



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



"Tudo é caminho ,disse Fernando Pessoa.

Só que o caminho faz-se enquanto se caminha. Na melhor, simplesmente na melhor direção."

Abílio Oliveira

Ao Ant3nio ao Jo3o,
pelo tempo que n3o lhes dediquei.

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação foi o resultado de um esforço pessoal mas também da colaboração e apoio de múltiplos intervenientes que nela participaram direta e indiretamente. A todos manifesto o meu reconhecimento e gratidão.

À Sr^a. **Professora Doutora Ernestina Batoca Silva**, por ter aceite orientar esta tese de mestrado, pela disponibilidade e confiança que sempre demonstrou durante todo o percurso, nomeadamente a orientação científica e a revisão crítica.

Ao Sr. **Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira**, pela orientação e estímulo neste percurso académico.

Ao Sr. **Professor Doutor João Carvalho Duarte**, da Escola Superior de Saúde de Viseu pela orientação e disponibilidade na caminhada deste percurso que conduziu ao culminar desta dissertação.

À **Sílvia** pela motivação, atenção, ajuda e disponibilidade.

Aos **pais das crianças** internadas das unidades dos hospitais aderentes ao estudo, pela colaboração no preenchimento do questionário, sem os quais este trabalho de investigação não teria sido possível.

À **família** e aos **amigos** que estiveram presentes, em todos e particularmente nos momentos mais difíceis.

A todos, **MUITO OBRIGADO!!**

RESUMO

A hospitalização de uma criança implica sempre situações de mudança e stress na vida da criança e dos pais alterando a dinâmica familiar.

Este estudo aborda as **necessidades dos pais na hospitalização da criança**, e tem como finalidade perceber a *importância*, a *satisfação* e a *independência dos pais* perante a **necessidade de confiar** e a **necessidade de sentir que confiam em si**.

O estudo incidiu sobre uma amostra de 184 pais/acompanhantes de crianças hospitalizadas, provenientes de 4 hospitais. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, no qual se utilizou como instrumento de colheita de dados o questionário das necessidades dos pais (NPQ-Needs of Parents Questionnaire) e procedeu-se ao tratamento dos dados através do SPSS.

Os resultados obtidos mostram que os pais das crianças hospitalizadas se encontram mais satisfeitos quanto maior a importância atribuída pelos mesmos à necessidade de sentir que confiam em si.

Constatamos ainda que os pais destacam a **importância** e **satisfação** em ambas as necessidades abordadas.

A idade da criança influencia a percepção dos pais em relação à independência, na necessidade de confiar e na de que confiem em si, pois quanto mais jovem é a criança mais os pais acham que o hospital os deve ajudar a superar as necessidades.

No número de internamentos, os pais das crianças com menor número de internamentos acham que o hospital os deveria ajudar a superar as necessidades percebidas em ambas as necessidades, e consideram muito importante que os profissionais confiem em si.

Afim de melhorar a confiança deve-se trabalhar em parceria com os pais e dar muita importância à comunicação, à empatia, à escuta - áreas fundamentais da enfermagem, para deteção precoce das necessidades sentidas pelos pais nem sempre verbalizadas.

Este trabalho contribui para aumentar o conhecimento sobre as necessidades dos pais das crianças hospitalizadas, pensamos que seria interessante conhecer a perspetiva das crianças sobre as suas necessidades durante a hospitalização.

Palavras-chave: criança, hospitalizada, pais, necessidades, enfermagem, pediatria.

ABSTRACT

The hospitalization of a child often leads to routine changes and stress situations to the child and parents, modifying the family habit.

The present study addresses the **needs of parents in the child's hospitalization**, and aim to realize the *importance, satisfaction* and *independence from parents* to the **need of trust** and **the need of feel that you trust**.

The sampling variables of the study were based on 184 parents of hospitalized children answers, coming from four hospitals. This is a descriptive study, in which was used the *Needs of Parents Questionnaire* (NPQ-Needs of Parents Questionnaire) as a tool to collect the data. All the data was processed on SPSS.

The results show that the parents of hospitalized children are more satisfied as more importance are given by them to the need of feel that you trust. Also, the parents point more prominence to **importance** and **satisfaction** in both needs mention in this study.

The child's age influence the parent's perception towards independency, for the need of trust and trust each other, because younger the child is more the parents feel that the hospital should help to overcome their needs.

Concerning to the number of hospitalizations, parents of children with fewer hospitalizations think the hospital should help overcome the needs perceived in both needs, and consider it very important that professionals trust itself.

In order to improve confidence, the hospital should work in partnership with parents and give much importance to communication, empathy, listening - key areas of nursing, for early detection of needs experienced by parents who do not always verbalize.

This work contributes to raise knowledge about the needs of parents of hospitalized children, we think it will be very interesting to identify the children's needs during hospitalization.

Keywords: hospitalized children, parents, needs, nursing pediatrics

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Esquematização do desenho de investigação	54

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Questionários distribuídos aos pais	55
Tabela 2 - Categorias de necessidades e itens correspondentes à escala NPQ	57
Tabela 3 - Classificação do grau de dispersão segundo o coeficiente de variação	63
Tabela 4 - Importância atribuída à Necessidade de Confiar	68
Tabela 5 - Satisfação atribuída à Necessidade de Confiar	68
Tabela 6 - Independência dos pais relativamente à Necessidade de Confiar	69
Tabela 7 - Importância atribuída à Necessidade de Sentir que confiam em Si	69
Tabela 8 - Satisfação atribuída à Necessidade de Sentir que confiam em Si	70
Tabela 9 - Independência dos pais relativamente à Necessidade de Sentir que Confiam em Si	70
Tabela 10 - Estatísticas relativas à idade em função do género	71
Tabela 11 - Caracterização quanto ao grupo etário, estado civil e residência da amostra	73
Tabela 12 - Estatística relativa ao n.º de filhos e género	74
Tabela 13 - Caracterização quanto ao nº de filhos, habilitações literárias e profissão da amostra	76
Tabela 14 - Caracterização quanto à idade da criança em função do género	77
Tabela 15 - Estatísticas relativas ao nº de vezes que a criança esteve internada	78
Tabela 16 - Caracterização quanto ao nº de vezes que a criança esteve internada, à percepção da saúde da criança em função do género	79

Tabela 17	- Estatísticas relativas ao tempo de internamento da criança	80
Tabela 18	- Caracterização quanto ao tempo de internamento e serviço em função do género	81
Tabela 19	- Estatísticas relativas à categoria “A” “Necessidade de Confiar” e categoria “B” “Necessidade de Sentir que Confiam em Si” e as subescalas	82
Tabela 20	- Correlação de Pearson entre as subescalas na Necessidade de Confiar	83
Tabela 21	- Correlação de Pearson entre as subescalas na Necessidade de Sentir que Confiam em Si	83
Tabela 22	- Teste <i>t</i> entre as categorias “A” “Necessidade de Confiar” e a categoria “B” “Necessidade de Sentir que Confiam em Si” e as subescalas (Importância, Satisfação e Independência)	84
Tabela 23	- Análise de variância a um factor entre a categoria A “Necessidade de Confiar”, as subescalas e a idade dos pais	85
Tabela 24	- Análise de variância a um factor entre a categoria B “Necessidade de Sentir que Confiam em Si”, as subescalas e a idade dos pais	85
Tabela 25	- Teste de U Mann- Whitney entre as categorias “A” e “B”, as subescalas e o género	86
Tabela 26	- Teste de U Mann- Whitney entre as categorias “A” e “B”, as subescalas e o estado civil	86
Tabela 27	- Teste de U Mann- Whitney entre as categorias “A” e “B”, as subescalas e a residência	87
Tabela 28	- Teste de Kruskal- Wallis entre o nº de filhos, as subescalas e as categorias A e B	88
Tabela 29	- Análise de Variância entre as categorias A e B, as subescalas e as habilitações literárias dos pais	89
Tabela 30	- Teste de Kruskal – Wallis entre a categoria A “Necessidade de Confiar”, as subescalas e as profissões dos pais da criança	90

Tabela 31 - Teste de Kruskal – Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e o parentesco com a criança	91
Tabela 32 - Teste de Kruskal – Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e a idade da criança	92
Tabela 33 - Teste de Kruskal – Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e o n.º de internamentos da criança	93
Tabela 34 - Teste de Kruskal – Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e a gravidade da doença	94
Tabela 35 - Teste de Kruskal – Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e o tempo de internamento da criança	95
Tabela 36 - Teste de Kruskal – Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e os 4 hospitais	96

ÍNDICE GERAL

	Pág.
ÍNDICE DE TABELAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS	
1 - INTRODUÇÃO	23
PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
2 – ENQUADRAMENTO TEORICO	29
2.1 – A CRIANÇA NA FAMÍLIA E A PARENTALIDADE	29
2.2 – A CRIANÇA HOSPITALIZADA	36
2.3 – NECESSIDADES DOS PAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA	42
PARTE 2 – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA	49
3 – METODOLOGIA	51
3.1 – MÉTODOS	51
3.2 – PARTICIPANTES	54
3.2.1 – Caracterização das instituições envolvidas	55
3.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	56
3.3.1 – Questionário	56
3.3.2 – Escala “Needs of parents questionnaire	57
3.3.3 – Estudo psicométrico da escala NPQ	59
3.4 – PROCEDIMENTOS	61
3.5 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	62
4 – RESULTADOS	67
4.1 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA CATEGORIA A E B NAS SUBESCALAS	67
4.1.1 – Necessidade de Confiar	67
4.1.2 – Necessidade de Sentir que Confiam em Si	69
4.2 – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	71
4.2.1 – Variáveis sociodemográficas	71
4.2.2 – Variáveis de contexto hospitalar	76
4.3 – AS NECESSIDADES DE CONFIAR E DE SENTIR QUE CONFIAM EM SI E AS SUBESCALAS IMPORTÂNCIA, SATISFAÇÃO E INDEPENDÊNCIA	81
4.3.1 – Matriz de correlação entre as duas categorias e as três subescalas	83
4.4 – ANÁLISE INFERENCIAL	84
4.4.1 – Características sociodemográficas e a relação entre a importância, a satisfação e a independência percebidas face à Necessidade de Confiar e à Necessidade de Sentir que Confiam em Si	84

4.4.2 – Características da hospitalização e a relação entre a importância, a satisfação e a independência percebidas face à Necessidade de Confiar e à Necessidade de Sentir que Confiam em Si	91
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	97
6 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	115
ANEXO I – Questionário entregue aos pais das crianças hospitalizadas	117
ANEXO II – Coeficiente de alfa de Cronbach	131
ANEXO III – Pedido de autorização para utilização do Needs Parents Questionnaire	137
ANEXO IV – Pedido e autorização dos Conselhos de Administração dos Hospitais	141
ANEXO V – Termo de Consentimento informado dirigido aos pais	151

ÍNDICE DE ABREVIATURAS SIGLAS

[et al.]	- entre outros
[s.l.]	- “sine loco”
[s.n.]	- “sine nomine”
apud	- conforme
CCF	- Cuidados Centrados na Família
CIE	- Conselho Internacional de Enfermeiras
CIPE	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CV	- Coeficiente de Variação
DGS	- Direcção Geral de Saúde
Dp	- Desvio padrão
DR	- Diário da Republica
ed.	- edição
EPE	- Entidade Publico Empresarial
ERS	- Entidade Reguladora de Saúde
F	- teste F
Fem.	- Feminino
IAC	- Instituto de Apoio à Criança
ICBAS	- Instituto de Ciências Biomédicas da Abel Salazar
K	- Kurtosis
K/S	- Coeficiente entre skewness e erro
M	- Média
Masc.	- Masculino
Máx.	- Máximo
Min.	- Mínimo
N	- Frequências absolutas
Nº	- número
NPQ	- Needs of Parents Questionnaire
OE	- Ordem dos Enfermeiros
p	- significancia
p.	- página
Pág.	- Página
R	- correlação de Pearson
R²	- Variância
SK	- Valor de assimetria
SPSS	- Statistical Package for the Social Science

t	- teste t
UCERN	- Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido
UCI	- Unidade de Cuidados Intensivos
ULSCB	- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
UMV	- teste de U Mann- Whitney
VE	- Variância
X^2	- teste do qui quadrado
α	- Alfa de Cronbach

1 - INTRODUÇÃO

O século XX foi um período em que ocorreram diversas alterações no domínio dos direitos humanos. Assim, em 1959 foi aprovada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas a Declaração Universal dos Direitos da Criança, atribuindo-lhe, desta forma, uma maior atenção. Mais tarde (1988), a carta de Leiden, preparada por várias associações europeias, relembra os Direitos da Criança Hospitalizada.

A carta dos Direitos da Criança Hospitalizada valoriza a importância do acompanhamento da criança doente, dia e noite, qualquer que seja a sua idade, bem como a participação dos pais nos cuidados a prestar.

O hospital e os próprios profissionais estão cada vez mais despertos para a participação dos pais nos cuidados, surgindo progressivamente algumas alterações tais como quarto para o acompanhante do bebé, o aumento do tempo de visitas, a permanência contínua de um acompanhante junto da criança (DL nº 106/2009, 14 de setembro), o fornecimento de alimentação grátis para o acompanhante (DL nº26/87, 13 de janeiro) entre outras.

O sentimento cada vez mais comum é que a presença dos pais no acompanhamento hospitalar é de primordial importância. Contudo, as instituições desenvolvem-se na área da técnica, para proporcionarem melhores condições aos doentes e não levando muito em conta o cuidar dos pais e as suas necessidades (BARRADAS, 2008).

Os enfermeiros desempenham um papel privilegiado na relação de ajuda que os pais necessitam em cada momento da doença do seu filho, devendo entender que para cada pai/mãe e/ou acompanhante significativo, a situação que motivou o internamento é sempre geradora de ansiedade (MONTEIRO, 2003). Surge, pois, como indispensável o estabelecer de uma relação de confiança, que advém do sentido ético e responsabilidade profissional, assumida no cuidar da criança/família. Os enfermeiros elevam-se como prestadores de cuidados mas, para além disso, repartem os cuidados com os pais quando os integram nos cuidados e os transformam em verdadeiros colaboradores na promoção da saúde do seu filho, na compreensão do tratamento utilizado, bem como, na aquisição de certas habilidades essenciais para a realização do cuidado em casa após a alta clínica.

Atualmente, a presença e a participação dos pais nos cuidados de saúde durante a hospitalização da criança é preconizada e incentivada (POLKKI [et al], 2002; LIMA [et al], 2001), sendo uma realidade nas unidades de pediatria. Neste sentido, emerge não só a

necessidade de confiança dos pais nos profissionais de saúde como, da parte destes, perceberem que os profissionais sentem confiança neles como parceiros nos cuidados.

A avaliação e identificação das necessidades dos pais por parte dos profissionais de saúde consistem principalmente em determinar o que as famílias querem para si mesmas e para os seus filhos e também o apoio que elas precisam dos profissionais para o conseguirem.

As implicações que a hospitalização de um filho pode trazer para a família e as necessidades sentidas por esta, durante a estadia hospitalar, são as premissas que guiam esta investigação.

A partir desta problemática interrogamo-nos sobre as seguintes questões de investigação:

- Qual a importância atribuída pelos pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas às necessidades de confiar e de sentir que confiam em si?

- Qual o grau de satisfação dos pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas face à satisfação das necessidades de confiar e de sentir que confiam em si?

- Em que medida os pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas são independentes face à satisfação das necessidades de confiar e de sentir que confiam em si?

- Como é que as características dos pais e acompanhantes significativos (idade, género, estado civil, residência, número de filhos, escolaridade, profissão, parentesco) das crianças hospitalizadas se relacionam com a importância atribuída, a satisfação e a independência percebidas em relação às necessidades de confiar e de sentir que confiam em si?

- Em que medida é que as características das crianças hospitalizadas (idade, número de vezes que foi hospitalizada, gravidade da doença) e as características da hospitalização (admissão, tempo de internamento, serviço onde esteve internada) se relacionam com a importância atribuída, a satisfação e a independência percebidas em relação às necessidades de confiar e de sentir que confiam em si?

Para responder a estas questões delinearão-se os seguintes objetivos:

- Identificar as necessidades de confiar e de sentir que confiam em si dos pais das crianças hospitalizadas na perspetiva dos mesmos no que concerne à importância, à satisfação e à independência para superar essas mesmas necessidades;

- Analisar as necessidades de confiar e sentir que confiam em si dos pais e a sua relação com algumas variáveis sócio demográficas dos pais e das crianças e de contexto

hospitalar;

- Refletir sobre as necessidades de confiar e sentir que confiam em si dos pais aquando da hospitalização dos filhos.

Este trabalho trata-se de um estudo quantitativo, utilizando uma abordagem metodológica descritiva e correlacional e transversal (FORTIN, 2009). A amostra é intencional constituída pelos pais/ acompanhantes das crianças nos hospitais selecionados, com internamento superior a dois dias, no período temporal de 1 de abril a 15 de junho de 2011. Para o tratamento dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences for Windows* (SPSS), versão 19.

Estruturalmente o trabalho foi dividido da seguinte maneira: fundamentação teórica, o estudo empírico e análise e discussão de resultados, além da introdução e das conclusões do trabalho.

Na fundamentação teórica foram abordados os aspetos teóricos relativamente à criança na família e a parentalidade, a criança hospitalizada e as necessidades dos pais das crianças hospitalizadas. Esta busca teórica permitiu não só melhorar os conhecimentos na área, como reflectir e confrontar os resultados obtidos com outros estudos.

Na segunda parte, do estudo empírico, faz parte a metodologia, referindo os objetivos, as questões de investigação, as variáveis, o instrumento de colheita de dados utilizado, a população e amostra, as considerações éticas, o tratamento dos dados e a análise dos resultados, discussão dos resultados e por último as conclusões.

É importante que a equipa de saúde, tenha a sensibilidade necessária para incluir os familiares nos cuidados de saúde prestados. É fundamental não esquecer que a presença do familiar significativo não deve ser passiva. Estes devem ser envolvidos nos cuidados à criança tais como a higiene, alimentação ou em cuidados mais específicos de acordo com o desejo e a capacidade destes. Este envolvimento é benéfico porque os torna participantes (BARRADAS, 2008), percebendo que os profissionais confiam em si como parceiros de cuidados, mas também criando laços de confiança nos profissionais de saúde.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2 - ENQUADRAMENTO TEORICO

Este capítulo está organizado da seguinte forma: será feita uma abordagem inicial sobre a criança como elemento integrante da família e a parentalidade, seguida de uma abordagem à criança hospitalizada finalizando com uma análise sobre as necessidades dos pais da criança hospitalizada.

2.1 - A CRIANÇA NA FAMILIA E A PARENTALIDADE

A criança para poder sobreviver depende completamente da família nas suas diferentes formas, autonomizando-se durante o processo de crescimento e desenvolvimento.

A família é a instituição humana e social mais importante e antiga pois é neste meio natural que o ser humano realiza o seu processo de socialização e satisfaz as necessidades fundamentais principalmente de amar e ser amado (LOURENÇO,1988).

O conceito de família sofreu várias modificações ao longo dos tempos influenciado pelo tipo de sociedade e cultura vigente, sendo definido de formas diferentes consoante a disciplina que o aborda, no entanto, é sempre a unidade de referência para o indivíduo e sociedade. A família é definida por WHALEY e WONG (1999, p.107) como o conjunto de “todos aqueles indivíduos que são considerados pelos membros da família importantes para a unidade familiar, incluindo parentes, amigos e outros grupos sociais, como a escola e a igreja”. Para MARTINS (2002, p.111) a família consiste no espaço natural onde ocorre a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos.

HANSON (2005) define estrutura familiar como um conjunto ordenado de relações entre as partes da família e entre a família e outros sistemas sociais, os padrões organizacionais de uma família tendem a ser relativamente estáveis ao longo do tempo. Contudo eles vão sendo gradualmente modificáveis ao longo do ciclo vital, e de modo radical pelo divórcio ou morte, refere ainda que o objetivo principal da família como instituição social, é proporcionar o bem-estar e ser simultaneamente o agente principal da continuidade e desenvolvimento dos seus membros; sendo a função da estrutura familiar o

propósito que a família põe ao serviço do indivíduo, assim como, de outros sistemas sociais e da própria sociedade.

O funcionamento da família é influenciado internamente pelos seus membros, ao mesmo tempo que integra influências externas mas não dependendo delas, possuindo uma capacidade de auto-organização que lhe possibilita alguma coerência e consistência permitindo assim um equilíbrio dinâmico. Ela é entendida como um todo e não como o somatório de todos os seus membros, embora se deva considerar a sua individualidade e a sua complexidade.

As famílias podem organizar-se como sistemas abertos ou fechados (RELVAS, 2004). Consideram-se sistemas abertos quando estão em constante interacção com os outros sistemas da comunidade, embora protegidas pelas suas fronteiras que regulam o acesso e a saída de e para outros sistemas; e são sistemas fechados quando são auto-suficientes, resistentes à interacção e utilizando adequadamente os serviços disponíveis; estas famílias não desejam alterar os seus valores e práticas, exercem maior controlo sobre os seus membros e têm mais dificuldade em utilizar os recursos da comunidade e adoptar novos comportamentos que visem melhorar a saúde.

A família segundo BARRERA (2011) pode ser descrita através das teorias familiares em que a família como unidade familiar responde a eventos dentro e fora dela, cada teoria faz suposições a respeito da família tendo pontos fortes e limitações, as teorias mais utilizadas são Teoria dos sistemas Familiares, Teoria do Stresse Familiar e a Teoria do Desenvolvimento:

1-Teoria dos Sistemas Familiares, tem como pressupostos que uma mudança em qualquer parte do sistema familiar afecta outras partes do sistema, efeito de causalidade circular, o sistema familiar caracteriza-se por períodos de rápido crescimento e mudança seguido de períodos de relativa estabilidade, tanto muitas mudanças como poucas mudanças são disfuncionais para o sistema familiar, assim, é preciso haver um equilíbrio entre a morfogênese(mudança)e a morfostase (nenhuma mudança), o sistema familiar pode iniciar mudanças , bem como reagir a elas. As vantagens desta teoria é que se pode aplicar à família na vida cotidiana normal, assim como na disfunção e patologia familiar, é útil para famílias de estruturas variáveis e diversos estádios do ciclo de vida, como limitações devido ao efeito de causalidade circular é muito difícil determinar as relações de causa e efeito. Pode-se aplicar na selecção de amigos, em processos de namoro, de comunicação familiar, manutenção de fronteiras e controles de famílias, relações pais-filhos, gravidez e parentalidade na adolescência.

2 - Teoria do Stresse Familiar, que apresenta como pressupostos; que o stresse é parte inevitável da vida familiar, e qualquer evento mesmo positivo, pode ser estressante para a família; esta enfrenta tanto stresses normativos esperados como stresses situacionais inesperados ao longo do ciclo de vida; o stresse tem um efeito cumulativo na família; as famílias enfrentam e respondem aos fatores de stresse com grande variedade de respostas e efetividade.

As vantagens desta teoria residem no facto de ter potencial para explicar e prever o comportamento familiar em resposta aos fatores de stresse e desenvolver intervenções que promovam a adaptação familiar; de se concentrar na contribuição positiva dos recursos, no enfrentamento e no apoio social a resultados adaptativos; pode ainda ser usada por muitas disciplinas no campo da saúde.

Como limitações o facto de as relações entre todas as variáveis na estrutura não serem ainda adequadamente descritas; não se sabe ainda se determinadas combinações de recursos e estratégias de enfrentamento serão aplicáveis em todos os eventos estressantes.

A teoria do stresse familiar pode ser aplicada em situações de transição á paternidade/maternidade e outras transições normativas, família monoparentais, famílias que experimentam stresse relacionado com o trabalho, doença infantil aguda ou crónica, incapacidade, infertilidade, morte de um filho, divórcio, gravidez e parentalidade na adolescência.

3- Teoria de Desenvolvimento, que assenta nos pressupostos de que as famílias desenvolvem-se e mudam ao longo do tempo de formas semelhantes e consistentes; a família e os seus membros necessitam de cumprir determinadas tarefas especificamente temporais estabelecidas pela família e por pessoas da sociedade; o desempenho da família num estágio do ciclo de vida, influencia as opções comportamentais da família no estágio seguinte; as famílias tendem a estar num estágio de desequilíbrio quando entram num novo ciclo de vida e lutam em direção a homeostase em cada estágio. BARRERA (2011), baseia-se Estádios de Duvall do desenvolvimento da família (sociólogo dos anos cinquenta), que são oito:

Estádio I - Casamento e um lar independente: a união de famílias, onde decorre o restabelecimento da identidade do casal, o realinhamento de relações com a família estendida, a tomada de decisões a respeito da maternidade/ paternidade;

Estádio II - Famílias com bebés: integração de bebés na unidade familiar, acomodação de novos papéis de pais e avós, manutenção de laços conjugais;

Estádio III - Famílias com filhos em idade pré- escolar: socialização dos filhos, pais e filhos ajustam-se à separação;

Estádio IV - Famílias com filhos em idade escolar: as crianças desenvolvem relações com os pares e os pais ajustam-se às influências dos amigos e da escola dos filhos;

Estádio V - Famílias com adolescentes: os adolescentes desenvolvem maior autonomia, os pais concentram-se novamente na vida conjugal, na meia-idade e nas questões da carreira, começam também a pensar em preocupações com uma geração mais velha;

Estádio VI - Famílias como centro de lançamento: pais e adultos jovens estabelecem identidades independentes, os pais renegociam o relacionamento conjugal;

Estádio VII - Famílias na meia-idade: reinvestem na identidade do casal com o desenvolvimento de interesses independentes, realinham os relacionamentos para incluir sogros e netos, lidam com incapacidades e a morte da geração mais velha;

Estádio VIII - Envelhecimento da família: mudança do papel profissional para o lazer e aposentação, mantém o funcionamento conjugal e individual ao mesmo tempo em que se adapta ao processo de envelhecimento, prepara-se para a própria morte e para lidar com a perda do cônjuge e/ ou irmãos assim como outras pessoas importantes.

As vantagens desta teoria são o facto de proporcionar uma visão dinâmica da família, lidar com as mudanças dentro da família assim como as mudanças na família como um sistema social ao longo da sua história de vida, antecipar fatores de stresse em potencial que normalmente acompanham as transições nos diversos estádios e quando os problemas podem ocorrer devido a falta de recursos.

As limitações desta teoria assentam no facto do seu modelo tradicional se aplicar mais a famílias de pais com filhos, usa a idade do primogénito e a duração do casamento como um marcador de estádio, as vezes problemática (exemplos de famílias com madrasta/ padrasto, em famílias monoparentais).

Esta teoria aplica-se em orientação antecipada, estratégias de educação e desenvolvimento ou fortalecimento dos recursos familiares para conduzir a transição à maternidade/ paternidade; nos ajustes familiares à entrada dos filhos na escola, filhos que se tornam adolescentes, filhos que saem de casa, aos anos de "ninho vazio" e à reforma.

Ao trabalharmos com as famílias segundo BARRERA (2011) a intervenção dos enfermeiros depende do modelo teórico utilizado, assim na teoria dos sistemas familiares, o foco é na interação dos membros da família dentro de um ambiente maior, são aspectos essenciais ser um comunicador habilidoso e saber usar a dinâmica de grupo para envolver

todos os membros no processo de interação. Esta teoria também apresenta excelentes oportunidades para antecipação de orientação, pois cada membro da família reage a cada stresse sofrido, os enfermeiros podem intervir ajudando a família a preparar-se para lidar e enfrentar as mudanças, cada situação de stresse representa uma oportunidade para mudar e aprender pois as famílias estão mais abertas as intervenções nestes momentos. Na teoria do stresse familiar, são utilizadas estratégias de intervenção na crise a fim de ajudar os membros da família enfrentar o evento problemático. Na teoria do desenvolvimento, os enfermeiros deverão promover orientação antecipada para preparar os membros para a transição do próximo estágio familiar.

Numa perspectiva sistémica, a família, desenvolve-se num eixo temporal e complexo que nos remete para a noção de ciclo vital. Assim, RELVAS (2004) considera que o ciclo vital da família é uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas.

A mesma autora classifica as famílias segundo as perspectivas de vários autores, como Hill & Rodgers (1979) e Minuchin & Fishman (1981), os quais referem três critérios de marcação dos estádios do ciclo de vida da família que são: alterações no nº de elementos que compõem a família; alterações etárias e por último alterações no estatuto ocupacional dos elementos responsáveis pelo sustento/suporte familiar; segundo estes autores estes critérios adequar-se iam a maior parte dos esquemas classificativos do ciclo vital das famílias, assim baseando-se essencialmente no primeiro critério, apresentam em 5 etapas para o ciclo vital:

- 1ª Etapa – a formação do casal;
- 2ª Etapa – família com filhos pequenos;
- 3ª Etapa – família com filhos na escola;
- 4ª Etapa – família com filhos adolescentes;
- 5ª Etapa – família com filhos adultos.

Nesta classificação, há muitas famílias que não se enquadram nela pois como refere JORGE (2004) existe elevada taxa de mães solteiras, mães adolescentes e divórcios que poderá levar a pensar que a família acabou mas devemos pensar o que Benjamim Spock (cit.por JORGE, 2004) escreveu, que está ao nosso alcance fazer a diferença.

No processo de organização/estruturação que a família constrói, as suas funções desenvolvem-se ao longo deste eixo (temporal): funções de protecção dos seus membros (função interna), e funções que permitem a sua socialização, adequação e transmissão da cultura (função externa).

Segundo RELVAS (2004), na família sobressaem vários subsistemas: o individual (constituído pelo indivíduo), o conjugal (englobando marido e mulher, o casal), o parental (constituído na maior parte das vezes pelos pais, com funções executivas tendo a seu cargo a protecção e educação das gerações mais novas), e o fraternal (constituído pelos irmãos).

O papel parental desenvolve-se ao longo do ciclo vital e modifica-se de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança. Cuidar de uma criança nos diferentes estádios de desenvolvimento, implica responsabilidades parentais diferentes.

O desempenho da função parental por parte dos pais conduz a uma definição do modelo educativo numa organização da parentalidade vivida pelos dois. Os pais, em termos sócio-antropológicos, trazem consigo o modelo de parentalidade construído na sua família de origem e reorganizando-se a partir do modelo maternal e paternal, reestruturado em função do estágio de evolução familiar e dos seus contextos vivenciais, pois os processos de transição para a parentalidade transportam sempre adaptações dos seus protagonistas. Com o nascimento do primeiro filho começa uma nova fase de transição do ciclo vital da família, que transita da função conjugal para a parental (RELVAS, 2004), implicando também alterações dos papéis sociais do casal seja nos projetos de vida, de identidade e funções (COWAN & COWAN, 1995).

Assim, para FARRELL & FROST (1992), no papel parental está implícito o desenvolvimento de ambiente afetivo e facilitador do desenvolvimento da criança desde o seu nascimento até á adolescência ou idade de auto-suficiência.

Existem alguns factores que influenciam a transição para a função parental tais como: serem pais pela primeira vez; pais com experiência de outro filho; as características da criança, como por exemplo as crianças com necessidades especiais, podem significar fonte de stress para a função parental e relações conjugais em crise.

Para MC.CUBBIN & MC.CUBBIN (1989) citados por WHALEY & WONG (1999), a adaptação bem-sucedida da transição para a paternidade/maternidade envolve pelo menos dois tipos de recursos familiares:

- Recursos internos: adaptação e integração (auto-estima dos pais, o sentimento de adequação e sentirem-se capazes de lidar com a situação). O nível educacional e financeiro, bem como a saúde e a capacidade intelectual são considerados recursos importantes;

- Recursos externos: recursos comunitários, suporte social.

As funções parentais relacionam o que é socialmente reconhecido de pai e de mãe e a responsabilidade na criação dos filhos, mas a definição da função está a modificar-se, pois que o estatuto social da mulher se encontra em mudança na sociedade.

Esta modificação implica uma mudança na função complementar do homem (RELVAS, 2004), associada à evolução verificada no papel da mulher.

As funções da família, para MINUCHIN (1990), tem dois objectivos: um interno que visa a protecção psicossocial dos seus membros e um segundo externo, que visa a sua acomodação a uma cultura e respectiva transmissão da mesma. CARTER e MCGOLDRICK (1995) referem que os relacionamentos entre os seus membros são, sem dúvida, a sua mais-valia, tornando-se mesmo insubstituíveis.

Para PAIVA (2001), a relevância atribuída aos cuidados culturais passa pela valorização do conhecimento dos indivíduos relativamente aos fenómenos que os afectam, aos processos terapêuticos a que aderem e aos riscos de saúde que promovam mudanças de comportamento e que afectam o equilíbrio harmonioso do indivíduo. Valoriza-se o que a pessoa sabe relativamente aos processos de vida e de transição, constituindo a base do conhecimento do indivíduo que interage paralelamente no sistema familiar e noutros sistemas, nos quais desempenha papéis que influenciam o seu desenvolvimento pessoal, influenciando a sua interacção no seio familiar; os pais, sendo responsáveis pela protecção e a educação dos mais novos; o conjugal, do qual fazem parte o marido e a mulher, ou seja, o casal; e o fraternal, composto pelos irmãos, com funções mais específicas, como o treino de relações entre iguais. A forma como estes subsistemas estão organizados e as relações estabelecidas entre eles, coincide com a estrutura familiar, sendo que na estrutura familiar cada indivíduo tem a sua posição ou *status*, desempenhando funções culturais e narra que, uma vez que a família se encontra em constante transformação, adapta-se às diferentes exigências das diversas etapas do seu ciclo vital, garantindo, assim, a continuidade e o desenvolvimento dos seus membros MINUCHIN (1990).

A função biológica da reprodução deixou de ser a referência principal da família, bem como, houve uma crescente renúncia das funções de protecção e de socialização em detrimento do desenvolvimento pessoal dos seus membros (PETRONILHO, 2007).

Assim, percebe-se hoje que a família é menos auto-suficiente, tendo formas diferentes formas de socialização das várias gerações, com implicações muito significativas na cultura, nas expectativas e nos modelos de convivência intrafamiliar.

A família, segundo RELVAS (2004), encontra-se em constante mudança e transformação ao longo da vida, sendo que cada momento de transformação corresponde aos marcadores do ciclo vital, isto é, ao início dos seus diferentes estádios de transição ou

fases, porém continua a ser o principal sistema de suporte das crianças e dos idosos. Estas transições constituem modificações do estado de saúde, modificações no papel das relações, modificações das expectativas, modificações nas habilidades (competências), que afectam o desenvolvimento no processo saúde/doença, o que segundo MELEIS (2005) requer que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere o comportamento, logo haja uma mudança na definição do “eu” no contexto social.

2.2 - A CRIANÇA HOSPITALIZADA

A criança nem sempre foi encarada como um ser de pleno direito. Ao longo dos tempos foram surgindo mecanismos legais para as protegerem, como seja a Convenção sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. No 1º artigo define criança como todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo (UNICEF, 2004).

Em relação à hospitalização da criança e quando, de facto, é inevitável, deve ocorrer em unidades pediátricas e durante o mínimo possível de tempo (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001; JORGE, 2004; REIS, 2007). A Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente no seu relatório referente a 2004-2008, afirma que os serviços de Pediatria devem cumprir critérios mínimos, nomeadamente o atendimento até aos 18 anos de idade (17 anos e 364 dias), a criança deve ser internada num serviço de pediatria, seja a patologia médica ou cirúrgica, e ter condições para a permanência de um acompanhante durante as 24 horas (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2009: 36).

Na Carta da Criança Hospitalizada são expressos e universalmente aceites alguns princípios tais como o internamento como último recurso, o tratamento mínimo eficaz, o acompanhamento pelos pais e a adequação da informação e dos serviços aos diferentes grupos etários pediátricos. O incentivo à família na participação, decisão e colaboração dos cuidados, a humanização e formação dos técnicos de saúde, assim como o respeito pelos direitos relativos à religião e a barreira linguística e diferença cultural, devem também ser considerados imperativos essenciais, na organização dos serviços de pediatria (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2009).

As recomendações atuais vão no sentido de evitar ao máximo a hospitalização da criança promovendo os tratamentos sempre que possível em ambulatório, pois esta pode

provocar alterações significativas no crescimento e desenvolvimento da criança, pois ao interrompermos o ritmo de vida e crescimento normal podemos provocar marcas profundas no desenvolvimento da criança (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2009: 36).

Assim, quando a hospitalização for inevitável esta deve ser sempre em unidades pediátricas e o tempo de hospitalização deve ser o mais curto possível, pois a hospitalização prolongada pode provocar, segundo Curry citado por JORGE (2004), trauma emocional importante, devido à separação da família, atuando como catalisador de modificações patológicas quer de personalidade ou mesmo orgânicas, e ainda regressões quando do regresso a casa. Estes efeitos nefastos da hospitalização podem ser reduzidos se for um internamento conjunto com os pais pois estes podem proporcionar à criança a afetividade e continuidade de cuidados que ela necessita.

Na assistência à criança no hospital, é fundamental o conhecimento sobre o seu desenvolvimento, para que o profissional possa estar atento para as questões relacionadas com a saúde da criança de forma integral.

A hospitalização para a criança significa a separação das pessoas significativas principalmente pais e irmãos, a rotura nas atividades diárias, doença e tratamentos dolorosos, ou seja, sofrimento e dor. Os principais fatores geradores de *stress* durante esta são: a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor, as quais se manifestam de diferentes formas, segundo a fase de desenvolvimento em que se encontra a criança (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). O crescimento e o desenvolvimento são referidos como fatores que induzem a mudança durante a vida dos indivíduos, sendo o seu desenvolvimento atingido através do crescimento, maturação e aprendizagem.

HOCKENBERRY e WILSON (2011) referem quatro fases ou períodos de desenvolvimento desde o nascimento até aos 18 anos de idade, que são:

- **Lactente** - Período que é caracterizado pelo desenvolvimento motor, cognitivo e social, de forma rápida. O lactente estabelece uma confiança básica no mundo através da mutualidade com a pessoa que fornece os cuidados (mãe/pai). O primeiro mês de vida é crítico, devido aos ajustes físicos, à vida extra-uterina e do ajuste psicológico dos pais.

O período de lactente pode dividir-se em duas fases diferentes: até aos três meses de vida e a partir dos quatro até aos doze meses, sendo a primeira fase antes da ligação à pessoa significativa responsável pelos cuidados e a segunda fase após a ligação.

Quando a criança é hospitalizada, a criança até aos três meses, reage principalmente às alterações das suas atividades habituais, apresenta também uma reação generalizada à dor; a partir dos quatro meses a criança reage à dor oferecendo resistência e falta de cooperação podendo recusar-se a ficar quieta, a distração não ajuda muito e a

preparação prévia tende a aumentar o medo e a resistência. Os lactentes demonstram uma grande capacidade para suportar qualquer tipo de stress. Nesta fase a resposta às fontes de stress como a dor, a doença ou hospitalização, decorrem principalmente da separação mãe/filho, sendo assim, fundamenta, que esta for evitada.

- **1ª Infância** - A primeira infância vai desde que a criança atinge a locomoção ereta até à entrada na escola. Esta fase é caracterizada pela atividade intensa e pela descoberta, o desenvolvimento físico e de personalidade é muito acentuado e o desenvolvimento físico decorre de forma contínua. É também nesta fase que as crianças adquirem uma linguagem mais ampla assim como os relacionamentos sociais, ganhando autocontrolo e domínio, e desenvolvendo a consciência da dependência e independência iniciando o desenvolvimento do autoconceito. Este período engloba duas fases: Toddler (1- 3 anos) e Pré-escolar (3- 6 anos).

Quando a hospitalização ocorre durante a fase de Toddler a principal fonte de stress é a separação, pois é nesta fase que a criança apresenta maior dependência dos pais, assim como as respostas que apresentam que são influenciadas pela luta por autonomia. Na separação como fonte de stress consideram-se três etapas distintas pelas quais a criança passa: a do protesto, a do desespero e a da negação.

Nestas etapas a criança reage de formas diferentes, assim na etapa do protesto a criança chora, grita e recusa a atenção de qualquer pessoa que não sejam os seus pais, podem protestar de forma contínua e algumas só sossegam devido à exaustão física. Na etapa do desespero, a criança encontra-se menos ativa, triste, solitária e apática, perde o interesse pelos seus brinquedos e retrai-se das outras pessoas, nesta etapa a principal característica é a depressão associada a angústia e a tristeza crescente. Na negação a criança aparentemente adaptou-se à perda, parece mais interessada no ambiente que a rodeia, nos brinquedos e nos novos relacionamentos. Este comportamento é não é um sinal de adaptação mas o resultado da resignação.

Sendo a luta pela autonomia uma das características desta idade, podem reagir negativamente com crises de birra sempre que as suas vontades, brincadeiras e atividades da vida diária não são satisfeitas. As respostas á dor são semelhantes às que se observam nos lactentes, reagindo com intensa perturbação emocional, resistência ou mesmo agressão física.

Na fase Pré-escolar (3-6 anos), as crianças apresentam maior auto-suficiência nas suas atividades diárias e começam também a assumir responsabilidades sob alguns fatores geradores de *stress* da hospitalização, exibindo ainda muitas das necessidades da fase infante.

Na idade pré-escolar em relação à separação são mais seguras nos relacionamentos interpessoais mas, com a doença os comportamentos de protesto são mais passivos, sendo os restantes muito semelhantes às crianças da fase infante. A ansiedade da separação pode-se manifestar de várias formas através da recusa alimentar, dificuldade em adormecer, chorarem baixinho e chamarem pelos pais, ou então de forma indireta partindo os brinquedos ou batendo nas outras crianças, ou ainda recusarem-se a participar nas suas atividades habituais. Nestas idades, a perda de controlo também resulta das alterações das atividades de vida diária, verificando-se a regressão e o negativismo, pois as rotinas alteradas, a restrição física e a dependência imposta levam à perda de controlo no pré-escolar.

As reações dos pré-escolares aos fatores geradores de stresse, de dor e de medo são: a agressão, na qual tentam lutar e fugir em vez de resistirem; e a expressão verbal, onde pode haver agressão verbal ou persuasão da pessoa para a não realização da atividade a que iria ser sujeita. Estas reações não são apenas tentativas para evitar o acontecimento, mas sim para evidenciar as perceções da criança em relação à experiência e à dependência demonstrando comportamentos de apelo e apoio por parte dos seus pais (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

- **2ª Infância** - A segunda infância também denominada de fase escolar, abrange as crianças de idade compreendida entre os 6 e os 12 anos.

Nesta fase a atenção da criança foca-se mais para fora do grupo familiar, centrando-se num mundo mais vasto no relacionamento com os colegas. O desenvolvimento físico, mental e social continua mas com ênfase no desenvolvimento das competências e habilidades. Esta é uma fase crítica no desenvolvimento do autoconceito (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). A cooperação social e o desenvolvimento moral inicial adquirem maior relevância para as fases posteriores da vida.

Quando a hospitalização ocorre nesta fase as crianças apresentam uma maior capacidade para enfrentar a separação, mas também pode ocorrer uma reação de regressão. Nesta situação a necessidade de segurança, orientação e apoio dos pais é relevante, pois apesar de o desejarem e necessitarem, estão relutantes ou são incapazes de os solicitar, pois é uma fase caracterizada pelas expectativas, de agir como adultos, de serem grandes, pois a meta de conseguirem a independência é muito importante para eles. Assim, não procuram ajuda diretamente com medo de parecerem fracos, infantis ou dependentes.

Nesta fase, aquando da hospitalização, a doença provoca um sentimento de perda de controlo, pois quando as suas atividades normais são interrompidas ou prejudicadas reagem com depressão, hostilidade ou frustração.

A preocupação com a dor real pode ser menor do que com a incapacidade, recuperação incerta e até mesmo a possibilidade da morte, pois as crianças interessam-se pela sua saúde e doença. A lesão corporal preocupa-os bastante na medida em que eles têm a noção da indispensabilidade de algumas partes do corpo e dos possíveis perigos do tratamento, das consequências a longo prazo, da lesão permanente ou até da perda de função.

- **Adolescência** - A fase da adolescência vai dos 13 aos 18 anos e é considerada um tumultuoso período de maturação e alterações rápidas, que se inicia na puberdade e se prolonga até à entrada no mundo adulto (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). As maturações biológicas e da personalidade são acompanhadas por desordem física e emocional, ocorrendo também uma redefinição do autoconceito. No final da adolescência, o jovem começa a interiorizar todos os valores aprendidos e concentra-se numa identidade individual em vez de grupo. Os mecanismos para confrontar o *stress* encontram-se mais desenvolvidos, assim como a capacidade de pensar quer a abstrata, quer a concreta. Esta fase é aquela em que os mecanismos para confrontar o *stress* já estão mais desenvolvidos, bem como a capacidade de pensar tanto abstrata como concreta, os poderes da comunicação para darem a conhecer as suas necessidades, a estabilidade física para suportar a lesão corporal e a existência de experiências anteriores que lhes servem como guia no presente e no futuro.

Apesar das suas forças, são um grupo vulnerável ao *stress* causado pela doença e pela hospitalização, constituindo como principais ameaças a perda de controlo, principalmente a nível da identidade, o medo de uma imagem corporal alterada e a separação, principalmente do seu grupo de amigos.

A separação em relação aos pais pode ser um acontecimento apreciado e bem-vindo, já que é nesta fase que procuram independência, ao contrário da separação do grupo de amigos, o que pode tornar-se numa ameaça emocional devido à perda do seu estatuto no grupo.

A luta dos adolescentes por independência, auto-afirmação e libertação centra-se na busca de identidade pessoal, a hospitalização vai impor aos adolescentes um novo grupo de pessoas autoritárias às quais podem reagir com falta de cooperação ou reserva, podem também responder com auto-afirmação, raiva ou frustração, sendo assim visível a perda de

autocontrolo, já que sentem uma ameaça sobre a sua identidade (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

A doença, intervenções cirúrgicas ou médicas e a hospitalização vão aumentar a sua preocupação com a normalidade.

A lesão corporal pode ser associada às rápidas mudanças da imagem corporal que ocorrem em adolescentes durante o desenvolvimento púbere, torna-os com frequência inseguros em relação aos seus corpos, pois é na adolescência que a imagem corporal atinge o auge e qualquer diferença que possa surgir em relação aos seus pares é considerada como uma tragédia. Há também uma preocupação acrescida com a sua privacidade, devido às mudanças sexuais que lhes ocorrem e, o desrespeito por esta, pode causar maior stresse do que a dor física.

Em relação à dor, reagem com autocontrolo, deve-se sim avaliar o ambiente afetivo do adolescente, na medida em que podem surgir queixas psicossomáticas indicativas de problemas familiares ou escolares ou mesmo entre o grupo de amigos.

A forma como a família encara a situação de doença, depende essencialmente de como esta surge, pois para a criança e família a reação ao *stress* é diferente se for uma doença com um início súbito ou insidioso.

Quando da hospitalização da criança, essa transição confronta os pais para um papel parental pouco normativo, porque extremamente perturbador; mas como refere MERCER (2002), o apoio na transição para o papel parental pressupõe que o contacto com os pais se realize de forma positiva: aumentando a sua auto-estima, respeitando as suas crenças culturais, promovendo as interações entre os pais e a criança, estimulando os pais a expressar as suas expectativas, motivando-os para aprendizagem de habilidades e compreender as relações que exigem uma adequação por parte da família (RELVAS, 2004). A hospitalização assim como o nascimento de um filho são momentos de crise pois a presença (ou ausência) dos filhos implica todo um conjunto de reajustes no enquadramento inicial no sistema.

Para tentar minimizar estes momentos de crise a organização dos cuidados as crianças internadas tem sofrido modificações ao longo dos tempos com a preocupação de melhoria, passando do método por tarefa ao modelo de parceria de cuidados que foi desenvolvido por Anne Casey em 1988 a que chamou modelo de parceria de cuidados a ser implementado aquando da prestação de cuidados pediátricos. Segundo este modelo, os pais não são visitas, nem técnicos, mas sim parceiros no cuidar. Casey acredita ser fundamental centrar os cuidados em dois pressupostos, na criança internada e na família. O

modelo de cuidados engloba cinco conceitos principais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro pediátrico.

2.3 - NECESSIDADES DOS PAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

O conhecimento científico demonstrou que a doença e a hospitalização conduzem a vivências de sofrimento por parte da criança e sua família, nomeadamente à ansiedade da separação; à perda de controlo, ao medo da lesão corporal e à dor (HOCKENBERRY e WILSON, 2011) e, quer as reações dos pais, quer as respostas da criança à hospitalização influenciam-se mutuamente (VESSEY, 2003 cit. por MELO, 2011).

A hospitalização da criança torna os pais vulneráveis e as funções que anteriormente eram executadas pelos pais, tais como os cuidados de higiene, alimentação, protecção e suporte emocional, podem ser assumidos pelos profissionais de saúde, causando nos pais um sentimento de revolta e frustração, comprometendo o seu papel parental.

A prática dos cuidados em casa é abandonada e substituída por tecnologia específica, o que coloca a família sob as “ordens” dos profissionais de saúde, com o médico no topo dessa hierarquia de saber e poder (CARAPINHEIRO, 1993). Também “algumas enfermeiras, a fim de se concentrarem mais no modelo biomédico, dão menor auxílio e assistência...” (WRIGHT LEAHEY, 2002, citado por REIS, 2007, p.30). Assim, os níveis de participação nos cuidados podem variar do envolvimento total à completa indiferença para com os profissionais.

Para os pais, a doença, a gravidade da mesma, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho e corresponderem às expectativas dos enfermeiros, podem constituir barreiras ao desenvolvimento do seu papel parental, podendo este ficar desajustado, sobretudo no início do processo, mas, à medida que vão participando nos cuidados, a sua segurança aumenta e vão adquirindo o poder dado pela prática ao executarem determinadas tarefas, logo, a sua autonomia vai aumentando (MELNYK [et al], 2004; SABATÉS e BORBA, 2005).

Estudos realizados em vários países sobre a importância da identificação das necessidades dos pais, tendo em conta as suas expectativas sobre a sua participação nos cuidados, evidencia que estas são muitas vezes subestimadas e não avaliadas adequadamente pelos enfermeiros. As necessidades diferem consoante as famílias, no que se refere à hospitalização da criança; Assim, abordar os pais/família de forma

individualizada e reconhecer a importância do papel dos pais, é fundamental para o processo da integração da criança e pais nas unidades de internamento.

Ao cuidarem do filho hospitalizado, os pais mobilizam as suas crenças, saberes e experiências, desencadeando uma mudança na estrutura formal de organização hospitalar, otimizando o seu poder parental.

De referir que o tempo de hospitalização da criança e do seu acompanhante (maioritariamente a mãe) pode fazer com que o afastamento dos restantes familiares traga perturbações de natureza afetiva, principalmente nas relações do casal e nas relações com outros filhos. Colocam-se, assim, questões de natureza ética quando percebemos a mais-valia da presença e participação dos pais nos cuidados à criança hospitalizada e, simultaneamente, condicionam a sua presença no seio familiar.

Num estudo sobre o envolvimento parental nos cuidados, YGGE e ARNESTZ, (2004), concluíram que os pais sentem falta de suporte e apoio para si próprios. Apesar de valorizarem os profissionais de saúde, alguns pais referem que não lhes tinha sido dada a informação sobre a participação nos cuidados, nem que os profissionais assumiram essa participação. Os pais experimentam durante a hospitalização a falta de informação, a não negociação do seu papel e sentimentos de grande ansiedade e isolamento.

Outros autores consultados (CALLERY e SMITH, 1991; LIMA [et al], 1999), concluíram nos seus estudos que a participação dos pais no processo de hospitalização dos seus filhos, apesar de amplamente definida pelos profissionais de saúde, não está bem delimitada.

Compreender as respostas da criança e da família perante a hospitalização é fundamental para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem pediátricos com qualidade, permitindo e facilitando a readaptação da criança e família face ao novo contexto (MELO, 2011).

Durante a hospitalização, os enfermeiros deverão aceitar o papel dos pais como defensores dos seus filhos, apesar de os enfermeiros serem peritos em pediatria e saúde infantil, são os pais que vivem o dia-a-dia da criança e as consequências das suas decisões no melhor para a criança (KRISTJÁNSDÓTTIR, 1991). A presença dos pais durante a hospitalização da criança é reconhecida como benéfica para ambos, contribuindo para minimizar os efeitos negativos da doença e da hospitalização tal com referem HALLSTRÖM, RUNESON e ELANDER (2002), KYRITSI, [et al]. (2005). A integração dos pais nas unidades de saúde criou novos desafios à prática da enfermagem, através da compreensão e valorização do papel parental, verificando-se um aumento de interesse pelas necessidades dos pais, preocupações e sentimentos, refletindo-se na organização dos cuidados de

enfermagem, os quais devem ser centrados na criança e na família (SHIELDS e KRISTENSSON-HALLSTRÖM, 2003).

Todos temos necessidades fundamentais, e esforçamo-nos para as satisfazer. As necessidades podem ser físicas ou psicológicas e a importância de cada necessidade depende de cada indivíduo. O valor relativo de cada necessidade é influenciado por vários aspetos como: expectativas pessoais, influências sociais e culturais, saúde física e nível de desenvolvimento psicofisiológico (Bolander, 1998 cit. por BARRADAS, 2008).

As necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos, o que varia de um indivíduo para o outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-las ou atingi-las. São vários os fatores que influenciam a sua manifestação e satisfação, tais como, a idade, o sexo, a cultura, os fatores socioeconómicos entre outros (Horta, 1979 cit. por BARRADAS, 2008). Assim, é necessária pesquisa adicional para determinar as necessidades sentidas pelos parentes, de modo a que a energia dos profissionais dos cuidados de saúde não seja mal orientada e para que se possam prestar cuidados totais ao doente (Molter, 1979, cit. por BARRADAS, 2008).

HYMOVICH (1976, 1984, cit. por KRISTJÁNSDÓTTIR, 1991) faz referência a quatro necessidades dos pais: a necessidade de confiar em si, a necessidade de confiar nos profissionais, a necessidade de informação e a necessidade de orientação para lidar com a situação.

MILES (1979, cit. por KRISTJÁNSDÓTTIR, 1991) acrescentou mais uma necessidade, delineando cinco necessidades dos pais das crianças hospitalizadas em unidades de cuidados intensivos: a necessidade de confiar na equipa que presta cuidados de saúde, a necessidade da informação, a necessidade de apoio para lidar com a situação, a necessidade de atender às suas necessidades básicas e a necessidade de restabelecer o seu papel como pais.

Em 1984, Hayes e Knox constataram que os pais demonstram a necessidade de compreender a doença da criança, familiarizar-se com o ambiente hospitalar, adaptar-se à mudança da relação com a criança e outros familiares e negociar os cuidados à criança com os profissionais de saúde (MAGALHÃES, 2011).

PATTERSON, em 1988, cit. por REIS, (2007), classificou as necessidades dos pais em quatro áreas: cognitivas, emocionais, comportamentais e nas relações conjugais. Fernandes (1988) enumera outras: que as crianças recebam cuidados físicos competentes, que compreendam a situação clínica e tratamento da sua criança, que sintam que são importantes e capazes como pais e que tenham oportunidade de debater os seus sentimentos sobre a hospitalização da sua criança.

KRISTJÁNSDÓTTIR (1991) realizou um estudo sobre as necessidades dos pais de crianças hospitalizadas com idade entre 2 e 6 anos, onde identificou 43 necessidades que agrupou em 6 categorias:

- 1ª - necessidade em confiar nos médicos e enfermeiros - quando a criança é hospitalizada, os pais moldam-se às condições impostas pelos profissionais de saúde, não questionam, e a equipa de saúde explica-lhes rápida e superficialmente o estado de saúde da criança, logo é necessário que se desenvolva uma relação de confiança entre a equipa, os pais e a criança para se obterem resultados terapêuticos (OLIVEIRA e LOPES, 2010).

- 2ª - necessidade de sentirem que confiam neles - tornar a família um elemento da equipa, já que o cuidado à criança não é exclusivo desta, promovendo a sua participação e presença, pois que no hospital há a necessidade de se adaptar a novos horários, confiar em pessoas desconhecidas, ficar num quarto sozinho ou com outras crianças/pais desconhecidos. Os pais também cuidam, são eles que conhecem a sua criança (DIAS e MOTTA, 2004).

- 3ª - necessidade de informação - a equipa de saúde deve informar os pais quanto às condições de tratamento, comportamento e atividades ou limitações da sua criança no hospital; deve também fornecer informação completa, correta, clara e concisa sobre as condições e as reações à doença e tratamento da criança. A troca de informações com os pais significa partilhar sem julgar as reações, as ideias e os cuidados da criança, identificando soluções conjuntas e incorporando as observações dos pais no plano de cuidados da criança hospitalizada (SABATÉS e BORBA, 2005).

- 4ª - necessidade relacionada com recursos humanos e físicos - o ambiente hospitalar deve-se tornar mais confortável e menos ameaçador, o hospital pode ser um lugar de trocas e de relações, à semelhança de uma cidade, a qual a sua arquitetura poderá ajudar a reduzir a angústia, com a inclusão de espaço para os pais junto das crianças, áreas de lazer e distração adequadas a crianças e adolescentes, espaços para os pais falarem em privado com a equipa de saúde, espaços para as mães amamentarem ou extraírem o leite para os bebés, mobiliário confortável e colorido e sinais claros e acolhedores (SANTOS, 2001). As atividades lúdicas levam à utilização de espaços e de comportamentos diferenciados por parte de toda a equipa, psicólogos, educadores, professores, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros (FERNANDES, 2011). A introdução das tecnologias de informação, os programas de apoio pedagógico e as interações sociais, podem contribuir de maneira diferenciada para proporcionar durante o período de hospitalização melhor qualidade de vida às crianças e sua inclusão em todos os segmentos do mundo atual (LIMA e SILVA, 2011).

- 5ª - necessidade de suporte e orientação - quando ocorre a hospitalização da criança surge uma desorganização da família, a equipa de enfermagem ao perceber essa situação poderá auxiliar e orientar os pais da forma mais adequada, para que surja uma reorganização temporária, evitando maior *stress* e sofrimento, tanto para os que ficam no hospital como os que ficam em casa. Quando a família não possui uma rede de apoio no momento da hospitalização, as dificuldades aumentam (LORENZI e RIBEIRO, 2006).

- 6ª - necessidades relacionadas com a criança doente e com outros membros da família - uma hospitalização não planeada, interfere no quotidiano familiar. A incapacidade para lidar com uma situação nova, afeta as relações familiares, quer entre irmãos, entre pais e filhos ou mesmo entre os cônjuges, sendo necessário uma nova organização na dinâmica da família, de acordo com LORENZI e RIBEIRO (2006); QUEIROZ, MEIRELES e CUNHA (2007).

No seu estudo, KRISTJÁNSDÓTTIR (1991) criou um questionário para identificar as necessidades dos pais o qual designou por Needs of Parents Questionnaire (NPQ). Tratou-se de um estudo qualitativo realizado a 34 pais em unidades pediátricas dos Estados Unidos e Islândia, do qual já vários autores fizeram uso nos seus estudos, tais como Bragadottir (1999) na Islândia; Shields e Kristensson-hallström (2003) na Suécia e em 2004 na Inglaterra; Kyritsi, Matziou, Perdikaris e Evagelou (2005) na Grécia; Ferreira, Melo, Reis e Melo em 2010, em Portugal.

Kristjánsdóttir (1991), Bragadottir (1999); Shields e Kristensson-Hallström (2003, 2004) e Kyritsi, Matziou, Perdikaris e Evagelou (2005), no seu estudo verificaram que no acompanhamento da criança na sua hospitalização a percentagem de mães é mais elevada.

Em Atenas, Kyritsi, Matziou, Perdikaris e Evagelou (2005), aplicaram o NPQ num hospital e os resultados mostraram que os pais das crianças hospitalizadas apresentam as mais variadas necessidades de acordo com o género parental, as habilitações literárias, a nacionalidade, a idade da criança e o diagnóstico da doença. As necessidades identificadas como mais importantes para melhor cuidarem da criança situam-se na informação constante, apoio e confiança na equipa de saúde.

Reis (2007) verificou que os pais das crianças hospitalizadas atribuíram mais importância à necessidade de confiar e à necessidade de informação. Apresentam um grau de satisfação maior quando se encontram satisfeitas a necessidade de confiar e a necessidade de sentirem que confiam em si. Em todas as necessidades expressas, uma grande percentagem dos pais encontra-se dependente da ajuda do hospital para superar essas necessidades. Os pais que vivem a curta distância do hospital apresentam uma independência mais elevada em todas as necessidades percebidas; os pais das crianças internadas entre os 7-11 anos apresentam igualmente um grau de independência mais

elevada em todas as necessidades percebidas, comparativamente aos pais das crianças dos 0-2 anos e dos 3-6 anos.

HALLSTRÖM, RUNESON e ELANDER (2002), citados por REIS (2007) e MAGALHÃES, (2011), num trabalho de pesquisa, identificaram as seguintes necessidades dos pais: segurança; controlo; comunicação; satisfação com os profissionais de saúde; ser um pai competente; relação com outros familiares; delegar responsabilidades e satisfação das necessidades pessoais.

A prestação de cuidados às crianças pressupõe a avaliação das suas necessidades, bem como as dos pais, contudo, o seu conceito é difícil de definir, mas HALLSTRÖM, RUNESON e ELANDER (2002, cit. por MELO, 2011, p.32) consideram que as necessidades de uma pessoa são “coisas” (*things*) sem as quais a pessoa não está bem.

Os mesmos autores mencionam que, por vezes, as necessidades são usadas como sinónimo de “querer”, podendo ser auto-avaliadas ou avaliadas por terceiros e pode verificar-se diferença de opinião entre os profissionais de saúde e o utente, acerca da identificação das suas necessidades e do estabelecimento de prioridades para a sua satisfação.

O conhecimento das necessidades relativas aos pais torna-se indispensável, para o planeamento de intervenções de apoio à família durante a hospitalização da criança, a fim de “melhorar” as competências parentais na prestação de cuidados em contexto hospitalar, e posteriormente no domicílio. A presença e a participação dos pais nos cuidados de saúde durante a hospitalização da criança, é sugerida e incentivada, sendo hoje uma realidade nas unidades de pediatria (MELO, 2011).

Cada família tem necessidades diferentes no que se refere à hospitalização da criança, reconhecer a importância do papel dos pais e abordar os pais/família de forma individualizada, torna-se fundamental no processo de integração da criança e pais nas unidades de internamento (REIS, 2007), confirmando assim a necessidade de a equipa ficar atenta e identificar as necessidades reais de cada família com o objetivo de direcionar as orientações e os cuidados (LORENZI e RIBEIRO, 2006).

Verificamos, pois, que as necessidades dos pais devem ser oportunamente identificadas e compreendidas pelas enfermeiras, adequando a partir daí as novas metodologias e organização de cuidados, uma vez que a sua participação dependerá das suas expectativas, face à satisfação das suas necessidades.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

3 – METODOLOGIA

Após a conclusão da revisão bibliográfica, torna-se necessário descrever e explicar todos os passos metodológicos que foram utilizados ao longo desta investigação. Esta designa-se por metodologia que na perspectiva de FORTIN (2000), consiste no conjunto de métodos e técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica.

Deste modo, e tendo por base o quadro teórico que elaboramos, neste capítulo abordaremos os métodos, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos e formais na recolha de dados e por fim a análise e tratamento estatístico efectuado.

3.1 – MÉTODOS

A família é a unidade básica da organização social, uma vez que também é nesta que o individuo se forma enquanto ser humano. Quando a criança adoece e a acolhemos em ambiente hospitalar, esta não pode ser considerada de forma isolada, mas sim como parte integrante da sua estrutura e dinâmica familiar (VELEZ e GODINHO, 2002). A noção das implicações da doença da criança na família leva o enfermeiro a promover a proximidade e ligação afectiva pais/filhos e a atender às suas necessidades durante o processo de hospitalização.

Para detectarmos as necessidades dos pais é fundamental ter uma percepção da reacção da família ao internamento do seu filho, enquanto momento de crise. O *stress* na família é maior quando a doença surge nos pontos de transição dos ciclos da vida familiar o que, segundo Carter e McGoldrick (1995) citado por SILVA (2010) se transforma num momento crítico, uma vez que as famílias não têm uma perspectiva temporal delas próprias quando vivem problemas, tendendo geralmente para magnificar o momento presente, esmagados e imobilizados pelos seus sentimentos imediatos, ou fixam-se num momento futuro que temem e anseiam.

Os enfermeiros desempenham um papel privilegiado na relação de ajuda que os pais necessitam em cada momento da doença do seu filho, devendo entender que para cada pai/mãe e/ou acompanhante significativo, a situação que motivou o internamento é sempre geradora de ansiedade. Deve, pois, transparecer uma atitude por parte do enfermeiro de preocupação, esperança, empatia e disponibilidade pelos problemas que tem o seu filho,

(MONTEIRO, 2003). Assim, surge como indispensável o estabelecer de uma relação de confiança, que advém do sentido ético e responsabilidade profissional, assumida no cuidar da criança/família. Os enfermeiros elevam-se como prestadores de cuidados mas, para além disso, repartem os cuidados com os pais quando os integram nos cuidados e os transformam em verdadeiros colaboradores na promoção da saúde do seu filho, na compreensão do tratamento utilizado, bem como, na aquisição de certas habilidades essenciais para a realização do cuidado em casa após a alta clínica.

Actualmente, a presença e a participação dos pais nos cuidados de saúde durante a hospitalização da criança é preconizada e incentivada (POLKKI [et al], 2002; LIMA [et al], 2001), sendo uma realidade nas unidades de pediatria. Neste sentido, emerge não só a necessidade de confiança dos pais nos profissionais de saúde como, da parte destes, perceberem que os profissionais sentem confiança neles como parceiros nos cuidados.

A partir desta problemática interrogamo-nos sobre as seguintes questões de investigação:

- Que importância atribuem os pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas às necessidades de confiar e de sentir que confiam em si?
- Qual o grau de satisfação dos pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas face à satisfação das necessidades de confiar e de sentir que confiam em si?
- Em que medida os pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas são independentes face à satisfação das necessidades de confiar e de sentir que confiam em si?
- Como é que as características dos pais e acompanhantes significativos (idade, género, estado civil, residência, número de filhos, escolaridade, profissão, parentesco) das crianças hospitalizadas se relacionam com a importância atribuída, a satisfação e a independência percebidas em relação às necessidades de confiar e de sentir que confiam em si?
- Em que medida é que as características das crianças hospitalizadas (idade, número de vezes que foi hospitalizada, gravidade da doença) e as características da hospitalização (admissão, tempo de internamento, serviço onde esteve internada) se relacionam com a importância atribuída, a satisfação e a independência percebidas em relação às necessidades de confiar e de sentir que confiam em si?

O estudo que pretendemos levar a cabo tem por objectivo geral explorar a percepção dos pais e acompanhantes significativos da criança hospitalizada sobre as necessidades de confiar e de sentir que confiam em si e que, traduzem simultaneamente a importância, a satisfação e a independência manifestada pela continuidade do seu papel parental, colocado em risco no momento do internamento hospitalar. A finalidade do estudo reside na

sensibilização dos pais e profissionais de saúde para os cuidados integrados entre a equipa e os pais, com ganhos em saúde.

Para ir de encontro às questões de investigação, elaboramos os seguintes objectivos:

- Identificar as necessidades de confiar e de sentir que confiam em si dos pais das crianças hospitalizadas na perspectiva dos mesmos no que concerne à importância, à satisfação e à independência para superar essas mesmas necessidades;
- Analisar as necessidades de confiança dos pais e a sua relação com algumas variáveis sócio demográficas dos pais e das crianças e de contexto hospitalar;
- Refletir sobre as necessidades de confiança dos pais aquando do internamento dos filhos.

O tipo de estudo delineado para a presente investigação, possui características dos estudos quantitativos, pois utilizamos dados numéricos para obtermos informações, descrevemos, testamos relações e determinamos causas. O nosso estudo é descritivo, correlacional pois temos como objectivo descrever as características de determinada população, a amostra e estabelece as relações entre as variáveis (GIL, 1995).

Quanto ao tempo em que decorre o estudo, este classifica-se como de natureza transversal, visto que os questionários serão aplicados num período pré-definido e relativo a um momento presente.

O método de amostragem seleccionado foi não probabilístico acidental, pois tem o propósito de reproduzir o mais fielmente possível a população em estudo.

A partir do quadro teórico, estruturamos o desenho de investigação em que a percepção dos pais/acompanhantes significativos durante a hospitalização da criança sobre as necessidades de confiança e sentir que confiam em si correspondem às variáveis dependentes, as quais podem ser influenciadas pelas independentes, relativas aos pais (idade, género, estado civil, residência, número de filhos, escolaridade, profissão e parentesco), relativas à criança (idade em que foi hospitalizada e gravidade da doença) e ao internamento (tempo, número de vezes e serviço).

A estratégia que utilizámos na construção da variável composta que denominamos de “variáveis sócio demográficas”, teve por base as variáveis do questionário e que abrangem as características dos pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas. Para a variável denominada de “variáveis de contexto hospitalar” reportamo-

nos às características da criança e do internamento hospitalar, referido no nosso questionário. A sua relação é representada no seguinte esquema de investigação:

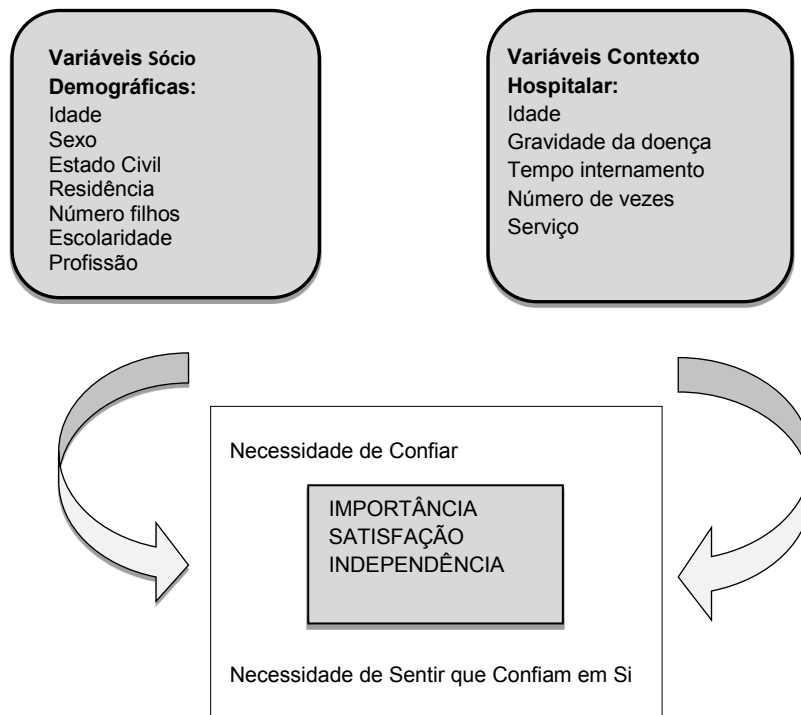


Figura 1 – Esquemática do desenho de investigação

3.2 – PARTICIPANTES

A pesquisa incidiu em mães, pais e acompanhantes significativos das crianças internadas nos serviços de pediatria e neonatologia de quatro instituições de saúde do centro e norte do país, no período de 01 de Abril a 15 de Junho de 2011. A amostragem foi constituída por 184 acompanhantes das crianças, sendo destes 89,7 % do sexo feminino (mães) e 10,3% do sexo masculino (pais).

No decorrer deste trabalho iremos referir o termo “pais” em vez de acompanhante, pois os outros acompanhantes significativos que partilharam o acompanhamento em conjunto com o pai ou a mãe foram familiares directos (irmã, tia e avó).

Constituíram critérios de inclusão da amostra os seguintes aspectos:

- Estarem a acompanhar a criança no período de internamento.

- Períodos de internamentos superiores a 48 horas, de modo a que os pais das crianças se sentissem totalmente integrados nas unidades pediátricas. Este critério implicou a exclusão significativa de pais das crianças internadas, pois hoje, sempre que possível preconiza-se o internamento de curta duração.

- Pais das crianças que se deslocaram aos hospitais, quer em situações agudas, quer em situações programadas.

Foram excluídos da nossa amostra todos os pais que não sabiam ler nem escrever, assim como, alguns emigrantes do Leste dado que não dominavam fluentemente a língua portuguesa, escrita e falada, pois o questionário requeria alguma compreensão. Também, foram excluídos da amostra, os pais que não reuniam condições emocionais, para responder ao questionário, de acordo com avaliação prévia das enfermeiras responsáveis pelas crianças.

Pela análise da tabela 1 verificamos a variação, a nível percentual, do nível de participação dos pais das crianças hospitalizadas, nos hospitais aderentes ao estudo, com o número de questionários entregues, devolvidos e a taxa de resposta. O questionário NPQ foi entregue pessoalmente, pela investigadora, a todos os que consentiram participar no presente estudo, após as 48 horas de internamento hospitalar.

Tabela 1 – Questionários distribuídos aos pais

Questionários	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Total
Entregues	60	60	73	33	226
Recebidos	37	53	64	30	184
Taxa resposta	61.66%	88.33%	87,67%	90,91%	81,42%

3.2.1 – Caracterização das instituições envolvidas

O estudo foi realizado em quatro hospitais gerais, três do Centro e um Norte de Portugal. Para preservar o anonimato das instituições estas foram codificados como Hospital A, Hospital B, Hospital C e Hospital D. Todas as instituições são vocacionadas para a prestação de cuidados á população adulta, mas também integram unidades de pediatria e neonatologia.

A pediatria do Hospital A é composta por uma unidade de neonatologia com lotação de 4 vagas, uma unidade de estabilização pediátrica, 14 vagas para o internamento de pediatria. Admite crianças desde o nascimento até aos 17 anos 365 dias. No Hospital B, a pediatria integra uma Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido (UCERN) com uma lotação de 10 camas, o internamento pediátrico tem uma lotação de 21 camas. Admite crianças desde os 30 dias até aos 17 anos 365 dias. O Hospital C integra a

UCERN até aos 30 dias de vida, com uma lotação de 5 camas, o internamento após o primeiro mês de vida e até aos 17 anos 365 dias e tem lotação de 16 camas. A lotação do Hospital D para a população pediátrica é de 43 camas.

3.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para concretizar a presente investigação, decidimos recorrer a um instrumento de medida desenvolvido por outros autores, que se coaduna com o estudo pretendido - a versão portuguesa do “Needs of Parents Questionnaire” (Questionário das Necessidades dos Pais – em Português), validada culturalmente para a população portuguesa por Pedro Lopes Ferreira [et al]. (2010). Incluímos ainda um questionário que serviu para a caracterização da amostra.

3.3.1 – Questionário

Tendo em conta as características da amostra, entendemos elaborar a nossa pesquisa utilizando um questionário para recolher as informações relevantes para a sua caracterização no que respeita a dados pessoais, seguindo-se os de natureza académica e profissional. Colhemos, ainda um conjunto de dados referentes às variáveis relacionadas com a criança hospitalizada e o contexto hospitalar.

Assim, apresentamos um questionário aos pais (ANEXO I) que além da escala NPQ, continha 15 questões distribuídas da seguinte forma, as primeiras sete referem-se aos aspectos da caracterização da população (idade, género, estado civil, residência, número de filhos, escolaridade e profissão), seguindo-se um conjunto de cinco variáveis de contexto hospitalar que tem por finalidade obter informações acerca de quem acompanha a criança, aos que responderam “outro” era questionado quem, a idade da criança hospitalizada, o número de vezes em que a criança esteve hospitalizada, o tempo de internamento e o serviço onde se encontra internada a criança.

Colocamos ainda duas questões abertas (64 e 65) relativas às sugestões que os pais pudessem dar para irmos de encontro às necessidades que não se encontravam contempladas nas categorias anteriores, foram elas:

→ “Por favor, acrescente alguma observação que não tenha sido apresentada nas

frases e que ache que é importante para si, em relação à hospitalização do seu filho.” (questão nº 64);

→ “Por favor, partilhe connosco as suas ideias sobre a forma como podemos ir de encontro às necessidades dos pais.” (questão nº 65).

Após a aplicação e recolha dos questionários aos pais das crianças hospitalizadas, as respostas às questões 64 e 65 foram muito poucas, pelo que optamos por não fazer análise de conteúdo, como inicialmente previsto, e deste modo foram utilizadas na discussão dos resultados, de forma a ilustrarmos os aspectos mais relevantes da presente investigação.

3.3.2 - Escala “Needs of Parents Questionnaire”

Utilizamos a versão portuguesa da escala “Needs of Parents Questionnaire” (NPQ) “Questionário Sobre As Necessidades dos Pais”. Este instrumento procura avaliar as necessidades dos pais das crianças em contexto hospitalar, bem como a importância dessas necessidades, o seu grau de satisfação e de independência. É um instrumento de medição desenvolvido por Kristjánisdóttir (1995). que na versão actual engloba 51 frases de necessidades agrupadas em seis categorias: necessidade de confiar (NC); necessidade de sentir que confiam em si (NSCS); necessidade de informação (NI); necessidade de suporte e orientação (NSO); necessidades relativas a recursos físicos e humanos (NRFH) e necessidades relativas à criança doente e aos outros membros da família (NCO). As frases correspondentes a cada categoria podem observar-se na tabela 2.

Tabela 2 – Categorias de necessidades e itens correspondentes à escala NPQ

CATEGORIAS	ITENS DA ESCALA
A – Necessidade de confiar (NC)	4,32
B - Necessidade de sentir que confiam em si (NSCS)	18,26,34,40
C - Necessidade de informação (NI)	6,8,15,19,24,29,31,38,43,49
D - Necessidade de suporte e orientação (NSO)	2,3,7,9,11,13,16,17,36,42,44,50,51
E - Necessidade de recursos físicos e humanos (NRFH)	1,5,10,12,14,21,33,35,37,39,41,45,46,47
F – Necessidades relativas à criança e outros membros da família (NCO)	20,22,23,25,27,28,30,48

A escala é composta por 51 perguntas relativas às necessidades e dividem-se em três perspectivas diferentes: a importância das necessidades, a satisfação das necessidades e a independência face ao hospital.

A subescala *Importância* corresponde à questão A, e refere-se à percepção dos pais sobre a relevância de cada frase em relação à hospitalização da criança, cada item é pontuado numa escala de Likert, com as opções de resposta “muito importante”, importante” “com alguma importância”, “sem importância”, e “não aplicável”, atribuímos ao critério “muito importante” um valor, “importante” dois valores, “com alguma importância” três valores, “sem importância” quatro valores, “não aplicável” cinco valores.

O questionário sobre as necessidades dos pais “NPQ” foi utilizado por outras colegas investigadoras na mesma amostra e no mesmo período e, dadas as nossas questões de investigação e os nossos objectivos, analisamos as respostas às necessidades de confiar (NC) compostas por duas frases (4 e 32) e para as necessidades de sentir que confiam em si (NSCS) compostas por quatro frases (18, 26, 34, 40).

Da análise da subescala da importância (A) cada item apresenta uma cotação que oscila entre um a cinco, consideramos que o somatório dos índices oscilam entre um valor mínimo de 0% e um valor máximo de 100% para obter o nível de importância das necessidades de confiar e confiar em si. De acordo com a pontuação obtida, e considerando a inexistência de grupos de corte, foi aplicada a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005) para a constituição dos grupos: (Média \pm 0.25 dp). Do resultado obtido adoptar-se-á a seguinte classificação:

- ≤ 88 – Muito importante
- 89 – 92 – Importante
- ≥ 93 – Pouco importante

A subescala *Satisfação* corresponde à questão B, esta refere-se à forma como as várias ocorrências no serviço correspondem às necessidades e às preocupações que os pais sentem aquando a hospitalização dos filhos, utiliza também uma escala de Likert, que engloba as seguintes possibilidades de resposta a qual foi atribuída a seguinte cotação: “completamente” um valor, “quase sempre” dois valores, “de alguma forma” três valores, “raramente” quatro valores e “nunca” cinco valores.

De igual modo, na subescala da satisfação, é necessário responder às mesmas frases relativas à necessidade de confiar e de sentir que confiam em si, consideramos que a pontuação oscila entre um valor mínimo de 0% e um valor máximo de 100%, também aqui, procedemos, tal como para o caso da subescala da importância, à aplicação da fórmula apresentada por PESTANA & GAGEIRO (2005) para a constituição dos grupos:

(Média \pm 0.25 dp). Segundo o score obtido, o nível de satisfação na necessidade de confiar e confiar em si é classificado, da seguinte forma:

≤ 67 – Muito Satisfeito

68 – 75 – Satisfeito

≥ 76 – Pouco satisfeito

Por fim, a subescala *Independência* dos pais e acompanhantes significativos a qual corresponde questão C, relativamente ao hospital, avalia se eles sentiram que precisavam ou não de ajuda, para suprir as suas necessidades e utiliza uma opção de resposta dicotómica: “sim” e “não”. Nesta subescala, sendo uma escala dicotómica, pontuamos atendendo ao seguinte critério “sim” um valor e “não” dois valores, onde a pontuação poderá oscilar entre um valor mínimo de 0% e um valor máximo de 100%, segundo o score obtido, o nível de independência face a confiar e sentir que confiam em si relativamente ao hospital. À semelhança do anteriormente descrito para as outras subescalas e considerando a inexistência de grupos de corte, também neste caso, foi aplicada a fórmula apresentada por PESTANA & GAGEIRO (2005) para a constituição dos grupos: (Média \pm 0.25 dp). Do resultado obtido adoptar-se-á a seguinte classificação:

≤ 73 – Muito independente

74 – 87 – Independente

≥ 88 – Pouco independente

Esta escala, foi classificada inversamente assim quanto menor a cotação obtida na escala A, a que corresponde à importância, mais importância os pais darão às necessidades de confiar e sentir que confiam em si, quanto menor cotação obtivermos na escala B a que se refere à satisfação, mais satisfeitos eles se encontrarão relativamente às necessidades de confiar e sentir que confiam em si; e por último, quanto menor for o score obtido na escala C a que se refere à independência, mais independentes os pais se encontrarão relativamente ao hospital.

3.3.3 - Estudo psicométrico da escala NPQ

A escala NPQ, como já anteriormente havíamos referido, coaduna-se com os objectivos a que nos propusemos, e visto já se encontrar validada para a população portuguesa, neste momento procedemos à avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas.

As qualidades psicométricas de um instrumento são habitualmente avaliadas

através de estudos de fiabilidade e de validade que, no seu conjunto, nos indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar (Kline, 1993 apud ALBUQUERQUE, 2004).

Segundo ALMEIDA & FREIRE (1997, apud ALBUQUERQUE, 2004) a fiabilidade dos resultados num teste, refere-nos algo sobre o grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida. Deste modo, a consistência interna, segundo o autor supracitado, refere-se ao grau de uniformidade e de coerência existente entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o instrumento de colheita de dados. É habitualmente utilizado em escalas tipo Likert. KLINE (1993, apud ALBUQUERQUE, 2004) refere que este coeficiente constitui o índice mais importante de fiabilidade de um teste.

Para estimar a fidelidade do instrumento de colheita de dados do nosso estudo realizamos as seguintes etapas:

- ◆ Determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global. Indica-nos “se cada parte se subordina ao todo”, ou seja, se cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir (VAZ SERRA, 1994 apud DUARTE, 2008).

- ◆ A coerência interna foi assegurada através do coeficiente Alfa de Cronbach para as subescalas de importância, de satisfação e de independência, de referir, que apesar da subescala da independência admitir respostas dicotómicas, poderíamos ter utilizado a fórmula 20 de Kuder-Richardson, mas optamos por seguir as indicações dos outros autores e usamos o alfa de Cronbach. A sua determinação avalia a correlação entre cada escala com as restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador, na opinião de Duarte (2008) permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um factor pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa.

- ◆ Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos isto é, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade (DUARTE, 2008).

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, o ANEXO II mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor

global o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global.

Como verificamos os valores de alfa de Cronbach são classificados de muito bom pois variam entre 0,906 e 0,911. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que os itens 4, 15, 24, 32, 38, 41 são os que representam maiores problemas dado que os valores são mínimos ($r_4=0,138$, $r_{15}=0,138$, $r_{24}=0,138$, $r_{32}=0,138$, $r_{38}=0,138$, $r_{41}=0,138$,) não se revelando por isso homogêneos face aos outros itens da escala, e a correlação máxima encontramos-a no item 36 ($r=0,625$). Os valores médios e respetivos desvios padrões dos diversos itens permitem-nos dizer que se encontram bem centrados.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0,910) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,841 e para a segunda de 0,862.

3.4 - PROCEDIMENTOS

“A investigação levanta sempre o problema da responsabilidade do investigador a respeito da protecção dos direitos da pessoa” na opinião de FORTIN (2009, p.202). Neste sentido, para realizar o presente trabalho de investigação, foram tomados os procedimentos necessários para assegurar esses princípios.

Iniciamos por dirigir um pedido de autorização para aplicação do questionário à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, na pessoa do Sr. Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, tendo o mesmo sido autorizado (ANEXO III).

Efetuamos um pedido aos Conselhos de Administração dos Hospitais onde pretendemos realizar o estudo, com o objectivo de obter autorização para o desenvolvimento do estudo, sendo apreciados pelas Comissões de Ética, e ao qual obtivemos um parecer favorável (ANEXO IV).

Antes de iniciar o estudo empírico foi estabelecido contacto pessoal com os Enfermeiros Chefes e os Directores de Serviço, para dar conhecimento da intenção de realizar o trabalho nesses serviços, havendo receptividade dos mesmos.

Os objectivos da aplicação dos questionários foram esclarecidos aos pais das crianças internadas nos serviços de pediatria e neonatologia e, solicitada a sua participação voluntária, garantindo a confidencialidade dos dados colhidos, a reserva da anonimização, e assegurado que a sua opinião não teria implicação no processo de cuidados de saúde da criança.

Após terem conhecimento dos procedimentos descritos, os indivíduos que aceitaram participar no estudo, assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO V).

3.5 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Após realizarmos a colheita de dados, efectuamos uma primeira análise a todos os questionários com o objectivo de eliminarmos aqueles que, de alguma forma, se encontrassem incompletos ou indevidamente preenchidos.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida recorremos à análise descritiva dos dados. A apresentação dos dados nas distribuições simétricas foi resumida em termos de frequências absolutas (N), percentuais (%), medidas de tendência central (médias, limite mínimo e máximo), medidas de variabilidade ou dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação), medidas de assimetria e achatamento segundo o valor de Skewness e Kurtosis, e os coeficientes como o coeficiente de alfa de Cronbach.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2 , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a $+2$, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (PESTANA & GAJEIRO, 2003 apud DUARTE, 2008).

Para as medidas de achatamento Kurtosis (K) o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a $+2$, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Para a análise bivariada aplicámos o teste da percentagem residual que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub - amostras não permitia o uso do referido teste.

Como referem PESTANA & GAJEIRO (2003, p.141 apud DUARTE, 2008) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que (...) “os resíduos ajustados na forma estandardizada informam

sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...) “os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”. Os autores supracitados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- ≥1.96 Diferença estatística significativa
- <1.96 Diferença estatística não significativa

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna. O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com PESTANA & GAGEIRO, (2005, apud DUARTE, 2008), do seguinte modo:

Tabela 3 – Classificação do grau de dispersão segundo o coeficiente de variação

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de Dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

Na grande maioria, as variáveis não obedecem a uma distribuição normal pelo que utilizamos os seguintes testes não paramétricos: teste de Correlação de Pearson, teste U de Mann-Whitney e o Kolmogorov-Smirnov.

A aplicação da análise inferencial permitiu-nos obter conclusões e comparar os dados. Deste modo procedemos à associação entre algumas variáveis independentes e a variável dependente, de forma a determinar o índice de causalidade entre elas e assim comprovar ou não as hipóteses formuladas.

Segundo MAROCO (2007, apud DUARTE, 2008) a utilização de testes paramétricos requer a verificação simultânea de duas condições, a primeira, que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda, que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações. Assim sendo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis utilizamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, e para testar a homogeneidade das variâncias recorreremos ao teste de Levene por ser um dos mais fortes na opinião dos autores supracitados.

Os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas

(MAROCO, 2007 apud DUARTE, 2008), o que aliás, vai de encontro ao defendido por PESTANA & GAGEIRO (2005) quando afirma que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

Assim, para as estatísticas paramétrica e não paramétrica destacamos os testes utilizados, nomeadamente, o teste de Kruskal-Wallis, o teste t de student ou teste de U-Mann Whitney, a análise de variância a um factor, a regressão, coeficiente de correlação de Pearson, o teste de qui quadrado, o teste de Wilcoxon

O **teste de Kruskal-Wallis** – é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível ordinal para averiguar se os resultados não significativamente diferentes para três ou mais grupos de variáveis.

O **teste t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais; utilizamo-lo para avaliar se duas amostras independentes são significativamente diferentes nas diferentes sub-escalas.

A **análise de variância a um factor (ANOVA)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (PESTANA & GAGEIRO, 2005 apud DUARTE, 2008).

A **regressão** é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - X_s) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efectuamos uma **regressão linear simples**. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efectuamos a **regressão múltipla**. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y

melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de Pearson, tendo em conta os valores que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana & Gageiro (2005 apud DUARTE, 2008) sugerem:

$r < 0.2$ – associação muito baixa

$0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa

$0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada

$0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta

$0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

O **coeficiente de correlação de Pearson** – é uma medida de associação linear que usamos no estudo das variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afecta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras (DUARTE, 2008).

O **teste de qui quadrado (X^2)** - para o estudo de relações entre variáveis nominais aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados parametrizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (PESTANA & GAGEIRO, 2005, p.127 apud DUARTE, 2008).

O **teste de Wilcoxon** – foi utilizado quando se pretendeu analisar diferenças entre duas situações no mesmo grupo de sujeitos. Trata-se de uma alternativa ao teste t para

amostras emparelhadas. Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Temos ainda que referir que no decorrer do tratamento estatístico foram detectadas algumas respostas omissas a algumas questões, às quais procedemos ao seu tratamento estatístico com o intuito de determinar se as mesmas ao se revelarem significativas poderiam pôr em causa toda a validade do estudo.

A apresentação dos resultados efectuou-se com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado aos pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas nos quatro hospitais aderentes ao estudo.

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico IBM SPSS - *Statistical Package for the Social Science* versão 19 para o Windows. Colocadas estas considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

4 – RESULTADOS

Explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos, e dos dados recolhidos no terreno é o objetivo deste capítulo. O processo de análise que agora iniciamos encontra-se estruturado de forma a dar resposta aos diferentes objectivos e questões de investigação, previamente estabelecidas. Assim, consideramos a existência de quatro sub-capítulos. No primeiro procuramos descrever os resultados obtidos nos itens do questionário NPQ referentes às categorias “necessidade de confiar” e da “necessidade de sentir que confiam em si”. No segundo os aspectos gerais da amostra relacionados com as variáveis sócio demográficas dos acompanhantes, variáveis do contexto hospitalar referentes à criança e hospitalização. No terceiro apresentamos a análise descritiva das categorias estudadas e por último, através da análise inferencial, analisamos a relação entre as variáveis sócio demográficas dos pais e as de contexto hospitalar com a percepção das necessidades de confiar e de sentir que confiam em si numa perspectiva de importância, satisfação e independência.

Assim, apresentamos os dados em tabelas antecedidas de alguns comentários, onde procuramos enfatizar os resultados mais relevantes relacionados com os objectivos deste trabalho ou com as questões de investigação formuladas.

4.1 - RESULTADOS DOS ITENS DAS CATEGORIAS “NECESSIDADE DE CONFIAR” E DA “NECESSIDADE DE SENTIR QUE CONFIAM EM SI” NAS SUBESCALAS

4.1.1 – Necessidade de Confiar

Na Necessidade de Confiar avaliamos dois itens da escala, o item 4 que refere “Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados de enfermagem.” e o item 32 que diz que “Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados médicos.

Os resultados que se verificam na tabela seguinte, representam a importância que os

pais atribuem à Necessidade de Confiar, onde se verifica que 92,4% das respostas dos pais apontam como sendo “Muito Importante” poderem confiar nos profissionais de saúde e 6,2% das respostas consideram como “Importante”. Constata-se também que 94,0% das respostas dadas pelos pais localizam-se no item 4 que se refere a poderem confiar, o que revela confiança pois embora não estando presentes, consideram que o filho recebe os melhores cuidados. Três dos inquiridos não responderam a estas frases.

Tabela4 - Importância atribuída à Necessidade de Confiar

	Muito importante		Importante		Algo importante		Sem importância		Não aplicável		Sem resposta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Item 4-	173	94,0	10	5,4	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	184	100
Item 32-	167	90,8	13	7,1	0	0,0	0	0,0	1	0,5	3	1,6	184	100
Total	340	92,4	23	6,2	1	0,5	0	0,0	1	0,5	3	1,6	368	100

Na tabela 5 verifica-se que 57,8% das respostas dos pais situam-se em “completamente” satisfeitos na Necessidade de Confiar, 27,5% “quase sempre” satisfeitos e com 11,4% “de alguma forma” satisfeitos. Estes resultados comprovam que a maioria dos acompanhantes consideram-se completamente satisfeitos.

Tabela 5 - Satisfação atribuída à Necessidade de Confiar

	Completa mente		Quase sempre		De alguma forma		Rara- mente		Nunca		Sem resposta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Item 4-	109	59,2	50	27,2	21	11,4	1	0,6	1	0,6	2	1,1	184	100
Item 32-	104	56,5	51	27,7	21	11,4	1	0,5	2	1,0	5	2,7	184	100
Total	213	57,8	101	27,5	42	11,4	2	0,6	3	0,8	7	1,9	368	100

Dos resultados apresentados na tabela 6, verificamos que 76,6% das respostas dadas pelos pais mostram que o hospital deveria ajuda-los a superar a necessidade de confiar nos profissionais de saúde quando não estão presentes, contudo 39,1 % das respostas dos pais revela que estes consideram-se independentes nesta necessidade ou seja não consideram que o hospital os deva ajudar a superar a Necessidade de Confiar nos profissionais de saúde.

Tabela 6 - Independência dos pais relativamente à Necessidade de Confiar

	Sim		Não		Sem resposta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Item 4-	148	80,4	31	16,8	5	2,7	184	100
Item 32-	134	72,8	41	22,3	9	4,9	184	100
Total	282	76,6	72	39,1	14	3,8	368	100

4.1.2 – Necessidade de Sentir que Confiam em Si

Na Necessidade de Sentir que Confiam em Si, avaliamos quatro itens da escala:

- Item 18 – “Sentir que confiam em mim para cuidar do meu filho também no hospital”,
- Item 26 – “Sentir que não sou culpado pela doença do meu filho”,
- Item 34 – “Que os enfermeiros me contactem e consultem acerca dos cuidados necessários para o meu filho”,
- Item 40 – “Sentir que sou necessário no serviço”.

Da análise da tabela 7, constata-se que 67,2% das respostas dadas pelos pais consideram como sendo “Muito importante” sentirem que os profissionais confiam nos pais. Aqui evidencia-se com 77,7% o item 34 que se refere a que os enfermeiros constatem e consultem os pais acerca dos cuidados necessários ao meu filho, seguido do item 18 o qual refere sentir que confiam nos pais para cuidar do seu filho também no hospital com 76,6%. Um outro aspeto a assinalar é que 21,5% das respostas dos pais considera como sendo “Importante” a necessidade de Sentir que confiam em Si.

Tabela 7 - Importância atribuída à Necessidade de Sentir que Confiam em Si

	Muito importante		Importante		Algo importante		Sem importância		Não aplicável		Sem resposta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Item 18	141	76,6	29	15,8	9	4,9	1	0,5	3	1,6	1	0,5	184	100
Item 26-	117	63,6	41	22,3	8	4,3	2	1,1	13	7,1	3	1,6	184	100
Item 34	143	77,7	30	16,3	5	2,7	1	0,5	2	1,1	3	1,6	184	100
Item 40	94	51,1	58	31,5	20	10,9	6	3,3	4	2,2	2	1,1	184	100
Total	495	67,2	158	21,5	42	5,7	10	1,4	22	3,0	9	1,2	736	100

Pela tabela que se segue, as respostas dadas pelos pais revelam que relativamente à satisfação da necessidade de Sentir que Confiam em Si, 44,8% das respostas dadas pelos pais se encontram “Completamente” satisfeitos, onde 56,0% se situam no item 18 que refere que os pais sentem que confiam neles para cuidar do seu filho também no hospital. No entanto 3,6% refere que “raramente” estão satisfeitos nesta mesma necessidade.

Tabela 8 - Satisfação atribuída à Necessidade de Sentir que Confiam em Si

	Completa mente		Quase sempre		De alguma forma		Rara- mente		Nunca		Sem resposta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Item 18	103	56,0	46	25,0	30	16,3	2	1,1	1	0,5	2	1,1	184	100
Item 26	87	47,3	37	20,1	30	16,3	6	3,3	10	5,4	14	7,6	184	100
Item 34	69	37,5	64	34,8	32	17,4	8	4,3	4	2,2	7	3,8	184	100
Item 40	70	38,0	49	26,6	42	22,8	11	6,0	4	2,2	8	4,3	184	100
Total	329	44,8	196	26,7	134	18,2	27	3,6	19	2,5	31	4,2	736	100

Na tabela 9 observa-se que 73,4% das respostas dadas pelos pais consideram que “sim”, que o hospital deveria ajuda-los a que os enfermeiros contatem os pais e os consultem sobre os cuidados necessários ao filho (item 34) e 71,7% das respostas dadas pelos pais consideram que o hospital deveria ajuda-los a sentirem que os profissionais confiem neles para cuidar do seu filho (item 18).

Tabela 9 - Independência dos pais relativamente à Necessidade de Sentir que Confiam em Si

	Sim		Não		Sem resposta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Item 18 -	132	71,7	45	24,5	7	3,8	184	100
Item 26 -	115	62,5	53	28,8	16	8,7	184	100
Item 34	135	73,4	39	21,2	10	5,4	184	100
Item 40	128	69,6	47	25,5	9	4,9	184	100
Total	510	69,3	184	25,0	42	5,7	736	100

4.2. – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

4.2.1 - Variáveis sociodemográficas

Idade/género

Constituímos uma amostra, composta por 184 indivíduos pertencentes à categoria dos pais das crianças hospitalizadas, distribuída pelos quatro hospitais aderentes ao estudo, em que 165 indivíduos são do sexo feminino e 19 são do sexo masculino.

As estatísticas relativas à idade revelam que relativamente ao sexo feminino, a idade oscila entre uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 53 anos, ao que corresponde uma idade média de 33,77 anos, enquanto no sexo masculino as idades oscilam entre uma idade mínima de 29 anos e uma máxima de 49 anos, com uma média de 38,16 anos. A amostra apresenta um desvio padrão de 7,067 para o sexo feminino e de 6,344 para o sexo masculino, como podemos verificar após a análise da tabela 10.

Pela observação dos valores de coeficiente de variação constatamos que a amostra apresenta uma distribuição homogénea com uma dispersão moderada, assim como verificamos que é mais acentuada para o sexo feminino.

Quanto aos valores de simetria, constatamos que relativamente ao sexo masculino a amostra segue uma distribuição simétrica com curva mesócurtica e enviesada à esquerda, para o sexo feminino ela apresenta uma distribuição assimétrica com curva platicurtica, achatada e enviesada à direita.

Após a análise do teste Kolmogorov-Smirnov, e por estarmos perante uma significância de $p=0,072$, podemos afirmar que a variável idade segue uma distribuição normal para a totalidade da amostra e para ambos os sexos.

Tabela 10 – Estatísticas relativas à idade em função do género

Estatísticas Sexo	N	Min.	Máx.	\bar{x}	Dp	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Masculino	19	29	49	38,16	6,344	16,62	0,307	-1,097	0,200
Feminino	165	18	53	33,77	7,067	20,92	2,089	0,345	0,200
TOTAL	184	18	53	34,22	7,107	20,76	1,871	-0,115	0,072

Idade

Analisando a variável idade, enquanto característica sócio demográfica da amostra, metodologicamente procedemos à criação de grupos homogêneos, com base nas frequências absolutas, em que as classes apresentam amplitudes diferentes. Dos resultados que apresentamos na tabela 11, verificamos que dos 184 indivíduos que participaram no estudo, 28,3% têm idade igual ou inferior a 29 anos e 20,7% idade que se situa no intervalo entre 30 a 33 anos; 24,5% idade entre 34 e 38 anos, contribuindo para este valor percentual os 26.6% os pais de crianças hospitalizadas com idade superior ou igual a 39 anos.

Relativamente ao género e à idade dos pais encontramos diferenças significativas ($X^2 = 10,324$; $p = 0,016$). Nos pais do sexo masculino destaca-se o grupo etário superior ou igual a 39 anos com 52,6% e nos pais do sexo feminino, no grupo etário inferior ou igual a 29 anos com 30,9%. É no grupo dos pais do sexo masculino com idade inferior ou igual a 29 anos que se encontram as percentagens mais baixas (5,3%) e na faixa etária de 30 a 33 anos para os pais do sexo feminino com 20%.

Estado civil

Conforme os resultados que apresentados na tabela 11, referenciamos o estado civil dos progenitores das crianças hospitalizadas por género. Tal como para a idade, metodologicamente procedemos à criação de grupos, com base nas frequências absolutas e desta forma elaboramos o grupo “solteiros/ divorciados e viúvos” e os “casados/ união de facto”. Constatamos que a maioria dos pais inquiridos são “casados/ união de facto” com 83,2 %, e 16,8% são “solteiros/ divorciados e viúvos”. 15,8% dos pais do sexo masculino são “solteiros/ divorciados e viúvos” e 17% dos pais do sexo feminino são “solteiros/ divorciados e viúvos”. Entre o género os valores percentuais são semelhantes aos obtidos para a totalidade da amostra.

Residência

A maioria dos pais das crianças hospitalizadas vivem numa zona urbana (64,7%), seguindo-se os pais residentes nas zonas rurais com 35,3%, como podemos verificar da

análise estatística da nossa amostra. Entre o local de residência e género encontramos diferenças significativas ($X^2=3,540$; $p=0,060$), para a zona rural embora esta significância seja marginal, conforme podemos observar na tabela 11.

Tabela 11 – Caracterização quanto grupo etário, estado civil e residência da amostra

Variáveis	Género		Fem.		Total		Res.		X^2	p
	Masc.		N	%	N	%	Masc.	Fem.		
	19	10,3	165	89,7	184	100				
Grupo etário										
<29 anos	1	5,3	51	30,9	52	28,3	-2,4	2,4	10,324	0,016
30-33 anos	5	26,3	33	20,0	38	20,7	0,6	-0,6		
34-38 anos	3	15,8	42	25,5	45	24,5	-0,9	0,9		
>=39 anos	10	52,6	39	23,6	49	26,6	2,7	-2,7		
Estado Civil										
Solteiros/divorciados									0,017	0,896
/viúvos	3	15,8	28	17	31	16,8	-0,1	0,1		
Casados/União de facto	16	84,2	137	83	153	83,2	0,1	-0,1		
Residência										
Rural	3	15,8	62	37,6	65	35,3	-1,9	1,9	3,540	0,060
Urbana	16	84,2	103	62,4	119	64,7	1,9	-1,9		

Número de filhos

As estatísticas relativas ao número de filhos revelam que relativamente aos pais do sexo feminino, estes tiveram um mínimo de 1 filho e um máximo de 8 filhos, o que corresponde a uma média de 1,73 filhos, relativamente aos pais do sexo masculino o número de filhos oscila entre um mínimo de 1 filho e um máximo de 4 filhos, com uma média de 1,79 filhos. A amostra apresenta um desvio padrão de 0,865 para o sexo feminino e de 0,787 para o sexo masculino, como podemos verificar na tabela 12.

Pela observação dos valores de coeficiente de variação constatamos que a amostra apresenta uma distribuição com uma alta dispersão em ambos os sexos, embora com destaque para o sexo feminino.

Quanto aos valores de simetria, constatamos que relativamente ao sexo masculino a amostra segue uma distribuição simétrica com curva mesócurtica e ligeiramente enviesada à esquerda, já para o sexo feminino ela apresenta uma distribuição assimétrica com curva leptocurtica e enviesada à direita.

Tabela 12 – Estatísticas relativas ao número de filhos e género

Estatísticas Género	N	Min.	Máx.	\bar{x}	Dp	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
	Masculino	19	1	4	1,79	0,787	43,96	2,240	2,205
Feminino	165	1	8	1,73	0,865	50,00	14,16	42,023	0,000
TOTAL	184	1	8	1,73	0,856	49,47	14,268	41,564	0,000

Assim como em outras variáveis, procedemos à criação de grupos homogêneos, com base nas frequências absolutas, e elaboramos as seguintes classes: “um filho”, “dois filhos” e, por último, o grupo “superior ou igual a três filhos”. Podemos observar na tabela 13, que dos 184 indivíduos que participaram no estudo, 44% dos pais têm dois filhos e apenas 12,5% dos pais têm “superior ou igual a três filhos”, apenas, com “um filho” responderam 43,5% pais inquiridos.

Relativamente ao género e ao número de filhos não encontramos diferenças significativas ($X^2=0,637$; $p=0,727$) para a nossa amostra. Assim, os pais do sexo masculino têm maioritariamente “dois filhos” com 52,6%, seguindo-se “um filho” com 36,8% e apenas 10,5% têm “superior ou igual a três filhos”. Para os pais do sexo feminino, estas possuem maioritariamente (44,2%) “um filho”.

É no grupo dos pais do sexo masculino com “superior ou igual a três filhos” que se encontram as percentagens mais baixas (10,5%) e (12,7%) para os pais do sexo feminino com “superior ou igual a três filhos”.

Habilitações literárias

Para facilitar a interpretação dos dados foram realizados grupos de corte (tabela 13) que permitem dividir a amostra em três classes, são elas: “ensino obrigatório”, “ensino secundário e técnico profissional” e “ensino superior”. Relativamente à situação académica, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os pais das crianças hospitalizadas, estes possuem habilitações literárias situadas ao nível do “ensino obrigatório” representando globalmente 38% para ambos os sexos. Detentores do “ensino obrigatório” encontramos para os pais do sexo masculino 47,4% e para os pais do sexo feminino 37%.

Já com habilitações referentes ao “ensino superior” verificamos corresponderem a

15,8% do progenitor masculino e 25,5% do feminino. As diferenças encontradas entre o género e habilitações literárias dos pais das crianças hospitalizadas não são estaticamente significativas com valores do teste do qui quadrado ($X^2=1,138$, $p=0,566$).

Profissão

De forma a procedermos a uma melhor interpretação dos dados acerca das profissões recorreremos à Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 e agrupamos as respostas obtidas pelos Grandes Grupos e Sub-Grandes grupos já determinados. Esta classificação permitiu-nos dividir a amostra em oito classes: “profissão das forças armadas” (1), “especialistas actividades intelectuais e científicas” (2), “técnico e profissões nível intermédio” (3), “pessoal administrativo” (4), “trabalhadores serviços pessoais e...” (5), “trabalhadores qualificados da industria...” (6), “operadores instalações de máquinas...” (7) e “trabalhadores não qualificados” (8).

Como podemos observar, as profissões são muito heterogéneas, pelo que da análise da tabela 13, verificamos que temos um universo de 118 indivíduos, encontrando-se os restantes 66 ou no desemprego ou aposentados. Assim, relativamente à situação profissional dos pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas, estes encontram-se para ambos os sexos, (28,8%) maioritariamente nos “especialistas actividades intelectuais e científicas” e com uma representatividade mínima (1,7%) em “profissão das forças armadas”. Encontramos os pais do sexo masculino com 36,4% em profissões “operadores instalações de máquinas...”, e para os pais do sexo feminino 30,8% situam-se em profissões denominadas por “especialistas actividades intelectuais e científicas”. As diferenças encontradas entre o género e habilitações literárias dos pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas não são estaticamente significativas com qui quadrado ($X^2=72,315$, $p=0,566$).

Tabela 13 – Caracterização quanto ao nº de filhos, habilitações literárias e profissão da amostra

Variáveis	Masc.		Fem.		Total		Res.		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.		
	19	10,3	165	89,7	184	100				
Nº de filhos										
Um filho	7	36,8	73	44,2	80	43,5	-0,6	0,6	1,138	0,727
Dois filhos	10	52,6	71	43,0	81	44,0	0,8	-0,8		
>=Três filhos	2	10,5	21	12,7	23	12,5	-0,3	0,3		
Habilitações literárias										
Ensino obrigatório	9	47,4	61	37,0	70	38,0	0,9	-0,9	1,138	0,566
Ensino secundário /profissional	7	36,8	62	37,6	69	37,5	-0,1	0,1		
Ensino superior	3	15,8	42	25,4	45	24,5	-0,9	0,9		
Profissão										
Forças armadas	2	18,2	0	0,0	2	1,7	4,4	-4,4	72.315	0,000
Especialistas act. intelectuais	1	9,1	33	30,8	34	28,8	-1,5	1,5		
Técnicos e profissões intermédias	2	18,2	3	2,8	5	4,2	2,4	-2,4		
Pessoal administrativo	0	0,0	30	28,0	30	25,4	-2,0	2,0		
Trabalhadores serviços pessoais	1	9,1	3	2,8	4	3,4	1,1	-1,1		
Trabalhadores qualificados industria..	1	9,1	16	15,0	17	14,4	-0,5	0,5		
Oper. de instalações e maquinas...	4	36,4	0	0,0	4	3,4	6,3	-6,3		
Trabalhadores não qualificados	0	0,0	22	20,6	20	18,6	-1,7	1,7		

4.2.2 - Variáveis de contexto hospitalar

Parentesco com a criança

No estudo realizado, constatámos que no que se refere à variável “acompanhante”, incluída no instrumento de colheita de dados, verificamos que maioritariamente é a mãe (73,9%) quem mais acompanha a criança no internamento, seguindo-se os “outros” (22,8%) parentescos, onde se incluíam tias, avós e irmãos, e por último com 3,3% o pai.

Estes dados não nos surpreendem pois que habitualmente são as mães que acompanham os seus filhos quando estes se encontram doentes.

Idade da criança hospitalizada

Para analisarmos a idade das crianças hospitalizadas, como podemos observar na tabela 8, procedemos à criação de grupos homogêneos, com base nas frequências absolutas, visto as classes terem amplitudes diferentes, sobressaindo os seguintes grupos:

“até 28 dias”, “29 dias a 2 anos”, “3 a 6 anos”, “7 a 11 anos” e “12 a 18 anos”.

A idade das crianças hospitalizadas (N=180) que participaram no estudo varia entre os 2 dias de vida até aos 18 anos de idade. A maior percentagem (32,2%) das crianças têm idade entre os 29 dias de vida a 2 anos, seguindo-se o grupo que se situa no intervalo entre os 3 e os 6 anos com 25%, com 16,7% encontramos as crianças com idades entre os 12 e os 18 anos, de seguida situam-se as crianças entre os 7 e 11 anos (13,9%), e por último, com 12,2% as crianças até aos 28 dias de vida.

Pela análise do teste qui quadrado ($X^2 = 2,219$; $p=0,696$), concluiu-se não haver diferenças estatisticamente significativas entre a idade da criança hospitalizada e o género do progenitor que a acompanha, logo podemos inferir que qualquer que seja a idade da criança hospitalizada, que esta não altera a percepção dos pais acerca das necessidades de informação, nem a importância, nem a satisfação dessas, ou até mesmo à independência face ao hospital.

Tabela 14 – Caracterização quanto à idade da criança em função do género

Género / Variáveis	Masc.		Fem.		Total		Res.		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.		
	19	10,3	165	89,7	184	100				
Idade da criança										
Até 28 dias	1	5,3	21	13,0	22	12,2	-1,0	1,0	2,219	0,696
29 dias - 2 anos	6	31,6	52	32,3	58	32,3	-0,1	0,1		
3 - 6 anos	5	26,3	40	24,8	45	25,0	0,1	-0,1		
7-11 anos	2	10,5	23	14,3	25	13,9	0,4	-0,4		
12-18 anos	5	26,3	35	15,5	30	16,7	1,2	-1,2		

Número de vezes que criança esteve internada

Relativamente ao número de vezes que as crianças estiveram hospitalizadas, as estatísticas revelam que relativamente ao sexo feminino, este oscila entre um mínimo de zero e um máximo de 30 vezes, ao que corresponde um número médio de 1,81 vezes, enquanto para o sexo masculino, esse número de vezes se situa entre um mínimo de uma vez e um máximo de 5 vezes, com uma média 1,84 vezes que estiveram internadas.

A amostra apresenta um desvio padrão de 1,133 para o sexo feminino e de 1,302 para o sexo masculino, como podemos verificar da análise da tabela 9.

Pela observação dos valores de coeficiente de variação constatamos que a amostra apresenta uma dispersão alta com destaque para o sexo feminino.

Quanto aos valores de simetria, constatamos que relativamente ao sexo masculino a amostra segue uma distribuição ligeiramente assimétrica com curva mesócurtica e enviesada à esquerda, para o sexo feminino ela apresenta uma distribuição acentuadamente assimétrica com curva platicurtica, achatada e enviesada à direita.

Após a análise do teste Kolmogorov-Smirnov, e por estarmos perante uma significância de $p=0,000$, podemos afirmar que a variável número de vezes que a criança esteve internada não segue uma distribuição normal para a totalidade da amostra e para ambos os sexos.

Tabela 15 – Estatísticas relativas ao número de vezes criança esteve internada

Nº vezes internada	N	Min.	Máx.	\bar{x}	Dp	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Masculino	19	1	5	1,84	1,302	70,76	3,194	2,011	0,000
Feminino	165	0	30	1,81	1,133	173,09	36,232	145,651	0,000
TOTAL	184	0	30	1,81	2,994	165,41	39,290	165,26	0,000

Para facilitar a interpretação dos dados recorreremos à realização de grupos de coorte, que nos permitiram dividir a amostra em quatro classes, são elas: “nunca”, “uma vez”, “duas vezes” e “três ou mais vezes”. Para o total da amostra, a maioria das crianças tinha tido pelo menos “uma vez” um internamento (52,2%), e apenas 13% das crianças, “nunca” tinham estado hospitalizadas. Registaram-se, para o sexo masculino a resposta “uma vez” com 57,9%, e para o sexo feminino, na mesma categoria 51,5%, como se pode verificar pela análise da tabela 16.

Os valores do teste qui quadrado ($X^2= 3,319$, $p=0,345$) demonstram não haver

diferenças estatisticamente significativas entre o género do progenitor e o número de vezes que a criança esteve internada, posto isto, os resultados demonstram que o número de vezes que a criança esteve internada não altera a percepção dos pais acerca das necessidades de confiança e confiar neles.

Percepção da saúde da criança

A gravidade da doença tem como resposta a forma como os pais percebem a saúde. Verificamos que relativamente à gravidade da doença que levou ao internamento da criança, os pais inquiridos responderam maioritariamente (57,6%) que “é grave”, 39,7% consideram que “não é grave” e apenas dos pais 2,7% atribuem “é muito grave” como se pode verificar pela análise da tabela 16.

Depois de analisar os valores do teste qui quadrado ($X^2 = 2,479$, $p = 0,290$) podemos afirmar que a percepção de saúde do filho por parte dos pais não influencia a sua percepção em necessidades de confiança e confiar neles.

Tabela 16 – Caracterização quanto ao nº de vezes que a criança esteve internada e à percepção da saúde da criança em função do género

Variáveis	Género		Masc.		Fem.		Total		Res.		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.				
	19	10,3	165	89,7	184	100						
N.º vezes internada												
Nunca	0	0,0	24	14,5	24	13,0	-1,8	1,8	3,319	0,345		
Uma vez	11	57,9	85	51,5	96	52,2	0,5	-0,5				
Duas vezes	4	21,1	25	15,2	29	15,8	0,7	-0,7				
>= Três vezes	4	21,1	31	18,8	35	19,0	1,2	-1,2				
Percepção da saúde da criança												
É grave	14	73,3	92	55,8	106	57,6	-1,5	1,5	2,479	0,290		
Não é grave	5	26,3	68	41,2	73	39,7	-1,3	1,3				
É muito grave	0	0,0	5	3,0	5	2,7	0,2	-0,2				

Tempo de internamento

As estatísticas relativas ao tempo de internamento das crianças revelam que relativamente ao sexo feminino, o tempo oscila entre um mínimo de 2 dias e um máximo de 30 dias, ao que corresponde um internamento médio de 6,78 dias, enquanto para o sexo masculino, esse tempo oscila entre um tempo mínimo de 2 dias e um máximo de 15 dias, com uma média de hospitalização de 6,79 dias.

A amostra apresenta um desvio padrão de 3,966 para o sexo feminino e de 4,345 para o sexo masculino, como podemos verificar da análise da tabela 17.

Pela observação dos valores de coeficiente de variação constatamos que a amostra apresenta uma dispersão alta para ambos os sexos, com destaque para o sexo feminino.

Quanto aos valores de simetria, constatamos que relativamente ao tempo de internamento a amostra segue uma distribuição simétrica com curva platicurtica e enviesada à esquerda para o sexo masculino e para o sexo feminino a distribuição é assimétrica e acentuadamente leptocurtica.

Após a análise do teste Kolmogorov-Smirnov, e por estarmos perante uma significância de $p= 0.000$, podemos afirmar que a variável tempo de internamento não segue uma distribuição normal para as mulheres, mas tem uma boa aderência sendo a distribuição normal para os homens.

Tabela 17 – Estatísticas relativas ao tempo de internamento da criança

T. Internamento	N	Min.	Máx.	m	Dp	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Género									
Masculino	19	2	15	6.79	3.966	58.40	1.448	-0.439	0.200
Feminino	165	2	30	6.78	4.345	64.08	13.984	26.571	0.000
TOTAL	184	2	30	6.78	4.297	63.37	13.955	26.89	0.000

Serviço

Relativamente à variável serviço onde as crianças se encontravam hospitalizadas, procuramos saber onde se situava a nossa amostra. Dos 184 indivíduos que participaram no estudo podemos verificar, pela análise da tabela 18, que 88% dos progenitores encontravam-se a acompanhar os filhos em unidades pediátricas, de igual forma para os pais do sexo feminino (87.3%). Apenas 12% destas crianças estiveram hospitalizadas numa unidade de neonatologia.

Também aqui, não observamos relações estatisticamente significativas, apresentando valores do teste qui quadrado ($X^2= 0,902, p=0,342$), o que nos leva a inferir que o serviço onde se encontra a criança internada não influencia a percepção das necessidades de confiança e de sentir que confiam neles sentidas pelos pais que se encontram a acompanhar as suas crianças durante a hospitalização.

Tabela 18 – Caracterização quanto ao tempo de internamento e serviço em função do género.

Variáveis	Género		Masc.		Fem.		Total		Res.		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.				
	19	10,3	165	89,7	184	100						
Tempo de internamento												
2 - 4 dias	7	36,6	51	30,9	58	31,5	0,5	-0,5	1,824	0,610		
5 dias	2	10,5	27	16,4	29	15,8	-0,7	0,7				
6 – 8 dias	4	21,1	51	30,9	55	29,9	-0,9	0,9				
>= 9 dias	6	31,6	36	21,8	42	22,8	1,0	-1,0				
Serviço												
UCERN	1	5,3	21	12,7	22	12,0	-0,9	0,9	0,902	0,342		
Pediatria	18	94,7	144	87,3	162	88,0	0,9	-0,9				

4.3 - AS NECESSIDADES DE CONFIAR E DE SENTIR QUE CONFIAM EM SI E AS SUBESCALAS: IMPORTÂNCIA, SATISFAÇÃO E INDEPENDÊNCIA

Após caracterizarmos a amostra, analisamos o significado estatístico das respostas dos pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas tendo em conta as questões de investigação colocadas, apenas realçando as relações estatisticamente significativas existentes entre as variáveis em estudo.

Na tabela 19 verifica-se a estatística relativa às diferentes subescalas e a categoria “A” “Necessidade de Confiar” e a categoria “B” “Necessidade de Sentir que confiam em Si” nomeadamente no que refere à importância e à satisfação atribuída a essas necessidades e à independência que os pais sentiram em relação ao hospital perante essas necessidades.

Observa-se na tabela referida que perante a necessidade de confiar, os valores médios oscilam entre 80,00 (com desvio padrão de 35,69) na independência e 97,98 (e desvio padrão de 6,22) para a importância. O coeficiente de variação apresenta uma dispersão elevada na subescala da independência. Quanto aos valores de assimetria e curtosis (K) revela que existe uma assimetria negativa com enviesamento à direita com distribuição mesocúrtica para a satisfação e independência e com distribuição leptocúrtica para a subescala da importância em todas as subescalas. O teste de aderência à normalidade (K/S) indica uma distribuição não normal para todas as subescalas, no entanto com boa aderência.

Quanto à Necessidade de Sentir que confiam em Si, os valores médios oscilam entre 73,36 (com desvio padrão de 35,92) para a independência e 87,20 (com desvio padrão de 15,81) para a importância. O coeficiente de variação apresenta uma dispersão alta na subescala da independência. Quanto aos valores de assimetria e curtosis (K) revela uma distribuição simétrica e mesocúrtica para as subescalas. O teste de aderência à normalidade (K/S) indica uma distribuição não normal para todas as subescalas, mas com boa aderência.

Tabela 19 - Estatísticas relativas à categoria “A” “Necessidade de Confiar” e categoria de “B” “Necessidade de Sentir que Confiam em Si” e subescalas

Neces-sidade	Sub-escala	N	Min	Max	M	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Confiar	Importância	180	66,50	100,00	97,98	6,22	6,34	-3,240	10,588	0,000
	Satisfação	180	25,00	100,00	86,39	15,82	18,31	-1,002	0,471	0,000
	Independência	180	0,00	100,00	80,00	35,69	44,61	-1,476	0,594	0,000
Sentir que confiam em Si	Importância	178	33,25	100,00	87,20	15,81	18,13	-1,427	1,602	0,000
	Satisfação	178	25,00	100,00	77,73	18,31	23,55	-0,571	-0,371	0,000
	Independência	178	0,00	100,00	73,36	35,92	48,96	-1,067	-0,352	0,000

4.3.1 - Matriz de correlação entre as duas categorias e as três subescalas

Efetuuou-se o estudo da correlação de Pearson entre as subescalas na categoria “A” “Necessidade de Confiar” e na categoria “B” “Necessidade de Sentir que Confiam em Si”.

A análise dos valores obtidos relativamente à correlação entre as diferentes subescalas para a Categoria “A” “Necessidade de Confiar” (tabela 20), mostra-nos a existência de correlação negativa com o valor de -0,182 e um p de 0,015, o que se pode afirmar tendo em conta os valores obtidos que quanto maior for a independência atribuída pelos pais face ao hospital menor será a satisfação dessa necessidade, e que a relação entre a subescala da importância com a satisfação não apresentou significância.

Tabela 20 – Correlação de Pearson entre as subescalas na Necessidade de Confiar

		Importância - Necessidade de confiar	Satisfação - Necessidade de confiar
Satisfação - Necessidade de confiar	Pearson Correlation	,074	
	Sig. (2-tailed)	,322	
Independência - Necessidade de confiar	Pearson Correlation	,005	-,182*
	Sig. (2-tailed)	,948	,015

Perante a categoria “B” “Necessidade de Sentir que Confiam em Si”, da análise da correlação entre as subescalas, verifica-se que existe uma correlação entre a Satisfação e a Importância, a qual se pode afirmar que os pais se encontram mais satisfeitos quanto maior a importância atribuída pelos mesmos relativamente à Necessidade de sentir que Confiam em Si (tabela 21).

Tabela 21 - Correlação de Pearson entre as subescalas na Necessidade de Sentir que Confiam em Si

		Importância - Necessidade de que confiem em si	Satisfação - Necessidade de que confiem em si
Satisfação - Necessidade de que confiem em si	Pearson Correlation	,387***	
	Sig. (2-tailed)	,000	
Independência - Necessidade de que confiem em si	Pearson Correlation	,146	-,107
	Sig. (2-tailed)	,052	,155

Pela tabela 22 constata-se que existe diferença quer na categoria “A” quer na categoria “B” para a subescala da importância e a independência atribuída, respectivamente na categoria “A” com uma diferença de médias de 17,881 e um t de 6,659, e na categoria “B” com uma diferença de médias de 13,834 e um t de 4,979, o que significa que os

pais/acompanhantes das crianças hospitalizadas atribuem maior importância e independência quer na necessidade de confiar, quer na necessidade de sentir que confiam em Si. No entanto também se pode considerar significativa a relação entre a importância e a satisfação para ambas as necessidades, na qual se poderá afirmar que os pais também atribuem uma maior importância e satisfação em ambas as necessidades abordadas.

Tabela 22 - Teste t entre as categorias "A" "Necessidade de Confiar" e a categoria "B" "Necessidade de Sentir que Confiam em Si" e as subescalas (Importância, Satisfação e Independência)

		Diferença de Médias	DP	t	p
Necessidade de confiar	Importância V Satisfação	11,329	16,679	9,164	0,000
	Importância V Independência	17,881	36,127	6,659	0,000
	Satisfação V Independência	6,388	41,583	2,061	0,041
Necessidade de Sentir que confiam em Si	Importância V Satisfação	9,020	19,108	6,368	0,000
	Importância V Independência	13,834	37,069	4,979	0,000
	Satisfação V Independência	4,365	42,022	1,386	0,167

4.4 - ANÁLISE INFERENCIAL

Na análise inferencial foram utilizados os seguintes testes: análise variância (teste One-Way Anova), teste post-hock, teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis.

4.4.1 - Características sociodemográficas e a relação entre a importância, a satisfação e a independência percebidas face à Necessidade de Confiar e a Necessidade de Sentir que Confiam em Si.

Pela análise da tabela 23 em relação a categoria "Necessidade de confiar" e a idade dos pais verificamos que não há diferenças significativas em relação às subescalas importância, satisfação e independência.

Tabela 23 - Análise de variância a um factor entre a categoria A “Necessidade de confiar”, as subescalas e a idade dos pais

Subescalas	Grupo etário	N	Média	Dp	F	p
Importância	<=29	52	98,096	5,322	0,120	0,948
	30-33	38	97,828	6,831		
	34-38	45	97,788	7,591		
	>=39	49	97,306	7,022		
	Total	184	97,755	6,649		
Satisfação	<=29	51	88,725	14,198	0,956	0,415
	30-33	38	83,223	17,743		
	34-38	45	87,222	14,954		
	>=39	48	85,677	16,508		
	Total	182	86,401	15,783		
Independência	<=29	52	69,934	37,691	0,719	0,542
	30-33	38	68,421	35,904		
	34-38	44	76,744	37,968		
	>=39	47	78,546	30,755		
	Total	181	73,510	35,621		

Pela análise da tabela 24 em relação à categoria "Necessidade de Sentir que Confiam em Si" e a idade dos pais verificamos que não há diferenças significativas em relação às subescalas de importância, satisfação e independência.

Tabela 24 - Análise de variância a um factor entre a categoria B “Necessidade de Sentir que Confiam em Si”, as subescalas e a idade dos pais

Subescalas	Grupo etário	N	Média	Dp	F	p
Importância	<=29	51	87,952	15,667	0,452	0,716
	30-33	38	86,550	13,597		
	34-38	45	88,796	17,261		
	>=39	49	85,214	17,243		
	Total	183	87,135	16,044		
Satisfação	<=29	51	80,187	17,743	1,660	0,177
	30-33	38	79,989	17,149		
	34-38	45	79,305	18,460		
	>=39	48	73,046	19,178		
	Total	182	78,044	18,290		
Independência	<=29	51	69,934	39,689	0,847	0,470
	30-33	38	68,421	37,526		
	34-38	43	76,744	33,999		
	>=39	47	78,546	31,744		
	Total	179	73,510	35,871		

Pela análise da tabela 25 em relação as categorias “Necessidade de confiar”, “Necessidade de Sentir que Confiam em Si ” e o género verificamos que não há diferenças significativas em relação as subescalas importância, satisfação e independência.

Tabela 25 - Teste de U Mann-Whitney entre as categorias "A" e "B", as subescalas e o gênero

Necessidade de Confiar					
Subescalas	Gênero	N	Mean Rank	UMW	<i>p</i>
Importância	Masculino	19	93,00	1558,00	0,938
	Feminino	165	92,44		
Satisfação	Masculino	19	75,61	1246,50	0,138
	Feminino	163	93,35		
Independência	Masculino	19	93,08	1499,50	0,813
	Feminino	162	90,76		
Necessidade de Sentir que Confiam em Si					
Subescalas	Gênero	N	Mean Rank	UMW	<i>p</i>
Importância	Masculino	19	94,63	1508,00	0,811
	Feminino	164	91,70		
Satisfação	Masculino	19	69,95	1139,00	0,057
	Feminino	163	94,01		
Independência	Masculino	19	94,82	1428,50	0,638
	Feminino	160	89,43		

Pela observação da tabela 26 quanto à relação entre as categorias "Necessidade de confiar", "Necessidade de sentir que confiam em si" e o estado civil dos pais constatamos que não há diferenças significativas em relação às subescalas importância, satisfação e independência e, é de referir, que na categoria "Necessidade de Confiar" relativamente à subescala satisfação estamos muito perto da significância com um *p* de 0,059, e na categoria "Necessidade de sentir que confiam em si" na subescala independência ocorre a mesma situação com *p* de 0,053.

Tabela 26 - Teste de U Mann-Whitney entre as categorias A e B, as subescalas e o estado civil

Necessidade de Confiar					
Subescalas	Estado civil	N	Mean Rank	UMW	<i>p</i>
Importância	Solteiros/divorciados/viúvos	31	85,26	2147,00	0,132
	Casados/união de fato	153	93,97		
Satisfação	Solteiros/divorciados/viúvos	31	106,74	1868,00	0,059
	Casados/união de fato	151	88,37		
Independência	Solteiros/divorciados/viúvos	31	97,48	2124,00	0,328
	Casados/união de fato	150	89,66		
Necessidade de Sentir que Confiam em Si					
Subescalas	Estado Civil	N	Mean Rank	UMW	<i>p</i>
Importância	Solteiros/divorciados/viúvos	31	89,11	2266,50	0,728
	Casados/união de fato	152	92,59		
Satisfação	Solteiros/divorciados/viúvos	31	98,94	2110,00	0,384
	Casados/união de fato	151	89,97		
Independência	Solteiros/divorciados/viúvos	30	105,20	1779,00	0,053
	Casados/união de fato	149	86,94		

Da análise da tabela 27 que relaciona as categorias “Necessidade de Confiar”, “Necessidade de Sentir que Confiam em Si”, e a residência, verificamos que há diferenças significativas na categoria A e B em relação a subescala satisfação com p de 0,003, e p de 0,049, respectivamente.

Tabela 27 - Teste de U Mann-Whitney entre as categorias A e B, as subescalas e a residência

Necessidade de Confiar					
Subescalas	Residência	N	Mean Rank	UMW	p
Importância	Rural	65	93,15	3825,00	0,823
	Urbano	119	92,14		
Satisfação	Rural	64	106,42	2821,00	0,003
	Urbano	118	83,41		
Independência	Rural	63	87,52	3497,50	0,398
	Urbano	118	92,86		
Necessidade de Sentir que Confiam em Si					
Subescalas	Residência	N	Mean Rank	UMW	p
Importância	Rural	65	91,74	3818,00	0,959
	Urbano	118	92,14		
Satisfação	Rural	64	101,83	3115,00	0,049
	Urbano	118	85,90		
Independência	Rural	61	87,56	3450,00	0,618
	Urbano	118	91,26		

Na tabela 28 constata-se que, em relação às categorias “Necessidade de Confiar”, “Necessidade de Sentir que Confiam em Si” e o nº de filhos, que não há diferenças significativas em relação às subescalas importância, satisfação e independência.

Tabela 28 – Teste de Kruskal-Wallis entre o n.º de filhos, as subescalas e as categorias A e B

Necessidade de Confiar					
Subescalas	Nº de filhos	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	1 filho	80	96,25	5,380	0,068
	2 filhos	81	86,93		
	>=3 filhos	23	99,09		
	Total	184			
Satisfação	1 filho	79	91,83	0,446	0,800
	2 filhos	80	89,52		
	>=3 filhos	23	97,26		
	Total	182			
Independência	1 filho	79	88,80	3,277	0,194
	2 filhos	79	96,37		
	>=3 filhos	23	80,11		
	Total	181			
Necessidade de Sentir que Confiam em Si					
Subescalas	Nº de filhos	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	1 filho	80	87,38	1,430	0,489
	2 filhos	80	94,25		
	>=3 filhos	23	100,24		
	Total	183			
Satisfação	1 filho	79	87,70	0,888	0,641
	2 filhos	80	93,34		
	>=3 filhos	23	98,13		
	Total	182			
Independência	1 filho	77	89,66	1,658	0,437
	2 filhos	79	93,49		
	>=3 filhos	23	79,13		
	Total	179			

Da tabela 29 podemos inferir que pela análise da variância em relação a categoria A e B, as subescalas e as habilitações dos pais, se verificam diferenças significativas, na categoria B na subescala independência com p de 0,013.

Tabela 29 - Análise de Variância entre as Categorias A e B, as subescalas e as habilitações literárias dos pais

Necessidade de Confiar						
Subescalas	Habilitações literárias	N	Média	Dp	F	p
Importância	Ensino obrigatório	70	96,935	7,046	1,454	0,236
	Ensino Secundário/profissional	69	98,804	5,155		
	Ensino superior	45	97,422	7,875		
	Total	184	97,755	6,649		
Satisfação	Ensino obrigatório	68	87,132	16,443	2,572	0,079
	Ensino Secundário/profissional	69	88,587	14,498		
	Ensino superior	45	81,944	16,112		
	Total	182	86,401	15,783		
Independência	Ensino obrigatório	68	74,264	40,049	2,156	0,119
	Ensino Secundário/profissional	68	86,764	26,790		
	Ensino superior	45	78,888	39,151		
	Total	181	80,110	35,621		
Necessidade de Sentir que Confiam em Si						
Subescalas	Habilitações literárias	N	Média	Dp	F	p
Importância	Ensino obrigatório	69	88,983	13,964	0,904	0,407
	Ensino Secundário/profissional	69	86,725	16,055		
	Ensino superior	45	84,931	18,825		
	Total	183	87,135	16,044		
Satisfação	Ensino obrigatório	68	79,687	18,499	0,738	0,480
	Ensino Secundário/profissional	69	78,140	17,640		
	Ensino superior	45	75,416	19,050		
	Total	182	78,044	18,290		
Independência	Ensino obrigatório	67	70,398	38,525	4,421	0,013
	Ensino Secundário/profissional	67	83,084	28,720		
	Ensino superior	45	63,888	38,640		
	Total	179	73,510	35,871		

Analisando a tabela 30 constatamos que não se verifica diferença significativa em relação a categoria A e B, as subescalas e as profissões dos pais.

Tabela 30 - Teste de Kruskal-Wallis entre a Categoria A “Necessidade de Confiar”, a categoria B, as subescalas e as profissões dos pais da criança

Categoria A “Necessidade de Confiar”					
Subescala	Profissões	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	Especialistas actividades intelectuais e científicas	40	67,79	3,184	0,785
	Técnicos e profissões nível intermédio	5	74,50		
	Pessoal administrativo	33	64,33		
	Trabalhadores serviços pessoais e....	7	74,50		
	Trabalhadores qualificados da indústria....	19	67,61		
	Operadores instalações de maquinas...	4	58,13		
	Trabalhadores não qualificados	26	69,21		
	Total	134			
Satisfação	Especialistas actividades intelectuais e científicas	40	58,94	12,042	0,061
	Técnicos e profissões nível intermédio	5	61,30		
	Pessoal administrativo	32	76,33		
	Trabalhadores serviços pessoais e....	7	60,71		
	Trabalhadores qualificados da indústria....	19	86,89		
	Operadores instalações de maquinas	4	74,63		
	Trabalhadores não qualificados	26	57,21		
	Total	134			
Independência	Especialistas actividades intelectuais e científicas	40	64,20	6,676	0,352
	Técnicos e profissões nível intermédio	5	82,00		
	Pessoal administrativo	32	71,75		
	Trabalhadores serviços pessoais e....	7	63,71		
	Trabalhadores qualificados da indústria....	18	70,00		
	Operadores instalações de maquinas	4	68,00		
	Trabalhadores não qualificados	25	55,76		
	Total	131			
Categoria B “Necessidade de Sentir que Confiam em SI					
Subescala	Profissões	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	Especialistas actividades intelectuais e científicas	40	58,94	11,829	0,066
	Técnicos e profissões nível intermédio	5	61,30		
	Pessoal administrativo	33	76,33		
	Trabalhadores serviços pessoais e....	7	60,71		
	Trabalhadores qualificados da indústria....	19	86,89		
	Operadores instalações de maquinas...	4	74,63		
	Trabalhadores não qualificados	26	57,21		
	Total	134			
Satisfação	Especialistas actividades intelectuais e científicas	40	64,20	4,544	0,604
	Técnicos e profissões nível intermédio	5	82,00		
	Pessoal administrativo	32	71,75		
	Trabalhadores serviços pessoais e....	7	63,71		
	Trabalhadores qualificados da indústria....	19	70,00		
	Operadores instalações de maquinas	4	68,00		
	Trabalhadores não qualificados	26	55,76		
	Total	134			
Independência	Especialistas actividades intelectuais e científicas	40	58,98	4,228	0,646
	Técnicos e profissões nível intermédio	5	67,90		
	Pessoal administrativo	32	69,06		
	Trabalhadores serviços pessoais e....	7	63,79		
	Trabalhadores qualificados da indústria....	18	77,92		
	Operadores instalações de máquinas	4	64,38		
	Trabalhadores não qualificados	25	62,50		
	Total	131			

Pela análise da tabela 31 podemos concluir que não há relação entre as categorias, as subescalas estudadas e o parentesco da criança de salientar que em relação a categoria B na subescala independência o p de 0,055 se encontra muito perto da significância.

Tabela 31 - Teste de Kruskal-Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e o parentesco com a criança

Necessidade de Confiar					
Subescalas	Parentesco	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	Mãe	133	92,24	1,241	0,538
	Pai	5	80,00		
	Outros	43	88,43		
	Total	181			
Satisfação	Mãe	131	89,97	0,746	0,689
	Pai	5	107,90		
	Outros	43	88,00		
	Total	179			
Independência	Mãe	125	89,89	2,470	0,291
	Pai	5	82,70		
	Outros	43	79,09		
	Total	173			
Necessidade de Sentir que Confiam em Si					
Subescalas	Parentesco	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	Mãe	132	89,73	0,090	0,956
	Pai	4	82,13		
	Outros	42	89,49		
	Total	178			
Satisfação	Mãe	119	79,95	1,278	0,528
	Pai	4	91,00		
	Outros	41	89,07		
	Total	164			
Independência	Mãe	118	86,73	5,818	0,055
	Pai	4	86,38		
	Outros	41	67,95		
	Total	163			

4.4.2 - Características da hospitalização e a relação entre a importância, a satisfação e a independência percebidas face à Necessidade de Confiar e a Necessidade de Sentir que Confiam em Si.

Analisando a tabela 32 verificamos que em relação a categoria A e a subescala independência e a idade da criança internada que há diferença muito significativa com p de 0,000, com uma média de 54,95 nas crianças com menos de 28 dias, isto significa que estes pais estão muito dependentes do hospital.

Na categoria B verificamos nível de significância para a subescala importância com p de 0,005, e da independência com p de 0,006.

Tabela 32 - Teste de Kruskal-Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e a idade da criança internada

Necessidade de Confiar					
Subescalas	Grupo etário da criança	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	Até 28 dias	22	93,00	0,513	0,972
	29dias a 2 anos	58	91,72		
	3-6 anos	45	88,78		
	7-11 anos	25	90,44		
	12-18 anos	30	88,93		
	Total	180			
Satisfação	Até 28 dias	22	101,86	6,462	0,167
	29dias a 2 anos	57	77,85		
	3-6 anos	45	90,23		
	7-11 anos	24	90,06		
	12-18 anos	30	101,02		
	Total	178			
Independência	Até 28 dias	22	54,95	24,426	0,000
	29dias a 2 anos	57	101,80		
	3-6 anos	45	95,33		
	7-11 anos	24	92,23		
	12-18 anos	29	77,17		
	Total	177			
Necessidade de Sentir que Confiam em Si					
Subescalas	Grupo etário da criança	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	Até 28 dias	22	99,18	14,918	0,005
	29dias a 2 anos	57	105,37		
	3-6 anos	45	77,56		
	7-11 anos	25	95,00		
	12-18 anos	30	68,57		
	Total	179			
Satisfação	Até 28 dias	22	102,41	3,629	0,459
	29dias a 2 anos	57	90,43		
	3-6 anos	45	82,22		
	7-11 anos	24	98,17		
	12-18 anos	30	82,25		
	Total	178			
Independência	Até 28 dias	22	55,14	14,303	0,006
	29dias a 2 anos	57	98,21		
	3-6 anos	44	88,00		
	7-11 anos	23	88,91		
	12-18 anos	29	92,14		
	Total	175			

Pela análise da tabela 33 em relação a categoria A na subescala independência e o nº de internamentos verificamos que há relação significativa com p de 0,000 destacamos a média dos que nunca estiveram internados com 55,67, em que os pais acham que o hospital deveria ajuda-los a superar as suas necessidades particulares, em oposição aos que tiveram mais que 2 internamentos. Relativamente a categoria B verificamos que há diferenças significativas nas subescalas Importância com p de 0,034, e na de Independência (p de 0,012).

Tabela 33 - Teste de Kruskal-Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e o n.º de internamentos da criança

Necessidade de Confiar					
Subescalas	Nº de internamentos	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	Nunca	24	99,25	1,677	0,642
	1 vez	96	92,38		
	2 vezes	29	90,17		
	>= 3 vezes	35	90,14		
	Total	184			
Satisfação	Nunca	24	91,60	0,689	0,876
	1 vez	94	88,96		
	2 vezes	29	97,12		
	>= 3 vezes	35	93,60		
	Total	182			
Independência	Nunca	24	55,67	22,520	0,000
	1 vez	94	93,56		
	2 vezes	28	104,02		
	>= 3 vezes	35	97,93		
	Total	181			
Necessidade de Sentir que Confiam em Si					
Subescalas	Nº de internamentos	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	Nunca	24	77,83	8,699	0,034
	1 vez	95	90,57		
	2 vezes	29	115,57		
	>= 3 vezes	35	86,07		
	Total	183			
Satisfação	Nunca	24	89,31	1,041	0,791
	1 vez	94	88,53		
	2 vezes	29	98,48		
	>= 3 vezes	35	95,20		
	Total	182			
Independência	Nunca	24	60,90	10,914	0,012
	1 vez	92	92,76		
	2 vezes	28	95,46		
	>= 3 vezes	35	98,33		
	Total	179			

Da análise da tabela 34 podemos constatar que não se verifica relação entre as categorias, as subescalas e a gravidade da doença percebida pelos pais

Tabela 34 - Teste de Kruskal-Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e a gravidade da doença

Necessidade de Confiar					
Subescalas	Gravidade	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	É grave	103	91,54	0,402	0,818
	Não é grave	73	89,79		
	É muito grave	5	97,60		
	Total	181			
Satisfação	É grave	101	93,50	1,200	0,549
	Não é grave	73	85,58		
	É muito grave	5	83,90		
	Total	179			
Independência	É grave	97	85,94	1,034	0,596
	Não é grave	72	87,36		
	É muito grave	4	106,25		
	Total	173			
Necessidade de Sentir que Confiam em Si					
Subescalas	Gravidade	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	É grave	100	92,51	1,001	0,606
	Não é grave	73	86,25		
	É muito grave	5	76,70		
	Total	178			
Satisfação	É grave	92	83,02	0,922	0,631
	Não é grave	67	83,28		
	É muito grave	5	62,60		
	Total	164			
Independência	É grave	94	81,18	0,389	0,823
	Não é grave	65	82,40		
	É muito grave	4	94,75		
	Total	163			

Pela análise da tabela 35 podemos constatar que não se observam diferenças significativas em relação as categorias, as subescalas e o tempo de internamento.

Tabela 35 - Teste de Kruskal-Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e o tempo de internamento da criança

Necessidade de Confiar					
Subescalas	Tempo de internamento	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	2-4 dias	58	88,69	3,027	0,388
	5 dias	29	90,17		
	6-8 dias	55	97,91		
	>=9 dias	42	92,29		
	Total	184			
Satisfação	2-4 dias	58	90,97	2,871	0,412
	5 dias	29	79,53		
	6-8 dias	54	92,22		
	>=9 dias	41	99,76		
	Total	182			
Independência	2-4 dias	57	90,13	0,591	0,899
	5 dias	29	96,28		
	6-8 dias	55	89,66		
	>=9 dias	40	90,25		
	Total	181			
Necessidade de Sentir que Confiam em Si					
Subescalas	Tempo de internamento	N	Mean Rank	X ²	p
Importância	2-4 dias	58	92,60	1,763	0,623
	5 dias	29	88,36		
	6-8 dias	54	86,99		
	>=9 dias	42	100,12		
	Total	183			
Satisfação	2-4 dias	58	97,11	5,165	0,160
	5 dias	29	83,05		
	6-8 dias	54	81,66		
	>=9 dias	42	102,50		
	Total	183			
Independência	2-4 dias	57	95,89	2,499	0,476
	5 dias	29	90,17		
	6-8 dias	53	81,98		
	>=9 dias	40	92,11		
	Total	179			

Pela análise da tabela 36 aplicando o teste de Kruskal-Wallis, verificamos que em relação aos diferentes hospitais se verificaram diferenças significativas em ambas as categorias para a mesma subescala, a da independência com um p de 0,000 em ambas, destacando-se o hospital B com médias, para a categoria A de 49,28 e para a categoria B de 46,77; os pais do hospital B acham que o hospital os deve ajudar a superar as necessidades.

Tabela 36 - Teste de Kruskal- Wallis entre as categorias A e B, as subescalas e os 4 hospitais

Necessidade de Confiar					
Subescalas	Hospital	N	Mean Rank	X^2	p
Importância	A	52	94,15	2,508	0,474
	B	37	93,27		
	C	64	94,38		
	D	31	84,94		
	Total	184			
Satisfação	A	52	105,51	6,744	0,081
	B	37	85,09		
	C	63	89,49		
	D	30	79,33		
	Total	182			
Independência	A	52	96,55	50,627	0,000
	B	37	49,28		
	C	63	103,99		
	D	29	106,05		
	Total	181			
Necessidade de Sentir que Confiam em Si					
Subescalas	Hospital	N	Mean Rank	X^2	p
Importância	A	52	90,85	0,557	0,906
	B	37	90,70		
	C	64	95,57		
	D	30	87,98		
	Total	183			
Satisfação	A	52	104,76	7,867	0,049
	B	37	95,22		
	C	63	77,83		
	D	30	92,63		
	Total	182			
Independência	A	52	96,68	40,131	0,000
	B	37	46,77		
	C	62	105,40		
	D	28	100,61		
	Total	179			

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos refletir sobre o estudo realizado, evidenciando os resultados mais significativos e confrontando-os com a literatura científica, comparando-os com o quadro conceptual que deu suporte à investigação, com os objectivos e questões de investigação enunciados. Assim, os resultados obtidos foram sujeitos a uma reflexão crítica tendo como base a nossa experiência e conhecimento acerca dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria.

O estudo decorreu em serviços de pediatria/neonatologia de quatro hospitais portugueses, 3 da zona centro e um do norte, englobando uma amostra de 184 pais/acompanhantes significativos de crianças hospitalizadas.

A colheita de dados foi realizada através de questionário sobre as necessidades dos pais validado para a população portuguesa por Pedro Lopes Ferreira [et al] (2010).

Na população estudada neste questionário revelou características psicométricas adequadas, quer de fiabilidade quer de confiabilidade.

Constatamos que durante a hospitalização são as mães que acompanham preferencialmente as crianças (73,9%) e os pais (3,0%). Aqui podemos salientar o papel maternal na assistência à criança doente, embora atualmente segundo RELVAS (2004), verifica-se uma complementaridade das funções maternal e paternal, mas neste estudo o predomínio da função cuidadora da criança doente continua a ser da mãe, que é corroborada com outros estudos efetuados noutros países, onde se verificou também esta tendência (KRISTJÁNSDÓTTIR, 1991, 1995; SHIELDS [et al], 2004; KYRITSI [et al], 2005; SABATÉS E BORBA, 2005). A maioria dos pais inquiridos são “casados/ união de facto, sendo este modelo de família predominante (JORGE 2004). Relativamente ao número de filhos observamos que a média é diferente apresentando o sexo feminino uma média de 1,73 filhos e o masculino de 1,79 filhos, o que corrobora a diminuição da taxa de natalidade em Portugal.

Um dos objetivos deste estudo foi identificar as necessidades dos pais das crianças/acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas, no que diz respeito às necessidades de confiança, nomeadamente a necessidade de confiar e a necessidade de que confiem em si, que se refere à importância, à satisfação e independência para superar essas mesmas necessidades.

Relativamente às necessidades de confiar e de que confiem em si verificamos que os pais se encontram mais satisfeitos quanto maior a importância atribuída pelos mesmos relativamente à necessidade de sentir que confiam em si.

Os pais/acompanhantes das crianças hospitalizadas atribuem maior importância e independência quer na necessidade de confiar, quer na necessidade de sentir que confiam em si. No entanto também se pode considerar significativa a relação entre a importância e a satisfação para ambas as necessidades, na qual se poderá afirmar que os pais também atribuem uma maior importância e satisfação em ambas as necessidades abordadas. Isto vem corroborar com os autores consultados quando referem que para os pais serem capazes de apoiar a criança doente, precisam eles próprios de suporte (YGGE e ARNETZ, 2004), nomeadamente de informação, confiança e orientação, por parte dos médicos e enfermeiros (KYRITSI [et al], 2005).

Identificamos alguns factores determinantes na percepção das necessidades dos pais, tal como verificado noutros estudos (BRAGADÓTTIR, 1998; KYRITSI [et al], 2005; SHILDS [et al], 2004; REIS, 2009), nomeadamente:

- Variáveis relativas aos pais: os pais casados/união de facto/ solteiros/divorciados/viúvos, número de filhos e idade dos filhos não se constatou qualquer relação entre as categorias A e B e as subescalas da escala, relativamente a escolaridade os pais com o ensino superior e o ensino básico acham que o hospital deve ajuda-los a superar as necessidades em estudo.

- Variáveis relativas à criança: a idade da criança influencia a percepção dos pais em relação à independência das mesmas, na necessidade de confiar e na de que confiem em si, pois quanto mais jovem é a criança mais dependentes se manifestam os pais;

- Variáveis relativas ao internamento: a residência também foi estudada e verificamos que os pais que vivem no meio urbano são os que demonstram maior satisfação nas necessidades de confiar e de que confiem em si; com o tempo de internamento não se verificou qualquer relação significativa; relativamente ao número de internamentos, os pais das crianças com menor nº de internamentos acham que o hospital os deveria ajudar em ambas as categorias, na subescala independência, e os pais dão muita importância a necessidade de sentir que confiem em si.

Nos quatro hospitais que participaram no estudo os pais do hospital B são os que consideram que o hospital os deve ajudar a superar as necessidades por si percebidas.

Em suma, os resultados acerca das necessidades dos pais, pela importância que eles atribuíram, pela apreciação que fizeram em relação à subescala da satisfação e pela independência do hospital para a concretização das suas necessidades, revelam por um

lado, o seu interesse em participarem e se envolverem nos cuidados de saúde à criança hospitalizada, e por outro, a necessidade dos profissionais incrementarem medidas conducentes a uma maior satisfação e independência dos pais.

6 - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Quando falamos e pensamos numa criança, devemos lembrar-nos que ela está inserida num contexto que começa na unidade familiar, a qual, por sua vez, também está inserida na comunidade onde reside. Deste modo, a família pode e deve ser entendida, como o alvo dos cuidados da enfermagem pediátrica (GOMES, 2009).

A hospitalização de uma criança vai originar instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar podendo desencadear uma situação de crise. Assim, para que os pais possam ajudar a criança durante a hospitalização é necessário que os enfermeiros e outros profissionais de saúde identifiquem quais as necessidades sentidas durante a hospitalização, para facilitar a adaptação da criança e da família à mesma.

A avaliação e identificação das necessidades dos pais por parte dos profissionais de saúde consistem principalmente em determinar o que as famílias querem para si mesmas e para os seus filhos e também o apoio que elas precisam dos profissionais para o conseguirem.

Neste estudo identificaram-se as necessidades percebidas pelos pais das crianças hospitalizadas: a necessidade de confiar, a necessidade de sentir que confiam em si e qual a importância, a satisfação e a independência que eles atribuem às diferentes necessidades.

Verificou-se que os pais atribuíram maior importância à necessidade de confiar: muito importante 92,4% e importante 6,2%; relativamente à necessidade de sentir que confiem em si: muito importante 67,2% e importante 21,5%.

Quanto ao grau de satisfação, relativamente à necessidade de confiar: 57,8% estão completamente satisfeitos e 27,5% quase sempre; em relação à necessidade de que confiem em si, 44,6% estão completamente satisfeitos e 26,7% quase sempre.

Em relação à independência percebida pelos pais relativamente à necessidade de confiar, 76,6% responderam sim, o hospital deveria ajudá-los a superar essa necessidade e 39,1% responderam não; quanto à necessidade de que confiem em si 69,35% responderam sim e 25,0% não.

Constatamos que durante a hospitalização são as mães que acompanham mais as crianças (73,9%) e os pais (3,0%).

A maioria dos pais inquiridos são “casados/ união de facto” (83%).

Relativamente ao número de filhos observamos que a média é diferente apresentando o sexo feminino uma média de 1,73 filhos e o masculino de 1,79 filhos.

Verificamos que os pais se encontram mais satisfeitos quanto maior a importância atribuída pelos mesmos relativamente à necessidade de sentir que confiam em si.

Constatamos também que os pais também atribuem uma maior importância e satisfação em ambas as necessidades abordadas.

Relativamente ao nível de escolaridade os pais com o ensino superior e o ensino básico acham que o hospital deve ajuda-los a superar as necessidades em estudo.

A idade da criança influencia a percepção dos pais em relação à independência, na necessidade de confiar e na de que confiem em si, pois quanto mais jovem é a criança mais os pais acham que o hospital os deve ajudar a superar as necessidades.

No número de internamentos, os pais das crianças com menor número de internamentos acham que o hospital os deveria ajudar a superar as necessidades percebidas em ambas as necessidades, e consideram muito importante que os profissionais confiem em si.

Os cuidados de enfermagem em pediatria evoluíram no sentido de envolver os pais nos cuidados a prestar à criança, independentemente das capacidades destes ou da situação da criança, para isso é fundamental uma relação de parceria com a equipa de saúde.

O enfermeiro tem um papel fundamental e privilegiado junto dos pais para promover e desenvolver a confiança nos pais, incentivando-os a participar nos cuidados, trabalhando em parceria com eles, pois são eles que melhor conhecem a criança e as suas necessidades.

Os pais devem ter confiança nos profissionais que cuidam dos seus filhos e sentirem que estes também confiam neles, pois reforçam nos pais a autonomia, a auto-estima e não têm a sensação da perda de controlo sobre os seus filhos.

A fim de melhorar a confiança deve-se trabalhar em parceria com os pais e dar muita importância à comunicação, empatia, escuta ativa, instrumentos fundamentais da enfermagem para deteção precoce das necessidades sentidas pelos pais e que ajudam a consolidar a confiança nos profissionais.

Este trabalho contribuiu para aumentar o conhecimento sobre as necessidades de confiança dos pais das crianças internadas e acreditamos que contribuiu para a reflexão sobre esta matéria, revertendo-se na melhoria dos cuidados em pediatria.

Em termos de investigações futuras sugerimos conhecer a perspectiva das crianças sobre as suas necessidades durante a hospitalização. Igualmente consideramos interessante, perceber a perspectiva dos profissionais sobre as necessidades dos pais que se encontram a acompanhar os seus filhos hospitalizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M. (2000) – **(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica**. Coimbra: Quarteto Editora.

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa - **Comportamientos de salud y de riesgo en la adolescência**. Badajoz : [s.n.],2004. Tese de Doutoramento à Universidade de Extremadura, Espanha. Acessível na biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu.

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE - **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008**. (2º ed.), (2009). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

BARRADAS, Alexandra Maria Carapito Ramos - **Parentalidade na relação com o Recém-nascido prematuro: Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção**, (2008) Dissertação de Mestrado em Comunicação da Saúde. [Em linha]. [Consult. 21 Julho. 2011], Disponível em [www:<URL: http://hdl.handle.net/10400.2/735](http://hdl.handle.net/10400.2/735)

BARRERA, Patrick - **Influências da família na Promoção da saúde Infantil** In, **Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica** (2011). (8ª ed.), capítulo 3, pág. 30-52, Rio de Janeiro: Mosby - Elsevier Editora Lda.

BRAGODÓTTIR H. – **A descriptive study of the extent to which selfperceived needs of parents is met in paediatric units in Iceland (1999)**. Scandinavia Journal of Caring Sciences. n.º 13, p. 210-217.

CALLERY, P.; SMITH, L.– **A study of role negotiation between nurse and the parents of hospitalized children** (1991). Journal of Advanced Nursing. 16 (4): 772-781.

CARAPINHEIRO, G. – **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares** (1993). Porto: Edições Afrontamento.

CARTER, E.; MCGOLDRICK, M. – **The family life-circle** (1995). H.Framework for family therapy. New York, Gardner Press.

CASEY, A.; MOBBS, S. – **Partnership in practice** (1988). Nursing Times. 84 (44): 67-68.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM - **Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE) versão 1.0**, (2006) Genebra: International Council of Nurses

COWAN, C; COWAN, P.– **Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needs and what they can do** (1995). Family Relations. Nº 44, pág.412-423.

DIAS, S. M. Z. e MOTTA, M. G. C. - **Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada**. (2004). Revista ciência, cuidado e saúde. [Em linha]. [Consult. 16 Dez. 2011], Disponível em [www:<URL: http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5515](http://www.<URL: http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5515)

DUARTE, João Carvalho. – **Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico- afectivo na adolescência**.(2008) Porto: ICBAS da Universidade do Porto. 397 p., tese apresentada para obtenção de grau de Doutor, em Saúde Mental

FARREL M.; FROST C. – **The most important needs of parents of critically ill children: parent's perceptions** (1992). Intensive Critical Care Nursing. 8: 130-139.

FERNANDES, A. M. - **A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada** (1988) Revista Saúde Infantil, vol. 2 n.º10,p. 117-127.

FERNANDES, C. - **A ludoterapia dentro do contexto hospitalar**. (2011). [Em linha]. [Consult. 14 Dez. 2011], Disponível em [www:<URL: www.psicologia.pt](http://www.<URL: www.psicologia.pt)

FERREIRA, P. L.; MELO E.; REIS G. e MELLO D.F. - **Validation and reliability analysis of the Portuguese language version of Needs of Parents Questionnaire** (2010). Jornal de Pediatria by Sociedade Brasileira de Pediatria, Vol.3 n.º 86,p. 221-227

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 2ªed. Loures: Lusodidacta, 2000.388 p. ISBN 972 –8383–10– X.

FORTIN, M. F. - **Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação**. (2009). Loures: Lusodidacta.

GIL A. C. - **Como elaborar projectos de pesquisa** (1995).3ª. ed. São Paulo, Atlas.

GOMES, C. G.; TRINDADE, G. P. G. e FIDALGO, J. M. A. - **Vivências de Pais de Crianças Internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra**. (2009). Revista Referência. II série, nº 11, Dez.

HALLSTRON I; RUNESON I.; ELANDER G.– **Observed Parental needs during their Child's Hospitalization**. (2002) Journal of Pediatric Nursing. N.º17, p. 141-148.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. - **Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica** (2011). (8ª ed.), Rio de Janeiro: Mosby - Elsevier Editora Lda.

JORGE, A. – **Família e hospitalização da criança: (Re)pensar o cuidar em Enfermagem** (2004), Lusociência. Ed. Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-79-7.

KRISTJÁNSDOTTIR, G. – **A study of the needs of parents of hospitalized 2 to 6 year-old children**. (1991), Comprehensive Paediatric Nursing Hemisphere Publishing Corporation. N.º14,p. 49-64.

KRISTJÁNSDÓTTIR, G. - **Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized two-to six-years-old.** (1995). Scandinavian Journal of Caring Sciences. N.º 9,p. 95-103.

KYRITSI, H; [et al] - **Parent's needs during their child's hospitalization.** (2005). Nursing Gr. N.º 23,p. 1-9.

LIMA, M.; SILVA, G. M. - **Estação digital: uma janela para o mundo.** Revista Participação da Universidade de Brasília. (2011). [Em linha]. [Consult. 18 Dez. 2011], Disponível em [www:<URL: seer.bce.unb.br/index.php/participação/article/download/6003/4967](http://www.seer.bce.unb.br/index.php/participação/article/download/6003/4967)

LIMA, R. [et al] – Involvement and fragmentation: a study of parental care of hospitalized children in Brasil. Pediatric Nursing. 27 (1999), p.559-580.

LIMA, Patrícia; SIMÕES, Sílvia – **O Luto.**(2007), Revista Nursing, Novembro.

LOURENÇO, Maria Madalena Carvalho – **Textos e Contextos da Gravidez** (1988). Lisboa: Fim de Século Edições Lda,.

LORENZI, P. D. C.; RIBEIRO, N. R. R. – **Rede de apoio familiar na hospitalização infantil.** (2006) Revista Família Saúde e Desenvolvimento, Vol. 2, n.º8, 138-145). [Em linha]. [Consult. 18 Dez. 2011], Disponível em [www:<URL: www.scielo.br](http://www.scielo.br)

MAGALHÃES, S. C. R. S. - **A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança.** (2011). Dissertação de Mestrado do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto. [Em linha]. [Consult. 6 Jan. 2012], Disponível em [www:<URL: www.comum.rcaap.pt/bistream/123456789/1784/1/dissertação.pdf](http://www.comum.rcaap.pt/bistream/123456789/1784/1/dissertação.pdf)

MAROCO, J. - **Análise estatística com utilização do SPSS.** (2007). (3ª ed.). Edições Sílabo Lda.

MARTINS, M. – **Uma crise acidental na família: o doente com AVC.** (2002)
Coimbra: Formasau.

MELEIS, A. – **Theoretical nursing: development & progress.** (2005), 3ªed.
Philadelphia: J.B.Lippincott Company.

MELNYK, B.; ALPERT-GILLES, L.; FEINSTEIN, N; CREAN, H.– **Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping** (2004) *Pediatrics*. Jun;113(6):e597-607 [Em linha]. [Consult. 3 Set. 2012], Disponível em [www:<URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15173543](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15173543)

MELO, E. M. O. P. - **Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas.** (2011). Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.

MERCER, R. – **Transitions to parenthood** (2002). *Nurseweek*.

MINUCHIN, S. – **Famílias: funcionamento e tratamento.** (1990), Porto Alegre: Artes Médicas.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, C. H. – **Family therapy techniques.**(1981). Cambridge, Harvard University Press.

MONTEIRO, M. A. J. - **Parceria de cuidados – experiência dos pais num hospital pediátrico.** (2003). Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. [Em linha]. [Consult. 4 Maio. 2012], Disponível em [www:<URL: http://repositório-aberto.up.pt](http://repositório-aberto.up.pt)

OLIVEIRA, C. S.; LOPES, M. J. - **Construir laços de confiança e promover o conforto,** (2010), *Revista Pensar Enfermagem*, Vol.1, n.º 14, p. 67-74.

OPPERMAN, C. S.; CASSANDRA, K. A. - **Enfermagem Pediátrica Contemporânea**. (2001). Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** (2001). Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº2, p. 15-26.

PAIVA, Abel – **Reflexões sobre investigação centrada no contexto da acção das práticas de enfermagem** (2001). Revista Nursing. Coimbra. ISSN 0872-9844.N.º161, p. 14-20.

PATTERSON, J. – **Chronic illness in children and impact on families**.(1988). Chronic Illness and Disability, ed. C. Chilman, E. Nunnally, and F. Cox. Newbury Park, Ca: Sage Publications.

PEREIRA, F – **Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados de enfermagem**. (2001). Porto. Tese de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. (2008) 5.^a Edição. Lisboa: Edições Sílabo. p.692. ISBN 978-972- 618-498-0.

PETRONILHO, F. – **Preparação do regresso a casa**. (2007). Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-91-7.

POLIT, Denise, HUNGLER, Bernardette. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. (1995). 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

PÖLKKIT T. [et al] - **Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers**. (2002), Journal of Pediatric Nursing. Vol. 4, n.º 17; p.270-278.

PORTUGAL - Direcção Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. **Saúde Materno infantil: Rede de Referenciação Materno-Infantil.** (2001). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes** (1998). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 26/87 de 13 de Janeiro. **Alimentação gratuita ao acompanhante da criança.** DR I Série, pág. 175-176.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro. **Acompanhamento familiar em internamento hospitalar.** DR I Série, pág. 6254.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 437/91. **Aprova o regime legal da carreira de enfermagem.** DR I Série 257 (96-09-04).

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil.** (1993). Lisboa.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Relatório da Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança** (1994). Lisboa.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Saúde em Portugal: Uma Estratégia para o Virar do Século 1998-2002.** (1999). Lisboa.

QUEIROZ, A. A., MEIRELES, M. A.; CUNHA, S. R. - **Investigar para compreender.** (2007). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. – **Manual de Investigação em Ciências Sociais.** (2008). Lisboa: Gravida.

REIS, Gina – **Expectativas dos Pais durante a Hospitalização da Criança**. (2007). Porto. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem.

RELVAS, A.P. – **Ciclo Vital da Família**. (2004). 3ªed, Porto: Edições Afrontamento, Fevereiro.

SABATÉS, A. L.; BORBA, R. I. H. - **As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho**. (2005). Revista Latino- Americana de Enfermagem, Vol. 6 n.º13, 968-973. . [Em linha]. [Consult. 17 Jan. 2012], Disponível em [www:<URL:www.scielo.br](http://www.scielo.br)

SANTOS, J.M.O. – **Parceria nos Cuidados: Uma metodologia de trabalho centrada no doente**. (2001). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISBN 972-8184-83-2.

SANTOS, M. C .L. [et al] – Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. (2007). Revista de Enfermagem UFPE On line;Vol. 2, n.º.1, p.111-20. ISSN 1981-8963. [Em linha]. [Consult. 3 Set. 2012], Disponível em [www:<URL: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/21/showToc](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/21/showToc)

SHIELDS, L. [et al] – **An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents' and staff's perceptions**. (2003). Scandinavian Journal of Caring Sciences, Jun; 17(2): 176-84 PMID: 12753519 CINAHL; (AN: 2003156501).

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, **Carta da criança hospitalizada**. [Em linha]. [Consult. 13 Set. 2012], Disponível em [www:<URL: http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=48](http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=48)

VARELA, A. – **Direito da família**. (1993). 3ªed. Livraria Petrony.

VELEZ, Cláudia; GODINHO, P. – **Expectativas dos familiares de doentes internados na UCI face aos enfermeiros.** (2002) Nursing. Lisboa. ISSN 0871 – 6196. A – 14, Nº168 (Junho/ Agosto), pág.17-20.

SHIELDS, L.; KRISTENSSON-HALLSTROM I. - **We have needs, too: parental needs during a child's hospitalization.** (2003). Online Brazilian Journal of Nursing. [Em linha]. [Consult. 6 Jan. 2012], Disponível em [www:<URL: www.uff.br/nepae/objn303shieldetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn303shieldetal.htm)

SHIELDS, L.; KRISTENSSON-HALLSTRÖM I.; O'CALLAGHAN, M. - **An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents' and staff's perceptions.** (2004). Scandinavian Journal of Caring Sciences. n.º17,p. 176-184.

SILVA, C. A. M. - **Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma.** (2011). Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. [Em linha]. [Consult. 20 Fev. 2012], Disponível em [www:<URL:http://repositorio-aberto.up.pt](http://repositorio-aberto.up.pt)

YGGE, B.; ARNETZ, J. – **A study of parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice.** (2004). Journal of Pediatric Nursing. Vol.3 Nº 19: pág. 217-223.

WHALEY e WONG – **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva.** (1999), 5ªed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário entregue aos pais das crianças hospitalizadas

Caro(a) Senhor(a):

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, a Enfermeira Rosa Maria Pereira Machado do CHCBeira, EPE, sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva, está a desenvolver um estudo subordinado ao tema “As Necessidades dos Pais”.

Este estudo tem como objectivo conhecer a opinião dos pais sobre as suas necessidades relativamente ao internamento do seu filho, no serviço de internamento de Pediatria. A identificação das necessidades dos pais, enquanto indicador de qualidade, reveste-se de extrema importância para reflectir estratégias de melhoria dos cuidados.

Realça-se a relevância de responder, com sinceridade, a todas as perguntas para não invalidar os resultados.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional. Solicitamos, pois, que não escreva o seu nome em qualquer parte do questionário.

Se tiver alguma dúvida ou pergunta pode solicitar os esclarecimentos que desejar.

Desde já agradecemos o tempo disponibilizado e o seu precioso contributo para a realização deste estudo.

QUESTIONÁRIO SOBRE AS NECESSIDADES DOS PAIS

Questionário aos Pais

Leia cuidadosamente as seguintes instruções que lhe indicam como responder ao questionário.

Existem dois conjuntos de perguntas. O primeiro inclui perguntas para responder em relação a algumas frases; o segundo inclui perguntas directas em relação ao questionário e para obter informação adicional a seu respeito e a respeito do internamento do seu filho ou da sua filha.

Quando estiver a responder às perguntas de escolha múltipla, faça uma cruz no quadrado na linha que escolher. As perguntas abertas devem ser respondidas com as suas próprias palavras. Não há respostas certas ou erradas para estas perguntas. Dê por favor respostas francas e sinceras.

Seguem-se exemplos de perguntas e respostas de escolha múltipla.

EXEMPLOS:

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
1. Piscinas exteriores com piscina para crianças	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Piscinas interiores com piscina para crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Note que, neste questionário, para cada frase sobre necessidades há três perguntas (A, B e C) e, portanto, três respostas possíveis.

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
1. Ter um local próprio no Serviço onde os pais possam estar sozinhos.												
2. Ter reuniões planeadas com outros pais para partilhar e discutir a experiência da hospitalização dos seus filhos.												
3. Que os profissionais de saúde incentivem os pais a fazer perguntas e a procurar respostas.												
4. Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados de enfermagem.												
5. Que eu descanse e durma o suficiente.												
6. Poder contactar uma assistente social para obter informações sobre ajuda financeira, por causa da hospitalização do meu filho.												
7. Poder encontrar-me com outros pais que tenham experiências semelhantes com filhos doentes.												
8. Que eu receba informações escritas sobre o estado de saúde do meu filho para poder consultar mais tarde (por ex., motivo para o internamento, diagnósticos, nomes dos medicamentos e dos exames, e explicações simples deste género).												
9. Poder perguntar aos enfermeiros e aos médicos como explicar a doença e/ou os exames ao meu filho.												

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
10. Que haja flexibilidade no trabalho do Serviço de acordo com as necessidades dos pais.												
11. Ter uma pessoa no Serviço (um enfermeiro ou um médico) especialmente encarregue de cuidar e responder às necessidades dos pais.												
12. Que eu tenha possibilidade de falar em privado com um médico ou enfermeiro sobre os meus próprios sentimentos ou preocupações.												
13. Que eu seja aconselhado durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com o meu filho.												
14. Que eu possa tomar a decisão final sobre o tratamento que o meu filho vai receber, depois de médicos e enfermeiros me terem dado a conhecer as propostas de tratamento.												
15. Que eu seja informado sobre todos os prognósticos possíveis para o meu filho.												
16. Ser incentivado pelos profissionais de saúde para vir e ficar com o meu filho.												
17. Que um enfermeiro me ajude a tomar consciência das minhas próprias necessidades, por exemplo, refeições, dormir.												
18. Sentir que confiam em mim para cuidar do meu filho também no hospital.												

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
19. Que eu seja informado sobre todos os tratamentos que o meu filho vai receber.												
20. Ter uma pessoa no Serviço especialmente encarregue de cuidar das necessidades do meu filho.												
21. Que eu tenha um lugar para dormir no hospital.												
22. Que um enfermeiro (por exemplo, do Centro de Saúde) acompanhe o meu filho depois de ter tido alta, tendo em conta a sua saúde.												
23. Poder participar nos cuidados de enfermagem prestados ao meu filho.												
24. Aprender e ser informado sobre como a doença e o tratamento afectam o crescimento e o desenvolvimento da criança.												
25. Que eu possa ficar com o meu filho 24 horas por dia se quiser.												
26. Sentir que não sou culpado pela doença do meu filho.												
27. Poder prestar cuidados ao meu filho como por exemplo lavá-los, dar-lhes de comer, medir-lhes a temperatura.												
28. Que eu seja capaz de explicar aos meus familiares, amigos e ao(s) meus outro(s) filho(s) aspectos da hospitalização do meu filho.												
29. Que eu esteja preparado para o dia da alta do meu filho e que seja informado sobre qualquer alteração dessa data.												

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
30. Que eu tenha tempo para estar com o(s) meu(s) outro(s) filho(s).												
31. Que eu seja informado assim que possível sobre os resultados dos exames realizados ao meu filho.												
32. Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados médicos.												
33. Que os enfermeiros tomem consciência e compreendam os sentimentos dos pais.												
34. Que os enfermeiros me contactem e consultem acerca dos cuidados necessários para o meu filho.												
35. Sentir que sou importante ao contribuir para o bem-estar do meu filho.												
36. Saber que posso contactar o Serviço depois do meu filho ter tido alta.												
37. Que eu receba assistência e apoio no sentido de tomar consciência e compreender as minhas próprias necessidades, por exemplo, ansiedade, cansaço.												
38. Que eu receba informações exactas sobre o estado de saúde do meu filho.												
39. Que eu me sinta menos ansioso.												
40. Sentir que sou necessário no Serviço.												
41. Poder dormir no quarto do meu filho.												

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
42. Que eu receba assistência no sentido de tomar consciência das necessidades do meu filho.												
43. Tomar conhecimento de tudo o que está a ser feito ao meu filho e porquê.												
44. Que eu possa manter a esperança sobre o estado de saúde do meu filho.												
45. Que eu possa comer com o meu filho no Serviço.												
46. Que haja casa de banho e duchas para os pais.												
47. Saber que o meu filho vai ter aulas e actividades para não se atrasar nos estudos e no seu desenvolvimento.												
48. Que sejam os mesmos enfermeiros a tratar do meu filho a maior parte do tempo.												
49. Que uma pessoa (um enfermeiro) coordene os serviços e as informações que recebemos no hospital.												
50. Que eu não desespere.												
51. Que um professor, um educador de infância ou um animador cultural me ajude a motivar o meu filho e a manter o seu desenvolvimento e a aprendizagem.												

Questionário aos Pais

Por favor, preencha os espaços correspondentes e assinale com uma cruz a resposta indicada.

52 – Idade: anos

53 – Sexo:

- Masculino
- Feminino

54 – Estado Civil: _____

55 – Residência:

- Zona rural
- Zona urbana

56 – Número de filhos:

57 – Habilitações Literárias:

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo (4ª ano)
- 2º Ciclo (6ª ano)
- 3º Ciclo (9ª ano)
- Ensino Secundário (12º ano)
- Curso Técnico-Profissional
- Bacharelato ou Curso Médio
- Licenciatura ou um grau superior

• Questionário aos Pais

58 – Profissão:

- Desempregado (a)
- Reformado (a)
- Estudante
- Trabalhador (a) por conta de outrém Profissão: _____
- Trabalhador (a) por conta própria Profissão: _____

59 – Quem acompanha a criança durante este internamento?

- Mãe
- Pai
- Outro Quem? _____

60 – Idade do seu filho em que foi hospitalizado: _____ anos e _____ meses

61 – N^o de vezes que teve um filho internado neste serviço _____

62 -A doença que causou o internamento do seu filho.

É grave

Não é grave

É muito grave

63 – Tempo de internamento _____

64 – Por Favor, acrescente alguma observação que não tenha sido apresentada nas frases e que

ache que é importante para si, em relação à hospitalização do seu filho.

65 – Por Favor, partilhe connosco as suas ideias sobre a forma como podemos ir de encontro às

necessidades dos pais.

66 - O serviço em que o seu filho está internado é:

- Unidade de Neonatologia
- Pediatria

Muito Obrigado pelo tempo dispensado ao preencher este questionário.

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

ANEXO II

Coeficiente de alfa de Cronbach

Nº	Frases	Média	Dp	Correlação Item total	α Cronbach
1	Tem um lugar próprio no serviço onde os pais possam estar sozinhos	2.44	1.175	0.266	0,911
2	Ter planeadas com outros pais para partilhar e discutir a experiência da hospitalização dos seus filhos	2.79	1.123	0.348	0.909
3	Que os profissionais de saúde incentivem os pais a fazer perguntas e a procurar respostas	1.49	0.765	0.357	0.909
4	Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados de enfermagem	1.07	0.285	0.138	0.910
5	Que eu descanse e durma o suficiente	2.01	1.046	0.386	0.909
6	Poder contactar uma assistente social para obter informações sobre ajuda financeira, por causa da hospitalização do meu filho	2.26	1.283	0.505	0.907
7	Poder encontrar-me com outros pais que tenham experiências semelhantes com filhos doentes	2.34	1.026	0.474	0.908
8	Que eu receba informações escritas sobre o estado de saúde do meu filho para poder consultar mais tarde (por ex., motivo para o internamento, diagnósticos, nomes dos medicamentos e dos exames, e explicações simples deste género)	1.30	0.641	0.316	0.909
9	Poder perguntar aos enfermeiros e aos médicos como explicar a doença e/ou os exames ao meu filho	1.34	0.684	0.475	0.908
10	Que haja flexibilidade no trabalho do serviço de acordo com as necessidades dos pais	1.68	0.859	0.470	0.908
11	Ter uma pessoa no serviço (um enfermeiro ou um médico) especialmente encarregue de cuidar e responder às necessidades dos pais	1.72	0.926	0.404	0.908
12	Que eu tenha possibilidade de falar em privado com um médico ou um enfermeiro sobre os meus próprios sentimentos ou preocupações	1.56	0.845	0.348	0.909
13	Que eu seja aconselhado durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com o meu filho	1.12	0.364	0.357	0.909
14	Que eu possa tomar a decisão final sobre o tratamento que o meu filho vai receber, depois de médicos e enfermeiros me terem dado a conhecer as propostas de tratamento	1.75	1.083	0.428	0.908
15	Que eu seja informado sobre todos os prognósticos possíveis para o meu filho	1.15	0.412	0.157	0.910
16	Ser incentivado pelos profissionais de saúde para vir e ficar com o meu filho	1.52	0.986	0.331	0.909
17	Que um enfermeiro me ajude a tomar consciência das minhas próprias necessidades, por exemplo, refeições, dormir	1.92	1.030	0.507	0.907
18	Sentir que confiam em mim para cuidar do meu filho também no hospital	1.33	0.746	0.455	0.908
19	Que eu seja informado sobre todos os tratamentos que o meu filho vai receber	1.11	0.317	0.314	0.910
20	Ter uma pessoa no serviço especialmente encarregue de cuidar das necessidades do meu filho	1.67	0.914	0.514	0.907

21	Que eu tenha um lugar para dormir no hospital	1.60	0.946	0.369	0.909
22	Que um enfermeiro (por exemplo, do centro de saúde) acompanhe o meu filho depois de ter tido alta, tendo em conta a sua saúde	1.81	1.003	0.355	0.909
23	Poder participar nos cuidados de enfermagem prestados ao meu filho	1.52	0.855	0.570	0.907
24	Aprender e ser informado sobre como a doença e o tratamento afectam o crescimento e o desenvolvimento da criança	1.19	0.586	0.184	0.910
25	Que eu possa ficar com o meu filho 24 horas por dia se quiser	1.21	0.686	0.269	0.910
26	Sentir que não sou culpado pela doença do meu filho	1.62	1.124	0.430	0.908
27	Poder prestar cuidados ao meu filho como por exemplo lavá-los, dar-lhes de comer, medir-lhes a temperatura	1.26	0.688	0.334	0.909
28	Que eu seja capaz de explicar aos meus familiares, amigos e ao(s) meus outro(s) filho(s) aspectos da hospitalização do meu filho	1.54	0.806	0.525	0.907
29	Que eu esteja preparado para o dia da alta do meu filho e que seja informado sobre qualquer alteração dessa data	1.32	0.636	0.411	0.908
30	Que eu tenha tempo para estar com os meus outro(s) filho(s)	1.61	1.137	0.313	0.910
31	Que eu seja informado assim que possível sobre os resultados dos exames realizados ao meu filho	1.07	0.261	0.240	0.910
32	Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados médicos	1.08	0.392	0.165	0.910
33	Que os enfermeiros tomem consciência e compreendam os sentimentos dos pais	1.24	0.486	0.567	0.908
34	Que os enfermeiros me contactem e consultem acerca dos cuidados necessários para o meu filho	1.32	1.009	0.245	0.910
35	Sentir que sou importante ao contribuir para o bem estar do meu filho	1.23	0.559	0.418	0.909
36	Saber que posso contactar o serviço depois do meu filho ter tido alta	1.38	0.619	0.501	0.908
37	Que eu receba assistência e apoio no sentido de tomar consciência e compreender as minhas próprias necessidades, por exemplo, ansiedade, cansaço	1.74	0.998	0.608	0.906
38	Que eu receba informações exactas sobre o estado de saúde do meu filho	1.09	0.304	0.139	0.910
39	Que eu me sinta menos ansioso	1.66	0.979	0.609	0.906
40	Sentir que sou necessário no serviço	1.75	0.981	0.629	0.906
41	Poder dormir no quarto do meu filho	1.34	0.825	0.198	0.910
42	Que eu receba assistência no sentido de tomar consciência das necessidades do meu filho	1.30	0.516	0.560	0.908
43	Tomar conhecimento de tudo o que está a ser feito ao meu filho e porquê	1.07	0.261	0.227	0.910
44	Que eu possa manter a esperança sobre o estado de saúde do meu filho	1.24	0.709	0.437	0.908
45	Que eu possa comer com o meu filho no serviço	2.03	1.235	0.382	0.909
46	Que haja casa de banho e duches para os pais	1.35	0.602	0.534	0.908
47	Saber que o meu filho vai ter aulas e actividades para não se atrasar nos estudos e	1.77	1.234	0.379	0.909

	no seu desenvolvimento Que haja casa de banho e duches para os pais				
48	Que sejam os mesmos enfermeiros a tratar do meu filho a maior parte do tempo	2.03	1.131	0.437	0.908
49	Que uma pessoa (um enfermeiro) coordene os serviços e as informações que recebemos no hospital	1.71	0.928	0.610	0.906
50	Que eu não desespere	1.54	0.978	0.556	0.907
51	Que um professor, um educador de infância ou um animador cultural me ajude a motivar o meu filho e a manter o seu desenvolvimento e a aprendizagem	1.55	1.037	0.390	0.909
Coefficiente Split-half		Primeira metade = 0.841			
		Segunda metade = 0.862			
Coefficiente alpha Cronbach global		0.910			

ANEXO III

Pedido de autorização para utilização do Needs Parents
Questionnaire



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

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 VISEU

Telf. 232 419 100

Telem. 961 011 800

Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira
**Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra**
Av. Dias da Silva, 165
3004-512 COIMBRA

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício n.º:	231	Data:	25/02/2011
Processo:	70		

Assunto: PEDIDO DE QUESTIONÁRIO E AUTORIZAÇÃO PARA A SUA APLICAÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final está a Escola Superior de Saúde de Viseu e as alunas do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a desenvolver um estudo subordinado ao tema *“Satisfação dos Utentes dos Cuidados de Saúde em Pediatria”*. A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se da maior importância, quer para entender as reacções às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correcção da qualidade em resultado da sua aplicação. Nesta perspectiva, a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde.


Interessados em colaborar nesta matéria, solicitamos a V. Ex.ª que se digne ceder e autorizar a aplicação do questionário que foi validado culturalmente para Portugal por Pedro Lopes Ferreira, do instrumento da autoria de Jan Walker em cooperação com The Picker Institute e Children’s Medical Center Corporation e autorizar a sua aplicação. Se entender vantajoso disponibilizar-nos outra versão mais actual.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses de V. Ex.ª. Mais informamos que a Professora Doutora Ernestina Silva é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100, fax 232428343 ou e-mail: ernestinabatoca@sapo.pt

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes

Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,


Prof. Doutor João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

EB/AL

ANEXO IV

Pedido e autorização dos Conselhos de Administração dos Hospitais

João Carvalho Duarte

Exmo. Senhor
Profº João Carvalho Duarte
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida nº 102
3500-843 Viseu

C/C: Doutor Carlos Manuel Rosa Almeida - Enfermeiro Director

Sua Referência	Sua comunicação	Nº Ofício - Data HAL
		HAL 01 2361 2011-04-04 15:51:44

Assunto:	<i>Pedido de Autorização para o Desenvolvimento de Estudo</i>
----------	---

Na resposta indicar a nossa referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.

Em resposta ao pedido de autorização para o desenvolvimento de estudo da aluna Regina da Conceição Antunes Martins, sobre o tema "Avaliação da Satisfação dos Pais e profissionais relativamente às necessidades face à hospitalização das crianças" do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil, somos a informar V. Exa. que o mesmo está autorizado, tendo como interlocutoras a Directora do Serviço de Pediatria, Dra. Almerinda Silva e a Enfermeira Chefe, Enfª Celeste Afonso.

Com os melhores cumprimentos,

l.d.
Ac. Coordenador de
coordenador de trabalho
de investigação
H.M.M.

O Presidente do Conselho de Administração

Dr. Luís Correia
ULS - Castelo Branco
A Directora Clínica

[Signature]
Dra. Maria Eugénia André

R.M

05 ABR 2011

ADMINISTRAÇÃO C.H.C.B., E.P.E. 21.ABR.2011 ENVIADO A Núcleo Investigação

Parecer: Despacho: 21.ABR.2011 Autorizado para ser processado

ASSUNTO: Projecto de Investigação nº33/2011 - "Avaliação da satisfação dos pais e profissionais relativamente às necessidades face à hospitalização das crianças"

PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração N.º 31/2011 DE: Núcleo de Investigação Data 05/04/2011

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Rosa Maria Pereira Machado, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola de Superior de Saúde de Viseu para a realização de um estudo subordinado ao tema "Avaliação da satisfação dos pais e profissionais relativamente às necessidades face à hospitalização das crianças", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher deste Centro Hospitalar.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.

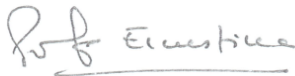
Informo ainda que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta nº 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009: "A Comissão de Ética decidiu ainda: -----"

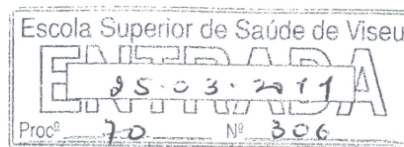
Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade:..."

Com os melhores cumprimentos, pessoalmente P'lo Núcleo de Investigação

Rosa Saraiva (Dr.ª Rosa Saraiva)

Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.





Exm^o(a). Senhor(a):

Prof. Coordenador João Carvalho Duarte
Presidente do Conselho Directivo da
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, n.º. 102
3 500 - 843 Viseu


ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO

V/ REFERÊNCIA Ofício n.º. 311 de 15.03.2011
Processo: 70

Em resposta ao ofício de V. Exas., informo que o parecer do Sr. Director do Serviço de Pediatria, foi favorável à aplicação do questionário, nos seguintes termos:

"Nada a opor a realização do inquérito, sendo que deve ser garantida em absoluto a confidencialidade dos dados, tanto na recolha como na divulgação, face à possibilidade de apresentação pública. O nome dos investigados e da instituição em estudo não deverá ser tomada pública".

Com os melhores cumprimentos,

0.7
ao coordenador da escola
de investigação para conhecimentos
25/3/11


Vila Real 23.03.2011

A ENFERMEIRA DIRECTORA


Antonieta Lomba Alves

Doc n.º. 235/2011 - D. Enfermagem



Exmos Excmos Directora e chefe de serviço do Hospital de Pediatria para informação.

18/03/11

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Prof Ernestina

autorizado

29/03/11

[Signature]

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Envio questionário
por e-mail de um
serviço.

18/03/2011

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital São Teotónio, EPE
Av. Rei D. Duarte
3504-509 VISEU

30-03-2011

70 321

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº 310	Data: 15/03/2011
Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, e Enfermeira do Hospital São Teotónio, Olga Maria de Jesus Coelho dos Santos, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Avaliação da satisfação dos pais e profissionais relativamente às necessidades face à hospitalização das crianças". A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se da maior importância, quer para entender as reacções às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correcção da qualidade em resultado da sua aplicação. Nesta perspectiva, a opinião dos utentes e profissionais é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde.

Interessados em colaborar nesta matéria, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/questionário, durante os meses de Março a Junho de 2011 junto dos acompanhantes das crianças que se encontram internadas no Serviço de Pediatria do Hospital São Teotónio e dos profissionais do mesmo serviço. O modelo do questionário a utilizar é uma versão portuguesa de 2011 do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Em anexo enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados a aplicar aos profissionais e outro dirigido aos pais. Queremos ainda informar que os investigadores estão obrigados ao segredo profissional e será mantida a confidencialidade dos dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Ernestina Silva é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola (232419100) fax (232428343) ou e-mail (ernestinabatoca@sapo.pt).

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes. Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

604 Alcega
18 03 2011

29/03/2011 uf

O Presidente do E.S.S.V.
João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

o.d.
Ao presidente do conselho de investigação

30/3/11
[Signature]

ESSVC

Na respectiva incidência e processo referenciados. Em carta oficial tratada de um assunto.

ANEXO V

Termo de Consentimento informado dirigido aos pais

Consentimento Livre e Informado

Rosa Maria Pereira Machado, Enfermeira chefe do Serviço de Pediatria/UCERN, encontra-se a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde de Viseu, e a realizar um trabalho de investigação no âmbito da disciplina do Relatório Final, subordinado ao tema “As Necessidades dos Pais.”, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Informa que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados ao seu filho pelo CHCB EPE; informa ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Rosa Maria Pereira Machado
Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Doente (Legível)

Representante Legal

(Assinatura do Doente ou Representante Legal)

(Data)

