidade em resposta ao crescimento de aptidões e às necessidades da criança, jovem e respectiva família.

Outra área susceptível a alterações foi a educação e o ensino da disciplina de Pediatria. Inicialmente designada por Pediatria e Ortopedia e leccionada no 4º Ano recebeu, posteriormente, o nome de Pediatria e Puericultura e passou a integrar o 5º Ano lectivo. Transitou para o ano a seguir (6º), quando os preparatórios de medicina foram extintos e assim se manteve até à reforma de 1978. Contudo, a ideia de que esta disciplina não era detentora das mesmas características intrínsecas a outras

especialidades, mas antes um âmbito particular da medicina interna inerente a uma restrita faixa etária emergiu da insistência dos responsáveis do ensino da mesma. Similarmente às então denominadas clínicas passou a ser instruída em três anos consecutivos (4º, 5º e 6º Anos), desde 1982 até 1999.

Porém uma nova reforma deu origem a que no 6º Ano apenas fossem cedidos dois meses ao seu professorado, indo de encontro ao estipulado pela Comissão Interministerial de Reforma do Ensino Médico, vulgarmente conhecido por CIREM ^{*6}.

No que concerne ao ensino pós graduado, a especialização insere-se no Internato da especialidade com a duração de cinco anos e de acordo com o currículo estabelecido pelo Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos em concordância com o Ministério da Saúde e publicado em Diário da República ^{*7}. A sua avaliação é efectuada por um júri misto nomeado pelo Ministério da Saúde e pela Ordem dos Médicos.

A enfermagem teve de igual modo um relevante contributo no ensino e prática clínica pediátrica. Na equipa multidisciplinar, o profissional de enfermagem é o que mais tempo permanece em contacto com a criança, adolescente e respectiva família ou cuidador informal, cabendo-lhe nesse sentido uma maior responsabilidade na humanização e qualidade dos cuidados de saúde.

A indispensabilidade de enfermeiros (as) para assistir às crianças nasceu com a evolução da pediatria e com o conhecimento dos benefícios resultantes das consultas e internamentos especificamente infantis. Contudo, a introdução desta matéria na formação de enfermagem só foi possível depois de os departamentos inerentes a esta especialidade se encontrarem implementados com solidez nas escolas e faculdades médicas.

Em Portugal, essa alteração ao plano base teve lugar na década de 50 a 60 (Século XX), ao contrário do que sucedeu em países como a América em que nos anos 40 a enfermagem pediátrica constituía uma graduação universitária (Borges, 2004).

Numa perspectiva de modernidade e autonomia, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa promoveu em 1964 o primeiro e único Curso de Especialistas de Enfermagem Pediátrica, com lotação máxima de dez instruendos (as). Foram precisos mais alguns anos para que fosse oficialmente reconhecida a necessidade de conhecimentos mais especializados que dessem seguimento às informações obtidas no curso geral (Antunes, 2005).

*6-Comissão Interministerial de Reforma do Ensino Médico. Despachos conjuntos 26/ME/89 e 82/UE/89 de 10.03 e 09.06 dos Ministérios da Educação e Saúde

*7-Programa de Formação do Internato Complementar de Pediatria DR n.º 252/96 I série, pg. 349, 1996

Assim são fundadas em 1983 as escolas Pós-básicas ^{*8} localizadas nas três principais cidades do país, ministrando entre outros o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O leccionar dos mesmos foi interrompido de 1999 a 2002, altura em que ocorreu a reorganização do Curso de Bacharelato para Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), encontrando-se actualmente a ser ministrados nas escolas superiores de enfermagem e de saúde.

Actualmente, o reconhecimento do (a) enfermeiro (a) especialista depende de um Modelo de Desenvolvimento Profissional centrado na prática com relevantes experiências clínicas, formativas e de investigação e não unicamente em qualificações académicas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Mais do que um marco no histórico social e percurso da enfermagem como profissão, reconhecem o utente, independentemente da idade e seus pares como indivíduos holísticos numa vertente bio-psico-social.

1.1-OS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS DIRECTRIZES PARA O FUTURO DA PEDIATRIA

Em pleno século XXI os maiores riscos para a saúde da criança, jovem e sociedade em geral mantêm-se relacionados com a pobreza, o analfabetismo, a negligência, a guerra e a violência. Factores que tem vindo a acompanhar a evolução da humanidade e apresentam um índice de crescimento acentuado com evidência nos países industrializados.

Os Serviços de Saúde encontram-se atentos a este panorama e presentemente fomentam acções para assegurar o bem-estar da população.

A nível das Unidades Hospitalares e de Saúde Comunitária e mais concretamente da Pediatria, ocorreu uma melhoria das infra-estruturas e das políticas administrativas, situando-se a prestação dos cuidados na promoção da saúde e prevenção da doença (Gomes-Pedro et al, 2005).

Hoje em dia existe a noção de que as atitudes e postura dos indivíduos e a forma como se envolvem e interagem com o meio circundante se imiscuem no seu estado de saúde e de doença.

De acordo com a perspectiva de Gomes-Pedro et al (2005), o futuro da Pediatria assenta num conjunto de directrizes e no envolvimento de toda uma equipa multidisciplinar, que tem por base as seguintes intervenções:

*8- Decreto-lei n.º 265/83 I série n.º 36 de 16 de Junho

- utilizar estudos epidemiológicos para determinar os problemas de saúde mais frequentes na população;
- abordar os profissionais de saúde no sentido de definir as acções prioritárias para colmatar os problemas identificados;
- aproveitar a investigação efectuada e incentivar novos estudos no sentido de encontrar outros planos de actuação com o intuito de obter melhores resultados;
- descrever que intervenientes para além da equipa de saúde podem cooperar nos projectos a realizar;
- avaliar o custo e a qualidade das intervenções em termos de resultado e satisfação dos participantes;
- analisar se estas são aplicáveis a diferentes grupos sociais;
- desenvolver novas estratégias mediante os resultados obtidos.

A eficácia destas operações depende do contributo de áreas distintas nas quais se incluem não só a saúde mas igualmente a política, a economia e a educação social e escolar. Verdadeiramente indispensável é o assumir por parte de todos os mediadores das áreas anteriormente referidas, de que os pais são os primeiros responsáveis pela sua saúde e a dos filhos e os melhores prestadores de cuidados. E na ausência destes, a família alargada ou um responsável legal desde que consciente dos seus direitos e deveres e com estabilidade financeira e emocional.

Contudo, para acontecer uma autêntica relação de parceria com cooperação efectiva da família e profissionais de saúde seria importante otimizar os serviços, facilitando a ligação entre os hospitais e centros de saúde, o acesso ao espaço físico e desmistificar o conceito de doença. Outro aspecto a alterar encontra-se relacionado com a dificuldade de comunicação e a pouca celeridade na aquisição ética dos registos médicos e de enfermagem por parte do cuidador informal e responsável pelo doente.

A legislação em vigor facilita a presença dos pais 24 horas nas consultas e internamentos das Unidades de Saúde e a sua participação, se assim o entenderem, no acto de cuidar. Porém, estes ainda não intervêm na definição de objectivos a alcançar, na tomada de decisão, nem no planeamento dos cuidados. Uma finalidade a obter num futuro próximo.

O facto de se autorizar o acompanhamento dos doentes pelos familiares permite alterar alguns comportamentos pelo uso do ensino, sessões de esclarecimento e prática diária. Contribui igualmente para que a família alargue os seus conhecimentos sobre a doença, conheça os procedimentos a efectuar, desenvolva capacidades de actuação e identifique sinais e sintomas de instabilidade. Torna-se mais interventiva e interioriza a importância das suas funções nos vários âmbitos.

O futuro da Pediatria consiste em assegurar a investigação dos problemas básicos de saúde infantil, reflectindo na forma como estes são percebidos pelo agregado familiar. Esclarecer os papéis das diferentes Unidades de Saúde para que possam trabalhar em estrita colaboração possibilitando a todas as crianças e jovens usufruir de serviços de saúde básicos e especializados. A associação destes às novas tecnologias assegura uma resposta clínica eficiente a patologias agudas e crónicas, aumentando a capacidade de os manter com alguma qualidade de vida e no domicílio mesmo com problemas que implicam diálise peritoneal, suporte ventilatório e nutricional com apoio constante. Sem esquecer, porém, a humanização, conceito que deveria estar presente em todas as pessoas ligadas à saúde e cuja profissão é dar-se em serviço pelos outros. Seria pois de evitar, sempre que possível, as hospitalizações com especial destaque para as de longa duração, na consciência das sequelas emocionais resultantes da culpabilização pelo estado de doença, do medo de abandono e separação dos pais ou indivíduo de referência e a inserção num ambiente estranho. Não negligenciando os riscos reais de infecções nosocomiais.

Apesar desta especialidade ter alcançado notoriedade e se encontrar em constante progresso necessita de ultrapassar alguns obstáculos referentes a aspectos e orientações do desenvolvimento infantil desde o nascimento até à maturidade. A investigação pode fornecer informações relevantes sobre o tipo de ligação que as crianças e jovens estabelecem com os que o rodeiam e os factores modificadores de atitudes decisões e comportamentos, cooperando para que estes evoluam aproveitando todos os seus potenciais (Gomes-Pedro et al, 2005).

As principais dificuldades que impedem o aperfeiçoamento científico da área pediátrica centram-se com a comunicação numa linguagem pouco acessível, o défice de humanização no atendimento ao doente e acompanhantes, os limites e definição de papeis e por vezes na falta de parceria entre todos os intervenientes do processo e no interior da própria equipa multidisciplinar.

Uma parte da população, senão a maioria, entende as Unidades de Saúde comunitária e hospitalar como locais de diagnóstico e tratamento patológico. Esta situação origina que estes sejam apenas procurados quando se verifica uma situação de doença e não pela necessidade de apoio, de esclarecimento e troca de informações. Desse modo torna-se difícil elaborar um estudo longitudinal da criança, jovem e agregado familiar, o qual pressupõe uma observação regular.

Outro aspecto a ter em conta relaciona-se com as dificuldades para determinar indicadores de qualidade com o intuito de tornar objectiva a vinculação entre pais e filhos, uma vez que os sentimentos não são quantificáveis. Os dados vagos e gerais obtidos pela avaliação das mudanças que ocorrem na família com o crescimento destes últimos e

a insuficiente pesquisa sobre o modo como o ambiente físico e humano intervêm e enriquecem cada indivíduo dentro ou fora do seu contexto habitual, impossibilitam estudos quantitativos e qualitativos com efectivo rigor.

Embora na medicina e enfermagem a Pediatria se encontre enraizada e o seu interesse e utilidade reconhecidos, torna-se fundamental a participação e contributo de todos para que possa evoluir como ciência e na perspectiva de ajudar a comunidade infantil (Gomes-Pedro et al, 2005).

2-A EVOLUÇÃO SÓCIO HISTÓRICA DAS NOÇÕES DE FAMÍLIA E DE CRIANÇA

A antiga sociedade tinha dificuldade em compreender e idealizar a criança e o adolescente, limitando a infância à etapa de maior fragilidade período em que o ser humano não possuía capacidades para ser auto-suficiente quer física quer psicologicamente. Os vários estádios de desenvolvimento essenciais nas sociedades modernas e inerentes a este processo do ciclo biológico não eram considerados, acontecendo uma transição directa de criança pequena para adulto jovem. Valorizava-se a robustez física o que conduzia a que logo que o desenvolvimento fosse adequado, a criança se misturava com os adultos partilhando das suas obrigações e divertimentos.

Aspectos como o passar de tradições, valores e conhecimentos, ou mesmo a socialização desta, não eram uma responsabilidade da família nem tão pouco controlados por ela (Ariès, 1978). A instrução pelo método de aprendizado (aprendia-se tudo o que era necessário saber, auxiliando os adultos) acontecia de forma natural pela coexistência e pela imposição de ajuda da criança em relação aos pais ou família próxima, que englobava na sua totalidade o casal e os filhos que com eles permaneciam. Imperava pois a necessidade do saber fazer e do saber viver. Era considerada um adulto em miniatura, cuja presença no agregado parenteral não apresentava grande significado essencialmente na questão afectiva para quem com ela convivia.

O sentimento mais frequente manifestava-se unicamente nos primeiros anos de vida em que se considerava a criança como uma “coisa” pequena e engraçada. Esta afecção designava-se por criança-brinquedo. Os adultos concediam-lhe a mesma atenção que a um animal doméstico. Usavam a sua inocência como forma de divertimento e distração (Ariès, 1978).

A morte, bastante usual, na maioria das situações não era acompanhada de desolação atendendo a que rapidamente aquela criança seria substituída por outra. Na realidade, a sua passagem pela família e até mesmo na sociedade era muito breve e assumia um carácter insignificante para que em tempo ou razão produzisse memórias ou fomentasse sensibilidades (Magalhães 2008). Ignorava-se o conceito de personalidade infantil, história e idade de vida pelo que raramente eram baptizadas e portadoras até, de um nome próprio, tendo os registos paroquiais começado a imiscuir-se de significado e a ser efectuados no século XVIII.

No momento em que a mesma ultrapassava a fragilidade física e em consequência os riscos de morbilidade e mortalidade podia ser enviada para longe da sua família, o que faria com que passasse a ser considerada como uma desconhecida e

não como indivíduo pertencente a esta última. Com frequência os meninos e meninas com idades entre os sete e os nove anos eram colocados em casas de pessoas estranhas ou parentes distantes para realizarem o serviço doméstico, considerado como um valorizado método de educação. O seu lugar na casa paterna era substituído por outras crianças estabelecendo-se contratos de aluguer. Muito embora este tivesse inerente tarefas deveras pesadas e excessivas para os seus corpos frágeis, não se confundia com uma profissão atendendo a que entre os séculos XVI e XVII não se estabeleciam limites entre a vida profissional e a particular. De acordo com os manuais de civilidade e tratados de boas maneiras ser bem-educado incluía sapiência no estar e servir à mesa. Este costume encontrava-se vulgarizado em todas as condições sociais.

Não era comum considerar-se familiares de várias gerações ou grupos colaterais, só em situações que tal justificassem como estados de insegurança com necessidade de substituição de poder ou pela força das condições económico-jurídicas. As funções dos membros integrantes destas pequenas comunidades encontravam-se bem definidas, nomeadamente a conservação dos bens, a prática de um ofício que garantisse a sustentabilidade, a entreaajuda quotidiana e a protecção da honra e da vida.

Contrariamente ao que é habitual nas vivências da actualidade, as trocas afectivas e de sentimentos não constituíam um papel familiar mas um intercâmbio social em que as preferências pessoais não se sujeitavam a regras severas e limitadoras. Estes comportamentos eram frequentes entre vizinhos, amigos, amos e servidores, crianças e idosos, mulheres e homens, conduzindo a que nesses momentos os laços conjugais fossem tenuamente desvalorizados (Ariès, 1978). A propensão do povo tradicional rural e urbano para os encontros, as visitas e sobretudo para as festas tinha como designação a sociabilidade (Magalhães 2008).

Em oposto à actualidade, a sociedade antiga não dispndia uma carga horária alargada à laboração e em geral não lhe atribuía grande significado e importância. O mesmo já não sucedia com os divertimentos e festins, considerados meios utilitários para aprofundar laços e cimentar a união. As comemorações e os jogos envolviam crianças e adultos em igualdade e todos cumpriam um papel que lhes estava destinado pela tradição. Esse costume foi-se desvanecendo ao longo dos anos principalmente pela postura dos moralistas que entendiam como relevante a participação das crianças e jovens em brincadeiras que lhes desenvolvessem a moralidade e o sentido de disciplina.

Outro aspecto relevante para o pensamento de que a criança já era a pessoa que viria a ser, prendia-se com os trajes habitualmente utilizados. Normalmente vestiam-se de forma idêntica aos adultos. Esta situação era frequente nos filhos do povo, dos camponeses e artesãos, que conservaram durante longos períodos os antigos modos de

vida que mantinham em análogos patamares as crianças e os adultos. As diferenças no vestuário só eram particularmente visíveis nas classes burguesas e nobres.

Também as moradias e os palácios foram sofrendo variações resultantes do modo como era percebida a família nuclear. Se inicialmente possuíam extensas dimensões e se encontravam abertas à circulação da criadagem e vizinhos, com o passar dos anos tornaram-se mais íntimas no intuito de resguardar a vida privada e promover o bem-estar.

A partir do término do século XVII verificaram-se mudanças acentuadas com reflexo na conduta do adulto para com a criança.

O aparecimento da escola como instrumento oficial de ensino e moralização resultou das reformas implementadas pelos católicos e protestantes eclesiásticos, juristas e homens do estado, e potenciou o desaparecimento gradual do aprendizado. A escolarização obrigava a que de certa forma as crianças permanecessem uma parte do seu tempo fechadas em edifícios que não os seus domicílios, em companhia de outras crianças e alguns adultos, seus professores. Estes eram indivíduos do clero que defendiam como principal disciplina a eclesiástica ou religiosa na tentativa de implementar o aperfeiçoamento moral e espiritual.

Também não ocorria a separação em classes regulares e diferenciadas por faixa etária. Essa divisão foi um processo que teve uma evolução tardia. A mistura entre gêneros não era frequente, notando-se uma tendência favorável à escolarização masculina (Ariès, 1978).

Na sociedade medieval a infância não era valorizada, o que não significava que as crianças eram menosprezadas ou abandonadas, simplesmente não se desenvolvia afeição e não se distinguia estas últimas dos adultos. Mal os meninos e as meninas apresentavam capacidades de independência em relação aos pais ou amas eram integrados na sociedade adulta. Segundo Molière (data desconhecida, cited in Ariès, 1978), as crianças muito pequenas eram demasiado frágeis para compartilhar da vida dos adultos portanto não contavam quer em número, significado e sentimento.

Embora as alterações acima mencionadas tivessem uma evolução algo morosa devido à renitência de algumas famílias, a maioria foi acedendo numa cumplicidade sentimental. Irrompeu uma consciência nova em que os progenitores deixaram de observar os seus descendentes como algo ou alguém que lhes poderia trazer benefícios sociais e económicos. A educação e a disciplina assumiram um papel relevante na transformação da família que desenvolveu sentimentos afectivos entre si. Reorganizou-se em torno dos membros mais novos numa tentativa de continuidade de ideais e construção do futuro e passou a ser considerada um lugar de estima.

Outro aspecto interessante centrou-se no número de filhos que passou a ser limitado na perspectiva de melhor se cuidar. A mudança de mentalidade com uma redução voluntária de nascimentos enfatizou-se essencialmente no século XVIII.

A consequência a longo prazo destas alterações revelou-se com a família e a profissão como principais focos de atenção em detrimento da referida sociabilidade. Cresceu um sentimento novo que se traduziu na relação mãe-filho, com evidência no estatuto da mulher e educação das crianças e jovens e a tomada de consciência da inocência e fraqueza da infância. Percepção que durante algum tempo se encontrou circunspecta a uma minoria de pessoas nomeadamente os legistas, moralistas e padres.

Porém, estas diferenças afectaram inicialmente os meninos que beneficiaram positivamente do sentimento de infância, enquanto as meninas permaneceram tradicionalmente ligadas à vida adulta. A aprendizagem feminina limitava-se ao conhecimento doméstico com o intuito de se tornarem boas esposas e mães de família, papel que lhes estava predestinado pela sociedade. Embora fossem possuidoras de espírito e boas maneiras eram ignorantes, analfabetas e só com dificuldade algumas conseguiam ler e escrever. Por vezes eram enviadas para conventos mas o ensino que recebiam continha apenas aspectos religiosos e de piedade. As moças pertencentes à nobreza, burguesia e igreja não apresentavam necessariamente mais instrução que as do povo, inúmeras vezes possuíam até menores conhecimentos. As das classes consideradas inferiores aprendiam quase sempre por necessidade a ler e a escrever correctamente.

A instrução feminina teve a sua ênfase entre os séculos XVIII e XIX, e desenvolveu a capacidade das mulheres adquirirem um papel mais activo e oportuno nas decisões familiares e sociais.

Estes fenómenos implicaram que as próprias crianças e jovens adquirissem uma outra percepção do seu papel e espaço na organização familiar, passando a aparentar uma certa repugnância em iniciar a idade adulta e assumir as responsabilidades que lhes estavam inerentes. Situação que não se verificava anteriormente atendendo a que o espaço social se constituía de laços mais intensos e calorosos. O núcleo familiar alterou-se de uma estrutura complexa e hierarquizada, cujo papel principal pertencia ao chefe de família, normalmente o homem, para uma sociedade mais introspectiva em que a infância e a adolescência assumiam um lugar de certo destaque. Os objectivos do grupo passaram a converter para a promoção de cada filho independentemente da sua personalidade e carácter. A descendência situava-se acima da relação conjugal (Ariès, 1978).

No entanto, este conceito de família interiorizou-se de modo mais célere entre a burguesia, a nobreza, os lavradores e os artesãos ricos. A maioria da população, com

ênfase para a mais pobre e numerosa, permaneceu convencionalmente ligada às tradições medievais até ao início do século XIX.

2.1-A CRIANÇA NA ACTUALIDADE

Com o tempo, as crianças e os jovens conseguiram assegurar um lugar de destaque na sociedade, o que conduziu a que um sem número de estudiosos e disciplinas desenvolvessem um crescente interesse pelas mesmas.

Durante um longo período o método científico valorizou o testemunho genético e patológico em detrimento do meio, como aspecto preponderante na postura e conduta do ser humano.

Se é correcto que as influências genéticas têm um forte impacto na vida destas, o ambiente em que se encontram inseridas e vivenciam experiências é fundamental no seu desenvolvimento cognitivo, emocional e do comportamento. O simples conceito de ambiente engloba não só o espaço físico mas diversos factores que podem moldar de forma positiva ou negativa o evoluir infantil, os quais podem divergir desde o tocar e cheirar a pele dos pais na perspectiva de vinculação, até às políticas governamentais.

Nos dias de hoje existe uma dimensão alargada de conhecimento referente à infância e adolescência, resultado de uma agregação do saber clínico, da experiência científica e pessoal, contributo dos investigadores, profissionais da área da saúde, educação e outros campos de actividade, e dos próprios pais.

Nos anos 20 (Século XX) a abordagem comportamental foi largamente discutida e direccionada aos indivíduos em idade não escolar. Dez anos após, emergiu a preocupação inerente à fase adolescente pela observação de um elevado número de riscos surgidos num espaço de vida relativamente curto. Mas foi apenas nos anos 40 que a infância e juventude se tornaram foco de curiosidade e investimento e integraram o currículo universitário mundial, pelo empenho e necessidade de informação sobre a criança e suas competências nas diferentes faixas etárias.

As mães foram desde sempre reconhecidas como o principal pilar na educação e desenvolvimento físico, emocional e comportamental dos seus filhos. Actualmente existe a correcta noção que o pai, assim como a família alargada e outros conviventes directos, possuem um importante papel no seu crescimento e na pessoa em que se vão tornar e interferem de forma activa nas reacções que possam vir a ter (Gomes-Pedro et al, 2005).

Os últimos estudos, referem que os bebés são seres sociais mesmo antes do seu nascimento e como tal tornam-se receptores passivos da educação, cultura e personalidade dos progenitores. Depois do seu nascimento apresentam competências para organizar o seu comportamento, respondendo adequadamente a estímulos

sensoriais e sociais, integrando-se no ambiente que os rodeia e desenvolvendo meios próprios de comunicação. Esta capacidade de adaptação permite igualmente aos pais aprender, e ver o seu filho como membro de um grupo onde os valores comuns são partilhados e respeitados.

Desenvolveu-se o conceito de família, dando origem a que cada membro com a sua personalidade individual interaja entre si contribuindo de forma enriquecedora para o fortalecimento da mesma. Isto implica uma troca permanente de influências sob o efeito de regras mútuas.

A relação que se estabelece entre pais e filhos evoluiu no sentido de desenvolvimento da criança, estando contudo dependente da figura e carácter paternos, não só a nível de conhecimentos mas até da intuição. Podendo esta ser natural ou relativa a atitudes invulgares e pouco frequentes. A comunicação é cada vez mais complexa e intensa em resposta à evolução das aptidões infantis.

O nascimento de um bebé no seio de qualquer agregado tem intrínseco a mudança das dinâmicas familiares e o aperfeiçoamento de estratégias para a integração do novo elemento neste sistema, o que pode ser acompanhado de alguns obstáculos e dificuldades.

Ao contrário daquilo que nos é relatado na história mundial, hoje somos surpreendidos pelo estatuto ganho pela criança no seio familiar.

Cresceu o sentimento de vinculação entre pais e filhos e o respeito pelo espaço e tempo individual, assim como pelas diversas etapas de aprendizagem (Gomes-Pedro et al, 2005).

Também a actuação do pai desde o nascimento até à emancipação dos próprios descendentes sofreu alterações e constitui uma questão fortemente discutida na comunidade científica. A sua presença durante o parto e após o mesmo, embora com insegurança em relação ao seu papel, ao ambiente hospitalar e ao bem-estar da sua parceira e do bebé que vai nascer, revela-se fundamental para a concretização da relação afectiva. Para além deste aspecto, interfere significativamente no comportamento futuro de todos os intervenientes da cadeia familiar e consiste numa ajuda essencial para a mulher.

Ao contrário do que se pensava antigamente, a criança não é um adulto em miniatura. Associado ao seu património genético e organização neurológica encontram-se interacções de carácter recíproco e progressivamente mais complexas, com influência no mapa intelectual, individual, emocional, social e moral do indivíduo, durante a infância e mesmo na vida adulta. Isto significa que à medida que na família as pessoas se vão adaptando umas às outras, as actividades diárias que organizam são cada vez mais estruturadas e tem consequências multidireccionais. O padrão de reacção normal

consiste em estabelecerem-se ligações emocionais fortes e responsabilidades de parte a parte, potenciando a confiança no ambiente que os rodeia. Este tipo de resposta normalmente não acontece em famílias desestruturadas com graves carências a nível sócio-económico e escolar (Gomes-Pedro et al, 2005).

As actividades informais assim como os jogos e os divertimentos assumem um papel de notoriedade. Brincar é o trabalho e um direito da criança, uma necessidade facilmente observada desde o acto de nascer. O bebé distrai-se com o movimento do próprio corpo, mexendo os pés e as mãos, com a voz ao emitir e repetir os sons que ouve e com as próprias acções como o atirar objectos. Mais tarde alcançará a etapa dos jogos de escondidas e faz de conta, um importante contributo para a evolução pessoal, social e aprendizagens escolares. Com eles, aumenta a capacidade de imaginar, distanciando-se da realidade. Cria regras auto-regulando o seu comportamento e estabelece relações em situações distintas com outras crianças e adultos, o que lhe possibilita sentir novas emoções e mostrar ou falar dos seus medos (Santos, 2009).

Alguns pais e cuidadores encontram-se mais despertos para o interesse destas actividades no sentido de que, a criança e o jovem é um ser único, em constante transformação que carece de pares para se sociabilizar e de jogos e acção para compreender e integrar a realidade, construindo a sua personalidade (Moura, 2009).

A educação foi outra questão que apresentou mudanças significativas dependendo, actualmente, de políticas e práticas públicas com vista à melhor integração da pessoa na sociedade. O ensino domiciliário deixa de ser considerado oportuno havendo um local e horário favorável ao mesmo. Reconhece as tradições e costumes da comunidade integrante e possibilita o convívio e a brincadeira entre pares. As actividades são realizadas sobre orientação de professores (as) especializados (as) para tal sendo, algumas, abertas à participação exterior dos educadores informais nomeadamente, familiares, vizinhos e amigos, na tentativa que o processo de ensino seja eficaz. A aprendizagem possui como principal objectivo desenvolver os potenciais da criança, trabalhando factores como a responsabilidade individual e para com os outros, a partilha de valores e conhecimentos e a comunicação, com a intenção de colmatar características negativas da personalidade do ser humano (Gomes-Pedro et al, 2005).

A estabilidade da família bem como dos grupos e actividades frequentadas permite à criança e jovem, nas diferentes idades, estabelecer relações estruturadas e duradouras baseadas no bem-estar de todos os intervenientes e tendo os adultos como modelo de referência. A estrutura da criança não é a de um organismo adulto. É a estrutura de um sujeito vivo, pessoa que se está a construir.

3-A FAMILIA PERANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

A família é, hoje em dia, uma referência quando se pensa nos cuidados pediátricos, sendo consensual o seu enquadramento no sistema de saúde que se pretende mais humanizado e capaz de dar respostas eficientes e em tempo oportuno a situações que variam de simples a bastante complexas (Relvas, 1996).

Ao acontecer um quadro de doença ou internamento os cuidadores informais vivenciam episódios precursores de desequilíbrios físicos e emocionais o que temporariamente pode resultar na dificuldade em superar os problemas que se colocam. É sempre com alguma relutância que estes aceitam o assomar de uma patologia e a hospitalização que lhe pode estar inerente atendendo a que pelo seu ponto de vista é-lhes retirada a sua função como protectores ficando vulneráveis ao controlo, experiência e conhecimentos dos profissionais de saúde. Situação que pode ser potenciada pelo estado psicológico e diferenças a nível cultural.

O despontar de certas mudanças no seio da família devido ao surgimento de um período de doença que possa implicar uma situação passageira e aguda, ou crónica e de mau prognóstico, obrigando-a a modificar as suas rotinas e comprometendo por vezes a actividade laboral de um dos progenitores ou substituto, são questões que se lhe colocam (Jorge, 2004). Apesar de todos os obstáculos que se possam fazer sentir são notórias as vantagens decorrentes do acompanhamento à criança por um convivente significativo que com ela tenha profundos laços de afecto. Por valores e questões culturalmente aceites em Portugal, a mãe ou cuidador do sexo feminino representam a figura principal de eleição para permanecer junto dos filhos e educandos.

O agregado familiar constitui por si só um sistema aberto cujos membros interagem entre si e com todo o ambiente circundante, encontrando-se as suas dinâmicas internas e interpessoais sujeitas a vários factores. De acordo com a opinião de Gameiro (1992 cited in Jorge, 2004), a família traduz-se num complexo conjunto de relações e emoções que não são susceptíveis de serem pensadas como instrumentos criados para os indivíduos isolados. A sua simples descrição não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional desta estrutura. As metamorfoses no interior do sistema familiar ocorrem em dois sentidos distintos podendo ser intrínsecas ou extrínsecas e passíveis de transformar a identidade singular que o caracteriza. Este possui na sua estrutura subsistemas, naturalmente o individual, o parental, o conjugal e o fraternal (Subtil, 1995) que mantém determinadas fronteiras e limites os quais possibilitam que a passagem de informação se imiscua de alguma selectividade (Relvas, 1996).

Apesar de sofrer influências externas e de as integrar, a família como unidade relacional não é dependente destas atendendo a que possui competências autónomas e

de auto-organização (forças internas). O seu ciclo vital que se desenvolve num paralelismo com um eixo temporal possibilita o assegurar da função de protecção dos constituintes que a integram (função interna) e a sociabilidade e correcta propagação da cultura.

No que concerne à função interna e de acordo com o pressuposto saúde-doença alguns esforços têm sido feitos com o intuito de diminuir e limitar a morbilidade e mortalidade infanto-juvenis.

Factores como as circunstâncias sociais e emocionais, taxas de divórcio, mães solteiras e adolescentes, pobreza, poucas condições de habitabilidade, excessiva competitividade, problemas de disciplina, abuso de drogas, depressão, suicídio, violência, infertilidade e aborto constituem na actualidade agentes patogénicos mais graves e dificultadores de cura que as doenças de natureza física.

As crianças e jovens encontram-se dependentes na vertente social, da educação e no bem-estar bio-psíquico, dos progenitores ou conviventes significativos. Quando existe e acontece um episódio patológico, o papel por estes realizado, passa normalmente a ser assumido pelos (as) enfermeiros (as) e alguns profissionais de outras áreas. Esta situação reflecte-se nos cuidadores informais através de um sentimento de ruptura e fracasso que se traduz em agressividade para com eles mesmos e se repercute na não-aceitação do normal funcionamento do sistema.

Associado ao episódio de doença surge na unidade familiar uma ansiedade natural em relação ao envolvimento na prestação dos cuidados de saúde e na aptidão para combater determinados sentimentos como o medo e a culpabilização (Jorge, 2004). Na perspectiva de Vara (1996 cited in Jorge, 2004), a habilidade da família ou acompanhantes para enfrentar a doença em si, os tratamentos e os cuidados necessários à sua remissão e cura fundamentam-se nas experiências prévias em acontecimentos semelhantes, na coesão entre os membros e na utilização de modo adequado dos recursos humanos e materiais exteriores ao núcleo parenteral.

Importa realçar que qualquer patologia independentemente da sua natureza e do processo que envolve, possui um forte impacto nas esferas financeira, social, somática, comportamental e vida mental consciente ou inconsciente da família, seja ela biológica ou não.

Cada família manifesta um determinado comportamento perante a doença, que se subordina à organização interior que possui e à forma como esta última surge. O quadro sintomático actua profundamente na perspectiva que os cuidadores adquirem sobre a patologia na criança e no jovem. O início súbito faz com que o stress e a angústia que se vivenciam sejam distintos comparativamente aos sentimentos presentes numa doença de foro crónico ou de evolução progressiva. De certa maneira a experiência que se

desenrola conduz a sentimentos extremos que variam da negatividade e desânimo total até ao positivismo e consciência do estado real do doente.

Comumente o tempo indispensável para a resolução de problemas, a troca e reajustamento de papéis a nível familiar é mais concentrado exigindo a esta a mobilização de todas as competências que lhes estão inerentes, para lidar com as alterações comportamentais e fisiológicas (Jorge, 2004). Subtil (1995) afirma que existem famílias com mecanismos de resposta que lhes permitem ajustarem-se rapidamente à doença. São capazes de tolerar estados afectivos delicados e estão mais habilitadas a trocarem de papéis com flexibilidade e clareza. Resolvem com eficiência os problemas utilizando melhor os recursos externos. Estão assim em vantagem para lidar com situações de início súbito. Pelo contrário, as doenças de progresso gradual caracterizam-se por sinais e sintomas que ao longo do tempo aumentam em gravidade, levando a que os conviventes significativos sejam obrigados a desenvolver uma capacidade de adaptação permanente como forma de dar resposta ao evoluir do estado geral do seu familiar (Jorge, 2004).

Na opinião de Marques (1991 cited in Jorge, 2004) as incertezas diagnósticas são o que de mais aflitivo existe para a família fazendo com que a mesma demonstre grandes variações nos estados afectivos e emocionais.

Quando a hospitalização é algo programado e que pressupõe a realização de exames de diagnóstico e de cirurgias em plano, constitui-se como factor tranquilizador no sentido de resolução de um problema. Nestes casos os progenitores e responsáveis legais auferem de um período mais prolongado de adaptação. Porém se o internamento é um acontecimento imprevisto, ocorre sempre preocupação pelo tipo e consequências da doença.

Também o prognóstico se reveste de alguma influência para a aceitação da patologia e na relação que os conviventes directos estabelecem com a criança e com o jovem (Gibbon, 1988 cited in Jorge, 2004).

Alguns autores, nomeadamente Lewandow-sky (1988), Marques (1991) e Rolland (1984) enumeraram três etapas da doença em função das modificações e tarefas a executar pelo agregado familiar (cited in Jorge, 2004).

A etapa inicial ou de crise corresponde ao período sintomático e de adaptação pós diagnóstico e tratamento inicial em que a família aprende a gerir a dor e a incapacidade e se acostuma com os sinais e sintomas da doença, o ambiente hospitalar e os procedimentos terapêuticos. No decorrer desta fase criam-se as relações com a equipa de saúde, atribui-se um significado para a doença e definem-se estratégias de continuidade entre o passado, o presente e o futuro, numa tentativa de enfrentar a realidade. Associado a esta encontram-se cinco momentos distintos dos quais fazem

parte o impacto, a desorganização funcional, a procura de uma explicação, a pressão do meio social e a perturbação emocional.

Seguidamente verifica-se a fase de reorganização ou crónica que se situa entre o diagnóstico exacto e tratamento e a cura ou morte eminente. Os membros constituintes da família começam lentamente a aceitar a patologia, tornando-se insuficientes os mecanismos de coping que se fundamentam na negação da mesma. As reacções de luto antecipado tornam-se repetitivas e frequentes.

Na última fase ou terminal predomina a realidade da morte, a sua influência no ciclo da vida e as consequências da separação.

As três encontram-se ligadas por períodos de transição que se reflectem significativamente no evoluir do processo de saúde e doença e que possibilitam o reavaliar da estrutura da família e a sua adequação às exigências que se originam no contexto desta.

O internamento de uma criança ou jovem engloba no seu conteúdo a ideia de separação. Embora esta possa não ocorrer no sentido físico e em relação à figura da mãe e do pai ou indivíduo significativo, acontece na ligação com o ambiente que normalmente a rodeia e na qual costuma estar inserido.

As imposições no que concerne a dieta, imobilização, procedimentos terapêuticos e sujeição a máquinas, que uma hospitalização exige dificilmente são bem aceites e cumpridas na faixa etária que corresponde à infância e adolescência. A permissão dos pais e cuidadores informais para a realização destas tarefas atinge o sentido total quando a criança e jovem é entendida sobre o ponto de vista de elemento activo no seu projecto de saúde e processo de doença. No entanto a informação fornecida a estes e respectiva família deve ir de encontro ao desenvolvimento cognitivo e emocional e capacidade de interiorizar a mesma. Os progenitores ou responsáveis legais actuam como mediadores entre a criança e jovem e os profissionais de enfermagem, e estes últimos assumem idêntico papel relativamente aos outros técnicos de saúde (Jorge, 2004).

Um aspecto importante que deve ser valorizado e utilizado para uma comunicação activa e esclarecedora centra-se com o tempo, o espaço físico e material adequado, para as brincadeiras e jogos. Na impossibilidade ou dificuldade de exprimir as ideias e os sentimentos que lhe causam ansiedade a criança pode através das coisas que lhe dão maior prazer dar a entender ao (à) enfermeiro (a) quais as suas reais necessidades.

O tipo de relações que se vão construindo familiarmente constituem um avaliador de qualidade de vida e facilitam que de uma forma geral se defina um modelo de família. Desde os primeiros minutos pós nascimento e mesmo no decorrer da gestação os pais edificam dia a dia um sentimento de vinculação que tem origem num conjunto de comportamentos e em alguns casos de rotinas. A proximidade dos pais e educadores

com os seus descendentes é um factor preponderante de ajuda em situações de crise e dificuldade. Por necessidade de intervenção a nível hospitalar, o envolvimento dos cuidadores informais através da participação activa e interveniente permite-lhes que num curto período de tempo se tornem competentes e sensíveis aos cuidados.

Embora se prolonguem por todo o ciclo vital, os sentimentos de vinculação sofrem alterações de acordo com a idade e situações diárias experimentadas por todos os indivíduos infanto-juvenis.

Actualmente existe uma maior consciência dos técnicos das Unidades de Saúde que tentam aproximar as necessidades e exigências etárias da criança e jovem à realidade e condições de atendimento e hospitalização (Jorge, 2004).

Relativamente à família, existe a certeza plena que como sistema vivo se encontra numa posição de compromisso utilizando métodos interactivos de auto referência e equilíbrio para manter a sobrevivência harmoniosa. Harmonia que perante obstáculos e problemas específicos fica sobre tensão e sujeita a flutuações constantes, que ao atingirem determinado grau de amplitude revestem de interesse o alterar da estrutura familiar, (Relvas 1996).

A aptidão para enfrentar episódios de crise intensificadores a nível disfuncional varia em cada família de acordo com o seu percurso evolutivo e flexibilidade na procura do equilíbrio dinâmico. Convictos de que o seu papel é prover as necessidades sociais, físicas e emocionais dos seus filhos e até de outros constituintes do agregado familiar, os pais sentem culpa pela hospitalização e conseqüentemente por todo o sofrimento que daí possa advir. Paralelamente verifica-se um sentimento de medo ocasionado pela hostilidade que possa vir a ser manifestada pela criança e jovem que se sente abandonado como reflexo do internamento.

Para que os pais se sintam elementos intervenientes da equipa prestadora de assistência é preciso que sejam acompanhados desde o início na realização das suas actividades e tarefas. Logo, a partir do momento que a unidade família vivencia a doença e tudo aquilo que esta envolve, os (as) enfermeiros (as) devem manter-se alerta e dar resposta às necessidades que esta apresenta. Obter informações concisas e em linguagem acessível aos conhecimentos que detém é um factor importante para o crescimento da família e dá resposta às suas necessidades cognitivas, como forma de manter o controle da situação real. Ao colmatar a ansiedade, a depressão e a insegurança, o técnico de saúde assegura as carências emocionais incluindo-se numa triangulação e actuando como agente mediador dos conjugues e da relação. Inviabilizam-se conflitos entre pares e o distanciamento provenientes da atribuição de culpas. O permanecer ao lado dos cuidadores informais e não no seu lugar ajuda-os a ser consensuais acerca do melhor tratamento para o doente, no provimento dos cuidados à

família e na definição de objectivos futuros colmatando-se as necessidades nas relações conjugais. A ocorrência de um acontecimento patológico, sobrecarrega usualmente o pai ou a mãe no suporte económico e nas tarefas laborais e domiciliárias pelo que é importante um ajuste transitório à nova realidade, a qual deve ser acompanhada pelo (a) enfermeiro (a) na perspectiva de manter em estabilidade e proporção as necessidades comportamentais (Jorge, 2004).

“Saber ouvir os pais, esclarecer dúvidas, aceitar responder várias vezes às mesmas perguntas sem formular juízos de valor, procurando que exista uniformidade na informação, permite aos pais e à criança ultrapassar muitos medos e aumentar a confiança na equipa” (Jorge, 2004, pp. 89). Para ser compreendido e compreender enquadrando-se no vocabulário da criança, jovem e acompanhantes o profissional de enfermagem deve ter respeito por estes e por si mesmo.

4-CUIDAR EM ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA PARCERIA DE CUIDADOS

No decorrer dos últimos anos o ser humano tem sido perspectivado para além do seu elemento corpóreo, sendo-lhe atribuído com maior frequência a responsabilidade no processo de cura quando presente a situação de mal-estar e doença física ou psicológica. Embora a saúde seja mais abrangente do que não estar doente (Honoré, 2002).

Assim sendo, a enfermagem, no conceito de profissão de saúde, assume uma posição fundamental uma vez que é a que mais contacto directo estabelece com o doente e família ou qualquer outro acompanhante. A preocupação no que concerne ao indivíduo e patologias passou por diversas etapas. Inicialmente “trabalhava-se” para o doente como físico, um corpo, evidenciando-se o paradigma biomédico, e só posteriormente se começou a utilizar a vertente holística da pessoa na dualidade de agir entre partes.

A doença não deve ser observada como um estado individual, pois hoje em dia é facilmente adoptada a ideia de que implica um método de interacção social, (Martins, 2004). É *“um acontecimento que não se limita a uma só pessoa para que este seja reconhecido como doente, com efeito, deve haver uma espécie de consenso entre as suas percepções de mal estar e as percepções dos seus pares cuja cooperação é aliás essencial à obtenção dos direitos e benefícios concedidos ao papel de doente”* (Quartilho, 2001, pp. 80). Logo, todo o episódio de doença até se obter a cura ou estabilidade afecta e depende dos familiares, amigos, vizinhos e pessoas significativas.

Segundo a opinião de Collière (1999), é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer. Todos os seres vivos, incluindo os Homens, sempre precisaram de cuidados. Cuidar é um acto de vida que tem como fim permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie.

Esta autora define dois tipos de cuidados que se distinguem nas práticas de saúde pelos objectivos a alcançar, nomeadamente os quotidianos ou habituais (care) e os de reparação (cure). Os primeiros implicam as funções de manutenção de continuidade de vida inerentes à satisfação das necessidades humanas básicas como resposta aos hábitos de vida, costumes e crenças individuais, e os segundos imergem com o intuito de ultrapassar tudo aquilo que se opõem e constitui uma dificuldade à existência vivencial.

Os cuidados de reparação são um complemento dos habituais, uma vez que o tratamento da doença só é significativo quando se sustenta tudo aquilo que possibilita o

desenvolvimento e contiguidade da vida (Collière, 1989). Relativamente ao cuidar quotidiano pode afirmar-se que *“a cultura de cada grupo social define o que é bom ou mau para manter a vida. Inserem-se neste grupo todos os cuidados prestados pela mãe ao filho, ou que nós prestamos a nós próprios à medida que vamos tendo autonomia para tal, devendo contudo ser assegurado por terceiros quando a referida autonomia é diminuída, limitada ou perdida”* (Martins, 2004, pp.53).

As orientações para o cuidar são no entender de Hesbeen (2000) uma associação de princípios inerentes ao terapeuta que englobam o conhecimento, a destreza mental e manual, o saber ser, estar e evoluir e a intuição, como finalidade de ajudar alguém na sua singularidade. A capacidade de ajustar os procedimentos técnicos com *“uma imensidão de pequenas coisas, que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares, ao longo das 24 horas dia”* (Hesbeen, 2000, pp.37).

Cuidar está para além do tratamento da doença. Exige ao (à) enfermeiro (a) e de certa forma à globalidade dos profissionais de saúde, na tentativa de estabelecer e construir uma ligação com o outro, estar atento à sua realidade e experiências. Não significa colocar-se no lugar da pessoa que carece de cuidados mas, antes permanecer ao seu lado na disponibilidade de escuta, comunicação e partilha de sentimentos. Impõe-se pelos factos, a dignidade do ser humano e o relacionar como base de valorização pessoal, imputação de direitos e deveres e incentivo à auto-estima.

Todavia, o modo como se cuida pode *“divergir em pequenos aspectos nos diferentes modelos de enfermagem, contudo caracteriza-se pelo facto de centrar as suas acções no doente como sujeito de cuidados, numa perspectiva holística, quer seja na acção da enfermagem, quer seja na relação estabelecida entre enfermeira/doente”* (Martins, 2004, pp.54)

Nesse sentido, foi sendo desenvolvida a ideia de parceria de cuidados, actualmente uma realidade presente na quase totalidade das Unidades de Saúde. A concepção deste método de cuidar tem intrínseca a noção de responsabilidade das partes envolvidas e reciprocidade de partilha e tomada de decisão. Fortifica a acção e papel da (o) enfermeira (o) aquando da sua ajuda ao doente e respectiva família e intensifica *“o contributo que a enfermagem por si só dá, para otimizar a experiência da pessoa”* (Martins, 2004, pp.88).

O indivíduo que é alvo de cuidados ao aceder à parceria pode, se assim o entender, elaborar um plano e trajecto a percorrer, no qual pode ser acompanhado pelo (a) profissional de enfermagem, pois *“na parceria cada um conserva os seus próprios objectivos, aceitando contribuir para um objectivo comum”* (Zay, 2000 cited in Martins, 2004, pp.87).

Para que esta aconteça é fundamental que os intervenientes do processo, atribuam significado às representações de cada um, na consciência da sua história, estatuto sócio-profissional e convicções pessoais. O facto de subsistirem expectativas de parte a parte, quando não esclarecidas convenientemente, pode ser um factor impeditivo ao edificar da parceria e dar origem a episódios enganosos. Em causa ficaria a confiança, compromisso e abertura, aspectos essenciais ao fortalecimento de qualquer tipo de relação, seja ela familiar, de amizade ou profissional.

Ao indivíduo doente ou com necessidade de assistência de saúde devem ser reconhecidas as capacidades de escolha e opção, desde que orientado e em plena consciência, possibilitando-lhe decidir se quer estar presente e emitir a sua opinião no plano de cuidados e decisões que a si dizem respeito ou, se tem interesse na intervenção de alguém que lhe seja próximo. De igual modo se torna pertinente, que em liberdade de escolha, comunique à equipa de enfermagem e multidisciplinar se pretende uma relação de parceria, a qual não deve de maneira alguma ser imposta (Martins, 2004).

Com o decorrer dos anos, várias foram as personalidades e investigadores que expandiram o pensamento de parceria de cuidados dando origem a alguns modelos. Embora hoje em dia largamente utilizados foram sofrendo modificações de acordo com a evolução da espécie humana e da própria ciência.

No parecer de Virgínia Henderson (1958), Dorothea Orem (1959) e Faye Abdellah (1960), embora a pessoa com patologia fosse considerada cooperante activa nos seus cuidados, era função da enfermeira identificar as áreas atendendo à situação real, em que podia actuar autonomamente. O profissional de enfermagem assumia uma posição por vezes paternalista, modificando o que na sua perspectiva não era correcto, influenciando e limitando o doente nas suas atitudes e conseqüentemente nas finalidades a alcançar. O paternalismo pressupõe algo contrário ao verdadeiro sentido da parceria na saúde, uma vez que induz uma dependência pouco saudável do doente relativamente ao (à) enfermeiro (a). Numa atitude de fragilidade assume que a equipa multidisciplinar é a detentora do conhecimento, o que faz com que facilmente acate as suas decisões e autoridade profissional sem se envolver no processo, contrariando o pilar da relação em parceria que pressupõe a igualdade entre doente e equipa. Médicos (as), enfermeiros (as) e outros (as) terapeutas possuem o saber científico e técnico fundamental para o tratamento da patologia em si mas unicamente o indivíduo, família e pessoa significativa ou em vinculação sabem o seu percurso como ser humano e no seu elemento saudável, informação pertinente para qualquer género de intervenção (cited in Martins, 2004).

Idênticas linhas de pensamento, embora com algumas variantes, possuem Martha Rogers (1970) e Rosemarie Parse (1981) que, ao defenderem o doente no seu papel

interventivo sob a orientação da enfermeira, afirmam que ambos se tornam co-parceiros no decurso do cuidar (cited in Martins, 2004).

Uma concepção mais independente na dualidade prestador de cuidados e receptor apresentam Jean Watson (1979) e Madeleine Leninger (1984), que asseguram o relevo da parceria como resultado da interiorização do significado de cada um no seu carácter e personalidade pessoal, assente em valores e fundamentos que influenciam o comportamento (cited in Martins, 2004). São reconhecidas as informações e vivências de que ambos são detentores, cabendo ao (à) enfermeiro (a) promover a reflexão do doente possibilitando-lhe uma tomada de decisão clara e sendo imputado a este último o encargo pelo seu projecto de vida e saúde.

As enfermeiras adequam a sua experiência e sabedoria a momentos de ligação significativa com o doente evidenciando como actuar face a situações imprevisíveis. Moldam os seus planos de actividades às contingências da situação, e permanecem cientes do lugar que este momento tem na experiência total do doente (Benner, 2001). Contudo, o trabalho em parceria quer seja com o utente, família ou acompanhante torna-se, inúmeras vezes, problemático e complexo. Quando o doente não demonstra aptidão e competências para deliberar o que quer para si, a presença da família é de enorme utilidade. No entanto, nem sempre é acessível para esta apreender a melhor forma de ajudar o seu familiar, quer esteja no domicílio ou em ambiente hospitalar.

A relação terapêutica só se torna eficaz na compreensão conjunta da experiência da doença quando se verifica um acordo de unidade entre pares e profissionais, mantendo-se o compromisso, a perseverança, a ligação e pleno envolvimento (Martins, 2004). É um exercício de cidadania que engloba dinâmicas de transacção e consenso que se processam entre indivíduos como reforço positivo e não numa teoria de hierarquia (Carvalho, 2002). Com efeito torna-se incompatível quando traduz uma manifestação de poder em que um parceiro procura dominar o outro.

A parceria “tem potencialidades quer a nível das dinâmicas interpessoais, quer institucionais, uma vez que se enquadra na filosofia e valores da profissão, sobretudo se os enfermeiros souberem o seu significado, conhecerem e procurarem controlar os factores que a condicionam e, se viverem com satisfação as situações que nela se enquadram” (Dinis, 2006, pp. 151).

Qualquer situação de fragilidade física, psicológica e social deve ser aos olhos de todos aqueles que trabalham na área da saúde alvo de sensibilidade e empenho na definição de estratégias, no estabelecimento de uma ligação e valorização de trabalho entre parceiros.

A problemática da manutenção do bem-estar do doente, na qual se insere a actuação directa como membro activo no seu plano de vida e o acompanhamento por

familiares ou alguém significativo, alcança o seu máximo potencial quando falamos de crianças e jovens. A sua fragilidade aumentada pela circunstância de doença, frequentemente sentida por parte dos familiares e representantes legais, faz com que seja útil o acompanhamento de ambos principalmente quando se está perante uma situação de foro crónico.

O pragmatismo que envolve a hospitalização de uma criança e as sequelas que isso pode deixar, conduziram a que Anne Casey, enfermeira neozelandeza que deveras contribuiu para o emergir da Pediatria, elaborasse um modelo de cuidados. O seu pensamento ia de encontro aos efeitos positivos que a presença dos pais ou pessoa significativa para a criança e jovem pudessem vir a ter na evolução do seu estado de saúde e na prevenção de comportamentos reactivos durante o internamento e após a alta (Dias et al, 2002).

5-O MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY

Importa realçar que a família como entidade de afecto e social, perante uma criança doente se encontra sujeita a profundas alterações de dinâmica que condicionam o seu funcionamento. Apesar das mudanças estruturais que tem vindo a sofrer, resultado da evolução social e económica, ocupa ainda um lugar de destaque como unidade elementar de organização, espaço de suporte emocional dos seus membros e célula primária da sociedade (Pinto & Figueiredo, 1995).

Existem diferenças entre o experimentar a doença aguda de um (uma) filho (a), e o *“viver, conviver e sobreviver a uma doença crónica do mesmo”* (Teixeira, 2006, pp.14). A patologia de natureza aguda *“é um fenómeno natural e passivamente assumido pelas famílias, pois é entendido como um processo que termina, podendo ser retomadas as rotinas habituais, embora os pais não deixem de experimentar ansiedade, choque e desafios à sua paciência e resiliência”* (Altschuler, 1997, pp.110). Independentemente do tipo de enfermidade que é diagnosticada à criança e jovem, constitui-se de imensos obstáculos para todos os membros do agregado familiar e igualmente a cada um em particular e as consequências daí advindas far-se-ão sentir a todos os níveis, sobretudo físico, psicológico, social e económico. Impõe-se, de modo a exigir um elevado e exclusivo grau de atenção por parte dos profissionais de saúde, acompanhantes e responsáveis legais que as assistem e com elas convivem (Teixeira, 2006). A doença representa uma agressão para a identidade e sensibilidade do organismo familiar e os valores e crenças culturais influenciam a compreensão e reacção do mesmo perante esta, o tratamento e a morte, tendo em conta que é único (Dias et al, 2002).

O avanço das ciências médicas, de enfermagem e da tecnologia em geral auxiliou a sobrevivência infantil e juvenil, o que anteriormente seria dificultado pela selecção natural e deu origem a que o tempo médio de internamento fosse reduzido, transferindo para a família uma tarefa complexa para a qual inúmeras vezes não se encontra preparada e cujo valor não é normalmente reconhecido pela sociedade e organismos de acção civil (Teixeira, 2006).

Por seu lado, as crianças e jovens portadoras de uma qualquer doença particularmente vulneráveis às modificações do seu estado e meio naturais, apresentam sentimentos antagónicos na qual se englobam a euforia e a dor, que são inúmeras vezes de difícil compreensão para quem com que elas lida diariamente.

A admissão das mesmas em qualquer estabelecimento de saúde apenas deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença, seja ela de carácter agudo ou crónico, não possam ser prestados no domicílio, em consulta externa e hospital de dia ou ambulatório. Quando se encontram em regime de internamento é-lhes concedido o direito

a ter os pais ou alguém substituto junto a si de dia e de noite independentemente da idade e gravidade do estado. A estes devem ser comunicadas as regras e rotinas próprias do Serviço onde se encontram para que, se assim for sua vontade, participem nos cuidados aos filhos e educandos. Cabe às crianças, se com idade para tal, e respectivos acompanhantes, o direito a receber informação adequada e concisa à compreensão sobre a patologia emergente e tratamentos relativos, a fim de poderem cooperar nas decisões que lhes são dirigidas (Carta Europeia da Criança Hospitalizada, 1986).

A filosofia da Enfermagem Pediátrica reconhece e valoriza a importância da família e respeita o conhecimento que a mesma possui da própria criança, a experiência em cuidar dela e a influência na recuperação que possa vir a ter. Para os (as) enfermeiros (as) o envolvimento dos pais nos cuidados ajuda a manter o lugar da criança e jovem na família, através da ligação com o ambiente e rotina usuais, tornando-se uma vantagem pois contribui para minimizar as consequências negativas do internamento. Uma participação em pleno só é possível quando ocorre a negociação de todos os integrantes do programa de cuidados e desde que em consonância com a vontade e ritmo de aprendizagem singulares (CHP-Unidade Maria Pia, 2009).

O reconhecimento de que o cuidar se torna inadequado quando centrado somente na doença e tratamento conduziu as profissões de saúde, incluindo a enfermagem, na direcção do aproximar holístico ao cuidado total do paciente, utilizando o Processo de Enfermagem para planear as acções como forma de garantia de satisfação das necessidades individuais (Casey, 1993).

Anne Casey, enfermeira integrante do Royal College of Nursing no Reino Unido elaborou no ano de 1988 um modelo de sociedade nos cuidados de âmbito pediátrico. Era sua opinião pessoal que os restantes modelos não focavam a globalidade de conceitos fundamentais aos cuidados infantis e juvenis. Em qualquer circunstância os pais fornecem uma contribuição única à vida dos seus filhos, sejam eles recém-nascidos ou crianças com uma faixa etária mais avançada (Farrell, 1994). Ressalva-se que toda a evolução e resposta da criança irá constituir um factor positivo de valorização para os progenitores, e em contrapartida, a participação destes diminui a angústia de separação e cria auto confiança para o aperfeiçoamento das competências e habilidades.

Daqui se depreende que a ajuda que os pais ou família possam dar no decorrer do internamento, provém de toda uma dinâmica no edificar da relação inter-pessoal entre estes e a equipa. Integrá-los como membros efectivos desta tem por base o ensino oportuno, o reconhecimento e identificação das suas potencialidades e aptidões.

Seja qual for a situação social, afectiva ou clínica da díade pais-filhos, o demonstrar interesse por parte dos (as) enfermeiros (as) pelo problema em particular é reconhecer a ambos importância como pessoa (Reis & Santos, 1996).

No modelo de parceria de cuidados idealizado por Anne Casey (1988, pp.67) é defendida a premissa que, *“as relações da criança com a sua família e os efeitos do ambiente, podem influenciar o crescimento e desenvolvimento assim como a capacidade para o agir social, emocional e fisicamente”*. Logo, torna-se relevante que os familiares compreendam e interiorizem que sentirem-se envolvidos é algo mais profundo do que simplesmente cuidar, é o estar presente pelos seus filhos sendo detentores de todos os aspectos relacionados com os tratamentos de que estes precisam (Lee, 1999). O grau de participação não é idêntico de família para família, cabendo ao (à) enfermeiro (a) a função de as orientar e apoiar assumindo uma atitude flexível e individualizada de acordo com a especificidade destas e das crianças em si. Naturalmente, algumas demonstram interesse em estar presentes, incluindo na execução da totalidade dos cuidados, enquanto outras se imiscuem dessa tarefa, em particular quando envolvem procedimentos técnicos, deixando-os para o pessoal médico e de enfermagem que entendem ser mais qualificado. Ao serem mais orientadas e ensinadas sobre os cuidados a realizar ao doente é-lhes imputada uma decisão pessoal sobre o quanto se querem envolver, pelo que não devem existir fronteiras bem definidas nem compartimentalizações de funções mas antes acções complementares com o intuito de se alcançar o máximo bem estar da criança (Pinto & Figueiredo, 1995).

No seguimento do seu estudo e reconhecendo que, para preservar o crescimento total da criança, os cuidados a esta devem possuir os da protecção, estímulo e amor Casey (1993), definiu alguns pressupostos que constituem o sumário do seu modelo de parceria e que compreendem a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro pediátrico.

Desde o seu nascimento a criança é dependente dos progenitores ou de outras pessoas em termos de satisfação de necessidades. Todavia, ao longo do tempo vai adquirindo novas aptidões e conhecimentos o que lhe permite prover as suas próprias necessidades e tornar-se cada vez mais autónomo em relação aos cuidadores primários com a intenção de atingir a independência integral. Todo o seu potencial é claramente alcançado quando, durante o máximo período de tempo, está presente um estado óptimo de bem-estar físico e mental ou seja, a saúde em pleno. Ao acontecer um défice nesse mesmo estado que por algum motivo não é identificado ou corrigido pode desencadear-se o comprometimento do desenvolver físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança. Desenvolvimento que se encontra sujeito a diversos estímulos directos ou indirectos com origem em fontes externas em concordância com o habitat em que esta se

encontra inserida, e que não procedem do ego. Quando o meio externo ao Eu potencia a segurança e a criança e jovem se sente alvo de afectividade e cuidado, instaura-se um equilíbrio multidireccional e ocorre a vontade da descoberta e o estímulo de crescer como ser humano detentor de uma personalidade característica.

A família como unidade de indivíduos possui a maior responsabilidade pela prestação de cuidados e influencia fortemente a evolução da criança na expectativa de que, no futuro, como adulto, assuma os seus direitos e deveres perante a sociedade. Embora preconize que os pais são as figuras principais no acto de cuidar, o paradigma de cuidados de Anne Casey não exclui a parceria com outros elementos do agregado familiar ou até externos desde que possuam uma ligação significativa com a pessoa enferma. Assim sendo, todos os cuidados que esta presta a si mesma ou que lhe são prestados pelo cuidador informal, são designados por cuidados familiares e tem inerentes as actividades quotidianas.

Contextualmente, neste modelo de parceria, os profissionais de cuidados de saúde pediátricos devem desempenhar preferencialmente actividades no cariz da enfermagem ou especializados, o que conduz a que se imiscuem apenas quando os familiares não conseguem garantir o resultado positivo através dos cuidados que prestam. Não existe uma fronteira clara entre os cuidados de enfermagem e os familiares podendo inúmeras vezes ocorrer uma troca de papéis entre pares. O objectivo da enfermagem em parceria apresenta como base da sua existência as relações de igualdade entre enfermeiros (as) e família desde que esta possua a adequada formação e seja supervisionada por um determinado período de tempo. Para que tal aconteça o (a) enfermeiro (a) deve ponderar estratégias de acção que possam ser facilmente alteradas de acordo com a confiança demonstrada e a intervenção desejada pelos pais (Farrell, 1994). O seu principal trabalho assenta fundamentalmente em dois pressupostos orientados para a escuta activa como disponibilidade e atenção dirigida à pessoa a acompanhar e a comunicação honesta e franca. O diálogo aberto e a escuta com atenção possibilitam que os pais não se sintam ameaçados na sua condição podendo até manifestar os seus medos e dúvidas na finalidade de dominarem a ansiedade do desconhecido e conquistarem algum sentido de controlo (Pinto & Figueiredo, 1995).

Por sua vez, as políticas de ensino devem ter em atenção que muitos dos problemas com que a família se depara requerem técnicas e saberes específicos. Assim, a partilha de conhecimentos deve focar o procedimento no sentido de o adaptar ao doente e nunca o contrário, facilitando a recuperação completa da criança e a contribuição impar parenteral na aplicação de cuidados que se tornam eficazes. Um dos métodos a utilizar poderá ser o do (a) enfermeiro (a) responsável, o qual ficará durante alguns turnos com a mesma criança para melhor a conhecer e à família dando um contributo para uma

relação verdadeira e segura e diminuindo a angústia que muitas vezes se faz sentir (Pinto & Figueiredo, 1995).

As vantagens na implementação deste modelo de enfermagem pediátrica abrangem os pais ou responsáveis legais e, analogamente, os profissionais pelo enfatizar da interligação entre os cuidados hospitalares e domiciliários. A execução dos cuidados deve ser gradual, assente numa negociação constante e partilha de saberes na expectativa da preparação da alta com o consenso de todos os elementos da equipa, pois há que ter em conta que no contexto familiar a criança ou jovem apresenta maior vulnerabilidade ao surgimento de intercorrências.

O modelo de cuidados partilhado é um meio eficaz de planear, pôr em acção e avaliar os cuidados a prestar ao doente pediátrico, diminuindo os sentimentos de rejeição na dualidade do grupo pais-filhos, a frustração dos profissionais de saúde e contribuindo para a crescente humanização e qualidade em meio hospitalar.

Para salvaguardar os interesses das crianças, dos pais, dos responsáveis legais quando estes não estão presentes e, o direito fundamental ao acompanhamento hospitalar 24 horas por dia, foi decretada a legislação em vigor que contempla:

- Convenção dos Direitos da Criança (ONU 20.11.1989);
- Constituição da República Português (Art.º 64);
- Carta Europeia da Criança hospitalizada (13.05.1986);
- Acompanhamento da Criança Hospitalizada (Lei nº 21/81);
- Isenção das taxas moderadoras a crianças (Decreto-Lei nº 54/92);
- Licença para assistência a descendentes doentes (Decreto-Lei nº 102/97);
- Protecção da Maternidade, Paternidade e Adopção (Decreto-Lei nº 105/2008).

O impacto potencial que uma separação pode causar deve ser considerado em termos do estágio de desenvolvimento da criança e da ligação sentimental e particular que esta mantinha com a pessoa ou pessoas ausentes, (Reis & Santos, 1996). Pelo contrário, a permanência de alguém familiar e os vínculos existentes irão fazer com que a rotura com tudo aquilo que lhes é familiar, a maioria das vezes inesperada, não seja tão agressiva e funcione até como “terapêutica” (Cavaco, 2006).

A prática de cuidar em enfermagem constrói-se diariamente como ciência e como arte. O Saber Fazer alia-se *“à criatividade, sensibilidade, capacidade de entendimento do outro, aceitando-o como pessoa única, de uma forma única que necessita de cuidados únicos numa circunstância única”* (Oliveira et al, 1995, pp.29).

O correcto atendimento e recepção da criança e familiares são uma preocupação sentida por todos aqueles que exercem a sua actividade na área de saúde e cujo papel é estar ao serviço pelo e com os outros. Infelizmente nem todas as enfermarias pediátricas

dispõem de infra-estruturas capazes de dar resposta a uma estadia cómoda e oportuna à situação real, o que se torna uma utopia.

5.1-ESTADO DE ARTE DA PARCERIA DOS CUIDADOS

Trabalhar num Hospital Pediátrico pressupõe diariamente um confronto com esta dura realidade da vida: a doença na criança.

Embora para os profissionais de saúde esta situação se torne inevitavelmente uma rotina, existem sempre aspectos que exigem uma reflexão introspectiva, derivando daí uma mudança de mentalidade e alteração da postura profissional.

Com o progresso tecnológico e a contínua evolução da medicina e da enfermagem, facilmente se esclarece o diagnóstico a partir do qual se determina o respectivo tratamento, diminuindo o tempo médio de internamento em unidades especializadas.

No entanto, crianças há, cujo estado de doença se agrava exigindo uma maior hospitalização em termos de tempo, o que conduz a extensas consequências de foro físico, psíquico, social e económico, para as mesmas e respectiva família.

Inicialmente, toda esta alteração da rotina familiar vem acompanhada de sentimentos de medo, que só poderão ser ultrapassados se ocorrer o envolvimento da equipa multidisciplinar com a família ou cuidador informal. Estabelecer parcerias, potenciando a excelência do cuidar em enfermagem e o papel dos pais-cuidador informal no que concerne à tomada de decisões e participação nos cuidados à criança, implica uma maior segurança e protecção para esta última e talvez mais qualidade nas intervenções a efectuar.

Gerir os recursos humanos e tecnológicos de uma forma correcta e ponderada pode constituir um mecanismo facilitador para a aplicação do modelo de parceria e consequente qualidade na prestação de enfermagem como resultado da satisfação dos diferentes prestadores de cuidados.

Existem estudos, alguns recentes, que corroboram o interesse da investigação relativamente a este fenómeno. Foram elaborados tendo em atenção não só a perspectiva do doente e família mas, igualmente, a do (a) técnico (a) de saúde no pensamento de que muito existe para fazer e melhorar. As teses de investigação que, posteriormente, serão referidas por ordem cronológica fazem uma abordagem ao doente que se situa no espaço entre a infância e a vida adulta. Embora a pesquisa que se pretende elaborar esteja relacionada com a área de Pediatria, menciona-se algumas dissertações e teses cujo foco de atenção é o indivíduo adulto mas que trazem algum contributo à parceria e qualidade de cuidados e à investigação em decurso. Todas elas

são dissertações do Mestrado em Ciências de Enfermagem leccionadas no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, excepto a de Martins (2004), que constitui o trabalho final do Doutoramento na mesma área e instituição, e as de Carvalho (2002), Gomes (2002) e Dinis (2006) que são referentes ao Mestrado em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta de Lisboa.

Deste modo, passo a enumerar os trabalhos supracitados:

- Oliveira dos Santos (1999)-“Parceria nos cuidados: uma metodologia de trabalho centrada no doente”;
- Almeida (2001)-“Recém-nascido internado numa U. C. I. R. N.: Que participação dos pais nos cuidados?”;
- Santos (2001)-“Cuidar da criança com doença crónica numa UCIP. Expectativas dos Pais”;
- Carvalho (2002)-“A participação do doente no processo de cuidados de enfermagem: Da passividade à participação activa no seu processo de cuidados”;
- Freitas (2002)-“Vivências das enfermeiras no envolvimento da família nos cuidados”;
- Gomes (2002)-“O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso-da submissão à acção negociada”;
- Nogueira (2003)-“Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro”;
- Monteiro (2003)-“Parceria de cuidados. Experiência dos pais num hospital pediátrico”;
- Martins (2004)-“O adulto doente e a família: uma parceria de cuidados”;
- Dinis (2006)-“A família do idoso internado: o parceiro esquecido?!”;
- Reis (2007)-“Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança”;

Uma análise mais pormenorizada destes possibilitou verificar que, no que concerne ao tipo de estudo, são na sua maioria de carácter exploratório-descritivo. Porém, alguns dos autores referidos aprofundaram ainda mais a sua investigação. Tendo em conta a ordem anteriormente mencionada, o primeiro segue uma linha de investigação acção e longitudinal, o quinto e o décimo referentes a Freitas (2002) e Dinis (2006) são de natureza fenomenológica e o de Gomes (2002) utiliza o estudo etnográfico. O de Martins (2004) engloba várias metodologias nomeadamente, a exploratória, descritiva e transversal para determinar a percepção dos enfermeiros sob a parceria de cuidados e a fenomenológica para compreender a dos doentes e familiares.

De acordo com a óptica de Oliveira dos Santos (1999), cuja amostra seleccionada é constituída pelo Director do hospital e 14 enfermeiros dos Serviços de Medicina, a família como unidade de suporte ao indivíduo doente deve ser observada no contexto das relações interpessoais para melhor se compreender os comportamentos de saúde e

promover os processos de adaptação familiar e individual à doença. Esta, no seu funcionamento, encontra-se sujeita a influências externas e internas, o que lhe confere uma capacidade de auto organização que lhe permite ter alguma coerência e consistência na tentativa de se manter em equilíbrio. A diferença entre a visita ao doente e a permanência junto deste são situações distintas intimamente relacionadas com a cultura, a emoção e afectividade da relação familiar e pessoa internada.

Embora tenham desenvolvido a sua investigação na área infantil, Santos (2001), Monteiro (2003) e Reis (2007), partilham da mesma opinião de Oliveira dos Santos (1999) e defendem ainda que, na perspectiva da criança, a separação por vezes inerente à hospitalização, independentemente da idade e estágio de desenvolvimento, pode ser precursora de episódios de ansiedade e alterações comportamentais que vão ter efeitos na sua recuperação. A participação dos pais no decorrer do internamento pressupõe alguns dos cuidados básicos realizados no domicílio, nomeadamente higiene, alimentação e protecção.

Fazem referência ao Modelo de Parceria de Anne Casey, estabelecendo como base o sentimento de negociação e respeito pelos desejos dos pais e família e a criança como alvo principal dos cuidados. Estas autoras tiveram como participantes nos seus estudos pais de crianças com internamentos frequentes, alguns em Unidades de Cuidados Intensivos.

Na perspectiva de Almeida (2001), que realizou entrevistas a dez mães, perante a doença da criança e a necessidade de esta ter de permanecer no Hospital, numa Unidade de Cuidados Intensivos, os progenitores e responsável legal podem apresentar-se fragilizados, ocorrendo uma associação entre o medo e os sentimentos de culpa pela doença do filho. Esta situação impede os pais de interagir com a criança, impondo a distância na relação e vinculação entre ambos. O papel dos enfermeiros (as) resume-se a ajudar os pais a ultrapassar o “luto inicial” e o receio da morte, incentivando-os a desenvolver capacidades para cuidar do filho de acordo com os seus desejos e de forma participativa.

O empenho por parte dos técnicos de saúde para envolver os cuidadores informais nos cuidados ao doente é, segundo Freitas (2002) e Nogueira (2003), potenciada por elementos facilitadores e dificultadores, os quais podem ter uma analogia com factores humanos, relacionais, estruturais, orgânicos, económicos, habitacionais, pessoais e sócio-culturais. Igualmente relevante é a disponibilidade do enfermeiro (a), com a sua experiência profissional, e dos familiares, no conhecimento dos recursos existentes na comunidade para efectuar parcerias eficazes. As amostras que permitiram levar a cabo estas pesquisas englobam os enfermeiros dos Serviços de Medicina dos Hospitais do Funchal e Valongo, respectivamente.

Martins (2004), através de informações obtidas numa primeira etapa pela aplicação de questionários a 15 enfermeiros de dois hospitais distintos e numa segunda fase pelo uso de entrevistas semi-estruturadas a grupos de 12 doentes e familiares, reconhece que cada sistema familiar é um todo e parte integrante de outros sistemas e considera a doença mais do que um processo biológico, em que deve existir um consenso entre a percepção de mal estar do enfermo e a percepção dos seus pares, cuja cooperação é essencial à obtenção dos direitos e benefícios concedidos ao papel do doente. O caminho a percorrer para o seu bem-estar passa pelos familiares, amigos, vizinhos ou pessoas significativas.

A pesquisa realizada por Carvalho (2002) a doentes com quatro dias de internamento mínimo e sem défice da comunicação e acuidade auditiva, indica que factores como a idade, os conhecimentos e o nível de instrução influenciam na capacidade de participação nos cuidados de enfermagem por parte destes. A participação assume três categorias distintas designadamente, aceitar as regras, ajudar a quem me ajuda e resolver em conjunto. Em síntese, para o indivíduo hospitalizado, cooperar no processo de cuidados tem inerente um padrão de comportamentos que pressupõe fazer como a enfermeira diz, seguir as regras do hospital porque é o melhor para ambos e fazer o que pode para aliviar o trabalho das (os) enfermeiras (os) e não ocupar tanto o tempo que elas dispõe. As conclusões referidas emergiram da aplicação de entrevistas não estruturadas.

A enfermagem assume ainda na actualidade um sistema de pensamento paternalista que se acentua na adesão ao Modelo Biomédico (Gomes, 2002). Suprime ao indivíduo doente um papel central na tomada de decisão, enquanto o (a) enfermeiro (a) adquire a total responsabilidade pelos procedimentos, o que impede o primeiro de intervir activamente. A ciência que é a enfermagem constitui-se por um saber próprio que é primordial continuar a desenvolver e o agir profissional com e em competência desenvolve-se na acção com o outro.

A análise decorrente da observação e entrevista a enfermeiros mostra que nem sempre o conceito de parceria é bem compreendido pelos profissionais de enfermagem e doentes em contexto hospitalar. Todavia, para alguns (mas) enfermeiros (as) é importante que o doente se torne parceiro no cuidar, enquanto para outros essa atitude não é sistemática sofrendo variações numa mesma intervenção. Estes últimos embora dêem valor à parceria em si preferem a passividade dos receptores dos cuidados. São as representações positivas e negativas do pessoal de enfermagem relativamente ao enfermo, que os conduzem a valorizar ou subvalorizar as capacidades deste.

A opinião de Dinis (2006), é que o ser humano carece de cuidados e normalmente estes são prestados pela família, que é considerada o “espaço” onde acontecem os

principais acontecimentos da vida humana, como por exemplo o casamento, a procriação e a partilha da vida e morte. Hoje em dia a família tem vindo a assumir um papel de relevo no interior da equipa de saúde. Tal como referido pela autora anterior, também neste estudo os oito enfermeiros do Serviço de Medicina de um Hospital Central de Lisboa que concederam a entrevista ao investigador, demonstram alguma dificuldade em explicitar o conceito. Porém, entendem como elementos de suporte à parceria de cuidar factores como a relação pessoal, a cooperação, a identidade, a ética, o projecto de cuidados e o contexto organizacional. A parceria constitui um desafio para os profissionais que tendencialmente observam o doente e respectiva família como receptores de cuidados.

Estes estudos comprovam que ocorre em simultâneo, da parte dos enfermeiros (as) e cuidadores informais, uma crescente preocupação pelo zelar conjuntamente pelo estado físico e emocional do doente. Revelam de igual modo que este é um tema pertinente e actual para a área da saúde em Portugal.

6-PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Um dos desafios que se coloca à enfermagem como ciência e profissão do futuro insere-se no contexto dos padrões de qualidade, como reflexo na melhoria do exercício profissional dos enfermeiros e dos cuidados a fornecer aos cidadãos. Nessa linha orientadora, a Ordem dos Enfermeiros (2001) assumiu como actividade prioritária o domínio das competências na execução dos sistemas de melhoria contínua da qualidade. A importância de os instituir encontra-se formalmente adoptada por instâncias internacionais e nacionais como a Organização Mundial de Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiros, o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

Os esforços tendentes à definição de estratégias vão de encontro à certeza que o conceito de qualidade se insere em vários campos de desempenho multiprofissional e a sua implementação se faz sentir a um nível restrito. Conceptualmente, os resultados a alcançar irão depender da filosofia de trabalho e protocolos intrínsecos a cada uma das instituições de saúde aderentes a este projecto.

De acordo com o estatuto definido pela Ordem dos Enfermeiros, especificamente as alíneas b) do n.º 1 e c) do n.º 2 do art.º 30 e b) do n.º 2 do art.º 37, é da competência dos Conselhos de Enfermagem Regional e das Comissões de Especialidade determinar quais são os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e garantir a sua aplicabilidade e consolidação na prática com o intuito de garantir a excelência do exercício profissional. Deste modo, cabe à totalidade das Unidades de Saúde desenvolver esforços para adequar os recursos e criar estruturas que permitam conceber um ambiente favorável ao expandir da profissão de enfermagem. Ao satisfazer as necessidades dos (as) enfermeiros (as) aumenta-se o seu empenhamento em prol da qualidade e, a satisfação em servir todos os indivíduos que deles precisem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A qualidade exige a reflexão constante sobre a prática e o acto de cuidar expondo os objectivos intrínsecos à enfermagem e serviços a prestar e o delinear de estratégias, com vista a reformular os métodos e técnicas que não se adequam e beneficiam os doentes e suas famílias.

Similarmente ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem elaborado pelo organismo que compõe a Ordem dos Enfermeiros, possui no seu enquadramento conceptual enunciados descritivos dos quais emergem, a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem. A saúde constitui-se como o estado e *“a representação mental sobre a condição individual, o*

controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não podendo ser tido como conceito oposto do conceito de doença” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp.5). Como tal, é inconstante no factor tempo mas reflecte um processo dinâmico pois o ser humano procura atingir regularmente o estado de equilíbrio, ultrapassando os desafios que cada momento e situação lhe colocam.

Como *“ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp.5), a pessoa é portadora de uma personalidade única que se destaca pela suas características e dignidade próprias e o direito a manifestar-se como tal. Todo o ambiente que a envolve e na qual esta se insere funciona como um suporte de influências em relação ao seu comportamento e modo de actuação, uma vez que ambos interagem entre si e possuem a capacidade de se modificar.

Os processos pelos quais o indivíduo vivencia o seu projecto de vida e saúde são intencionais porque se baseiam nos valores, crenças e desejos privados. O facto de ter o domínio de transformar e alterar a sua existência e dia a dia, faz com que a apreciação do seu estado de saúde e o significado de estar saudável seja distinto para si e para os outros. No entanto, o ser humano é igualmente alvo de processos não intencionais. Como factores importantes destes ocorrem as funções fisiológicas, que são influenciadas pela condição psicológica, bem-estar e conforto físico. *“Esta inter-relação torna clara a unicidade”* e autenticidade de cada um (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp.5).

Ao exercerem o seu papel, os (as) enfermeiros (as) devem *“focalizar a sua intervenção na complexa interdependência Pessoa/Ambiente”*, no entendimento de que o meio envolvente engloba elementos humanos, físicos, políticos, económicos e organizacionais que condicionam estilos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp.5). Cientes da relação que constroem com o doente, a família e a comunidade, a sua formação e experiência na prática clínica facilita a compreensão e respeito pelos outros numa perspectiva multicultural. Nesse sentido, *“a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico que, tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp.6). Quando a entidade familiar e o utente são observados na perspectiva de unidade e como alvo dos cuidados de enfermagem, livres de juízo de valores, estes são otimizados pela modificação de comportamentos que se tornam compatíveis com a promoção da saúde.

O cuidar deve evoluir no interesse e capacidade do doente e respectiva família para adquirir novos conhecimentos, como forma de conquistar a independência nas actividades de vida e rotinas quotidianas e a adaptação funcional aos défices, utilizando os recursos disponíveis.

Por sua vez, *“o exercício profissional dos enfermeiros, insere-se num contexto de actuação multiprofissional”* em que se distinguem dois tipos de intervenção de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa” conhecidas como interdependentes e nas quais se inserem as prescrições médicas, e as encetadas de forma autónoma pelos próprios (as) enfermeiros (as) (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp.6). Embora ambas as situações impliquem comprometimento, a partir do momento em que a actividade de enfermagem depende da prescrição elaborada por outro constituinte da equipa de saúde, o (a) enfermeiro (a) assume unicamente a responsabilidade pela implementação técnica da intervenção, contrariamente ao que acontece quando o exercício profissional deriva da sua tomada de decisão. Neste contexto, o (a) enfermeiro (a) identifica as necessidades em termos de cuidados de enfermagem do indivíduo ou dos grupos família e comunidade e as intervenções que decorrem dos problemas detectados vão de encontro à resolução dos mesmos e na tentativa de evitar riscos e dificuldades potenciais (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Para além da sua experiência o profissional de enfermagem deve ter como base estrutural e incorporar na boa prática do seu trabalho e cuidados, *“os Princípios Humanistas de respeito pelos valores, costumes e religiões e todos os demais previstos no código deontológico”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp.7).

“Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp.7).

6.1-0 PAPEL DO (A) ENFERMEIRO (A) NA RELAÇÃO COM A EQUIPA E NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Formalmente, os (as) enfermeiros (as) são reconhecidos como a comunidade profissional e científica com maior relevância no funcionamento e na melhoria contínua da qualidade do sistema de saúde, na tentativa de dar resposta às necessidades populacionais, não só em instituições de cuidados primários e diferenciados, públicos ou privados, mas igualmente no exercício liberal (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

A fragmentação do conhecimento, o evoluir tecnológico e a complexidade de situações apresentadas pelos utentes implicam que ocorra uma necessidade e evolução

prática do trabalho em equipa, na certeza que isoladamente os (as) profissionais de enfermagem não conseguem alcançar os objectivos que se propõe para a promoção de saúde e prevenção da doença. As competências inerentes ao saber como meio de intervenção, nas solicitações por parte da criança e pessoa significativa, são eficazes unicamente quando existe a presença em corpo de um grupo de técnicos diversificado em contacto regular e face a face. Com base na cooperação responsável e em actividades coordenadas é possível obter resultados satisfatórios para a totalidade dos integrantes do processo de cuidados e projecto de saúde.

Pertencer a uma equipa ou grupo de trabalho tem intrínsecos certos pressupostos e acompanha-se de inúmeras dificuldades para os (as) enfermeiros (as) que os impede de exercerem as suas funções como membros de pleno direito (Figueiredo, 1997).

Usualmente, a justaposição de funções, a linguagem característica de cada uma das disciplinas bem como as suas finalidades e valores próprios paralelamente ao desconhecimento efectivo das competências intrínsecas aos outros técnicos e à existência de acentuados estereótipos e juízos de valor bem como a tentativa de domínio por parte de determinados grupos profissionais faz com que os problemas se acentuem, tornando complexa a sua resolução (Guyonnet & Adam, 1992; Graça, 1992; Kerouac et al, 1995). Associados a estes factores encontram-se as raízes históricas e tradição de subalternidade e por vezes o insuficiente desenvolvimento da enfermagem nas vertentes de ciência e profissão (Collière, 1989; Guyonnet & Adam, 1992).

Para ultrapassar todos estes obstáculos torna-se pois imperativo um esforço colectivo e a determinação de objectivos comuns com base numa liderança adequada e eficaz não centralizada que utilize uma rede de comunicação circular, aberta e multidireccional detentora de mecanismos de feed-back e passível de avaliação, que reconheça a importância de acções diferenciadas e a necessidade de recursos humanos e materiais em número adequado (Graça, 1992). Sobre este prisma, a prática em colaboração conclui-se na partilha dinâmica e flexível do estatuto, da autoridade e acima de tudo na presente responsabilidade que se coloca ao grupo ou individuo que possui as competências (Kerouac et al, 1995).

Mais do que interagir com os restantes membros da equipa multidisciplinar, utilizando o seu máximo potencial e estabelecendo relações na perspectiva de comportamentos e atitudes em termos de produtividade é importante reconhecer o espaço ocupado pelos pais e família e o conhecimento que possuem das suas crianças e filhos. A postura dos (as) enfermeiros (as) influencia de forma permanente o percurso evolutivo da enfermagem na sua imagem e formação e a sua execução no mercado de trabalho, pelo que ocorre uma crescente urgência em investir em áreas altamente sensíveis à primazia de cuidar, encarando-se como negativo o alheamento à família e ao

papel maternal e parental (Lopes & Fernandes, 2005). Interessantes documentos fundamentados por estudos de investigação e pela prática clínica referenciam ao pormenor como a presença dos pais ou indivíduo emocionalmente ligado à criança e jovem permitem a realização em segurança e qualidade de procedimentos e manipulações alguns dos quais dolorosos e indutores de sofrimento. Ao ser capaz de trabalhar em equipa o (a) enfermeiro (a) cresce como pessoa e transforma-se na perspectiva da comunicação, ensino e trabalho ao mesmo tempo que progride a nível de qualquer competência técnica.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional e conscientes que os processos de cuidados envolvem a satisfação dos utentes, os profissionais de enfermagem e da saúde em geral, devem empenhar-se tendo em vista o minimizar do impacto negativo pelo aparecimento da doença e pelas mudanças de certa forma induzidas pela hospitalização e carência de ser assistido, particularmente quando as situações envolvem crianças e jovens.

Os conhecimentos gerais de desenvolvimento infantil são fundamentais para todos os profissionais que prestam cuidados nessa área porque permitem evitar ou minimizar os danos inerentes à patologia, ao tratamento e conseqüentemente à hospitalização. O facto de a criança ou jovem se encontrar na iminência de estar doente e precisar de cuidados médicos implica stress e ansiedade para os pais e acompanhantes o que faz com que estes não entendam uma grande parte da informação que lhes é fornecida. Intimidados pelo tipo de discurso e impotentes perante a rapidez de acontecimentos, raramente pedem explicações, pelo que a postura do (a) enfermeiro (a) deve ir de encontro às suas necessidades mostrando-se disponível para ouvir e ajudar o doente e família permitindo-lhes que as questões possam ser reformuladas e se reorganizem dentro da nova situação e contexto (Relvas, 2004).

Impõe-se *“o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente”* e família quando este não possui idade e discernimento suficiente para tomar decisões, o envolvimento dos conviventes significativos desde que ambos o desejem e a *“procura constante da empatia nas interacções”* efectuadas (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp.8).

Ao identificar o problema real ou potencial de saúde da criança e jovem e otimizar os recursos disponíveis na comunidade, o (a) enfermeiro (a) vai utilizar sistemas de informação para contribuir para a aprendizagem cognitiva e aquisição de novas capacidades do seu cliente ou cuidador informal, adaptando-os aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento na expectativa de promover estilos de vida saudáveis. Assim sendo, fomenta-se a independência do doente e acompanhante, após avaliação rigorosa, para gerir o regime terapêutico prescrito e efectuar dentro do seu

próprio tempo e limite uma readaptação funcional quando a patologia em causa o exige (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Se a implementação das intervenções de enfermagem nas quais se encontra implícito o rigor técnico e científico é insuficiente para minimizar os problemas e evitar os efeitos indesejáveis constitui-se de certa importância a *“referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes técnicos envolvidos no processo de cuidados de saúde”*, mantendo-se a continuidade da prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp.9). Contudo permanece a sua responsabilidade perante as decisões que toma, os actos praticados e as actividades que delega, cabendo-lhe a supervisão destas últimas.

O acto de cuidar pressupõe a utilização de metodologias de organização promotoras da qualidade, assentes na existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem que incorpore de forma sistemática as necessidades de cuidados, as intervenções e os resultados obtidos pelo portador da doença. Políticas de formação contínua dos (as) enfermeiros (as) e seus pares conduzem ao desenvolvimento profissional e da qualidade e conseqüentemente à satisfação dos utentes e indivíduos significativos.

O trabalho em equipa dos profissionais de enfermagem com outros membros e com as famílias cuidadoras *“requer uma aprendizagem que deve ser feita tão precocemente quanto possível, isto é durante a formação”* e inclui não só o período de tratamento mas a recepção, a triagem e os momentos de espera e observação (Figueiredo, 1997, pp.22).

6.2-GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE E PRINCÍPIOS BÁSICOS DA QUALIDADE

O termo qualidade alcançou presentemente um elevado grau de interesse e define-se como a capacidade de um produto, processo ou serviço garantir a satisfação de quem o utiliza. Conceito associado a diferentes sectores e empresas é, na saúde, que assume particular importância no que respeita à produção de bens e prestação de serviços. Os recursos atribuídos a este sector e os custos representativos para a sociedade que os suporta implicam que aspectos como os processos de trabalho e os elementos técnicos, materiais, organizacionais e de informação sejam constantemente melhorados.

Pretende-se com a implementação da qualidade aumentar a eficácia e melhorar as condições de trabalho. No entanto é fundamental adquirir-se a noção de que as estratégias a utilizar quando não são bem definidas e adequadas à realidade e espaço, dão origem a mudanças que nem sempre tem resultados positivos e prejudicam directa

ou indirectamente o comportamento laboral dos profissionais e, conseqüentemente, de quem deles depende ou do trabalho que realizam. Objecto de investigações nas áreas de avaliação, de actualização e até mesmo de credenciação e sujeita a debates públicos e decisões políticas, é considerada por muitos insuficiente pelo facto de existir uma crescente diminuição com as despesas da saúde não obstante a oferta dos cuidados ser frequentemente inadequada. Depende igualmente de decisões internas das Unidades Hospitalares e de Cuidados de Saúde Primários que procedem de um equilíbrio entre as necessidades reais, os jogos de poder e a pressão de um cruzamento de influências.

A concorrência entre instituições para manter o prestígio e uma crescente procura por parte dos utentes traduz-se na real consciência dos meios disponíveis e na fusão dos recursos dos vários estabelecimentos e redes de cuidados. Desenvolveram-se projectos de qualidade sob a tutela da Ordem dos Enfermeiros e dos Médicos e de acordo com as linhas de orientação e protocolos erigidos em cada instituição de saúde, tendo como base a satisfação da equipa multidisciplinar, serviços sociais e dos clientes, como eco de preocupações individuais e colectivas.

A natural apatia dos utilizadores do sistema de saúde está a ser lentamente ultrapassada verificando-se uma mobilização gradual de indivíduos que através da sua própria linguagem, conhecimentos e atitudes tentam denunciar as disfunções, as lacunas, erros e culpas dos profissionais do sector, com especial evidência para os (as) enfermeiros (as) que directamente convivem com o sujeito alvo de cuidados num eixo de tempo prolongado. Na actualidade os utentes exprimem o seu descontentamento e desacordo e interpõe acções para obter um melhor atendimento e a resolução de danos pelos quais se sentem lesados (Hesbeen, 2000).

As Unidades de Saúde devem ter como principal pressuposto os utentes e o colmatar efectivo das suas necessidades com responsabilidades que se situam para além do físico e observável. A avaliação dos Serviços pela metodologia quantitativa, nomeadamente, equipamentos, doentes-dia, taxa de ocupação, consultas realizadas e número de profissionais activos deveria ser tendencialmente menos enaltecida quando comparada com aspectos qualitativos nos quais se destacam a saúde produzida, a educação e ensinamentos partilhados, a satisfação garantida, o sofrimento evitado e os erros prevenidos pelas decisões acertadas.

A qualidade deu origem a preocupações e criou desafios que num contexto actual se traduzem em algumas directivas de extremo significado. Acima de questões tecnicistas e filosóficas, insere-se numa corrente ética e moral num compromisso pela prática com tolerância zero que se imiscui na ínfima possibilidade de erro, infecção, intransigência e queixa (Mezomo, 2001).

O reestruturar do sistema de saúde e das acções de todos aqueles que o englobam permitirá a melhoria dos resultados auferidos e o respeito das pessoas que neles depositam as suas esperanças.

Os conceitos prático-científicos tradicionais e modernos da medicina e da enfermagem reflectem-se numa crescente aptidão para o tratamento e transformação do corpo porém, devem ser exercidos no total reconhecimento dos seus excessos e limites. Ao prestar-se cuidados deve reconhecer-se como indivíduo dependente da intervenção a pessoa doente na sua integridade como ser humano em detrimento do favorecimento do corpo atingido pela doença. Um atendimento individualizado e complexo aliado a competências técnicas e científicas e a atitudes focadas no cuidar traduzem-se pela eficácia e no maior respeito pelo indivíduo singular.

Representativamente, a saúde deve ser mais abrangente do que apenas a ausência de doença e o centralismo na medicalização. Para combater o empobrecimento característico da área em questão é dever da sociedade ressaltar o pensamento de que todos e cada um são responsáveis pelo seu completo bem-estar físico, psíquico, espiritual e colectivo e que este não é um assunto que diz respeito exclusivamente aos profissionais de saúde. Normalmente a ausência de doença e sintomatologia são entendidas como indicadores de saúde da população, desvalorizando-se outros factores e recursos que intervêm explicitamente na mesma. Por outro lado a actuação dos profissionais sejam eles enfermeiros (as), médicos (as) ou assistentes sociais é inúmeras vezes reduzida a técnicas restritas e medicalizadas que limitam a promoção da saúde. Projectos e procedimentos que exijam custos monetários elevados e actuações mais complexas não são em regra utilizados o que, de certo modo, influencia e desmotiva os prestadores de cuidados.

Presentemente, os utentes e família reclamam por uma atenção mais personalizada e baseada na escuta, que não banalize a condição humana. A equipa multidisciplinar deve estar aberta a novas experiências, valorizando e atribuindo significado aos males de que o doente se queixa. E, na impossibilidade da medicina tradicional por si só contribuir para alguma qualidade de vida e ajudar a viver, permitir que outras alternativas sejam utilizadas oferecendo a sua colaboração inestimável.

A organização dos cuidados é quase sempre dominada pelas acções e tarefas a executar. Embora elas sejam uma parte integrante das actividades diárias não é totalmente correcto que dominem o exercício profissional. A rotina dá origem a comportamentos rígidos que em situações particulares são desadequados e que conduzem a que os profissionais da área passem a ser técnicos especializados no cumprimento rigoroso do plano de trabalho, não dando espaço a um tratamento e

atenção personificado ao utente e acompanhante, nem atribuindo significado aos seus desejos e necessidades.

Se falarmos em termos da enfermagem pode mesmo afirmar-se que o sentido prático da mesma resulta da concepção que se tem da qualidade dos cuidados que não pode ser circunscrita aos actos efectuados e à sua organização.

Regra geral, a prática encontra-se fortemente enraizada na representação por tarefas, pelo que se torna difícil alterá-la. Gestos como uma conversa informal com o utente ou indivíduo significativo são considerados pouco eficientes, retirando-se sentido e consideração às atitudes executadas e a quem presta e recebe os cuidados. Esta abordagem do cuidar centraliza a sua acção em fenómenos observáveis que embora detentores de alguma complexidade são passíveis de ser dominados pela constante aprendizagem (Hesbeen, 2000).

A importância atribuída a cada uma das acções especializadas de saúde conferem-lhes um aspecto redutor bem como aos profissionais que exercem funções em serviços catalogados como menos técnicos e complexos que *“são injustamente desvalorizados quando a característica fundamental dos cuidados que prestam é em tudo comparável à dos seus colegas: cuidar a pessoa numa situação particular de vida”* da mesma (Hesbeen, 2000, pp.9).

O défice de ligação de que se reveste o contacto entre os elementos da equipa multidisciplinar é o reflexo da abordagem fraccionada da saúde. Embora paulatinamente se fomente, para a continuidade de cuidados, a comunicação e o desenvolvimento da rede hospitalar juntamente com os serviços comunitários e a população, ainda se verificam falhas excessivas que provocam gastos inúteis de recursos humanos e materiais. Ocorre uma ciosa separação dos espaços e funções que podem gerar sentimentos de insegurança no doente e família, frequentemente confrontados com novas perguntas, explicações e até mesmo exames. Vulgarmente, quando a pessoa na sua fragilidade necessita de ser transferido ou realizar algum exame fora do estabelecimento onde se encontra, a informação médica é assegurada por carta que a precede ou acompanha, já o relatório dos cuidados de enfermagem no que se refere ao que foi vivenciado e não aos procedimentos científicos efectuados no período de internamento são pouco evidenciados.

O talento pessoal que se exprime no desejo de fazer algo por alguém constitui-se como uma mais valia para as Unidades de Saúde inúmeras vezes condicionadas no sector orçamental, uma vez que os seus principais recursos são os humanos e a sua idoneidade e preocupação para melhor cuidar técnica e humanamente. O desafio com que se deparam os gestores e chefes sobrepõem-se ao aumento de pessoal e concentra-se na sua minuciosa distribuição, organização e utilização.

Oportunamente a qualidade dos serviços facultado às comunidades depende sobretudo do empenho pessoal dos (as) enfermeiros (as), médicos (as) e restante equipa de saúde e social. Nessa linha orientadora entende-se que os (as) chefes na particularidade de gestores devem representar o elo de ligação entre a equipa e o grupo de gestão administrativa. Como tal, é sua função assumir a responsabilidade da mudança, criatividade, audácia e prudência sob a forma de mecanismos de intervenção pertinentes no sentido de inovar com vista a uma organização mais adequada ao cuidar e menos geradora de conflitos e disparidades temporais e de energia. Elogiar a personalidade e características individuais dos trabalhadores que diariamente contactam com os utentes e respeitar os espaços de liberdade ponderada beneficia o evoluir qualificado da prática e a maior realização pessoal.

Evidenciando a enfermagem como entidade básica da prática do cuidar, é relevante valorizar o seu processo de profissionalização na procura ininterrupta de identidade e reconhecimento. Apesar de ainda muito articulada com teorias o seu progresso tem ido ao encontro de atitudes profissionais reflectidas, criativas e adaptadas à peculiaridade das situações com base no humanismo adaptado e nas acções interventivas e críticas construtivas dos (as) enfermeiros (as). As teorias são essenciais como instrumentos de formação mas podem transformar-se em agentes uniformizadores dos cuidados que não enaltecem o ser humano como ser único e a necessidade que este apresenta de ser acompanhado activamente por um elemento significativo no decorrer do estado de doença (Hesbeen, 2000).

A dinâmica organizacional deve ter em atenção o papel fundamental dos recursos humanos na perspectiva de competitividade e qualidade, assegurando o direito legítimo dos cidadãos a cuidados de saúde baseados no respeito mútuo e de natureza transitória pela participação activa da família ou outros cuidadores informais que por intuito próprio manifestem o desejo de colaboração. Ao ultrapassarem as fronteiras profissionais e de organização tradicional, os estabelecimentos de carácter hospitalar e comunitário adquirem a capacidade de responder às necessidades e objectivos dos utentes e de gerir o desempenho fixando normas de qualidade, avaliando as melhorias e o progresso decorrentes das mesmas. Apesar dos Conselhos de Administração e gestores dos Serviços de Saúde possuírem um leque alargado de actividades que podem diferir no nível de especialização e funcional a troca de experiências de liderança podem conduzir a uma gestão eficaz e ganhos reais para a saúde (Martin & Henderson, 2004). Não existe um modelo teórico-prático a seguir pois cada estrutura depende um pouco da cultura e meio onde se encontra inserida.

Os utilizadores do Sistema Nacional de Saúde podem ser envolvidos na avaliação do desempenho e na determinação de factores de qualidade pela consulta e

compreensão dos seus pontos de vista. Pelo facto de se encontrarem mais presentes fisicamente e acompanharem as vivências dos familiares doentes no decurso da hospitalização, os acompanhantes que cada vez mais partilham as funções com os (as) enfermeiros (as) numa parceria activa e voluntária, constituem com os primeiros, críticos válidos do funcionamento geral das instituições de saúde. Sujeitos diferentes atribuem um ênfase distinto a situações e benefícios semelhantes.

Às Unidades de Saúde e de apoio social independentemente de prestarem um serviço público ou privado devem ser-lhes imputadas responsabilidades com a saúde física e mental e conseqüentemente a protecção dos indivíduos e comunidades. As entidades gestoras de cuidados diferenciados e primários, as comissões de risco e infecção e a globalidade dos trabalhadores do sector de saúde possuem o compromisso de responder pela qualidade e equidade a nível dos diferentes recursos da prática de cuidados, segundo os critérios de justiça social, a sua adequação à população, a facilidade de acesso e segurança e como solução às expectativas de todos os envolvidos. As mudanças nem sempre implicam planos e estratégias fáceis de instituir mas são imprescindíveis e constituem-se de enorme importância se vão de encontro às necessidades percebidas pelos doentes, pelos utentes, elementos significativos e outros colaboradores (Martin & Henderson, 2004).

No actual sistema de saúde os bons cuidados ao doente e a consecução dos objectivos com os melhores resultados emerge da congregação das funções diárias essenciais e da interacção de toda a equipa multidisciplinar e elementos envolvidos (Mezomo, 2001).

Por vezes é difícil encontrar o verdadeiro sentido de cuidar em e com qualidade atendendo a que este se encontra vulgarmente sujeito a grelhas de avaliação e processos de validação. Face às preocupações gerais nas áreas políticas, económicas e de gestão sobre a qualidade e avaliação dos serviços prestados e a opinião de quem deles auferir é relevante não submeter o termo qualidade a uma concepção redutora o que facilmente acontece por ser mensurável. Circunscrevê-la a instrumentos de medida e protocolos cientificamente validados é, por assim dizer, não dar lugar a actos de negociação com a pessoa doente e sua família demonstrando interesse pelo pragmatismo e unicidade da sua situação e sofrimento real. A não disponibilidade para ouvir e responder de forma assertiva impede cada indivíduo para compreender, participar e gerir a sua doença e a cura. Por muito que a qualidade atinja o domínio da doença é no verdadeiro sentido do cuidar e acompanhamento físico e emocional do utente e sujeito significativo que se notabiliza (Hesbeen, 2000).

Repensar, questionar e discutir os conceitos e representações mais comuns da saúde e mais concretamente da enfermagem é indispensável para orientar e avaliar o

desempenho e motivação dos profissionais e dar resposta às expectativas da população e comunitárias. Mais do que prevenir a doença deve promover-se a saúde não limitando o acesso à mesma a quem padece de doença crónica ou degenerativa (Mezomo, 2001).

PARTE II-ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1-OBJECTIVOS E FINALIDADE DO ESTUDO

Elaborar um estudo de investigação implica um interesse pessoal que se reflecte na prática profissional e emerge de uma preocupação sentida para a qual se procura uma resposta.

As dificuldades, inúmeras vezes vividas pelos pais, reflectem-se nos (as) profissionais de enfermagem, incluindo os (as) chefes e projectam-se na criança internada e na sua recuperação.

O trabalho a realizar vai ter como âmbito a perspectiva dos (as) enfermeiros (as), com principal incidência para os que ocupam lugar de chefia, atendendo a que, a maioria dos documentos elaborados são no sentido de conhecer as expectativas e papel da família em relação a este assunto.

O principal objectivo deste estudo consiste em compreender de que modo é efectuado pelos (as) enfermeiros (as) chefes dos Serviços de Pediatria da área do Grande Porto, a gestão dos recursos humanos e materiais perspectivando a qualidade dos cuidados e implementando o modelo de parceria.

A um objectivo de carácter tão geral sucedem os de natureza mais específica mas não menos importantes, nomeadamente:

- descrever os modelos de parceria de cuidados existentes nos Serviços de Pediatria dos hospitais do Grande Porto, comparando-os com o de Anne Casey;
- conhecer os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especificamente nos Serviços de Pediatria;
- relacionar a implementação do modelo de parceria de cuidados com a qualidade dos cuidados de enfermagem nos Serviços de Pediatria.

Determinados os objectivos geral e específicos do estudo a empreender, torna-se indispensável referir a finalidade do mesmo, que consiste em contribuir para que o modelo de parceria seja potenciador da partilha de cuidados de saúde entre profissionais de enfermagem e família ou responsável legal da criança, e seja considerado como um dos parâmetros da qualidade dos cuidados ou permita avaliar a mesma. Pretende-se ainda que faculte a aquisição de informações relevantes para os (as) enfermeiros (as) chefes dos Serviços Pediátricos no sentido de tornarem mais eficaz a gestão dos mesmos e de modo a que ocorra a participação de todos os interessados, incluindo a família, nos cuidados de enfermagem, para os quais se impõe um elevado nível de qualidade.

2-PERGUNTA DE PARTIDA E QUESTÕES ORIENTADORAS

A investigação resume-se a um processo rigoroso e estruturado, uma caminhada sistematizada cujo intuito é validar e produzir conhecimentos. Como processo empírico e ordenado assenta numa base racional com o objectivo de descrever e explicar acontecimentos ou fenómenos que ocorram no ambiente em que nos inserimos e como estes se relacionam entre si. O facto de clarificar e validar conhecimentos previamente existentes e dar origem a novos, permite que possa ser utilizada numa diversidade de disciplinas e funções e modificada ao longo do seu percurso, colocando em questão tudo aquilo que propõe (Fortin, 2003).

Inerentes ao processo de investigação encontram-se as perguntas de partida e orientadoras, as quais ajudam o investigador a expressar sucintamente o que procura entender. Para se formular as perguntas de partida é necessário começar por uma de natureza geral e provisória, a partir da qual se obterá outras de carácter mais específico que irão facilitar a descoberta de aspectos importantes do fenómeno. Estas, devem permitir focalizar a investigação com o intuito de delimitar o seu território e determinar a pertinência das informações recolhidas de forma a ajuizar a sua inclusão ou exclusão no estudo (Azeredo, 2007).

Definiu-se no primeiro ponto a questão de partida que possui um cunho geral e subsequentemente as perguntas orientadoras que têm inerentes aspectos mais específicos:

- Será que o Modelo de Parceria de Anne Casey é perspectivado como um instrumento de gestão dos recursos humanos e materiais com o intuito de obter a qualidade dos cuidados de enfermagem?
- Qual é o modelo de parceria utilizado nos Serviços de Pediatria das Unidades de Saúde do Grande Porto?
- Permite a Parceria de Cuidados determinar a qualidade dos cuidados de enfermagem ou pode ser definido como um dos parâmetros para a avaliação da mesma?
- Quando e de que modo é aplicado o modelo de parceria pelos profissionais de enfermagem?
- Quais os cuidados que os profissionais definem de especializados de enfermagem e os familiares?
- Que factores conduzem a que os enfermeiros (as) pensem que o facto dos pais, ou responsável legal do utente, interferirem na tomada de decisão relativamente ao diagnóstico e tratamento, lhes confere menor autonomia (aos enfermeiros) e diminui o seu papel?

- Que factores conduzem a que os enfermeiros (as) pensem que o facto dos pais, ou responsável legal do utente, prestarem cuidados lhes confere menor qualidade?
- Que parâmetros determinam a qualidade dos cuidados prestados e de um Serviço?

Assim sendo, torna-se pertinente referir que se pretende com este trabalho, que o modelo de parceria venha a constituir um dos parâmetros da qualidade dos cuidados ou possibilite a avaliação da mesma, e que a sua correcta aplicação e uso contribua para uma melhor comunicação e contínua partilha de cuidados de saúde entre profissionais de enfermagem e família ou responsável legal da criança. Bem como, obter respostas e esclarecimentos que ajudem os (as) enfermeiros (as) Chefes que trabalham em contexto pediátrico a melhorar as estratégias de administração dos Serviços e a fomentar a partilha do cuidar com vista à aquisição de um maior grau de eficiência nas acções de enfermagem e satisfação de todos os intervenientes no processo.

3-PERSPECTIVA METODOLÓGICA

O emergir da investigação resulta de um problema observado, cuja resposta é primordial para o desenvolvimento de uma disciplina ou profissão.

Tal como afirma Hemingway *“nenhum homem é uma ilha isolada”* (2007, pp.2), fazendo parte de um todo que é a sociedade e que, como tal, tem de estabelecer relações não passíveis de medição por serem o reflexo de experiências humanas íntimas e subjectivas, privilegiou-se para este estudo o método de pesquisa qualitativa (Teixeira, 2006). Este integra a escola de pensamento naturalista sendo frequentemente utilizado quando ocorre a preocupação de compreender de forma ampla e aprofundada determinado fenómeno. Mais do que avaliar, este paradigma de investigação pretende descrever e interpretar o fenómeno e o meio onde este ocorre, se expande e modifica, assim como o papel desenvolvido pelo investigador e participantes da pesquisa (Fortin, 2003).

Presentemente, nota-se um interesse crescente na corrente qualitativa essencialmente na área da saúde uma vez que engloba a totalidade do ser humano numa visão como um todo, dando ênfase à experiência num cenário naturalista (Haber & LoBiondo-Wood, 2001). Possibilita *“encontrar respostas para questões centradas na experiência social, como esta acontece e como dá sentido à vida”* (Teixeira, 2006, pp. 8).

O método qualitativo pode ser de natureza explicativa e preditiva, permitindo analisar a natureza, a causa e a eficácia das relações com recurso a comparações, ou de foro exploratório-descritivo, baseado na observação natural e pela documentação e comunicação de experiências (Fortin, 2003). Como já foi referido anteriormente, na sua utilização ocorre um maior interesse pelos processos do que pelos resultados ou produtos em si. Baseia-se essencialmente na singularidade e experiência humana, assumindo um cunho holístico (Hungler & Polit, 1995).

Este género de abordagem tem implícito cinco elementos básicos definidos pela, identificação do fenómeno, estruturação do estudo, organização e análise dos dados e descrição das descobertas (Coyne et al, 1985 cited in Haber & LoBiondo-Wood, 2001).

Hoje em dia, são definidos com maior frequência nas publicações de investigação os seguintes métodos qualitativos, a teoria fundamentada, o etnográfico e o fenomenológico. O facto destes apresentarem características comuns, identifica-os como pertencentes a este grupo (Haber & LoBiondo-Wood, 2001). A escolha de qualquer um deles para a realização de um estudo depende do modelo teórico ou metodologia a que se recorre.

A teoria fundamentada, igualmente conhecida como método de análise sistemática, contém um teor indutivo cuja base é originar uma nova conjectura derivada dos dados obtidos e não validar uma teoria já existente. O processo de investigação inicia-se sem o apoio de ideias pré-concebidas ou seja, a literatura é mínima. Este método observa a experiência humana numa perspectiva de interacção (Fortin, 2003).

A etnografia versa-se sobre a análise cultural e dos modos de vida da população e reveste-se de carácter descritivo. Encontra-se directamente relacionada com a antropologia e assenta em dois postulados distintos. O primeiro apoia que a cultura advém do conhecimento que o indivíduo possui e do modo como este o usa para compreender as experiências e originar comportamentos. Por sua vez, o segundo afirma que, a utilização deste tipo de estudo permite uma análise introspectiva das expressões linguísticas utilizadas por uma determinada comunidade nos seus encontros sociais (Hungler & Polit, 1995).

A fenomenologia consiste num sistema de aprendizagem cujo objectivo principal se centra no conhecimento comportamental humano e na forma como cada individuo vivencia, valoriza e partilha as experiências a que é sujeito, o que pressupõe um diálogo com uma certa amplitude.

Os tipos de processos acima referidos, embora portadores de algumas diferenças que os tornam tão genuínos, partilham do pensamento que o investigador não se apresenta como um entendido nos fenómenos a analisar. O que se pretende é obter conhecimentos de experiências pessoais, influenciadas pela subjectividade e cultura individual de cada um dos participantes. Estabelece-se assim uma relação de intersubjectividade apoiada no raciocínio indutivo. Apesar de existir teoria e outros trabalhos realizados na área da investigação, ao iniciar o processo, o investigador abstém-se de recorrer a estes para tentar explicar o que observa e responder às questões que lhe suscitam dúvidas. Tal só acontecerá quase no término da investigação, para se efectuar uma comparação entre os resultados obtidos e os já existentes e descritos por outros autores.

Embora os métodos anteriormente descritos sejam os mais utilizados, não se deve negligenciar outras escolas de pensamento.

A investigação constitui uma parte integrante da enfermagem e permite a sua evolução enquanto ciência e profissão, dando resposta às questões colocadas pelos profissionais de saúde na sua prática diária, baseados na compreensão da pessoa humana como ser complexo e individual. O objecto principal desta consiste no estudo de fenómenos que permitam a descoberta de novos saberes essenciais à qualidade dos cuidados, modernização das técnicas e protocolos implementados e aperfeiçoamento da postura e competências dos (as) enfermeiros (as).

Actualmente, muito se debate sobre a importância que as pesquisas de natureza qualitativa tem vindo a assumir nas ciências de enfermagem relativamente à pesquisa quantitativa. Ambos são necessários e a escolha de qualquer um deles depende da essência do estudo em questão.

Na área da saúde, o método qualitativo utiliza-se quando se procura esclarecer aspectos subjectivos do comportamento da pessoa humana e a investigação a efectuar implica dados mais complexos do que estatísticos. Pode mesmo afirmar-se que este se movimenta no sentido de obter resultados para divulgar processos de vida. O conhecimento desses mesmos processos permite descobrir soluções e definir intervenções que permitam melhorar a vivência de cada um.

Encontra-se envolta em alguma polémica principalmente por começar a fazer-se notar numa área onde a pesquisa quantitativa era mais valorizada. A partir do momento em que o modelo biomédico foi ultrapassado e o ser humano passou a ser observado através da perspectiva holística, houve a necessidade de se empregar outro tipo de processo.

Este género de pesquisa não deve ser utilizado quando se procura estabelecer relações de causa-efeito (Hungler & Polit, 1995).

O facto de produzir e validar conhecimentos com rigor dá origem a que estes possam evoluir, no sentido de complementação e aperfeiçoamento de conceitos e concepções inerentes à área de trabalho e do ser humano em si.

Não é “fácil” fazer investigação. Apesar deste ser um processo organizado e sistemático é susceptível de se alterar a si mesmo, dependendo do cunho pessoal que o investigador empresta ao estudo a efectuar. Por vezes gera alguma controvérsia e diferença de posições entre investigadores. Contudo, é de salientar que, embora permita encontrar resposta para alguns problemas da nossa realidade, uma das suas principais funções é dar origem a novas questões e “criar” dificuldades para que seja feita mais investigação.

Na problemática que se coloca pela aplicação do modelo de parceria, pelo género de relação de pares enfermeiro (a) e cuidador informal e as implicações que estes processos apresentam no que concerne à qualidade de cuidados, torna-se lícito afirmar que o que se pretende compreender é o modo de actuação dos responsáveis dos internamentos ou enfermarias, nomeadamente os (as) chefes, em relação à gestão de pessoal e tecnologias. Isto vem no sentido de se compreender a parceria como um factor importante nas relações anteriormente citadas e utilizá-lo como um dos parâmetros da qualidade ou de avaliação desta. Porém, há que ter em atenção que cada enfermeiro (a) chefe apresenta uma filosofia de trabalho influenciada pelas características individuais, sociais e culturais que lhe estão inerentes assim como pelas normas internas do local

onde efectua o exercício de funções, o que direcciona este estudo para o particular em detrimento do universal.

O papel de enfermeiro (a) e investigador (a) deve imiscuir-se de genuinidade, associado à consciência do próprio, à subjectividade, valores e crenças individuais, na expectativa de obter respostas fidedignas às questões colocadas e que guiarão todo o processo.

Manter-se aberto (a) todas as experiências que surgirem, mesmo aquelas que se encontrem fora dos padrões habituais de conduta, sem nunca esquecer de ter inerentes os princípios éticos.

Após algumas dúvidas iniciais, posteriormente dissipadas pela leitura aprofundada da bibliografia existente, determinou-se que nenhum dos métodos anteriormente descritos se adequa ao trabalho que se ambiciona realizar.

Não se pretende interpretar o tipo de relação entre os enfermeiros (as) e cuidadores informais da criança doente, que se estabelece pelo contacto diário decorrente de um internamento prolongado, mas sim compreender a organização dos serviços hospitalares de âmbito pediátrico no que respeita à equipa de enfermagem e optimização dos materiais existentes, com o intuito de favorecer as relações de parceria e fomentar a qualidade. Todavia é pertinente reforçar, novamente, que o modo de actuação de cada sujeito a nível profissional é bastante influenciada por factores individuais, sociais e culturais.

A pesquisa em questão irá assumir um carácter descritivo com base na recolha de informações e depoimentos pelo uso da entrevista e, conseqüente, análise dos dados conseguidos.

A análise de dados consiste num processo de procura e organização sistemática do conteúdo das entrevistas transcritas com o intuito de simplificar a sua compreensão e apresentação (Bogdan e Biklen, 1994).

4-POPULAÇÃO ALVO

Após ser definida a questão de partida e realizada a pesquisa bibliográfica, é imprescindível seleccionar a população alvo *“que compreende todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”* (Fortin, 2003, pp. 41.)

A escolha dos participantes reveste-se de certa importância atendendo à influência que estes podem ter nos resultados para o universo (Azeredo, 2007).

Sendo a experiência do investigador em termos de prática clínica num Hospital Pediátrico pretende-se construir a pesquisa e seleccionar os (as) enfermeiros (as), em Unidades de Saúde do Grande Porto, prioritariamente vocacionados para o acolhimento e tratamento de indivíduos com idades superiores a 18 anos, que possuam internamentos infantis.

Uma vez que, a quase totalidade da bibliografia pesquisada se encontra vocacionada para as expectativas dos pais ou responsável da criança em situação de doença e internada, é intuito desenvolver a investigação proposta no âmbito dos profissionais de enfermagem com cargo de chefia, baseada na gestão e organização dos Serviços Pediátricos assente na relação de pares profissional de saúde e cuidador informal (parceria de cuidados) e na influência que esta representa para a qualidade dos serviços prestados.

Compreender a sua postura relativamente aos acompanhantes do doente, o que sentem quando estes têm um comportamento activo nos cuidados diários e de que modo é efectuada a administração dos Serviços em termos dos recursos materiais e humanos, constituem objectivos a alcançar.

5-INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para dar resposta a algumas das questões orientadoras, a entrevista constitui-se o instrumento de colheita de dados mais indicado devido ao tipo de informação que se pretende obter e ao estudo a realizar. Resume-se a um modo particular de comunicação verbal entre o pesquisador e os cooperantes cujo principal objectivo é a colheita de dados referentes às questões de partida e orientadoras. Frequentemente utilizado nos estudos exploratório-descritivos varia em função de dois parâmetros distintos que implicam o grau de profundidade do estudo e o de liberdade permitido aos interlocutores.

Atendendo a que o que se pretende estudar se apoia em parte nas vivências pessoais, subjectivas, sociais e culturais dos indivíduos que lhe dão forma, será uma entrevista semi-estruturada, conduzida face a face, em que as questões colocadas servirão de base aos temas principais, neste caso o modelo parceria e a qualidade dos cuidados (Fortin, 2003).

A função de quem investiga quando utiliza a entrevista como instrumento de recolha de dados é estabelecer uma interacção verbal apoiada na escuta activa e na receptividade livre de juízos de valor.

A arte da sua aplicação depende de um conjunto de postulados e atitudes que a acompanham desde o início até ao término e que variam de acordo com o momento. O acolhimento deverá ser cordial e favorecedor de uma relação de confiança, assegurando-se a confidencialidade do entrevistado e informações adquiridas, pois há que ter em conta que nem todos os indivíduos se sentem à vontade para expôr abertamente as suas opiniões e sentimentos.

Por sua vez, o corpo da entrevista deve seguir o esquema pré-determinado, embora tal não signifique uma postura rígida na condução da mesma. O guião previamente elaborado pode ser utilizado como auxiliar de memória permitindo as incursões necessárias sob o ponto de vista científico e psico-social. Embora se utilize o guião, as entrevistas qualitativas permitem ao entrevistador usufruir de uma série de tópicos e moldar o seu conteúdo. Este é vulgarmente utilizado quando se empreendem estudos com vários indivíduos e locais em que emerge a oportunidade de se efectuar comparações. Ao aplicar este instrumento, algum dos indivíduos entrevistados pode efectuar uma nova abordagem ao tema suficientemente interessante para servir como questão a incorporar na entrevista para os restantes inquiridos (Bogdan & Biklen, 1994).

Relativamente às questões a colocar é importante que estas possuam características como a neutralidade, adequação e extensão reduzida. O objectivo a alcançar destes três aspectos encontra-se relacionado com a necessidade do investigador de se certificar que é devidamente claro e facilmente compreendido,

evitando em simultâneo que a reunião entre os dois se transforme num debate ou produtiva troca de informações. O entrevistador deve ser comedido nos gestos e ter em atenção a entoação que concede às palavras que profere, mas pelo contrário deve observar no inquirido estas mesmas manifestações que, em certos casos e situações, são deveras reveladoras.

Normalmente favorece-se as questões abertas em prejuízo das fechadas pois facilitam ao respondente descrever a sua experiência e realidade diárias. Perguntas demasiado complexas podem conduzir a que o entrevistado se distancie do tema, dificultando a pesquisa em si. O mais correcto é que sigam uma linha orientadora do mais geral para o específico.

Por fim temos o fecho deste meio de obtenção de dados, o qual deverá conter em resumo os aspectos fulcrais da mesma e os devidos agradecimentos aos intervenientes pela disponibilidade e colaboração prestada. Se o pesquisador achar pertinente poderá incluir uma proposta de continuação ou aprofundamento das perguntas colocadas e respostas fornecidas (Teixeira, 2006).

A dimensão irá situar-se num total de 14 entrevistas de acordo com a bibliografia encontrada. Contudo, este número é passível de ser alterado dependendo da saturação dos dados.

Em associação à entrevista, utilizar-se-á um inquérito demográfico que será entregue no fim desta ou estará integrado na própria, e que permitirá efectuar uma simples caracterização dos participantes.

O instrumento anteriormente referido será sujeito à aprovação da Comissão de Ética e só poderá ser utilizado após a aprovação dada por esta.

É igualmente importante que os entrevistados assinem uma Declaração de Consentimento Informado, que garantirá a participação voluntária e informada no estudo. A aplicação do mesmo será efectuada após ser combinado com cada um dos participantes uma data e um local de reunião.

5.1-GUIÃO ORIENTADOR DA ENTREVISTA

OBJECTIVOS:

- compreender de que modo é efectuado pelos (as) enfermeiros (as) chefes dos Serviços de Pediatria da área do Grande Porto, a gestão dos recursos humanos e materiais perspectivando a qualidade dos cuidados e implementando o modelo de parceria;
- descrever os modelos de parceria de cuidados existentes nos Serviços de Pediatria dos hospitais do Grande Porto, comparando-os com o de Anne Casey;

- conhecer os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especificamente nos Serviços de Pediatria;
- relacionar a implementação do modelo de parceria de cuidados com a qualidade dos cuidados de enfermagem nos Serviços de Pediatria.

1-DESCREVER A ENTREVISTA

- Na sua opinião neste Serviço encontra-se implementado o modelo de parceria de cuidados com a criança/família?
 - Pense numa situação em que o modelo de parceria foi aplicado na sua plenitude e descreva-me a mesma.
 - Pense numa situação em que não se verificou a parceria de cuidados e descreva-me essa situação.
 - Na sua perspectiva quais são os limites entre os cuidados de enfermagem e os familiares?
 - Pela sua experiência de que forma a participação activa dos pais interfere nas competências dos enfermeiros (as)?
 - Que aspectos é que valoriza no seu serviço em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem?
 - E como é que os avalia?
 - Que estratégias utiliza para que eles sejam implementados?
 - De acordo com o seu ponto de vista que relação existe entre o modelo de parceria e a qualidade dos cuidados de enfermagem?
 - De que forma o envolvimento dos pais interfere na qualidade dos cuidados?
 - Como perspectiva a gestão dos recursos humanos e materiais da sua equipa e serviço, tendo em vista quer a parceria de cuidados quer a qualidade dos cuidados?
 - Atendendo à sua experiência, há algum aspecto que considere importante e que não foi abordado nestas questões?

Após a execução das duas primeiras entrevistas, foi necessário retirar a questão “E como é que os avalia?” relativa aos aspectos de valorização da qualidade e cuidados de enfermagem e que gerou alguma dúvida e incerteza, mantendo-se as restantes até se encontrar concluída a recolha dos dados.

6-ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados engloba todo o trabalho que o investigador irá realizar com os dados obtidos o que implica a reprodução das entrevistas e determinados procedimentos como classificar, organizar e interpretar todas as informações disponíveis (Alves, 2007).

No decorrer das entrevistas os dados obtidos serão recolhidos através de gravação e, posteriormente, transcritos em folha A4 a um espaço e meio e uma margem à direita para anotações. Esta metodologia produzirá um conjunto de dados traduzidos em diversas páginas.

Consciente da riqueza dos discursos assim como da variedade do material, executar-se-á a ordenação e organização dos mesmos com o intuito de sistematizá-los.

As expressões não verbais que traduzam sentimentos e emotividade constarão dos verbantins e serão usados como complemento às informações providas pelos cooperantes da pesquisa. Tendo como apoio o enquadramento teórico e os objectivos definidos, irá proceder-se à codificação da informação.

Pela leitura pormenorizada dos dados é frequente atribuir-se a algumas palavras e mesmo frases, padrões de comportamento, formas de pensamento e acontecimentos maior destaque. Para se elaborar um sistema de codificações é essencial percorrer uma série de etapas que consistem na avaliação atenta dos dados adquiridos na procura de regularidades e padrões bem como de tópicos que os definam. Posteriormente associa-se a estes últimos palavras e frases que os representem. Estas palavras ou frases são denominados de categorias de codificação e constituem uma “ferramenta” de trabalho no processo de classificação dos dados descritivos recolhidos (Bogdan & Biklen, 1994). A utilidade intrínseca a este trabalho consiste no agrupamento da informação de acordo com a pertinência do tema da investigação e grau de interesse para o mesmo. Por norma, as categorias surgem em simultâneo com a colheita de dados.

De acordo com Vala (1986), a análise de conteúdo decompõe todo um discurso e possibilita de novo a sua reprodução, pela atribuição de traços de significação, permitindo igualmente reunir, organizar e clarificar os dados de forma controlada e salientar a importância que os sujeitos atribuem aos temas em estudo.

O processo de análise será contínuo e ocorrerá em paralelo com a realização da entrevista, caso contrário é possível ocorrer fuga de informação de carácter relevante para a conclusão da investigação. Este modo de actuar facilita o esclarecimento de dúvidas que possam surgir e o agrupar e contextualização de conceitos semelhantes.

Após a realização deste procedimento é pertinente voltar à revisão de literatura efectuada, de modo a verificar se os resultados conseguidos estão de acordo com os

descritos por outros investigadores que defenderam o mesmo tema. Todavia, torna-se relevante enfatizar que não se pretende confirmar ou argumentar os já existentes, mas sim preencher lacunas na teoria emergente.

7-ASPECTOS ÉTICOS NA INVESTIGAÇÃO

O Homem desde sempre foi um ser social, inserido numa comunidade mais ou menos vasta, consoante a situação geográfica e sociocultural que lhe foi “imposta” ou adquirida posteriormente. Ele constitui uma peça fundamental da sociedade, construindo-se simultaneamente nela. Como tal, não pode agir de forma individualista e egocêntrica, pois terá de ter consciência que as suas acções se repercutirão nos demais indivíduos, ao mesmo tempo que tem de ponderar e decidir sobre a sua própria identidade.

Assenta e constrói-se em quatro princípios básicos (tidos como de *prima facie*), dos quais derivam determinadas regras, que aplicadas a dilemas éticos particulares, multitemáticos e urgentes, permitem inferir soluções ou resoluções.

Os princípios são directrizes gerais que deixam um espaço considerável para um julgamento em casos específicos e que proporcionam uma orientação substantiva para o desenvolvimento de regras e políticas precisas

O princípio de autonomia exprime a capacidade do indivíduo decidir por si mesmo, implicando que, para tal, este esteja razoavelmente informado e que influências externas não determinem e condicionem a sua acção.

O princípio de não-maleficência está estritamente ligado à máxima *primum non nocere*, definindo uma obrigatoriedade de não infligir danos em terceiros.

Relativamente ao princípio da justiça, este prende-se com uma concepção distributiva justa e equitativa, dos recursos à sociedade, nomeadamente no âmbito da saúde.

Por último, mas com igual interesse temos o princípio de beneficência, que remonta ao Juramento de Hipócrates, onde já se determinava de forma premente e substancial, que se deveria auxiliar a pessoa doente, nunca optando pela via de causar dano (Beauchamp & Childress, 2002).

Na saúde a utilização destes princípios deve ir de encontro às necessidades do doente e à especificidade de cada indivíduo.

A investigação no decorrer do seu desenvolvimento levanta questões e dilemas éticos e o tipo de estudo que se selecciona é por si só um factor determinante da natureza dos problemas que vão e podem surgir.

A aquisição de conhecimentos impõe um limite que está acima dos benefícios do estudo em questão, favorecendo o bem-estar dos participantes do mesmo (Fortin, 2003).

Sendo assim é lícito dizer que a ética no processo de investigar se encontra relacionada com a qualidade dos procedimentos, desde o início ao término da pesquisa, até à pertinência dos resultados pela evolução dos conhecimentos e método em si.

Na enfermagem, e atendendo a que esta é uma profissão de cuidado à Pessoa, a investigação encontra-se sobre a alçada de normas rígidas nacionais e internacionais, com vista à protecção e respeito pela condição humana.

Esta ciência interfere no processo de investigação ao fazer emergir a consagração da totalidade da dimensão humana sobre o interesse da sociedade e ciência. Impõe como regra a participação dos indivíduos desde que correctamente esclarecidos das intervenções a efectuar e livres de qualquer fonte de coacção externa.

A evolução deste trabalho depende da entrevista como meio de aquisição de dados e tendo em conta que esta se versa em episódios pessoais de cada interveniente e no contributo dos mesmos no resultado final, há que ter em atenção determinados aspectos que interferem no rigor dos procedimentos a seguir. A pedra angular da investigação ética é o consentimento livre e informado, em que os investigadores não escondem dos participantes os riscos e benefícios da mesma, podendo estes optar por continuar ou não. Outra situação a não desvalorizar relaciona-se com a confidencialidade da identidade dos participantes e no rigor das informações obtidas, sendo que estas últimas serão tornadas públicas pela apresentação do manuscrito final.

O facto de se encontrarem definidas as linhas de orientação para as tomadas de decisão éticas, estas são da responsabilidade de quem investiga e sofrem a influência directa dos seus valores e julgamento no que diz respeito a comportamentos e atitudes adequados. Este deve ter consciência de si próprio e definir a sua responsabilidade para com os outros (Bogdan & Biklen, 1994).

A ética permite-nos de livre consciência escolher os nossos actos, de forma voluntária sem coacções externas. Dá-nos a oportunidade de sermos responsáveis pelo caminho que optamos seguir, auferindo de uma autonomia que nos determina em parceria com o outro e nunca no lugar do outro.

Na enfermagem, seja no ensino, na prática ou na investigação, possui como principal objectivo o bem-estar do doente, a excelência do cuidar e o desenvolvimento do enfermeiro (a).

Errado é pensar que enfermagem e ética são estanques, pois em associação com a investigação, favorecem o humanismo e o respeito entre indivíduos.

PARTE III-ESTUDO EMPIRÍCO

1-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois da realização das entrevistas propostas e concluído o processo de transcrição, procedeu-se à leitura pormenorizada das mesmas para recolher os dados mais emergentes sobre o assunto, na tentativa de aprofundar os conceitos de parceria e qualidade dos cuidados. Este processo permite organizar de forma sistemática o material reunido facilitando a leitura e compreensão do mesmo ao investigador, e a sua apresentação aos outros.

A primeira etapa da análise de conteúdo consiste no desenvolvimento de um sistema de codificação que pode abranger situações como comportamentos, formas de pensamento e vivências pessoais e de trabalho dos sujeitos alvo do processo. Embora a observação seja feita exclusivamente a partir dos dados, tal não implica que em algum momento de certas investigações não possa envolver de igual modo a perspectiva de quem pesquisa. A elaboração deste (sistema de codificação) pelo estudo sucessivo das respostas obtidas produz unidades manipuláveis após o restringir de aspectos importantes, padrões e tópicos, representados por frases e palavras que nos estudos de investigação se traduzem por categorias de codificação (Bogdan & Biklen, 1994).

De acordo com os pressupostos de Laurence Bardin, a categorização resume-se *“a uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”* (Bardin, 2004, pp. 111). Vários são os géneros de critérios que se organizam em semântico, sintáctico, lexical e expressivo, consoante a realidade e as dimensões da análise.

No entanto, é necessário ter presente que *“a divisão das componentes das mensagens analisadas em rubricas ou categorias não é uma etapa obrigatória de toda e qualquer análise de conteúdo. A maioria dos procedimentos de análise organiza-se, contudo, em redor de um processo de categorização”* (Bardin, 2004, pp. 111).

O desenvolvimento de uma lista de categorias é uma etapa relevante, pois garante um meio de classificar a informação, sintetizando-a e estabelecendo relações no intuito de auxiliar na compreensão dos resultados e estruturação das conclusões (Bogdan & Biklen, 1994).

No decurso desta investigação os indivíduos colaboradores identificaram-se como responsáveis pela gestão e administração de Serviços hospitalares.

O número de participantes não se harmonizou com o determinado a priori, mas possibilitou a conjugação de critérios como a diversidade, para a compreensão do

fenómeno e a relação entre investimento de recursos e retorno em termos de nova informação, tendo sido efectivadas dez entrevistas.

No conjunto dos intervenientes a maioria pertence ao sexo feminino e apenas dois exercem funções, em simultâneo em Serviços distintos no seio da mesma instituição.

O tempo em exercício profissional na Pediatria varia entre os 22 e os 31 anos e as idades entre os 42 e os 53 anos.

A maioria das representações invocadas no decorrer das entrevistas agrupa-se em torno da importância de **organização do serviço** na perspectiva de se implementar a parceria de cuidados no âmbito da **qualidade** e conseqüentemente da satisfação dos doentes, família e enfermeiros (as).

Incentivados a falar sobre o seu quotidiano tendo como base o seu papel de chefes e gestores, os participantes do estudo estruturaram o seu discurso com vista à necessidade de se integrar os cuidadores informais como membros concretos da equipa de cuidados e a necessidade de mudança para a excelência do cuidar, estabelecendo relações entre os vários conceitos e categorias.

Para o tema em questão emergiram inicialmente 16 categorias primaciais, nomeadamente:

- **Organização do Serviço;**
- **Método de Trabalho;**
- **Modelo Teórico de Referência;**
- **Parceria de Cuidados;**
- **Modelo de Anne Casey;**
- **Limites entre Cuidados Familiares e Cuidados de Enfermagem;**
- **Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;**
- **Atitudes dos Enfermeiros;**
- **Conhecimento Científico;**
- **Avaliação do Desempenho;**
- **Gestão de Recursos Humanos;**
- **Formação Contínua;**
- **Mobilidade dos Enfermeiros;**
- **Gestão de Recursos Materiais;**
- **Avaliação da Satisfação;**
- **Sistemas de Informação em Enfermagem.**

Uma análise mais aprofundada permitiu o reajustar das mesmas como reflexo do trabalho de interpretação do material em que, pela comparação sistemática, se evidenciou e organizou o conjunto de dados mais representativo. Em contexto geral ocorreu a estruturação das categorias encontradas, despontando pela versatilidade do

tema e conceitos, as principais e as subcategorias. Dessa avaliação e pelo conhecimento efectivo do conteúdo das entrevistas surgiu a necessidade, de em algumas situações, separar os aspectos centrais em positivos e negativos e exemplares dissemelhantes.

Obteve-se então as duas dimensões de maior abrangência que se centram na **Organização do Serviço** e na **Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. O modelo explicativo revelou que existe uma preocupação em crescimento para que os cuidadores informais participem de modo dinâmico nos procedimentos sentindo-se parte da equipa porém, esta depende maioritariamente do funcionamento em activo do Serviço e não de um Modelo Teórico de Referência.

A Organização do Serviço fracciona-se em duas subcategorias nas quais se enquadram o Método de Trabalho e o Modelo Teórico de Referência. A última, quando presente, ramifica-se em Parceria de Cuidados e Modelo de Anne Casey, que tem subjacentes os Limites entre os Cuidados Familiares e os de Enfermagem.

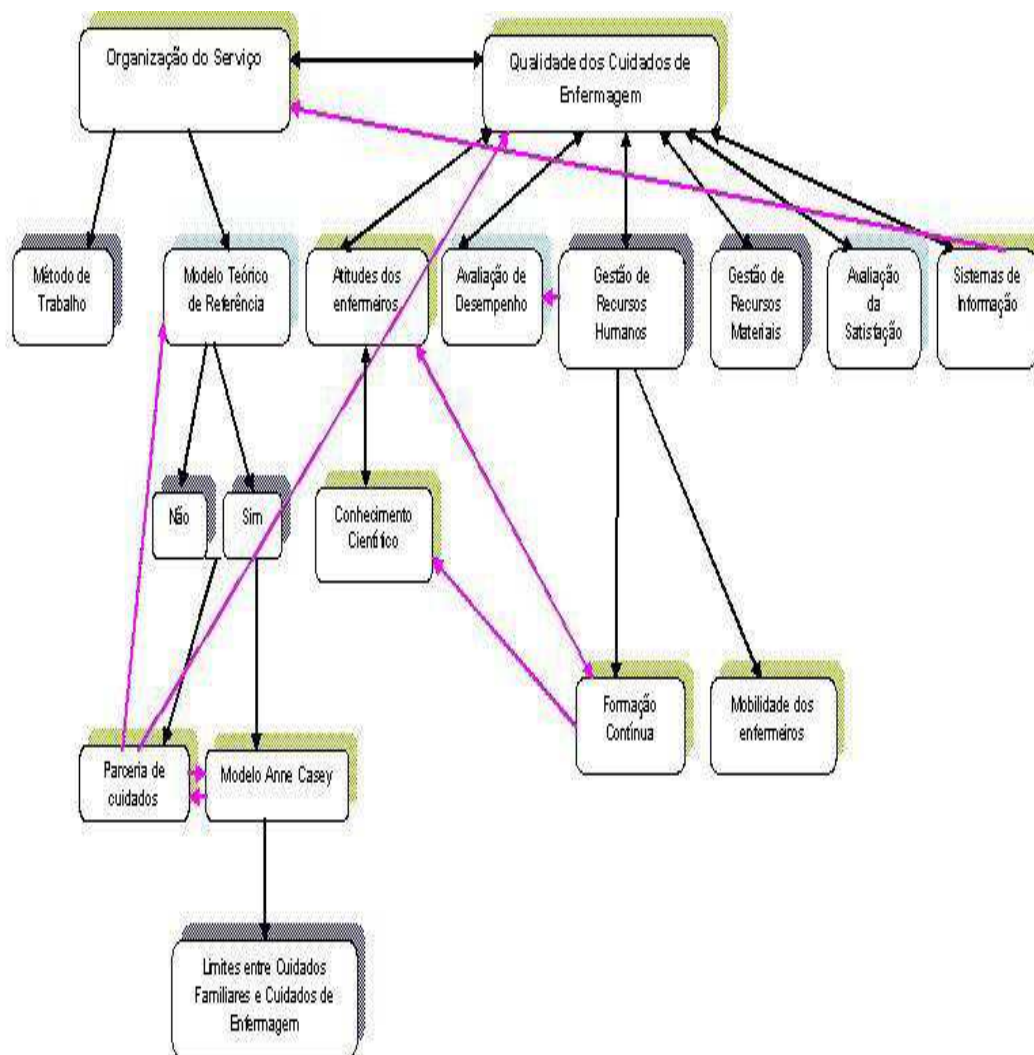
De notar que a parceria de cuidados, embora constituindo-se como o pilar base do Modelo de Anne Casey, pode ocorrer mesmo na ausência deste ou de qualquer outro que seja utilizado. No entanto é inquestionável o seu valor para a qualidade.

A dimensão Qualidade dos Cuidados de Enfermagem possui várias subcategorias nomeadamente, Atitudes dos Enfermeiros, Avaliação de Desempenho, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Recursos Materiais, Avaliação da Satisfação e Sistemas de Informação em Enfermagem. Este último depende da visão administrativa sobre organização hospitalar.

Por sua vez a subcategoria Atitudes dos Enfermeiros tem inerente o Conhecimento Científico como factor fundamental ao cuidar.

À Gestão dos Recursos Humanos corresponde a Mobilidade dos Enfermeiros e a Formação Contínua que interfere em determinados aspectos do comportamento profissional e do Conhecimento Científico.

Diagrama 1-Categorias, Subcategorias e Relações



1.1-ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

O que predomina na maioria das respostas sobre o envolvimento e participação activa dos pais nos cuidados de saúde é o conceito de organização das actividades e procedimentos e mais concretamente do Serviço. Ocorre uma maior preocupação com as relações interactivas, as atitudes dos profissionais de enfermagem e a satisfação de todos os intervenientes dos processos de saúde e doença que se sobrepõe à importância de implementação de um modelo teórico de referência.

Dependendo da especialidade inerente a cada internamento seja ele de cuidados intensivos ou intermédios, médico ou cirúrgico e protocolos instituídos, surgiu uma multiplicidade de opiniões que procedem da realidade e dificuldades vivenciadas.

“Como cuidador, ou cuidadores, os pais fazem parte da equipa e são preparados sempre que possível, e desde o início do internamento, para a colaboração e para fazer parte da equipa de cuidados (...) a filosofia do Serviço é o envolvimento da família na prestação de cuidados (...) os pais, durante o internamento que normalmente é longo, foram envolvidos na prestação de cuidados, mesmo a nível de terapêuticas que possam administrar em casa, como insulinas. Em fases terminais os pais vão preparados mas faz-se o contacto com o Centro de Saúde para o apoio e acompanhamento.” (E1)

“Desde a abertura do Serviço está implementada a presença dos pais.” (E4)

Na actualidade, uma das maiores preocupações do Sistema de Saúde consiste na organização das estruturas e mais concretamente da prática de cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2000).

Na opinião de Mezomo (2001), as Unidades de Saúde que possuem estruturas organizadas estão comprometidas em fazer tudo bem feito, apostam na formação para que os seus funcionários sejam competentes e dedicados e possuem uma administração participativa que desenvolve uma política definida para a qualidade. A sua missão é clara no que concerne às necessidades e satisfação dos clientes. As situações e aspectos menos positivos são considerados como uma oportunidade para um novo avanço e adaptação às constantes mudanças que por vezes lhe são impostas.

Como já foi mencionado precedentemente a organização deve assentar numa base flexível com evidência para as necessidades do indivíduo e respectiva família, cujo atendimento constitui a razão de ser de todas as atitudes e procedimentos técnicos ou não que são efectuados. Torna-se fundamental educar os profissionais para o trabalho responsável, na relação com o utente e comprometido com a qualidade. As barreiras por

vezes evidentes entre as diferentes pessoas devem ser substituídas por um esforço integrado, planeado e consciente para o cumprimento de objectivos em comum (Mezomo, 2001). Até há pouco tempo os modelos organizacionais adoptavam um método de divisão de acordo com os princípios próprios de cada disciplina como se cada uma pudesse reflectir a sua prática individualmente. Apesar de a maior preocupação se centrar no doente este tipo de sistema não era de todo favorável a um ambiente humanizado, nem a sentimentos de segurança, calma e respeito tanto para os que recebem como para os que prestam cuidados.

A consciência de responsabilidade não é meramente médica, clínica ou económica mas imiscui-se de aspectos sociais que se classificam pelo empenho na reflexão e desenvolvimento de acções que ultrapassem os hábitos, o corporativismo e os jogos de poder. (Hesbeen, 2000).

Michel Vogler (1998) evidenciou através de alguns dos seus trabalhos que apenas 40% das actividades de enfermagem representam os cuidados directos ao doente, enquanto os restantes 60% são utilizados em actividades em que este, bem como a sua família não se encontram incluídos.

Ainda que a saúde se encontre mais voltada e aberta à comunidade e seus subgrupos, é visível que algumas rotinas ainda se encontram deveras interiorizadas e que em determinadas situações e locais prevalece o papel do (a) profissional, como se pode presenciar pelo excerto seguinte.

“Como lhe disse anteriormente, isto está quase como na rotina do nosso trabalho. Não temos o cuidado de perguntar à criança se quer tomar banho naquela altura, se prefere que seja a mãe, o pai ou quem estiver a acompanhar a dar-lhe o banho ou, até se prefere a enfermeira (...) pedimos a colaboração dos pais mas, nem sempre a da criança. Também deveríamos inclui-la de acordo com a sua idade e compreensão.” (E8)

No futuro pretende-se que os modelos organizacionais sejam mais flexíveis e livres de compartimentações, doando a posição central ao utilizador e acompanhantes, valorizando o seu estilo de vida e personalidade e garantido uma dinâmica relacional e de trabalho em conjunto.

1.1.1-MÉTODO DE TRABALHO

Compelidos a falar sobre o modo como estruturam o dia a dia do Serviço que gerem, os participantes conduzem a entrevista no sentido de mencionar o método de trabalho que melhor se adequa à funcionalidade e lógica dos cuidados de enfermagem,

delimitando um trajecto profissional em que a excelência do cuidar e o bem-estar da criança e jovem portador de doença, bem como dos acompanhantes e elementos significativos da díade utente-cuidador informal se constituem como referência.

Destacam-se dois processos distintos nos quais se incluem o método individual ou de cuidados globais e o método de trabalho em equipa, cuja escolha é efectuada com base no contexto do Serviço e concepção que as diferentes equipas possuem dos cuidados que prestam à população.

Da análise dos discursos constatou-se que na actualidade o cuidar exclusivo (Método de Trabalho Individual) não é uma realidade na totalidade das enfermarias dos hospitais onde decorreu o estudo investigativo, havendo apenas um participante que a tal fez alusão.

“Neste serviço encontra-se implementado o método de trabalho individual. Elabore um plano de trabalho tentando que determinado enfermeiro fique com a mesma criança durante um período de tempo. Na minha opinião é um método que facilita a parceria e contribui para a qualidade. Pode haver métodos mais actuais mas, acho que de mais difícil implementação.” (E7)

Os cuidados individuais de enfermagem assentam no conceito global e defendem a premissa que o (a) enfermeiro (a) deve estabelecer ligação com um único utente ou mais do que um se o trabalho o permitir. Ao contrário do que se verifica no método funcional não ocorre fragmentação dos cuidados, sendo que estes são integralmente realizados durante o turno pelo profissional afecto ao doente. A organização dos mesmos depende da propensão do (a) enfermeiro (a) em privilegiar o indivíduo ou a tarefa. A avaliação dos resultados encontra-se directamente relacionada com os objectivos definidos e o tempo disponível (Pinheiro, 1994).

Este tipo de cuidados determina que a responsabilidade sobre os mesmos em que se engloba a coordenação e posterior avaliação pertence a um profissional de enfermagem em particular, podendo mesmo ser o encarregado pela unidade de trabalho (Kron & Gray, 1989; Marriner & Tomey, 1988 cited in Costa, 2004). Ao (a) enfermeiro (a) chefe cabe a tarefa de supervisão e poder decisório em todas as etapas do processo (Pinheiro, 1994), facilitando o ultrapassar de dificuldades perante circunstâncias e situações complexas.

Hesbeen (2000) partilha análogo parecer, embora seja menos assertivo afirmando que, o método individual de trabalho ou de cuidados globais institui que cada enfermeiro (a) deve assumir em pleno e durante o seu turno diário a execução da totalidade dos cuidados dos doentes que lhe são confiados em plano. Determinados ambientes de

trabalho, nomeadamente nas Unidades de Cuidados Intensivos implicam que os (as) profissionais de enfermagem fiquem apenas com o máximo de dois doentes por escala.

Embora não seja ainda uma realidade na maioria das Unidades Hospitalares a nível nacional, num futuro relativamente próximo e tendo como perspectiva a conquista da autonomia e da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, a metodologia de cuidar individualmente será um processo a implementar.

No contexto das realidades estudadas o método de trabalho em equipa é o mais emergente e utilizado, notando-se o predomínio de um (uma) enfermeiro (a) com maior grau de conhecimentos teórico-práticos, capaz de dar resposta a todas as situações, assumindo-se como líder.

“De manhã tenho sempre uma enfermeira especialista que me substitui se for preciso e que se encontra encarregue da gestão dos cuidados.” (E5)

“...há sempre uma chefe de equipa que é colocada em plano, normalmente é a mais experiente e com mais formação. Neste momento já podemos dizer que é sempre uma enfermeira com a especialidade de Pediatria. E depois há também um x número de enfermeiros na equipa que tem que ter pelo menos três anos de exercício profissional na (...). Os restantes membros que completam a equipa são então os mais novos.” (E6)

“...tento que estejam sempre pessoas experientes em cada turno.” (E8)

“...Por norma há sempre um enfermeiro responsável que não pode ter menos de quatro anos na (...). Por turno tenho sempre dois enfermeiros responsáveis.” (E9)

Trabalhar em equipa significa estruturar em conjunto as funções que se representam como expressão da nossa prática profissional. Mais concretamente engloba uma actividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais de categorias diferentes com o intuito de alcançar um objectivo comum, em que o resultado final da equipa é totalmente diferente da soma das partes (Loft, 1994 cited in Chaves, 2004).

O método de trabalho em questão foi desenvolvido tendo como horizonte reunir num todo parcelas de conhecimentos e informações e providenciar a assistência orientada e supervisionada por um (uma) enfermeiro (a) que assume funções de líder (Kron & Gray, 1989; Humphris, 1988). Na óptica de Payne (1982) os indivíduos que trabalham juntos conseguem um impacto superior sobre o papel que exercem, o que seria menos visível se estivessem sós.

“A equipa pode ser definida como um meio para a acção concertada” (Dingwall, 1980 cited in Costa, 2004, pp. 237) e exige respeito mútuo pelas dificuldades e sentido de responsabilidade compartilhado para desenvolver e concluir a tarefa que juntou os membros que a englobam no intuito de estabelecer um compromisso e definir um “caminho” a seguir que dê aos profissionais da área da enfermagem uma missão mais completa e que os torne mais aptos para interagir com os clientes (Koerner, Cohen & Armstrong, 1986).

A assistência é assegurada através da continuidade dos cuidados e assenta no pressuposto de que todos são detentores do direito de acesso à melhor dinâmica de atendimento de uma equipa que discute as necessidades do doente e a maneira mais correcta de as satisfazer. Para que tal seja possível o pessoal de enfermagem pode receber ajuda para fazer o seu trabalho (Kron e Gray, 1989).

O (a) responsável apresenta maior categoria ou antiguidade no Serviço o *“que embora não corresponda a nenhuma categoria oficialmente estabelecida, é uma distinção internamente reconhecida e valorizada, que se traduz num relativo acréscimo de autoridade técnica e social na gestão das situações de trabalho”* (Lopes, 1994 cited in Costa, 2004, pp. 238). Sendo assim, cabe-lhe efectuar um plano de cuidados distribuindo os doentes aos diferentes enfermeiros (as) de acordo com as suas aptidões, optimizando-as em todos os níveis hierárquicos e assegurando a sua rentabilidade. É identicamente sua função deliberar no aparecimento de discordâncias técnicas e organizacionais face a uma situação concreta e coordenar o trabalho de enfermagem num episódio de urgência.

A diversidade de contributos específicos de cada profissão é o que confere eficácia a uma equipa. Para intensificar uma imagem positiva na sociedade e nas equipas que integra e interligar a sua intervenção com a dos outros profissionais, num clima de respeito, confiança, cooperação e apoio, é fundamental que o (a) enfermeiro (a) possua uma concepção clara e precisa da enfermagem e da pessoa (Figueiredo, 1997).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1988 cited in Chaves, 2004) os programas académicos deveriam implementar na sua formação teórico-prática a aprendizagem da actividade conjunta, enfatizando as competências relacionais (saber ser e saber estar) em detrimento da evidência que se coloca nas instrumentais (saber fazer) e cognitivas (saber saber).

As equipas falham quando não se expandem as capacidades em estabelecer relações humanas, quando não existe uma heterogeneidade de competências e papeis e quando não se tem por horizonte uma liderança eficaz (Graça, 1992).

Saber construir relações a vários níveis dentro do seu próprio ambiente de trabalho é uma mais valia para qualquer enfermeiro (a). O facto de na realidade nacional

ser comum a existência de um trabalho de equipa moderado por um responsável, implica por vezes que o comprometimento com o doente se torne superficial e rotineiro, deixando que o profissional menos experiente enfrente contrariedades na tomada de decisão e na gestão bem sucedida da doença e da saúde. A sua utilização em potencial encontra-se subordinada a uma gestão que consiga colocar em evidência as qualidades individuais de cada um e as dificuldades do grupo para que consiga funcionar como tal.

1.1.2-MODELO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

No decorrer das entrevistas e pela pesquisa depois efectuada obteve-se uma diversidade de convicções relativas a esta categoria. Existem alguns locais onde os modelos teóricos se encontram referenciados e são usados para otimizar a situação do doente e respectiva família conferindo eficácia ao acto de cuidar e ajudando para o alcance da qualidade indispensável ao mesmo.

“É um modelo exactamente de parceria de cuidados em que a família é encarada como um utente, como um parceiro incontornável das decisões e dos cuidados a prestar à criança (...) Obviamente temos sim um modelo em que a participação dos pais é incontornável como disse.” (E6)

Contudo, alguns enfermeiros (as) chefes valorizam sobretudo a prática, não implementando na rotina de trabalho um modelo teórico de referência.

“Não temos e não aplicamos nenhum suporte teórico mas, a filosofia do Serviço é o envolvimento da família na prestação de cuidados.” (E1)

Frequentemente acontece que a teoria e os modelos que dela transcendem não sejam utilizados na sua plenitude mas unicamente algumas das suas directrizes, dando origem a uma certa distância entre o papel do técnico de saúde e do cuidador informal.

“Não aquele (Modelo Teórico) especificamente que está escrito mas, a parceria em termos de cuidados de enfermagem acho que está implícito.” (E5)

Cowan (2002 cited in Graveto, 2008), afirma que um modelo consiste na exposição simplificada de um sistema, ou seja, é uma forma de enumerar tudo aquilo que se faz e o que se pode vir a fazer. Por sua vez, uma teoria tem intrínseco um conjunto de

ideias que possuem como base uma generalidade de princípios passíveis de dar uma explicação sobre e para algo.

Numa outra perspectiva, pode entender-se um modelo como a representação estruturada de uma disciplina. É o organizar da concepção e abstracção que lhe é natural conferindo-lhe sentido e adaptando-a à realidade (Graveto, 2008).

As teorias antecedem os modelos e a sua elaboração encontra-se sujeita aos conhecimentos necessários à construção de um saber e varia de acordo com a óptica que se possui da ciência (Adam, 1994 cited in Graveto, 2008).

As filosofias e as teorias são imprescindíveis para várias profissões. No entanto, um modelo conceptual só é útil para o conhecimento para o qual foi concebido (Graveto, 2008).

O evoluir da enfermagem tem sido acompanhado por modelos teóricos determinados por contextos sociais, filosóficos, históricos, culturais, políticos, económicos e tecnológicos.

Várias foram as personalidades da história da enfermagem que desenvolveram modelos teóricos conferindo-lhes algumas particularidades. Florence Nightingale determinou que o paciente deve ser colocado nas melhores condições possíveis para que a natureza possa actuar sobre ele. A posição de Virgínia Henderson é que se deve ajudar o indivíduo doente ou saudável na realização das tarefas que ele faria por si próprio se tivesse força, a vontade ou possuísse os conhecimentos necessários. Desempenhar essas funções de forma a ajudá-lo a reconquistar a sua independência o mais rapidamente possível, ou simplesmente ajudá-lo a ter uma morte serena. Por sua vez, Hildegard Peplau defende a importância de se promover o desenvolvimento da personalidade para uma vida criativa e construtiva. A enfermagem é unicamente um instrumento educativo cujo suporte é a relação enfermeiro-paciente. O modelo de Martha Rogers engloba a associação e harmonia entre o homem e o seu ambiente. Redirigir a integração do campo humano e dos campos ambientais com vista a ajudar o ser humano a atingir um estado de saúde. Nancy Roper e Dorothea Orem partilham a mesma corrente de pensamento cujo objectivo consiste em ajudar a pessoa a realizar as actividades da sua vida quotidiana nas quais se inclui o auto-cuidado, no sentido de progredir para a independência máxima. Os cuidados de enfermagem são um processo pensado, organizado, controlado, dirigido a uma finalidade (Seixas, 1998).

A maioria dos modelos anteriormente descritos foi elaborada para o conhecimento do indivíduo adulto porém, com o irromper das especialidades, outros foram sendo desenvolvidos incluindo na Pediatria. Neste âmbito, o mais conhecido é o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Mundialmente falado, nem sempre é utilizado na sua generalidade.

Embora para muitos, os modelos teóricos de enfermagem possam ser limitativos para a prática diária outros reconhecem que o seu desenvolvimento encerra como conceito central a pessoa e a sua principal finalidade impõe-se na tentativa de estabelecer critérios para avaliar a qualidade da assistência, a investigação e a formação (Gomes, 2002). São uniformizadores dos cuidados prestados ao doente valorizando-o como ser único e servem de guia à tomada de decisões por parte deste e da equipa quanto ao seu planeamento, facultando o encontrar de um espaço comum para o exercício de enfermagem (Martins, 2004).

O verdadeiro testemunho de uma qualquer inovação apenas se alcança com o tempo. A utilidade dos modelos como ferramentas consiste em descrever, discutir, e melhorar as acções em termos de saúde para com o indivíduo doente, encorajando todos (as) os (as) profissionais a definir e ampliar a sua prática

Cada um de nós enfermeiro (a), possui um modelo interiorizado que personifica a realidade da enfermagem conforme a praticamos e a vivemos no nosso dia a dia. Modelos, teorias e ideias abstractas em conjunto com a técnica são fundamentais ao aperfeiçoamento e cultura de disciplina na enfermagem (Casey, 1993).

1.1.2.1-PARCERIA DE CUIDADOS

Na prática, a enfermagem em saúde infantil deve englobar a colaboração e a cooperação com a própria criança desde que esta seja detentora de um estágio de desenvolvimento que o permita, com os elementos significantes, e analogamente com os restantes técnicos de saúde.

Alguns dos (as) enfermeiros (as) interrogados (as) encaram a família como membros da equipa, mostrando-se preocupados em que sejam positivamente integrados e a forma como decorre a sua participação.

“A parceria de cuidados criança-família verifica-se (...) O que às vezes acontece é que os pais não têm conhecimentos, não estão preparados nem para a parceria, nem para cuidar, não é? Mas mesmo aí eu acho que há parceria, desde o momento em que a enfermeira tenta esclarecer e ensinar os pais para conseguirem.” (E3)

“Foram muitas as situações em que houve a parceria por completo e, para mim que já trabalhei nas diversas Pediatrias, é na oncologia Pediátrica que a estabelecemos em pleno.” (E5)

“...a família é encarada como um utente, como um parceiro incontornável das decisões e dos cuidados a prestar à criança” (E6)

Porém as opiniões são variáveis e remetem-nos para a situação concreta de que a parceria fica circunscrita à prestação dos cuidados de enfermagem não se alargando à tomada de decisão. Mostram-nos que é necessário definir novos planos e finalidades a cumprir.

“A parceria implica uma mentalidade diferente, deixar algumas rotinas. O primeiro passo da parceria é a aceitação dos pais junto da criança. O passo seguinte é a mudança de mentalidade da enfermagem e da própria administração hospitalar e os pais dizerem o que querem.” (E4)

“...a parceria em termos de cuidados de enfermagem acho que está implícito.” (E5)

“Neste momento acho que já está de tal forma enraizado que os pais são considerados nossos parceiros. Talvez não o sejam na parte da tomada de decisão.” (E10)

Ressalva-se ainda o parecer de que esta não acontece sem a interacção entre todos os elementos do projecto de saúde.

“Se o enfermeiro, os pais e a própria criança, se com idade e capacidade de decisão, não definem os objectivos que pretendem alcançar, não se envolverem e trabalharem paralelamente uns com os outros, a parceria não acontece.” (E1)

A relação tida como favorável entre família e enfermeiros (as) é aquela que é exercida em conjunto e incorpora ideias, experiências, recursos, valores e estratégias de resolução de problemas, contribuindo para os processos de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças (Teixeira, 2006).

Gedaly-Duff et al (2005), enfatizam que esta deve ser preferencialmente alargada para a prestação de cuidados de saúde, para a formação e educação de todos os intervenientes, para a constante investigação sobre enfermagem de família e saúde infantil e a avaliação de políticas de saúde.

O Webster`s New College Dictionary (1996) delimita a parceria *“como a condição de ser de um parceiro. Refere-se-lhe igualmente como um dos troncos pesados que*

fortalecem o convés de um barco para este suportar uma mastro. Esta métafora revela-nos a importância do apoio mútuo que os parceiros devem oferecer uns aos outros para contribuírem para um objectivo comum”.

Converge para um modelo de interacção familiar em que *“cada um conserva os seus próprios objectivos, aceitando contribuir para um mesmo objectivo”* (Zay, 2000 cited in Gomes, 2007, pp. 15).

Cuidar é um acto natural e as crianças e jovens adolescentes têm direito à prestação de cuidados em continuidade e aproximados às suas vivências no domicílio, logo a eles e à sua família devem ser proporcionados conhecimentos e informações essenciais aos mesmos. Todos os técnicos de saúde, com especial relevo para os (as) enfermeiros (as) devem em consciência ter a noção do poder redutor ou libertador do acto de cuidar. O envolvimento dos indivíduos significativos nos cuidados deve ser um processo dinâmico, em que é função de todos desenvolver mecanismos e estratégias de apoio e entreajuda com vista à sua optimização e favorecendo o equilíbrio familiar e a promoção da saúde (Freitas, 2002).

Os pais ou seus substitutos legais e afectivos carecem indispensavelmente de acesso à informação e de uma comunicação aberta, honesta e consideram úteis as novidades positivas mesmo que ténues ou de encorajamento, não obstante o prognóstico. Aos (as) enfermeiros (as) cabe identificar claramente o seu papel, aproveitando a contribuição ímpar dos pais para a eficácia dos seus procedimentos e atitudes, recuperação das crianças, eliminação dos sentimentos de rejeição dos pais e de frustração dos próprios enfermeiros (Almeida, 2001).

A parceria como prática organizada com estratégia só é possível através de um processo dinâmico e negociado e da participação conjunta dos familiares, doentes e profissionais e quando entendida nas suas componentes sociais, globais, multidimensionais e culturais. Deve conter valores inscritos na cultura, crenças e saberes da pessoa, (Gomes, 2002).

“...permite facilitar a experiência de estar hospitalizado, planear um projecto de intervenção e diminuir factores de stress. É importante a inclusão da família nos cuidados.” (E7)

Os constrangimentos na sua implementação podem resultar de conflitos não mediados entre estes, articulados ao método de trabalho implementado no Serviço e à falta de privacidade potenciada por estruturas arquitectónicas.

Ao colmatar as dificuldades sentidas pelos utentes construindo bases para a colaboração e participação com a finalidade da parceria, o (a) enfermeiro (a) vai dignificar a filosofia e valores da profissão melhorando as dinâmicas interpessoais e institucionais.

1.1.2.2-MODELO DE ANNE CASEY

Considerado o Modelo de excelência em Pediatria a Parceria de Cuidados de Anne Casey amplamente descrita no enquadramento teórico, foi ao contrário do esperado, exposta por um número restrito de participantes como vagamente conhecida, denotando-se um certo desconhecimento da mesma.

“Não conheço esse modelo em profundidade mas, penso que é fundamentado nele.” (E2)

“Eu conheço pouco do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Do que recordo, Anne Casey considera o parecer dos pais mais importante que os da própria enfermagem e nós ainda não estamos adaptados a essa realidade e mentalidade. Damos muito valor às posições sociais. (E4)

A maioria interpreta-o como de difícil aplicação pelas particularidades que o constituem. Obrigatoriamente este tipo de sistema de cuidar implica uma flexibilidade de papéis a que por vezes nem todos os (as) profissionais e famílias se conseguem adaptar.

“Não posso dizer que seja o modelo estrito de Anne Casey. O modelo de Anne Casey tem de facto prerrogativas e tem critérios e tem características particulares que com o tempo nós vamos forçosamente adaptando não só às características dos nossos utentes mas sobretudo aquilo que o Serviço de certa forma nos obriga a ser.” (E6)

“Fundamenta-se, essencialmente, na Anne Casey. Agora, com a nossa cultura, ainda penso que é raro o caso em que, na sua plenitude, é aplicado o modelo de Anne Casey.” (E10)

O consenso de que na saúde os cuidados centrados na família constituem um bom método de trabalho foi o precursor para o desenvolvimento de um modelo de enfermagem pediátrica. A não uniformização e inconstância de procedimentos, frequentemente acarretam sensações de angústia e confusão para a criança ou adolescente e seu elemento afectivo.

Na perspectiva de uma aproximação holística ao cuidado total, Anne Casey evidencia a capacidade e ânsia dos pais assumirem as funções de prestadores de cuidados recaindo sobre eles a responsabilidade e eficácia dos mesmos (Casey, 1993).

Salienta que o doente infanto-juvenil é o “objecto” central da pediatria e os pais os melhores cuidadores e na ausência deles um tutor legal que mantenha os laços afectivos e padrões de responsabilidade e segurança (Monteiro, 2003). Embora o conceito de família seja complexo de interpretar quanto à sua estrutura, dinâmica e recursos, ela é mais do que a portadora da pessoa com doença, mais do que um visitante. É igualmente um paciente e cliente do sistema de saúde.

A atenção dos enfermeiros (as) bem como dos progenitores deve orientar-se para a satisfação de todas as necessidades da criança e jovem adolescente, influenciando para que o crescimento, desenvolvimento e o agir social e emocional atinjam dentro dos possíveis os parâmetros estabelecidos como normais.

Qualquer prestação de cuidados que se pretende eficaz exige o envolvimento dos progenitores ou seus substitutos em pleno e o reconhecimento da importância das funções que realizam.

Este conceito constitui-se como a filosofia de base do modelo referido, cabendo ao (à) enfermeiro (a) providenciar unidades de saúde preventiva e curativa as quais envolvam uma relação directa e de sociedade com os cuidadores informais. Fundamentado no respeito e valor da experiências dos pais na educação e bem estar físico, psicológico e civil dos seus filhos, determina que até os mais inexperientes fornecem alguns conhecimentos mesmo que básicos e colaboram com perícia e interesse pelo futuro dos seus descendentes, o que não se poderia esperar na sua totalidade da equipa de saúde.

A intervenção mínima que a esta se exige na situação de parceria pode tornar-se mais extensiva se tal for indicado e até conveniente mas a integridade da unidade familiar e a recuperação do seu potencial só se justifica pelo acompanhamento e participação significativa dos progenitores (Farrell, 1994).

A colaboração em diligência às famílias interessadas assume formas diferentes porque os agregados detêm características igualmente díspares (Monteiro, 2003). Os ensinamentos à unidade familiar na qual se inclui o indivíduo com patologia aguda ou crónica, ou elementos significativos devem constituir uma tarefa isolada e não uma actividade planeada, como resultado das dúvidas encontradas em cada momento e não como um programa de ensino estabelecido à partida.

Os (as) enfermeiros (as) não devem ser uma barreira enquanto actores directos da parceria e é importante que fomentem a ajuda dos familiares no cuidar com vista à continuidade do mesmo. Os factores menos positivos que possam influenciar esta ligação

devem ser ultrapassados através do ensino, confiança e ajuda mútua não só no decorrer do internamento mas para além deste, (Almeida, 2001).

1.1.2.2.1-LIMITES ENTRE CUIDADOS FAMILIARES E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Pensamos que as diferenças entre os papéis dos cuidadores se encontram bem definidas mas a percepção de certas relações interpessoais é marcada pelas representações que os profissionais possuem acerca do domínio do saber (Gomes, 2002).

Utilizando como modelo os paradigmas de Anne Casey verifica-se uma concreta distinção entre os cuidados familiares e as actividades tidas como de enfermagem. O seu domínio contudo, não delimita barreiras fixas entre ambos.

A complexidade desta questão é salientada pela multiplicidade dos discursos recolhidos e sujeita-se ao ambiente de cada Serviço e à aptidão da equipa para comunicar e desenvolver actos de negociação recíproca. Os excertos que se seguem reflectem a opinião dos chefes para quem o sentido de cuidar depende das capacidades demonstradas pelo cuidador, seja ele o (a) enfermeiro ou o (a) familiar.

“...mesmo numa criança ventilada, os pais podem continuar a prestar muitos cuidados. Por isso é que, para mim, é assim um bocado difícil ver os limites.” (E3)

“Para mim o limite está apenas até onde a enfermagem reconhece a capacidade dos pais. À partida não há limites. Em boa verdade e, como regra, eu sinto que como filosofia básica não deve haver limites, mesmo quando se fala de algum tipo de cuidados que possa ser mais complexo ou até cuja responsabilidade não nos cabe completamente como por exemplo, a questão dos suportes ventilatórios, os chamados BPAPs ou até em questão a algum tipo de medicação mais complexa.” (E6)

Os cuidados prestados pelos membros da família ou inclusive os que a criança e jovem adolescente presta a si próprio são designados como familiares e abrangem um conjunto de acções do dia a dia elementares para o seu conforto e bem-estar (Farrell, 1994). O que efectivamente não quer dizer que não possam ser prestados pelos técnicos de saúde quando a família se encontra ausente ou incapaz para tal (Monteiro, 2003). A intervenção destes deve ser solicitada na perspectiva de efeitos positivos como consequência dos cuidados de saúde.

Em oposto entende-se, as acções e cuidados de enfermagem como os prestados pelos (as) profissionais da área. Neste contexto são tarefas especializadas a que os pais

das crianças internadas só terão acesso se as condições gerais o permitirem, se for mantida a segurança e após formação adequada e supervisionada mantendo-se a responsabilidade dos (as) enfermeiros (as). Assumem como foco de atenção a melhoria dos projectos que cada indivíduo vive e objectiva.

Uma abordagem de cuidados flexível deixa transparecer o pensamento de que em inúmeras ocasiões os técnicos de saúde, nomeadamente os (as) enfermeiros (as) terão de desempenhar cuidados familiares bem como os progenitores ou responsáveis legais deverão assumir como compromisso algumas das tarefas de enfermagem, construindo-se um percurso de igualdade para todos os intervenientes. Aos primeiros cabe a função clara de identificar o seu papel e qual a melhor atitude a tomar perante os problemas particulares dos cuidados de saúde e a especificidade de cada indivíduo. Certo é, que nas estratégias e políticas a implementar exista a forte convicção que os progenitores e seus substitutos têm um importante contributo a fazer (Farrell, 1994). Estes são as pessoas mais indicadas para cuidar na saúde e na doença e em legitimidade nunca devem sentir que são obrigados a participar pois isso, seria como uma coacção difícil de enquadrar no aspecto profissional e legal (Casey, 1993).

As crianças e jovens podem colmatar as suas necessidades vitais em termos de saúde mesmo que usufruam da intervenção mínima dos especialistas. A maioria dos problemas exige técnicas e conhecimentos específicos, de modo que, para se alcançar resultados satisfatórios e eficazes é obrigatório um sistema de ensino com partilha de informação apropriada. O que se pretende é estimular a sociedade para as dificuldades relacionadas com os cuidados à criança, adolescente, e família (Farrell, 1994).

Esta opinião não é partilhada e demonstra o cepticismo patente numa realidade futura de total sociedade de cuidados e tomada de decisões.

“Há um limite porque os pais não têm preparação técnica para fazer algo mais específico que seja da competência do enfermeiro.” (E1)

“Mas há limites. Há cuidados que os pais não têm conhecimentos suficientes para efectuar. Num Serviço tão específico como este até um simples banho pode ser complexo. E administração de medicação não me parece correcto.” (E2)

Como testemunhos explícitos da prática da enfermagem realçam as preocupações legais e profissionais dos indivíduos competentes em delegar funções aos membros significativos, que podem aprender como agir em determinadas situações mas não são detentores do conhecimento teórico que lhe serve de base. Certificar a competência do cuidador informal e proporcionar-lhe a prestação de tarefas exclusivas é

algo que se subordina ao julgamento profissional do (a) enfermeiro (a) qualificado (a) e responsável (Casey, 1993).

Tradicionalmente as normas e particularidades intrínsecas a cada instituição, gestor e método de trabalho definido conduzem a que a posição dos inquiridos oscile entre a flexibilidade de comportamentos e a defesa dos limites.

“Não há limites entre os cuidados, ou melhor há limites. Na minha opinião os limites implicam a vontade dos pais, ou seja, eles quererem e o início da prestação de cuidados. O limite é que os enfermeiros sabem as complicações e o modo de actuação. Os pais podem adquirir competências mas nem sempre conseguem actuar oportunamente. Contudo podem fazer tudo aquilo que quiserem mas existe sempre necessidade de apoio.” (E4)

“O limite é variável. Acho que não se pode estipular nenhum limite. Mesmo o próprio Modelo de Anne Casey e os modelos familiares assim o dizem que, apesar dos pais demonstrarem capacidades para fazerem uma determinada tarefa ao longo do tempo, têm de ser acompanhados porque a rotina pode levar a que depois cometam alguns erros.” (E10)

Quando o envolvimento do doente e seus responsáveis é observado para além do sentido unidireccional valoriza-se e estimula-se a criatividade e novas dinâmicas que atenuam os fenómenos de dependência por parte destes e contribuem para a formação inicial e contínua dos profissionais.

Cuidar é aceitar fazer com o outro e quando tal não acontece os tratamentos e conhecimentos científicos e técnicos são colocados em causa porque a sua realização não proporciona bem-estar à pessoa que deles carece (Carvalho, 2002).

A flexibilidade e sobreposição de actividades possuem uma relação directa com o tipo de doença, a gravidade da situação clínica, a admissão na Unidade de Saúde e Serviço e o tempo de hospitalização por esse motivo, a negociação só tem lugar quando existem visões divergentes sobre um mesmo assunto e assume um cariz fundamental para o comprometimento e parceria com a criança portadora de doença e conviventes afectivos (Gomes, 2002). A partilha não se expõe no seu verdadeiro significado quando depende da benevolência e boa vontade mas deve pelo contrário reflectir uma decisão de consenso (Dinis, 2006).

A divisão e transferência de responsabilidades implicam novas estratégias de mudança e têm influências no modo como os integrantes e utilizadores do Sistema

Nacional de Saúde observam uma nova cultura de cidadania nos estados de saúde e de doença.

1.2-QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Destaca-se com a relevância que o assunto exige e pelas concepções emitidas pelos integrantes do estudo, que a qualidade é uma meta a atingir e que no sentido conducente da satisfação dos profissionais e utentes dos cuidados de enfermagem possui uma relação directa com os modelos de parceria, podendo estes constituir-se factores de avaliação da mesma.

“A filosofia do Serviço é prestar cuidados de qualidade envolvendo as crianças e família para que todos saiamos satisfeitos” (E1)

“A qualidade de cuidados para responder directamente à pergunta passa pela existência do modelo de parceria” (E6).

Contrariamente aquilo que se possa imaginar o termo qualidade não surgiu na década de 90 quando a Organização Mundial de Saúde preconizou que a mesma seria o sustentáculo dos serviços de saúde em resposta a várias questões. Sobressaem as de ordem social pela maior exigência e expectativa por parte do público, as de natureza ética a nível de formação e conhecimentos, profissional, pelo desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados e económicas, decorrentes de um governo incrementador de políticas com custos base e racionalização de recursos.

O que significa então qualidade do exercício profissional em termos dos processos de saúde e doença das pessoas?

É uma tarefa algo complexa tentar definir-se o conceito de qualidade não só pelo seu cariz subjectivo como pelas diferentes semânticas que lhe são atribuídas quando utilizada por políticos que pretendem a satisfação da população, gestores cuja preocupação é a economia e os gastos supérfluos, enfermeiros (as) que pretendem boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes e utentes que requerem a garantia de acessibilidade à saúde e relações interpessoais gratificantes.

Estruturas internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o International Council of Nursing e nacionais como a Ordem dos Enfermeiros, o Instituto da Qualidade em Saúde e o Conselho Nacional de Qualidade assumiram como prioridade implementar

um sistema de cuidar em excelência, assente nas premissas de promoção da saúde, ensino e prevenção da doença (Ribeiro et al, 2008).

Reflectindo no interesse que cada um, utente e família, médico (a), enfermeiro (a), administrativo (a), gestor (a) atribui a este tema obtêm-se perspectivas tão pouco coincidentes que a garantia da qualidade como projecto de intervenção só se torna possível pela visão partilhada norteadas pela solidariedade, integridade e pelo entendimento da Unidade de Saúde como um todo, em que papéis especializados são atribuídos a vários “actores” (Fontes, 2009).

A qualidade e produtividade em saúde são conceitos multidimensionais que ultrapassam aspectos burocráticos e racionais, envolvem de modo permanente os seus colaboradores (Ordem dos Enfermeiros, 2004) e exigem o conhecimento profundo do utente associado às actividades diárias da organização, o esforço para modelar a cultura desta através da acção dos líderes, com o desígnio de incentivar o brio, a alegria, a colaboração e o pensamento instrutivo, a utilização de métodos científicos de recolha e análise de dados e acções daí derivadas para o controlo dos processos de trabalho. Para ser possível a sua caracterização é necessário interiorizar-se as noções de eficácia e eficiência, acessibilidade, satisfação, adequação, continuidade de cuidados, estrutura física e organizacional da instituição e competência profissional (Ribeiro et al, 2008).

Cuidados de saúde com qualidade são todos aqueles que reflectem a opinião dos beneficiários acerca das características do processo de cuidar a que foram sujeitos e a conformidade dos resultados com as suas expectativas.

A enfermagem como profissão “envolve-se” na vida do indivíduo e conseqüentemente no percurso do seu ciclo vital o que significa que o parecer que este emite é um sistema para monitorizar problemas a corrigir, expectativas em relação ao atendimento e capacidades de reorganização dos serviços (Mcintyre & Silva, 1999 cited in Ribeiro et al, 2008). Naturalmente o profissional de enfermagem deve assumir o papel de dinamizador de projectos e procedimentos de rotina baseados na evidência de os estimular a reflectir e fazer mais e melhor.

O aumento exponencial ao nível das carências e imposições dos cidadãos, a maior responsabilidade e desejo de melhorar a performance dos (as) enfermeiros (as), o uso ajustado dos recursos disponíveis traduzem-se como metodologias de melhoria contínua de qualidade na obtenção do atributo essencial resultado positivo (Ribeiro et al, 2008).

1.2.1-ATITUDES DOS ENFERMEIROS

Se pensarmos no tema escolhido para o estudo actual confrontámo-nos com o significado da parceria e as vantagens ou não que esta possa ter para a organização do Serviço e na qualidade dos cuidados de enfermagem pediátricos. A forma como os progenitores ou seus substitutos são integrados na equipa multidisciplinar e é percebido o seu papel de prestadores informais de cuidados, será fundamental para o pessoal de enfermagem aperfeiçoar o seu modo de Estar não dando espaço a que a rotina se instale. Do ponto de vista prático representa a riqueza de compreensões, de emoções e exigências que existe pela interacção de todos os elementos constituintes de um projecto que tem como finalidade alcançar a cura, ou minimizar a dor e o desconforto.

“A postura do enfermeiro na prestação dos cuidados é, por vezes mais importante que o desenvolvimento técnico. A postura neste Serviço é fundamental.” (E1)

“...a postura do enfermeiro para com os pais, colegas e restantes integrantes da equipa multidisciplinar é o aspecto principal do saber estar.” (E7)

No entanto, o Saber Estar como atitude engloba várias noções que podem ser mais ou menos valorizadas consoante o percurso profissional que cada enfermeiro (a) pretende e a gestão do Serviço onde se encontra inserido.

Quando colocados perante o que consideram importante para o correcto funcionamento dos internamentos baseado na postura da sua equipa, alguns (mas) dos (as) chefes inquiridos sugerem as relações interpessoais e a interacção com a criança e família como comportamentos básicos.

“...relações humanas, ensinios e maneira de contactar e tratar a criança e a família é uma coisa pessoal que eu valorizo bastante numa enfermaria pediátrica.” (E3)

“Valorizo tanta coisa: a postura (...) a forma como elas se comportam com os pais e falam para as crianças, como prestam cuidados, como se auto responsabilizam pelo Serviço...” (E9)

A escuta é outro dos factores mencionados neste campo pelo poder que exerce na construção da confiança entre os (as) profissionais e os pais que se confrontam com a doença e o impacto que esta possa ter no seu (a) filho (a) e na rotina familiar.

“Portanto, os enfermeiros têm que ter disponibilidade e capacidade para ouvir e para responder aos pais, porque regra geral em (...), os pais trazem consigo uma elevada carga de ansiedade e muito medo pelo desenlace da situação patológica da criança.” (E6)

Neste âmbito despontam igualmente a humildade e capacidade de aceitar diferentes opiniões que podem contribuir para um cuidado permanente com a linguagem, a assertividade e a olhar o outro com especificidade.

“A presença dos familiares impõe que o profissional adquira algum cuidado na linguagem e atitudes, que se vai perdendo com o tempo e habituação ao Serviço.” (E2)

“Os profissionais devem possuir uma visão humilde e interiorizar que servem o doente e respectiva família. É importante aceitar as críticas pela positiva. Ouvir, aprender e melhorar.” (E4).

A valorização das múltiplas dimensões e capacidades do ser humano, focando a tendência para a actualização, o conhecimento das suas necessidades e busca para ultrapassar dificuldades, permitem-lhe estabelecer relações humanizadas que vão incrementar nas diferentes instituições de saúde os conceitos de parceria e qualidade dos cuidados de enfermagem.

A palavra atitude tem a sua origem no latim “actus” que tão simplesmente significa acto, acção ou aptitude. As investigações sobre este termo possuem uma longa tradução nas ciências sociais com especial enfoque para a psicologia.

Para Thomas & Znaniecki (1918 cited in Dixe, 1995, pp.36) atitude é *“um processo de consciência individual que determina actividades reais ou possíveis do indivíduo no mundo social.”* Pode mesmo dizer-se que como disposição mental e neurológica, se constrói e elabora pela experiência, exercendo uma influência dinâmica orientada sobre as reacções de um indivíduo relativamente a todos os indivíduos e objectos com quem cria relações, independentemente dos desafios, bem-estar e conflitos que daí possam advir. Atitude é um estado interno que intervém entre estímulo e resposta tendo efeitos objectivos e subjectivos sobre esta (Allport's, 1935 cited in Dixe, 1995).

Do ponto de vista reflexivo confrontámo-nos com a concepção de que atitude é algo um pouco distante da personalidade mas antes uma tendência psicológica reflexo de um estado interno que se apresenta num curto espaço de tempo.

Os vários pontos em comum dos conceitos defendidos referem-se à experiência inerente a uma pessoa ou objecto na qual se inclui um momento de avaliação.

Chaiken & Strangor (1987 cited in Dixe, 1995, pp.38) defendem que a estrutura das atitudes pode ser dividida em três componentes distintas, a cognitiva, a afectiva e a comportamental. As respostas avaliativas do tipo cognitivo centram-se nos pensamentos e ideias acerca do objecto de uma atitude. As de tipo afectivo são constituídas por sentimentos, emoções e humor. Por último as de tipo comportamental consistem nas acções abertas que as pessoas exibem e que podem variar de extremamente positivas a negativas.

O modo como os (as) enfermeiros (as) se comportam varia no quadro da situação com que se deparam e de acordo com a especificidade do sujeito alvo de cuidados, inúmeras vezes em estado de dependência e vulnerabilidade. Daí a urgente necessidade de equilíbrio prático entre eficiência técnica e humanismo.

Na exposição de Fernandez (1996, cited in Simões et al, 2008, pp. 98) *“uma nova ética dará corpo e vigor a uma preocupação moral ancestral nos cuidados de saúde e originará uma nova disciplina que através do discernimento interdisciplinar irá dedicar-se ao estudo da conduta humana na utilização de meios técnicos sofisticados, no cerne da relação entre profissionais de saúde e as pessoas doentes.”*

Na prática comum os (as) profissionais de enfermagem como cuidadores de proximidade reconhecem a dimensão do sofrimento da pessoa doente e tentam promover a sua dignidade e respeito sem nunca esquecer o factor humano. Embora por vezes este seja desvalorizado em relação à cultura científica e técnica.

“No limite do sofrimento humano, o enfermeiro eleva-se a uma acção prática complexa e organizada, onde o corpo e a mente do cuidador e da pessoa cuidada, confluem para uma dinâmica harmoniosa, metódica e respeitadora. Nesta oferta mútua, o mais pequeno detalhe é valorizado, de modo que quanto mais vulnerável e dependente é a pessoa doente, mais delicado, fino e leve é o gesto, o olhar, o movimento, a voz e o contacto do enfermeiro cuidador” (Simões et al, 2008, pp. 99).

1.2.1.1-CONHECIMENTO CIENTÍFICO

A capacidade racional do ser humano permite-lhe transformar as percepções pessoais do ambiente que o rodeia, o saber teórico e a experiência laboral em conhecimento científico. Sendo a enfermagem uma profissão voltada para as pessoas, exige o cuidar um dever de rigor técnico e humano. Embora para esta profissão, e mesmo para o (a) enfermeiro (a), seja primordial a sustentabilidade do conhecimento, este foi vagamente citado no decurso das entrevistas efectuadas.

“...a participação dos pais, no fundo obriga a que o enfermeiro esteja muito mais seguro e que tenha os conhecimentos muito mais sólidos. Ele é facilmente interrogado e tem de demonstrar segurança naquilo que está a fazer.” (E10)

Como profissão, a enfermagem, desenvolve-se numa referência particular de conhecimento, uma vez que o centro da sua acção é o indivíduo detentor de valores, princípios e padrões culturais que não podem ser objectivados e influenciam a experiência de saúde e doença (Silva & Batoca, 2003).

O cuidar é simultaneamente uma ciência e uma arte, pois implica que o (a) enfermeiro (a) aprenda procedimentos altamente técnicos como puncionar, preparar e administrar terapêutica, utilizar máquinas complexas assim como criar empatia e estabelecer a relação de ajuda, familiarizando-se com o doente e família em situações de saúde particulares. *“Aquilo que interessa no cuidado de enfermagem é que o enfermeiro tenha um conjunto de competências que lhe permitam realizar a acção técnica, estando ao lado, sabendo lidar com, sabendo estar, sabendo entender pessoas nas suas necessidades de cuidados e criando as condições para que o cuidado aconteça* (Costa, 2007, pp. 31).

A enfermagem deve sustentar-se nas necessidades mais emergentes dos cidadãos e na capacidade de dar respostas adequadas aos problemas dos mesmos. O seu progresso e aperfeiçoamento dependem do enraizar do saber em termos científicos e de práticas clínicas de excelência no sentido da satisfação dos prestadores de cuidados e utilizadores do sistema de saúde (Costa, 2007).

Carper (1978), ao estudar a literatura de enfermagem, identificou e descreveu para além do conhecimento empírico como saber profissional no âmbito de uma actividade complexa e organizada, mais três padrões nomeadamente, o conhecimento ético como reflexo moral das escolhas a serem feitas e o seu porquê, o conhecimento pessoal em enfermagem que engloba as vivências individuais e a introspecção como meios para a valorização e integridade e o conhecimento estético que se expressa pelo significado que o (a) enfermeiro (a) atribui à acção que realiza. Estes complementam-se entre si na certeza de que *“o conhecimento perito, e desde logo também o conhecimento competente, é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento”*, pelo que os (as) profissionais de enfermagem para se constituírem como elementos úteis e eficazes devem não só desenvolver-se como pessoa, mas desenvolver de igual modo a perícia científica e tecnológica ajustando-a à realidade de cada utente e família (Benner, 1996 cited in Queiroz, 2007, pp. 4).

1.2.2-AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

A natureza do trabalho dos (as) enfermeiros (as) concretiza-se no utente e na sua potencial qualidade de vida pelo que as exigências diárias a que se sujeita e que culminam na valorização individual e profissional, subordinam-se à avaliação de desempenho em cada triénio, um dos determinantes mais expressivos dos resultados organizacionais.

Num momento em que sobrevêm preocupações acrescidas para com a produtividade e eficiência, esta apresenta-se para as entidades de saúde como uma possibilidade de obter melhorias nos seus resultados.

É para este subtil quadro de procedimento que a recolha de elações nos encaminha quando se idealiza atitudes e modos de actuação perante cuidados de rotina, especializados e situações de elevada dificuldade pelas características da criança e família, na tentativa de incrementar a qualidade.

“No entanto, o desempenho é o indicador mais preciso para avaliarmos os enfermeiros.” (E1)

De acordo com o n.º 1 do art. 43º do Dec. Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, a apreciação do desempenho centra-se na *“avaliação contínua do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro nos respectivos cargos e áreas de actuação e na atribuição periódica de uma menção qualitativa”* (Roque & Santos, 2008, pp. 27).

Consubstancialmente é uma ferramenta estratégica da gestão de recursos humanos que através de sistemas formais e informais de avaliação visa o realizar de serviços de qualidade (Roque & Santos, 2008).

Análise sistematizada do exercício profissional na enfermagem determina se o (a) trabalhador (a) é detentor dos conhecimentos, das habilidades, das atitudes e do julgamento necessários e se os utiliza na sua prática usando como referenciais o conteúdo funcional da respectiva categoria e as normas e critérios definidos para o serviço em que se integra. Baseia-se na dualidade diálogo-resultado com a autêntica pretensão de impulsionar o crescimento singular e de trabalho e o progresso e modernidade do sistema de cuidar.

Arvey & Murphy (1998 cited in Roque & Santos, 2008) desenvolveram um estudo de investigação sobre as tendências dominantes no suceder das últimas décadas relativo a esta matéria. Das constatações mais emergentes evidenciou-se que entre os anos 50 e 80, existiu uma preocupação referente às metodologias a utilizar para a atribuição da avaliação. Seguiram-se as questões psicológicas subjacentes à realização deste

processo. Após os anos 90 e acompanhando as significativas alterações das estruturas organizacionais, os diversos aspectos contextuais focalizaram-se como o centro de atenção (Roque & Santos, 2008).

No seguimento deste movimento, Caetano (1986 cited in Roque & Santos, 2008) determinou que existe um défice na articulação do parecer de quem é avaliado com o julgamento e contexto do avaliador. Sobressai desta forma, a indispensabilidade de *“conceptualizar a avaliação de desempenho como um processo de comunicação e negociação entre os diferentes interlocutores, no qual os avaliados deveriam ter um papel activo como co-autores do julgamento emitido para que se verifique uma construção psicossocial que envolva ambos”* (Caetano 1986 cited in Roque & Santos, 2008, pp. 27)

Percebida maioritariamente como necessária, pertinente e relevante é acompanhada na actualidade por um sentimento de descrédito como resultado da forma como é utilizada, pois em vez de funcionar como meio de aperfeiçoamento e evolução pessoal e profissional dos (as) enfermeiros (as), converteu-se num método burocratizado que até um determinado período serviu para a obtenção da progressão na carreira. Desperta neste caso a relevância da legitimação social como factor concludente para a sua eficácia (Moreira, 2000; Pereira & Batista, 2001; Pinto & Lança, 2002 cited in Roque & Santos, 2008).

Ao falarmos de desempenho é imperioso entendermos o ambiente em que ele tem lugar. De acordo com o professor Coriolano Ferreira (1986 cited in Pereira, 2001 pp. 28) *“os hospitais são entidades extremamente complexas, das mais complexas dos tempos de hoje”*, pelo predomínio das características e número de elementos que constituem o sistema hospitalar e a interdependência da relação entre estes e o meio envolvente e global. É portanto lógico compreender que embora a avaliação de desempenho tenha a função primordial de contribuir para a melhoria e engrandecimento científico dos (as) profissionais, outros factores há que lhe estão inerentes e influenciam determinantemente os indivíduos no cumprimento do dever no âmbito de trabalho.

Paralelamente a este processo formativo e evolutivo que induz o (a) enfermeiro (a) a alcançar o nível de desempenho desejado e a consequente qualidade na prestação de cuidados, tem lugar a atribuição de uma menção qualitativa que pode ser de Satisfaz ou Não Satisfaz.

Várias são as metodologias que podem ser utilizadas para a análise das representações do trabalho e que culminam no imputar da menção supracitada, designadamente a observação, a entrevista de orientação inicial e periódica, o relatório crítico de actividades, projectos profissionais e entrevista de avaliação no termo do triénio considerado.

Mais do que um modelo avaliativo, a entrevista assume-se como uma *“forma de interacção humana, utilizando um processo de comunicação verbal para colher informações relacionadas com uma finalidade fixada”*.

“Outros aspectos que tento fomentar são...as entrevistas de avaliação para tentar mostrar a necessidade de mudança.” (E7)

“Vou fazendo também entrevistas aos enfermeiros com o objectivo da avaliação.” (E8)

Possui como objectivos integrar o profissional que é avaliado na filosofia e métodos de trabalho do estabelecimento ou serviço e unidade de cuidados, ajudando à interpretação das normas de actuação e dos critérios de avaliação estabelecidos para os três anos com o intuito de definir as funções e papéis de cada um dos intervenientes no processo de orientação periódica motivando-os para a realização de boas práticas.

A observação da actuação individual caracteriza-se por ser um método sistemático de colheita de dados capaz de identificar quais os aspectos da actividade do avaliado que são significativos, pelo que se devem e podem utilizar outros meios de carácter informal.

“Julgo que utilizo uma estratégia que todos os enfermeiros chefes deveriam utilizar: na passagem de turno aproveito para ter uma noção do doente e dos cuidados que lhe são prestados, mesmo não os conhecendo fisicamente. Questiono as pessoas sobre isso, discutimos na passagem de turno ou em reuniões de serviço essas particularidades.” (E8)

“Muitas vezes utilizo as conversas informais com as pessoas em particular. Ou chamadas de atenção ao grupo quando isso vai influenciar o funcionamento do mesmo.” (E9)

No decorrer de todo este processo deve ocorrer um reforço positivo do avaliador na tentativa de manutenção e actualização do comportamento que pode ter efeitos positivos no resultado que se pretende obter e que se refuta ao facto da melhoria da saúde dos clientes sejam eles o próprio indivíduo doente ou os seus familiares. Pelo contrário, as atitudes negativas devem ser corrigidas e eliminadas pelo uso da crítica construtiva.

1.2.3-GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Qualquer instituição é condicionada na sua funcionalidade e ganhos nas vertentes monetárias e resultados por múltiplos factores e destes, a gestão dos funcionários é o que se reveste de enorme importância e sensibilidade.

No tocante a esta categoria decorrente da análise das entrevistas executadas, prevaleceu pela maioria das ideias transmitidas que existe um défice de pessoal de enfermagem em determinados turnos e épocas do ano, mantendo-se contudo assegurados a totalidade e excelência dos cuidados.

“Apesar das pessoas acharem que por os pais colaborarem não será preciso tantos recursos humanos, isso é mentira a meu ver, não é? Porque nada substitui nada e os pais sem supervisão também não é correcto. Por isso, dentro do possível, eu tento ter um número razoável de enfermeiras na equipa e em cada turno para colmatar as necessidades dos doentes e família, mas é cada vez mais difícil.” (E3)

“Como qualquer outro Serviço hospitalar há períodos em que também tenho problemas em ter o número adequado. Podemos colmatar os défices ao alargar, reestruturar os cuidados ao longo do dia.” (E4)

Constatámos com efeito que este não é o panorama real da totalidade das enfermarias, havendo algumas em que as equipas são compostas por um número razoável e até satisfatório de enfermeiros (as).

“Para fazer este tipo de trabalho é preciso ter enfermeiros suficientes que, neste momento acho que são. Mas se forem necessários mais e se fizer um pedido nesse sentido não tenho dificuldades (...) Por isso o horário já é elaborado de acordo com as necessidades do Serviço com um número de enfermeiros definido por manhã, tarde e noite. Se houver um acréscimo de doentes que exijam mais cuidados, os turnos serão reforçados, o que acontece esporadicamente.” (E1)

Frederico & Leitão (1999, pp.105) entendem os recursos humanos como o conjunto de todas *“as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou tarefa. São os mais complexos da organização pelo que requerem particular atenção dos gestores.”*

A gestão dos recursos humanos e a subsequente dotação dos Serviços hospitalares e de cuidados de saúde primários tem vindo a traduzir-se num assunto de

elevada preocupação face às tendências economicistas produzidas pelas constantes alterações no Serviço Nacional de Saúde.

Num tempo em que se verificam constrangimentos em termos financeiros, os discursos dos administradores das entidades acima referidas são indubitavelmente voltados para a contenção de despesas.

A forma mais imediata de redução de custos traduz-se numa diminuição de pessoal o que vai ter efeitos a longo prazo na qualidade dos cuidados oferecidos à população e na satisfação das necessidades mais básicas. Não obstante, a política mais correcta é a utilização de um planeamento efectivo que envolva o ajuste dos recursos humanos em função do trabalho a concretizar ou definido como tal (Machado, 2001).

Várias são as metodologias de cálculo de pessoal mas nenhuma permite uma estimativa exacta uma vez que existem domínios do trabalho de enfermagem que não são mensuráveis, como dificilmente serão quantificados com rigor. Para se obter um cálculo mais ajustado é indispensável ter em atenção um conjunto de factores nos quais se incluem o conhecimento da população alvo e das suas necessidades no que concerne aos cuidados de enfermagem.

Sobressai do actual enquadramento político e económico uma fase de restrição de custos o que nos leva a crer que a dotação de pessoal é notoriamente exercida por razões de natureza política em detrimento de indicadores mais objectivos. Dado o actual contexto social e economicista, os sistemas de classificação de doentes são elegidos como os mais abrangentes relativamente aos aspectos da saúde para a determinação de recursos humanos, tendo por base os factores acima indicados. Mesmo assim, é por vezes impossível demonstrar de forma concisa o desempenho dos (as) enfermeiros (as), bem como o contributo social da enfermagem enquanto profissão (Machado, 2001).

As Unidades de Saúde independentemente das suas características e poder de actuação são formadas por indivíduos detentores de capacidades, aptidões e motivações que orientam as suas actividades na intenção de alcançar objectivos por eles previamente definidos. Tal facto, faz com que a gestão dos recursos humanos tenha de englobar necessariamente a *“dotação e cálculo de pessoal, recrutamento e selecção, integração, formação, avaliação de desempenho e carreira”* (Frederico & Leitão, 1999, pp. 112).

Como dotação de enfermagem devemos compreender *“uma actividade que se realiza com o objectivo de estabelecer de forma quantitativa e qualitativa, as necessidades em pessoal de enfermagem para prestar cuidados a um determinado grupo de doentes, com a finalidade não só de concretizar aspectos do plano de acção de uma instituição de saúde, no que se refere a pessoal (número, tipo e custos), mas também contribuir para avaliar o nível de cuidados de enfermagem”* (Frederico & Leitão, 1999,

pp. 113). Dimensionar os profissionais de enfermagem é a etapa inicial do provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão de quantidade dos funcionários por categoria, o que se torna uma tarefa complexa em precisão atendendo a que o dinamismo quanto ao número e funções a desempenhar é variável, isto se tivermos em contas as atitudes que vão para além do executar (Machado, 2001).

É preciso reconhecer que os enfermeiros são uma parte imprescindível nas equipas multiprofissionais e que o seu desempenho e número determinam peremptoriamente a eficácia e eficiência organizacional.

1.2.3.1-FORMAÇÃO CONTÍNUA

Reflexo de uma prática laboral com estrutura e pensada para o outro a formação é uma das estratégias mais utilizadas para o alcance do “patamar” da excelência dos serviços e extinção das dificuldades reconhecidas.

“...os enfermeiros sempre que é possível e pertinente fazem formação. No meu plano de actividades é contemplada essa formação, que achamos pertinente para o Serviço e vai de encontro às necessidades dos enfermeiros (...) Por vezes é necessário implementar acções de formação que não se encontravam no plano de modo a suprimir as dificuldades observadas.” (E1)

“...o Serviço assume um papel fundamental no apoio aos trabalhos e protocolos que se possam realizar e no incentivo à frequência em especialidades de enfermagem, nomeadamente a de Pediatria. Existe formação necessária ao trabalho de uma (...) e (...) na área específica da emergência pediátrica, de suporte básico e avançado de vida e do transporte de crianças. Por sua vez, as especialidades fornecem um nível de conhecimentos e competências muito importantes para quem trabalha em Pediatria.” (E6)

“...a formação em serviço que possibilita a aquisição de competências no saber fazer (...) Outros aspectos que tento fomentar são a formação na perspectiva de ultrapassar as dificuldades de grupo...” (E7)

Nos dias de hoje, a formação é observada sob o ponto de vista da continuidade num percurso que se inicia na escolaridade como aprender ensinado e se prolonga até ao ingresso no mercado de trabalho, mantendo-se sob a forma de aprendizagem sucessiva nas suas vertentes, assistida e autónoma (Ferreira, 2004).

Como conjunto de informação relativa a uma área científica, obrigatória para o exercício de uma actividade, permite a actualização de conhecimentos profissionais cumprindo no sector da saúde um papel insubstituível na postura dos (as) enfermeiros (as) para com os pais, colegas e restante equipa multidisciplinar como aspecto principal do saber estar e naturalmente na qualidade e eficácia da assistência e prestação de cuidados.

O ser humano é “obra” que se mantém em constante aperfeiçoamento e que integra uma sociedade em mudança que exige uma educação ininterrupta sem a tradicional disjunção entre sistema de ensino e sistema de formação profissional, dadas as suas interdependências (Conselho da Europa, 1980 cited in Ferreira 2004). Sente-se particularmente motivado quando a aquisição de novos saberes vai de encontro à sua experiência habitual e lhe permite momentos introspectivos de análise ao seu desempenho.

A adequação às políticas subjacentes, aos programas de desenvolvimento, inovação e mudança, articulada com a formação continua promove a valorização pessoal, sócio-profissional e cultural, desenvolve o espírito de iniciativa e a autocrítica como meio de actualização técnico-científica e incide manifestamente no ambiente de trabalho e promoção na respectiva carreira (Ferreira 2004).

É um instrumento indispensável a uma política de gestão integrada para o acompanhamento individual e de grupo como meio de orientação para ajudar qualquer trabalhador a atingir níveis progressivamente mais elevados de desempenho. A sua utilização permite assinalar factores de rendimento profissional e projectos individuais de criação e empreendedorismo. Assenta em pressupostos que definem a cultura do Serviço e Unidade de Saúde relativos ao profissionalismo e rigor como desenvolvimento de boas práticas (Ribeiro et al, 2008) e modernização dos procedimentos.

Como sistema de partilha de informação produz uma investigação incessante de novas teorias e técnicas aplicativas que discutidas por indivíduos com diferentes escolas de base tornará possível ultrapassar a dimensão reducionista da palavra “formação”. Assim sendo, contribui para a interacção como processo de comunicação verbal em que a finalidade é a recolha de informações para a harmonização do funcionamento, projectos e objectivos do Serviço e igualmente do (a) profissional de enfermagem. Tal facto ajudará à constante actualização e interpretação de situações que requerem verdadeiramente cuidados de enfermagem.

A natureza desta profissão e as características do seu exercício impõe mudanças efectivas que se traduzem pela formação contínua como rumo para manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos. Contemplando a obtenção de graus académicos mas identicamente a afirmação

da enfermagem no campo de trabalho e o incentivo à competitividade são de valorizar outras formações que não pertençam ao seu campo restrito, mas que a ela possam ser adaptadas e aplicadas (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Da observação dos resultados é perceptível o interesse na continuação deste parâmetro sob o ponto de vista da “construção” da personalidade e atitude dos técnicos de saúde no combate ao tendencial da rotina que facilmente se instala, não pela corrente humanitária mas tecnicista que exprime este tipo de profissão.

1.2.3.2-MOBILIDADE DOS ENFERMEIROS

Na maioria dos estabelecimentos de prestação de cuidados, as estruturas de organização, as várias fontes de poder, os valores quantitativos centrados na produtividade, tornaram-se no decurso do tempo inadequados às directrizes da qualidade e para as necessidades e carências da população. Os recursos humanos insuficientes, o pessoal técnico e competente insatisfeito e pouco motivado, caracterizam os nossos serviços de saúde, crescentemente mais dispendiosos e em determinadas situações mais desumanizados e voltados para a doença e a técnica.

Uma das características com maior relevo no panorama da saúde de hoje é a mobilidade dos (as) enfermeiros (as) entre Serviços de uma mesma instituição. Se por um lado é premente a aquisição de várias competências e conhecimentos, por outro coloca-se a questão da experiência tão útil para a mesma e o factor tempo para conhecer e estar com o doente e respectiva família. Estes são dois pontos fundamentais à construção da enfermagem como profissão e ciência. Não obstante, a mobilidade deve ser sempre planeada e consentida no sentido do melhor rendimento profissional.

“Penso que é mais fácil se o enfermeiro se mobilizar dentro da mesma área. Neste momento eu “empresto” enfermeiras para a Obstetrícia, Urgência de Pediatria e Neonatologia, que constituem a Gestão Integrada da Mulher e da Criança. Como tendemos para a rotina acho que são experiências novas e uma mais valia para os enfermeiros.” (E3)

“A mobilidade pode ser benéfica e importante. Conhecer outras realidades e como participar activamente permite-nos obter outras experiências, aprender a ultrapassar dificuldades e a não criticar coisas de que não temos conhecimento. As pessoas crescem e evoluem. Em relação ao profissional fornece uma perspectiva diferente. A nível de gestão permite ter pessoas capazes de se mover em diferentes situações.” (E4)

Podemos assim considerar a mobilidade sobre os paradigmas distintos de deslocação consensual para outros Serviços dos profissionais de enfermagem e a gestão de recursos humanos por défice de elementos no grupo de trabalho. Sendo que esta última questão gera controvérsia e é de todo contra o modo de gestão dos (as) enfermeiros (a) inquiridos.

“Agora a mobilidade para “tapar buracos” não é benéfica. Não há um conhecimento do doente, dos protocolos e desconhece-se o lugar dos materiais. Se os enfermeiros são mobilizados contra a sua vontade, ou passarem um tempo diminuto em cada Serviço não vão estabelecer relação efectiva no conjunto doente e família e tecnicamente não vão evoluir.” (E4)

“Eu não concordo e oponho-me liminarmente a este tipo de situações como uma forma normal de gerir recursos humanos em enfermagem. Não concordo com a situação em que o enfermeiro está no Serviço A e vai para o Serviço B porque tem poucos doentes. Eu acho isso profundamente errado por duas razões. Primeiro, porque desmotiva o enfermeiro e faz com que ele se sinta não necessário no Serviço. Quebra-se o sentido de pertença, um sentido de que ele é importante para aquele Serviço onde ele está. Segundo, é da minha opinião que, não garante a qualidade dos cuidados. Um enfermeiro que trabalhe no Serviço e é mobilizado para outro Serviço, se não foi integrado, desconhece as rotinas e em completa notoriedade as características dos doentes. Portanto ele não consegue substituir um enfermeiro do Serviço para onde vai.” (E6)

A falta de pessoal e a mobilidade significativa resultante desta pode ter num período de tempo extenso consequências por sobrecarga de trabalho e falhas a nível de integração que significam in experiência e erros não só nas componentes técnico-práticas mas igualmente na parceria com o utente e família, na humanização, continuidade e qualidade dos cuidados.

Embora a enfermagem tenha sido durante longos anos pouco valorizada, na actualidade é impossível não reconhecer a sua evolução e a complexidade que a ela dizem respeito. Como profissão há situações de elevada tensão difíceis de suportar que provocam stress mesmo em ambientes e condições de trabalho ideais, que obrigam os (as) enfermeiros (as) a alterar o seu desempenho e estratégias. Quando o ambiente geral obriga a mudanças frequentes entre internamentos e enfermarias, o pessoal de enfermagem não desenvolve relações privilegiadas com os doentes, tentando unicamente responder às necessidades essenciais destes. Acabam por ter a noção de

que fizeram pouco no âmbito das relações humanas e enfrentam sentimentos de incerteza no que concerne à competência e cumprimento do dever (Benner, 2001).

São eles (as) que mais presentes se encontram nos Serviços e que melhor visão possuem do que se passa e como cuidadores de proximidade deveria ser-lhes permitido escolher o local onde gostariam de estar. Só assim haverá qualidade no cuidar e satisfação dos (as) enfermeiros (as), do indivíduo doente e do convivente significativo. A mudança a acontecer deverá implicar a vontade de crescimento pessoal e profissional.

Como afirma Benner (1996, pp. 154) “...a experiência não é a mera passagem do tempo ou a longevidade; é o refinamento de noções ou teorias pré-concebidas ao encontrar muitas situações práticas reais que acrescentam à teoria nuances ou sombreados de diferença.

A teoria oferece o que pode ser tomado explícito e formalizado, mas a prática clínica é sempre mais complexa e apresenta mais realidades do que as que podem ser captadas só pela teoria.”

1.2.4-GESTÃO DOS RECURSOS MATERIAIS

O aumento dos gastos com a saúde, os progressos tecnológicos, a ampliação dimensional das áreas de actuação e potencial investigação e a evolução demográfica em termos de cultura social e económica, tem vindo a fomentar alterações no modo como são aplicadas as políticas e os instrumentos de gestão. As repercussões derivadas da racionalização dos recursos facilmente se fazem sentir na garantia da qualidade dos cuidados para a globalidade dos indivíduos que recorrem ao Sistema Nacional de Saúde.

A correcta escolha, manutenção e gestão dos estabelecimentos de saúde e recursos materiais actuam fortemente sobre a qualidade dos cuidados e segurança na prestação dos mesmos e conseqüentemente no ambiente hospitalar.

“Por outro lado, dou também muita importância às instalações em si, que sejam agradáveis e que, de certa forma, tenham umas infra-estruturas humanizadas.” (E10)

A administração assim como a gestão podem ser entendidas como o “*processo de planear, organizar, liderar e controlar o trabalho dos membros da organização, e de usar todos os recursos disponíveis desta para alcançar os objectivos estabelecidos*” (Stoner & Freeman, 1995, pp.4).

Qualquer instituição que trabalhe neste âmbito de competências e que possua como desafio a qualidade e a certificação responsável pelos serviços que diariamente fornece deve pensar na gestão dos recursos materiais como um acto complexo que vai

intervir no seu funcionamento e resultados assim como na satisfação dos (as) profissionais, dos utentes sejam eles crianças ou indivíduos adultos e na família que os acompanha.

Inevitavelmente, tende a designar-se por recursos materiais todos aqueles de uso mais imediato e cuja falta ou não existência tem um impacto directo no bem-estar da pessoa internada. São recursos básicos imprescindíveis à laboração da empresa, seja prestar serviços especializados ou prestar bens e produtos (Chiavenato, 1987). Contudo, na panóplia de situações que à administração de equipamentos diz respeito devemos incluir as instalações acanhadas e mal apetrechadas, serviços de apoio com horários limitados ou com prestação insuficiente, materiais com baixos níveis de reposição, deficiências na ventilação, climatização e iluminação, inexistência de equipamentos de auxílio e protecção individual, como factores que acentuadamente se repercutem na qualidade de desempenho de todos os (as) enfermeiros (as) (Ordem dos enfermeiros, 2008).

Isto sem esquecer os doentes que tencionam aceder a cuidados de qualidade, com a garantia de que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação disponível em termos de ciência médica e a tecnologia apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada (Alves, 2009,).

Associados aos interesses de todos os intervenientes deste contexto, à que ter em conta os custos e adaptabilidade do material ao tipo de procedimentos, patologias, idade da pessoa e Serviço em si.

Desta forma, foram ponderadas as seguintes convicções proferidas durante a recolha dos dados para o estudo em desenvolvimento e que de forma intencional nos mostram que são facilmente aceites os conselhos disponibilizados pelos (as) enfermeiros (as) e pais.

“Relativamente ao equipamento, não há falta de material no Serviço. O material adquirido vai de encontro ao que é melhor e dá mais segurança nos cuidados ao doente. Se há sugestões da parte dos doentes e dos familiares, nós tentamos adquirir aquilo que nos é proposto.” (E1)

“Relativamente ao material tentamos utilizar os que são menos agressivos para a criança. Se achamos eu ou a equipa, que não é o mais adequado fazemos chegar a informação ao aprovisionamento. Isto mesmo que a nossa opinião não tenha sido pedida. Quando temos falta de recursos materiais fazemos o pedido à administração que, normalmente, o envia em tempo oportuno para que nada falte aos doentes.” (E7)

Medeiros (1989 cited in Frederico & Leitão, 1999, pp. 91) define a administração de materiais como a *“a ciência que trata do campo específico “Material”, nas suas diversas etapas: Previsão, Aquisição, Transporte, Recebimento, Armazenamento, Distribuição, Conservação, Venda e Controle de Inventários.”*

São usualmente os enfermeiros ligados à administração das unidades de cuidados que fazem a gestão dos recursos humanos, materiais e equipamentos. Este facto acontece porque são estes enfermeiros que possuem uma maior percepção de suporte organizacional assente num modelo de gestão orgânica de trabalho, que pode contribuir para a eficiência, objectivando a melhoria contínua da qualidade. Esta eficiência é entendida como uma medida do custo imposto para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde que prevê a relação entre os custos e os resultados, ou seja aquilo que se obtém com os recursos disponíveis. A eficiência pode aumentar se obtivermos mais resultados utilizando menos recursos ou, se com os mesmos recursos obtivermos mais resultados (Nova, 2008).

Pela natureza e especificidade do seu papel a gestão dos recursos materiais e equipamentos utiliza algumas ferramentas que incluem as normas, os processos, indicadores e resultados. Como tal, empregando o disposto no Art. 8º do DL. 437/91 para incentivar à prestação de bons cuidados estimulando ao máximo o aproveitamento de todos os recursos é da sua função:

- determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;
- participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
- conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados;
- participar na determinação de custos-benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Compreende-se que o impacto da vertente económica tem os seus efeitos na selecção e obtenção dos materiais por vezes necessários ao acto de cuidar mesmo que se evitem comportamentos e mau uso destes recursos.

“Em relação aos recursos materiais, como em qualquer Serviço, por vezes, há falhas mas vamos conseguindo ultrapassar esse obstáculo. A selecção do material é feita tendo em conta a opinião dos profissionais e de acordo com o que nos é permitido pela administração.” (E3)

“Quando falta alguma coisa vai-se buscar aos serviços de lado ou ao armazém, tudo em cinco minutos.” (E8)

Os enfermeiros ligados à gestão das unidades de saúde podem e devem interferir na eficiência e qualidade, racionalizando os gastos, estruturando a utilização desse material, identificando onde se empregam e consomem a maioria dos recursos na tentativa de otimizar a sua aplicação e manipulação (Nova, 2008).

Concluindo, este é hoje um *“actor social que actua na gestão da mudança e na mudança da gestão”* (Nova, 2008, pp.1).

1.2.5-AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO

Todos os técnicos de saúde, incluindo os de enfermagem são detentores do direito de trabalho num ambiente conducente a uma esfera familiar que beneficie a segurança ocupacional e o bem-estar dos trabalhadores (International Council of Nursing, 2004 cited in Fontes, 2009).

Idêntico sentimento partilharam os (as) enfermeiros (as) chefes quando questionados sobre a relação entre a qualidade e o saber ser e estar. Convictos de que todos são importantes na cadeia multidisciplinar entendem que quando não se constitui como essencial o parecer do profissional e o ambiente de trabalho não é dotado de recursos suficientes, física e psicologicamente sólido como contexto onde se realizam as práticas, este não vai estabelecer relação efectiva com a entidade plurinúmerica que é a criança ou jovem e família e tecnicamente não vai evoluir contribuindo para a melhoria da saúde em geral.

“Claro que a visão do enfermeiro também deve ser respeitada para que ele se sinta à vontade e confiante para cuidar na plenitude e em excelência da sua profissão.” (E5)

“Os enfermeiros que se encontram satisfeitos vão fomentar a qualidade em relação aos cuidados que prestam como forma de sentirem que a família e a criança estão bem melhor.” (E8)

As condições de trabalho que englobam factores tão diversos como o tipo de turnos a efectuar, a quantidade de horas, o volume de actividades, os salários e benefícios nas condições de vida, possuem um forte impacto no perfil de actuação do (a) enfermeiro (a), na motivação em termos de implementação de projectos laborais, na

qualidade dos resultados obtidos, na satisfação pessoal e resposta às expectativas dos indivíduos portadores de doença e conviventes significativos.

“A satisfação no trabalho influencia a satisfação com a vida por meio da generalização das emoções do trabalho para a vida fora do trabalho e de atitudes decorrentes, que também podem afectar especificamente, as relações sócio-familiares” (Locke, 1976 cited in Fontes, 2009, pp. 27).

A partir do momento em que se verifica que no seio de uma equipa ocorre a compreensão entre indivíduos com ópticas de trabalho e experiências de vida divergentes, criam-se padrões de estabilidade que se repercutem igualmente na satisfação de quem auferir dos cuidados. Contudo, a procura da excelência não deve ficar restrita aos (às) profissionais de enfermagem como elementos com o maior contacto com a pessoa doente e agregado familiar, mas deve envolver todos os membros do universo de trabalho.

Num estudo cujo conteúdo se centra na qualidade de vida no trabalho dos (as) enfermeiros (as), Schmidt & Dantas (2006) concluíram que os factores com maior impacto na satisfação englobam o status profissional, a autonomia e a interacção, ficando os requisitos de trabalho, as normas organizacionais e a remuneração como os menos conceituados.

A satisfação profissional paralelamente à satisfação dos utentes, à qualidade dos cuidados de enfermagem e eficiente utilização dos recursos numa óptica de custo-benefício, deve ser segundo a Lei de Bases da Saúde n.º 48/90 de 24 de Agosto alvo de avaliações periódicas.

Qualquer indivíduo bem integrado, valorizado como ser humano competente é de todo mais produtivo, logo se pressupõe que preste cuidados de qualidade (Fontes, 2009).

É consensual que o significado atribuído à satisfação é delicado de operacionalizar, uma vez que possui natureza abstracta. Resume-se a um fenómeno subjectivo que varia de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância, ao longo do tempo, sendo influenciado por forças internas e externas ao ambiente (Frasier, 1983 cited in Fontes, 2009). Traduz aspectos positivos ou negativos que cada um experiencia em relação ao seu local de trabalho e actividades.

Como se pode ler num dos documentos da Ordem dos Enfermeiros (2004, pp.8) *“Não é possível ter hospitais ou Centros de Saúde eficientes, desempenhando integralmente a respectiva missão, sem profissionais motivados pelo seu trabalho e satisfeitos com as condições em que é prestado.”*

Quando emerge o apoio por parte estadual, suporte de infra-estruturas físicas e adequação da prestação de enfermagem aos Serviços, a motivação desperta como um

impulso para o crescimento e desenvolvimento pessoal e em consequência o organizacional.

A razão de existir de entidades públicas e privadas está na capacidade de disponibilizar à comunidade onde se encontra inserida produtos e serviços de que ela necessita tendo como trunfo a proximidade ao cliente (Franco, 1994 cited in Gonçalves, 1995).

Seguindo o mesmo percurso orientador, o utente de cuidados de saúde deve obrigatoriamente ser encarado como alguém que deve ficar satisfeito com o produto que procura. Para que tal aconteça há que prestar um serviço adaptado às suas necessidades sejam elas físicas, psicológicas ou sociais, e expectativas nos trâmites da funcionalidade e qualidade.

A satisfação do utente e dos seus acompanhantes directos encontra-se relacionada com o conceito de qualidade dos cuidados prestados que se exprimem pelo seu máximo bem-estar, tendo em atenção o balanço de ganhos e perdas referentes às partes do processo que inclui quem cuida e quem é cuidado. O facto de serem espectadores atentos, perspicazes e possuírem um sentido bastante crítico com capacidades para estabelecerem comparações de enfermeiro (a) para enfermeiro (a) nas actividades realizadas, obrigam a que o brio profissional e a competência técnica estejam sempre presentes.

De tal modo, o contentamento dos utentes e de quem os acompanha é alvo de preocupação, que no decurso das entrevistas e em vários momentos distintos foi mais visível e contemplado de que o dos (as) próprios (as) enfermeiros (as).

“É assim quanto mais envolvida estiver a família nos cuidados melhor e maior é a sua satisfação e também das crianças. O objectivo dos enfermeiros no Serviço é prestar os cuidados de melhor qualidade à criança, de forma a que seja eficaz do ponto de vista de resolução de problemas de saúde e da satisfação da família.” (E1)

“Por exemplo, aqui temos poucas condições físicas e os doentes permanecem um curto período de tempo mas, dentro do possível, tenta-se que os cuidados vão de encontro a alguns dos seus desejos, de modo a que se sintam bem e a sua recuperação seja mais rápida e eficaz (...) permite que estes últimos ultrapassem o medo e até sentimentos de culpabilização, consigam, por vezes definir e transmitir os objectivos a alcançar, sentindo-se satisfeitos com os cuidados que auferem.” (E5)

“Acho que os cuidadores que se sentem integrados na equipa e respeitados pelos enfermeiros, sentem-se mais satisfeitos.” (E8)

Pode então afirmar-se que a satisfação do utente, seja ele criança ou adulto, depende de três componentes, que tem intrínsecos os aspectos instrumentais que se reportam ao nível de aplicação e uso de conhecimentos científicos e teóricos, que podem ser avaliados pela sua efectividade (componente técnica), aspectos interpessoais ou expressivos como a arte de cuidar e capacidade de troca de informação e conteúdo afectivo com base em regras socialmente definidas e como parte pelo seu contributo à área técnica e por último as amenidades que pressupõe as condições das estruturas físicas das instituições e características dos próprios cuidados (Donabedian, 1989 cited in Gonçalves, 1995).

Daí resulta que a satisfação é simplesmente *“uma avaliação do serviço recebido, por comparação de algumas características mais evidentes da experiência individual com os cuidados, como um padrão subjectivo”* (Pascoe, 1983 cited in Gonçalves, 1995, pp. 35) em que intervém uma amálgama de variáveis de estrutura, de processo e de resultado.

O ideal é que a satisfação, como conceito inerente ao doente e ao cuidador formal, seja entendido na probabilidade de interdependência com a pretensão final da qualidade dos cuidados prestados e recebidos.

1.2.6-SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Até há um tempo relativamente próximo a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, indicadores e nos relatórios finais de saúde era pouco notório o que de certa forma impedia a sua enumeração e controlo nos ganhos em saúde das populações (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Contudo estes são os que maior visibilidade tem na continuidade e qualidade dos serviços de que os doentes precisam, pelo que ocorreu uma necessidade de formalização do conhecimento de enfermagem baseada numa linguagem comum a usar internacionalmente (Silva, 2001).

Infelizmente a presença em activo dos sistemas informatizados de informação em enfermagem ainda não são uma constante na maioria dos centros de saúde e hospitais portugueses, notando-se que os serviços mais penalizados são os pediátricos pela especificidade e particularidade que os caracteriza. Não obstante as dificuldades de implementação dos mesmos, esta é uma realidade a alcançar para a obtenção de registos mais precisos e concisos com um elevado grau de segurança.

“Em termos de registos temos as folhas de enfermagem porque, neste momento, a Pediatria em todo o hospital de (...) é o único Serviço que não tem prescrição electrónica, não possui registos a nível de informática. A CIPE e a SAPE ainda não estão

implementadas. Existem pessoas que acham que na Pediatria não se consegue fazer porque são meninos pequeninos, doses pequeninas, mas é exactamente a mesma coisa.” (E5)

“Ainda não utilizamos esse sistema aqui no Serviço, nem na (...). Digamos que a Pediatria tem sido no hospital de..., o parente pobre na aplicação dessas medidas que, no entanto, vêm a caminho. Está no nosso objectivo de 2009.” (E6)

A informação é todo um conjunto de dados que num contexto útil e de elevado significado, utilizando a comunicação de forma adequada ao tempo e situação, proporciona instrução, orientação e conhecimento a quem o recebe, ficando como tal habilitado para desenvolver determinada actividade ou decidir sobre factos face a um determinado contexto.

Os sistemas de informação podem ser observados como uma ferramenta indispensável à organização do trabalho das equipas de enfermagem, assim como servir de suporte às decisões tomadas, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

Constituindo-se como o grupo com maior número de elementos no sector da saúde, os (as) enfermeiros (as) são aqueles que mais resoluções garantem ao longo dos turnos de trabalho e actos pratica pela proximidade e tempo de contacto com os doentes e sua família, logo produzem, processam, utilizam e disponibilizam informação clínica nos sistemas de informação e documentação (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

O desenvolver dos sistemas de informação em enfermagem teve origem numa lógica de produção convencionada no tipo de informação, a qual teve efeitos inquestionáveis nos atributos referentes à exposição de dados, nos aspectos comuns dos cuidados e na documentação sistemática dos status dos diagnósticos de enfermagem.

A transição dos registos manuais para o suporte electrónico influenciou a comunicação inter-grupos ainda assim dependente dos factores organizacionais e do método de trabalho (Silva, 2001). Numa fase inicial, a dificuldade mais sentida pelos (as) profissionais de enfermagem centrou-se no tempo dispendido para elaborar os registos evidenciando-se no entanto o facto de estes não permitirem que qualquer informação se perca ou inviabilize.

“Neste momento eu acho que os enfermeiros passam mais tempo no computador que junto do doente e família. Penso que, com a prática, o tempo necessário para registar as informações vai ser menor, o que fará com que seja revertido em favor das crianças e cuidador informal.” (E3)

“Demora-se mais tempo a fazer os registos. Se utilizássemos mesmo o modelo de parceria segundo a perspectiva de Anne Casey, os pais também deveriam fazer registos. Mas, ao mesmo tempo, temos registos mais válidos, de maior qualidade e com uma linguagem comum. E fica tudo registado, o como, o quando e onde.” (E9)

A versão de documentação e registos individualizados e necessidades mais emergentes da pessoa cuidada pode sofrer influências derivadas dos aspectos mais particulares do sistema de informação em enfermagem, contudo variáveis como os modelos de cuidar utilizados e a intenção do (a) enfermeiro (a) podem ser uma forte intervenção. Por isso hoje ao pensarmos nestes de forma eficaz é importante assumir que a comunicação só é evidente se todos atribuirmos aos mesmos significantes os mesmos significados.

Usufruindo da linha orientadora do Conselho Internacional de Enfermagem (1993 cited in Silva, 2001) conclui-se que a nomenclatura comum é essencial para que a profissão possa atingir uma diversidade de objectivos nos quais se incluem os seguintes:

- melhorar a comunicação entre os enfermeiros, bem como entre os enfermeiros e outros técnicos de saúde;
- descrever o cuidado de enfermagem ao longo do contínuo de cuidar;
- assegurar que os dados de enfermagem possam ser comparados;
- calcular com mais rigor a colocação dos recursos de enfermagem de acordo com as necessidades de quem usufrui dos serviços de saúde;
- estimular a investigação em enfermagem através dos dados disponíveis nos sistemas de informação;
- proporcionar a observação da prática de enfermagem através dos sistemas de informação, influenciando as decisões políticas na área da saúde;
- promover os sistemas electrónicos de documentação clínica, melhorando a comunicação e a tomada de decisão em enfermagem.

Os sistemas de informação *“têm no processo de comunicação o seu principal componente. Sem comunicação, não existe trabalho, não existe relacionamento humano e, portanto, não há grupo, organização nem sociedade. A comunicação está presente em todos os momentos e em todas as actividades”* (Frederico & Leitão, 1999, pp. 175).

Apresentam limitações a nível de alguns dos cuidados de enfermagem que não podem ser representados. Habitualmente as componentes linguísticas e cognitivas são facilmente incluídas no SIE mas as áreas que se referem à existência humana como os sentimentos, a identidade e a filosofia impressa no acto de cuidar, não (Goossen, 2000 cited in Silva, 2001). Neste sistema mesmo os conviventes significativos não têm grande visibilidade o que de certa maneira impede a monitorização da sua óptica em termos do

modo como vivenciam o internamento, a parceria se esta existe no serviço onde se encontram e os procedimentos que são assegurados.

2-CONCLUSÕES

A antiga sociedade considerava a criança como um brinquedo, usando a sua inocência e delicadeza física e psicológica como meio de entretenimento e limitando a infância a uma etapa de fragilidade. Com o tempo, esta (criança) alcançou um espaço de evidência na sociedade, pelo emergente interesse manifestado por estudiosos e disciplinas dando origem à Pediatria.

A enfermagem desde sempre contribuiu para o ensino e prática desta especialidade, uma vez que os (as) enfermeiros (as) são os que maior contacto possuem com a criança, o adolescente e agregado familiar, relacionando conceitos como a humanização e qualidade dos cuidados de saúde.

Perante uma situação de doença aguda ou crónica, a família como unidade de referência, sofre um impacto a nível financeiro, social e comportamental. Os pais receiam perder o seu estatuto e sentem-se por vezes inaptos para cuidar. O papel dos profissionais de enfermagem é ajudá-los a ultrapassar os obstáculos tornando-os mais interventivos e construindo uma relação de parceria. O que significa estabelecer uma ligação com o outro, respeitando as suas vivências e mantendo intrínsecas as noções de responsabilidade e reciprocidade na partilha e tomada de decisão.

Sendo a qualidade um desafio no contexto actual de saúde, a gestão por parte dos (as) enfermeiros (as) chefes visa a melhoria do exercício profissional e dos cuidados a fornecer aos cidadãos pela constante reflexão sobre a prática e o acto de cuidar, aproximando a equipa de trabalho ao doente e conviventes significativos, garantindo a satisfação de todos.

As conclusões obtidas no ainda exíguo percurso desta investigação que se pretende no futuro venha a ser desenvolvida e melhorada, são as que como pesquisadora passo a citar.

Integrar os cuidadores informais como elementos efectivos da equipa de saúde é uma filosofia intrínseca à organização de todos os Serviços seleccionados para este estudo, na consciência que os Hospitais, como locais de projecção de sentimentos, tornam imprescindível o alargamento da rede de suporte sócio-familiar. No entanto, existem rotinas deveras enraizadas que conduzem a que em algumas situações se evidencie o papel do (a) enfermeiro (a).

O método de trabalho em equipa é o predominante, sendo a figura do (a) enfermeiro (a) responsável a representação mais comum na generalidade das entrevistas consumadas, nas quais foram invocados os aspectos positivos e negativos inerentes à sua função. Se por um lado orienta a assistência no sentido da responsabilidade

compartida, elaborando um plano de cuidados em que os doentes são distribuídos de acordo com as competências técnicas e relacionais de cada um, por outro a impossibilidade de com o seu trabalho demonstrar as capacidades individuais dos elementos do grupo pode traduzir-se em rotina e conflitos que dispersem os objectivos finais do mesmo impedindo-o de actuar como tal.

Preconizada no universo das instituições, a parceria no cuidar nem sempre possui como base a globalidade de um modelo teórico de referência fundamentando-se num número restrito de directrizes recomendadas nos já existentes ou nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros. Considerada como norma de avaliação da qualidade e factor facilitador da admissão e acolhimento do doente, de desmistificação da patologia e impulsionador da continuidade de cuidados fica inúmeras vezes circunscrita à prestação destes, não se alargando à tomada de decisão.

O Modelo de Anne Casey é no contexto das realidades estudadas superficialmente conhecido, emergindo a ideia de que a complexidade na sua implementação advém essencialmente no valorizar do parecer dos progenitores em detrimento do dos (as) enfermeiros (as), na conseqüente flexibilidade de papéis que o seu sistema de cuidar implica e na habitual inibição dos familiares expressarem os seus sentimentos e desejos, o que de certa forma é um impedimento para que ponderem sobre os actos a efectuar no decorrer da hospitalização dos seus descendentes.

A multiplicidade de pensamentos sobre os limites entre os cuidados familiares e de enfermagem tornam-se subtis e complexos de interpretar, variando entre o cepticismo e a flexibilidade de comportamentos. À partida estes (limites) subordinam-se à vontade real dos conviventes próximos em cuidarem do seu familiar e na capacidade dos (as) enfermeiros (as) a reconhecerem mentalizando-se de que esta intervenção não se interpõe nas suas competências e no seu papel de mediadores entre o indivíduo doente e os restantes técnicos de saúde. Os principais obstáculos são a falta de preparação técnica e conhecimento científico que mesmo após o ensino e conseqüente supervisão na perspectiva do aperfeiçoamento das técnicas científicas e de humanização para o suprimir da rotina, podem surgir.

A qualidade dos cuidados de enfermagem é o objectivo final de todas as administrações hospitalares, a qual depende de certo modo no enraizar da parceria de cuidados e se reflecte naquilo que os pais conseguem e nos resultados do tratamento. Para que se concretize é fundamental que ultrapasse os aspectos burocráticos e económicos que orientam não só a gestão dos recursos humanos e materiais bem como os superiores interesses dos utentes, família, médico (a), enfermeiro (a), administrativo (a) e gestor(a).

O Saber Estar é um aspecto preponderante das atitudes do pessoal de enfermagem e caracteriza-se pela compreensão das relações interpessoais pela forma como se comportam, tratam e falam com as crianças e os pais. A aptidão para escutar, ser humilde e aceitar críticas constituem igualmente características anexas à postura dos (as) enfermeiros (a) e ajudam a olhar o outro na sua individualidade como pessoa e a diminuir os factores de stress.

Embora tenuamente citado, o conhecimento científico é reconhecido como o pilar da enfermagem como profissão, o que implica que o (a) enfermeiro (a) deverá ser detentor de informações sólidas que lhe permitam actuar em tempo oportuno e responder às dúvidas do doente e conviventes, suscitadas pelo aparecimento da doença.

O trabalho efectuado pelos indivíduos que integram as equipas de enfermagem encontra-se sujeito a uma avaliação periódica precursora da implementação da qualidade e desenvolvimento, que monitoriza o comportamento global destes em termos de prestação de cuidados e de relação com a criança e jovem em situação patológica. As entrevistas individuais constituem-se como metodologia preferencial para a avaliação de desempenho e os períodos de passagem de turno são utilizados pelos (as) enfermeiros (as) chefes para terem uma noção do doente, da família e dos cuidados que lhes são oferecidos e efectuarem as chamadas de atenção necessárias ao funcionamento geral da equipa.

A gestão dos recursos humanos constitui-se como algo problemático. Contrariamente ao esperado e pela maioria das opiniões emitidas não existe uma falta significativa de profissionais generalistas, ficando a mesma restrita aos indivíduos detentores de especialidade e a alguns turnos e épocas do ano. Os participantes mencionam ter um número razoável de enfermeiros (as) o que lhes permite reformular os cuidados diários consoante as necessidades. No entanto, é seu parecer que o défice pode conduzir ao erro e que mais elementos não significam mais qualidade e parceria. No âmbito emergente expuseram a ideia de que nunca a dotação dos Serviços foi executada tendo em atenção a parceria, o que a acontecer envolveria um número mais elevado de membros nas equipas de enfermagem.

A formação apresenta-se como um elo indispensável na educação, na parceria e qualidade dos cuidados de enfermagem uma vez que, faculta a aquisição de competências e ajuda a moldar a postura do profissional em relação aos colegas da equipa multidisciplinar e agregado familiar da pessoa com patologia, como aspecto principal do saber estar.

A mobilidade planeada é considerada uma mais valia para o crescimento e amadurecimento intelectual dos (as) enfermeiros (as) e deve ser um acto consensual de modo a não interferir na parceria e qualidade dos cuidados a executar. Contribui para a

aquisição de novas experiências, ultrapassar dificuldades e estar atento a outras realidades, diminuindo o tendencial da rotina que é frequente nesta profissão. Permite ter pessoas capazes de se “movimentar” e adaptar a diversas situações. Regra geral o (a) enfermeiro (a) de Pediatria possui mais facilidade em deslocar-se para um Serviço de adultos de que a situação oposta, pois quase sempre sucede um envolvimento com a criança e família, o que implica que não actua sozinho.

Em contrapartida a mobilidade como factor de administração de recursos não é benéfica, reflecte-se no Serviço e não se verifica o conhecimento do doente, dos protocolos e mesmo dos equipamentos e essencialmente perde-se o sentido de pertença.

No que diz respeito aos equipamentos utilizados para assegurar o tratamento das crianças internadas, a sua selecção vai de encontro à opinião dos (as) chefes e restantes enfermeiros (as) e à segurança que proporcionam. Qualquer falha é rapidamente suprimida pelo aprovisionamento, após autorização das entidades administrativas. A gestão dos recursos materiais pressupõe analogamente instalações agradáveis que proporcionem comodidade e bem-estar.

Um contexto de trabalho sólido a nível de infra-estruturas associado a turnos que garantam a segurança e equilíbrio do trabalhador e a benefícios monetários que asseverem melhores condições de vida influenciam de forma permanente a sua actuação. Quando reconhecidos como “elos” indispensáveis na cadeia multidisciplinar tornam-se mais motivados e respondem positivamente às expectativas do grupo, o que conduz a cuidados em excelência e à satisfação pessoal de todos.

Manifestamente, a resposta em tempo oportuno aos objectivos prático-científicos dos prestadores formais de cuidados e de humanização dos utilizadores do Sistema Nacional de Saúde, asseguram o contentamento pelos serviços auferidos com o intuito de implementar princípios de qualidade.

O reconhecimento da enfermagem nas suas diversas componentes formalizou-se pelo encontrar de uma linguagem comum cuja maior visibilidade se reflectiu na utilização dos novos sistemas de informação para os registos de enfermagem. Indispensáveis à estruturação do trabalho possibilitam informações minuciosas sobre as necessidades da pessoa doente. Não obstante, a falta de prática na sua utilização pode conduzir a uma diminuição do tempo dispendido com este e o cuidador informal.

A comunicação é a base principal da sua existência e apesar de facilmente representarem componentes físicos e linguísticos são limitativos no que concerne à exposição emocional da prestação de cuidados e nas consequências do envolvimento da unidade familiar nos mesmos.

Este estudo de investigação expressa uma obra nunca terminada e pode servir como ponte para outras pesquisas que se baseiem na experiência das pessoas e não

apenas nos conceitos teóricos, fomentando a comunicação activa entre as estruturas de atendimento clínico e social. Pode ainda auxiliar na construção de uma rede de discussão alargando a pesquisa à concepção dos (as) enfermeiros (as) da prática, aos doentes e famílias ou responsáveis legais.

Interessa é não esquecer como menciona António Monteiro Fernandes (2010, pp.25) que *“o hospital é dirigido por médicos e, eventualmente, por gestores com outras qualificações académicas, mas quem lhe dá vida, músculo e qualidade é o enfermeiro. Os médicos passam às vezes com grande velocidade mas os enfermeiros ficam, e são eles que, para além do acompanhamento permanente e dos cuidados terapêuticos necessários, hoje garantidos por uma preparação técnica de alta qualidade, dão o toque de humanidade a uma espera angustiante ou a uma longa permanência numa enfermaria.”*

3-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. P. J. S. M. (2001). *Recém-nascido internado numa U. C. I. R. N.: Que participação dos pais nos cuidados?.* (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Altschuler, J. (1997). *Working with chronic illness a family approach.* London: Macmillan Press;
- Alves, M. (2007). *Como Escrever Teses e Monografias: Um roteiro passo a passo.* (ISBN:85-352-2212-x). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora;
- Alves, C. A. S. (2009). *Erro de Terapêutica em Pediatria: Percepção dos Enfermeiros.* (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Antunes, I. M. Q. L. E. (2005). *Cuidados de Enfermagem à Família para a Promoção da Saúde da Criança. Encontro com a história (1888-1988).* (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Ariès, P. (1978). *L'enfant Et la vie familiale sous l'ancien régime.* França: Editions du Seuil;
- Azeredo, Z. (2007). *Acetatos cedidos na disciplina de Investigação em Enfermagem no Mestrado em Ciências de Enfermagem.* Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo.* (ISBN:9789724415062). Lisboa, Portugal: Edições 70;
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios de Ética Biomédica.* (ISBN:85-15-02565-s). S. Paulo, Brasil: Edições Loyola;
- Benner, P. (1996). *De Principiante a Perito em: Servir.* Nº 3, Maio/Junho. Vol. 44. p. 148-154;
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito.* (ISBN:972-8535-97-X). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora;
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução À Teoria e aos Métodos.* (ISBN:0-205-13266-9). Porto, Portugal: Porto Editora;
- Borges, E. M. N. (2004). *O sofrimento dos Enfermeiros em Pediatria.* (Dissertação do Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa). Braga, Portugal: Faculdade de Filosofia de Braga;

- Cabral, M. V.; Silva, P. A., & Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. (ISBN:972-671-084-7). Lisboa, Portugal: Imprensa de Ciências Sociais;
- Carper, B. A. (1978). *Fundamental patterns of Knowing in nursing practice*. Menlo Park: Adisson-Wesley;
- Carvalho, M. R. S. (2002). *A participação do doente no processo de cuidados de enfermagem: Da passividade à participação activa no seu processo de cuidados*. (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde). Lisboa, Portugal: Universidade Católica de Lisboa;
- Casey, A. (1988). *A partnership with child and family*. *Sen Nurs*. 8 (4). p. 8-9;
- Casey, A., & Mobbs, S. (1993). *Development and Use of Partnership Model of Nursing Care* em Glasper, E., & Tucher, A. (1993). *Advances in Child Health Nursing*. Londres. Scutari. p. 193;
- Cavaco, A. (2006). *Acolhimento e estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança/Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança;
- Chaves, C. M. C. B. (2004). *Competências/Sinergias das Equipas de Saúde em: Millenium*. Nr.º 30, Outubro. ISPV;
- Chiavenato, I. (1987). *Teoria Geral da Administração*. S. Paulo, Brasil: Mcgraw-Hill do Brasil. 3ª Edição;
- Collière, M-F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- Collière, M-F. (1999). *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 3ª Edição;
- Costa, J. d. S. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados em: Millenium*. Nr.º 30. ISPV. Viseu: Portugal;
- Costa, M. A. (2007). *Enfermagem Ajudar os outros a ser competentes em: Ser Saúde*. Nr.º 6. Julho/Agosto. p. 24-36;
- Dias, C., Costa, D. & Garrido, I. (2002). *Acompanhamento da criança hospitalizada em: Enfermagem Oncológica*. N.º 21. Janeiro. p. 40-44;
- Dinis, R. P. A. B. (2006). *A família do idoso internado: o parceiro esquecido?!*. (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Lisboa, Portugal: Universidade Aberta de Lisboa;

- Dixe, M. A. C. R. (1995). *Atitudes dos Enfermeiros perante Doentes em Situações Problemáticas*. (Dissertação do Mestrado em Planificación, Diseño e Investigación en Servicios Sociales). Badajoz, Espanha: Universidad de Extremadura;
- Dixo, M. C. C. S. (1996). *Acompanhamento Familiar da Criança Hospitalizada. Opinião dos profissionais de enfermagem face à lei vigente*. Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de S. João;
- Enfermeiros, O. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal. Dezembro. p. 1-11;
- Enfermeiros, O. (2004). *As condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. (ISBN: 972-99646-1-0). Lisboa, Portugal;
- Enfermeiros, O. (2005). *Carreira de Enfermagem*. Lisboa, Portugal. Novembro. p. 1-18;
- Enfermeiros, O. (2006). *Condições do Exercício Profissional. Presente e Futuro*. Lisboa, Portugal. Maio. p. 1-6;
- Enfermeiros, O. (2008). *Mobilização de Escalas, Instrumentos, Equipamentos ou outros Meios e Métodos como Recurso na Evolução Diagnóstica em Enfermagem*. Lisboa, Portugal. Dezembro. p. 1-2;
- Enfermeiros, O. (2010). *Desenvolvimento Profissional. Disposições estatutárias relativamente ao reconhecimento de competências do enfermeiro e do enfermeiro especialista*. Lisboa, Portugal. Abril.
- Farrell, M. (1994). *Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica em: Nursing*. Março. p. 27;
- Fernandes, A. M. (2010). Crónica publicada no Jornal de Notícias de 16 de Fevereiro. p. 25;
- Ferreira, P. A. P. (2004). *Como Percebem os Enfermeiros a Formação em Serviço*. (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Figueiredo, M. C. A. B. (1997). *Trabalho em Equipa: o contributo dos enfermeiros em Sinais Vitais*. Nº. 10. Janeiro. p. 19-22;
- Fontes, A. I. C. (2009). *Satisfação profissional dos enfermeiros...que realidade?: Serviço de Cuidados Intensivos versus Serviço de Medicina*. (Dissertação do

- Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Fortin, M-F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (ISBN:972-8383-10-x). Loures, Portugal: Lusociência;
- Frederico, M. & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. (ISBN:972-8485-09-3). Coimbra, Portugal: Formasau;
- Freitas, M. T. O. V. A. M. (2002). *Vivência das enfermeiras no envolvimento da família nos cuidados*. (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Gedaly-Duff, V.; Heins, M. (2005). *Enfermagem de Família em Saúde Infantil*. em: Harson, S. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, prática e Investigação*. 2ª Edição. Loures, Portugal: Lusociência;
- Gomes, I. D. (2002). *O conceito de parceria na interação enfermeiro/doente idoso-da submissão à acção negociada*. (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde). Lisboa, Portugal: Universidade Católica de Lisboa;
- Gomes, I. D. (2007). *Parceria e Cuidado de Enfermagem: Uma Questão de Cidadania*. (ISBN: 978-972-8485-86-3). Coimbra, Portugal: Formasau;
- Gomes-Pedro, J.; Nugent, J. K.; Young, J. G. & Brazelton, T. B. (2005). *A Criança e a família no século XXI*. (ISBN:972-576-395-5). Lisboa, Portugal: Dinalivro;
- Gonçalves, M. D. C. (1995). *Atitude da enfermeira: satisfação do utente*. (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Coimbra, Portugal;
- Graça, L. (1992). *O trabalho em equipa: uma nova lógica de organização do trabalho e participação na gestão* em: Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: Portugal. N.º 1. Volume 10. Janeiro/Março. p. 5-18;
- Graveto, J. (2008). *Modelo Conceptual versus modelo Oculto para a Prática da Enfermagem* em Pensar Enfermagem. N.º 2. Volume 12;
- Guyonnet, M.; Adam, E. (1992). *L'Infirmière dans l'équipe pluridisciplinaire, L'Infirmière Canadienne*. Novembro. p. 41-44;
- Haber, J., & LoBiondo-Wood, G. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. (ISBN:8527706598). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara koogan;
- Hemingway, E. (2007). *Por Quem os Sinos Dobram*. (ISBN:978-972-38-2834-4). Lisboa, Portugal: Editora Livros do Brasil;

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital-Enquadrar os Cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. (ISBN:978-972-8383-11-4). Loures, Portugal: Lusociência;
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. (ISBN:9789728383312). Loures, Portugal: Lusociência;
- Humphris, D. (1988). *Trabalho em Equipa: a eliminação de barreiras em: Nursing*. Nº 2. Volume 14. Março. p. 15-15;
- Hungler, B. P, & Polit, D. F. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (ISBN: 85-7307-101-x). Brasil: Editora Artes Médicas;
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. (ISBN: 972-8383-79-7). Loures, Portugal: Lusociência;
- Kerouac, S et al. (1995). *La pensée Infirmière*. Laval. Editions Studes Vivantes;
- Koerner, B.; Cohen, J. & Armstrong, D. (1986). *Professional behaviour in collaborative practice*. Jona. 16;
- Kron, T. & Gray, A. (1989). *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança*. Rio de Janeiro, Brasil: Interlivros. 6ª Edição;
- Lee, P. (1999). *Partnership in care: a critical exploration of how this may be applied to children attending the Accident and Emergency department em: Accident and Emergency Nursing*. N.º 7. p. 119-123;
- Levy, M. L. (1999). *50 Anos de Pediatria em Portugal em: Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 1, Vol. 30. p. 93-99;
- Lopes, S. & Fernandes, P. G. (2005). *O Papel Parental como Foco de Atenção para a Prática de Enfermagem em Sinais Vitais*. Nº. 63. Novembro. p. 36-42;
- Machado, A. P. (2001). *Gestão de Recursos de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários-Contributo para um Discurso mais Rigoroso*. (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Magalhães, M. J. (2008). *A Construção sócio-histórica das noções de família e de criança*. (Documento cedido para consulta);
- Martin, V. & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. (ISBN: 972-9413-60-6). Lisboa, Portugal: Monitor;

- Martins, M. M. F. P. S. (2004). *O adulto doente e a família: uma parceria de cuidados*. (Dissertação do Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. (ISBN:85-204-1263-7). S. Paulo, Brasil: Editora Manole;
- Monteiro, M. A. J. (2003) *Parceria de cuidados. Experiência dos pais num hospital pediátrico*. (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Moreira, I. (1996). *Parceria nos Cuidados: Um Modelo de Enfermagem Pediátrica*. (Documento cedido para consulta);
- Moura, I. (2009). *Motricidade. Trabalhar a flexibilidade em: Coisas de Criança*. O Guia para Pais e Educadores. Nº 20, Maio. 2009. p. 18;
- Nogueira, M. A. A. (2003). *Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro*. (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Nova, A. C. (2008). *Eficiência na Gestão dos Cuidados, o Papel do Enfermeiro*. Documentos disponíveis na Internet em: www.hospitaldofuturo.com;
- Nova, A. C. (2008). *Modelos de Formação em Enfermagem*. Documentos disponíveis na Internet em: www.hospitaldofuturo.com;
- Oliveira, I. M. S., Vinha, J. J., Correia, M. A. M. & Morato, M. L. (1995). *O escutar na Relação e Ajuda em: Enfermagem em Foco-SEP*. N.º 20, Agosto/Outubro. Ano V. p. 30-31;
- Oliveira dos Santos, J. M. (1999). *Parceria nos Cuidados: uma metodologia de trabalho centrada no doente*. (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Payne, M. (1982). *Working in Teams*. Londres, Reino Unido: Macmillan;
- Pereira, M. A. R. (2001). *Avaliação do desempenho de Enfermagem: Utopia ou Realidade*. (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Pinheiro, M. F. R. (1994). *Organizar a prestação de cuidados. Uma função/desafio para o enfermeiro chefe em: Servir*. Nº 6, Novembro/Dezembro. Vol. 42. p. 319-331;
- Pinto, C. & Figueiredo, M. C. (1995). *Cuidar da criança doente em: Nursing*. N.º 95, Dezembro. p. 15-16 ;

- Posternak, L. (2008). *O Pediatra e a Família em: revista vivasaúde online*.p. 1-3;
- Quartilho, M. J. R. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria-Do Sintoma à Experiência*. (ISBN:972-9717-00-8). Coimbra, Portugal: Quarteto;
- Queirós, A. (2007). *As competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as Afirmer e Desenvolver em Fórum de Enfermagem*. Março. p. 1-5;
- Reis, G. M. R. & Santos, M. (1996). *A Importância Da Presença Dos Pais Na Unidade De Cuidados Intensivos Do Hospital Pediátrico de Coimbra em: Sinais Vitais*. N.º 8, Agosto. p. 25-28;
- Reis, G. M. R. (2007). *Expectativas dos Pais durante a Hospitalização da Criança*. (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. (ISBN:9789723604139). Coimbra, Portugal: Editora Afrontamento;
- Ribeiro, O.P.; Carvalho, F. M.; Ferreira, L. M. M. & Ferreira, P, J. M. (2008). *Qualidade Dos Cuidados De Saúde em: Millenium*. Nr.º 35, Novembro. ISPV. Viseu: Portugal;
- Roque, S. & Santos, N. R. (2008). *Sistemas de avaliação do desempenho em enfermagem: eficiência e eficácia em: Saúde & Tecnologia*. Maio. p. 26-29;
- Santos, C. R. M. (2001). *Cuidar da criança com doença crónica numa UCIP. Expectativas dos Pais*. (Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Santos, M. E. B. (2009). *Conversa graúda sobre gente miúda. O direito de brincar em: Coisas de Criança. O Guia para Pais e Educadores*. Nº 20, Maio. p. 7;
- Schmidt, D. R. & Dantas, R. A. S. (2006). *Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem: atenuantes em Unidades do Bloco Cirúrgico sob a óptica da satisfação em Revista Latino Americana*. Nº 1. Fevereiro. Volume 14. p. 54-60;
- Seixas, I. (1998). *Fotocópias cedidas no âmbito do Curso Base em Enfermagem*. Chaves: Portugal;
- Silva, A. A. P. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem-uma Teoria explicativa da Mudança*. (Dissertação do Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Silva, D. M. & Batoca, E. M. V. (2003). *O conhecimento científico e a enfermagem em: Millenium*. Nr.º 27, Abril. ISPV;

- Simões, M.; Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2008). *O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável* em Revista Referência. N.º 7, Outubro. P 97-105;
- Stoner, J. & Freeman, R. E. (1995). *Administração*. Rio de Janeiro, Brasil: Prentice Hall do Brasil. 5ª Edição;
- Subtil, C. L. L. (1995). *A família, a criança com doença grave e os pedidos expressos em cuidados de enfermagem. Subsídios para a formação dos enfermeiros de saúde infantil e pediátrica*. (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação). Porto, Portugal: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto;
- Teixeira, A. C. G. (2006). *A Família da Criança com Doença Crónica: Mecanismos de Resposta*. (Projecto de Investigação do Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Vala, J. (1986). *A análise de conteúdo*. em: Silva, A. S. & Pinto, M. *Metodologia das Ciências Sociais*. Lisboa, Portugal: Editora Afrontamento.
- Vogler, M. (1998). *Analyses des temps et charge de travail*. Gestions Hospitalières. N.º 273.

FOLHETOS INFORMATIVOS

Carta Europeia da Criança Hospitalizada, 1986;

Folheto Informativo do Dia Mundial da Criança do CHP-Unidade Maria Pia, 2009.