

Maria Lucinda Maia

A Relação de Ajuda durante os Ensinos Clínicos de Enfermagem em Pediatria: Perceção dos estudantes e dos acompanhantes das crianças

IPV - ESSH | 2015



Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu

Maria Lucinda Amaral Lopes Ferreira Maia

A Relação de Ajuda durante os Ensinos Clínicos de Enfermagem em Pediatria:  
Perceção dos estudantes e dos acompanhantes das crianças

Abril 2015

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



*“O público compreenderá mais facilmente a importância do papel da enfermagem na saúde e na doença quando a investigação nesta área se tornar mais visível.”*

*(Suzanne Gordon)*



### **Dedicatória**

Essencialmente a quem subtraí pedacinhos da minha atenção, do meu amor e do meu cuidado: ao pipoca Santiago, à estrelinha Joana e ao precioso Paulo.



## **Agradecimentos**

Expresso o meu profundo agradecimento a todos aqueles que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste estudo, tornando mais profícua a experiência e mais rica a aprendizagem, particularmente:

À Professora Doutora Amarílis Rocha pelo incentivo, disponibilidade e orientação preciosa, sincera e carinhosa. Agradeço a confiança em mim depositada, numa altura em que outros caminhos mais tranquilos estavam ao seu alcance.

Ao Professor Doutor João Duarte pela colaboração e atenção dispensada.

Às instituições envolvidas pelo acolhimento e a recetividade demonstrada.

Aos estudantes de enfermagem e às mães das crianças hospitalizadas pelo empenho e motivação em participarem no estudo.

À Paula, por tornar mais leve a caminhada, estando sempre presente quando a gestão do tempo deixava lacunas que tão bem preencheu.

À família e àqueles Amigos pela dedicação e tolerância, por compreenderem as dificuldades e as ausências, pelas sempre acolhedoras palavras.



## **Resumo**

### **Enquadramento:**

Na formação em Enfermagem são contemplados ensinamentos clínicos que implicam considerável esforço dos estudantes, de quem os orienta e dos clientes. Na Pediatria, em que cuidar pressupõe valorizar a participação efetiva da família, é numa tríade que se estabelecem as relações interpessoais. O estudante é um interveniente ativo nesse processo relacional.

### **Objetivos:**

Analisar a percepção dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre a relação de ajuda (RA) desenvolvida durante o ensino clínico em pediatria; identificar fatores influenciadores das relações interpessoais estabelecidas entre estudantes enfermagem e acompanhantes das crianças; analisar a relação entre a perspectiva dos estudantes e acompanhantes das crianças sobre a RA desenvolvida durante o ensino clínico; identificar sentimentos experienciados pelos estudantes e acompanhantes no processo relacional de prestação de cuidados.

### **Métodos:**

Estudo quantitativo, descritivo, correlacional, realizado numa amostra não probabilística, intencional por conveniência, com 139 estudantes enfermagem e 73 mães de crianças internadas. Utilizou-se um questionário, que integra a caracterização sociodemográfica, formativa e clínica e o Inventário de Relações Interpessoais Barrett-Lennard (BLRI), que avalia a RA em quatro dimensões.

### **Resultados:**

As dimensões de RA, Nível do Respeito, Compreensão Empática e Incondicionalidade do Respeito são pontuadas positivamente pelos estudantes e mães. O desempenho de Congruência é avaliado negativamente pelas mães enquanto os estudantes se avaliam positivamente. Prevalcem os sentimentos negativos referenciados pelos estudantes e os sentimentos positivos pelas mães.

### **Conclusões:**

A percepção da RA é influenciada por variáveis como idade, residência, estado civil, local ensino clínico, escola e ano de curso dos estudantes e as variáveis residência, nível escolaridade, estado civil e situação laboral das mães. Todas as dimensões estabelecem relação de dependência com o grupo de estudantes e mães. A percepção dos estudantes sobre a RA é positiva, a percepção das mães quanto ao desempenho dos estudantes também é positiva, com exceção na Congruência.

### **Palavras-Chave**

Cuidados de Enfermagem; Relação de Ajuda; Estudantes de Enfermagem; Acompanhantes de crianças hospitalizadas



## **Abstract**

### **Context:**

In nursing training are contemplated clinical training involving considerable effort from students, who guides them and their clients. In Pediatrics, where taking care requires enhance the effective participation of the family, is a triad in which there are established interpersonal relationships. The student is an active player in this relational process.

### **Objectives:**

Analyze the perception of nursing students and accompanying children on the Help Relationship (HR) developed during the clinical training in pediatrics; identify factors that influence interpersonal relations between nursing students and the accompanying children hospitalized; analyze the relationship between the perspective of students and accompanying children on the HR developed during the clinical training; identify feelings experienced by students and accompanying in the relational process of care taking.

### **Methodology:**

Quantitative study, descriptive, correlational, held in a non-probabilistic intentional for convenience sample of 139 nursing students and 73 mothers of hospitalized children. It was used a questionnaire, which includes socio-demographic, training and clinical characterization and the Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI), which evaluates the HR in four dimensions.

### **Results:**

The dimensions of HR, Level of Regard, Empathic Understanding and Unconditionally Respect are scored positively by students and mothers. The Congruence of performance is evaluated negatively by mothers while students are evaluated positively. Prevailing negative feelings referenced by students and the positive feelings by mothers.

### **Conclusions:**

The perception of HR is influenced by variables such as age, residence, marital status, place clinical training, school and year of course students and the variables residence, level of education, marital status and employment status of mothers. All dimensions establish a dependent relationship with the group of students and mothers. The perception of students on the HR is positive, the perception of mothers regarding student performance is also positive, except in Congruence.

### **Keywords**

Nursing care; Help relationship; Nursing students; Accompanying of children hospitalized



## Índice Geral

	Pág.
Lista de Figuras	I
Lista de Quadros	III
Lista de Tabelas	V
Lista de Abreviaturas e Siglas	VII
<b>Introdução</b> .....	25
<b>PARTE I - Enquadramento Teórico</b> .....	31
<b>1 – Formação em Enfermagem</b> .....	33
1.1 – Ensino Clínico e organização hospitalar.....	34
1.2 – Desenvolvimento de competências relacionais .....	36
<b>2 – Relação de ajuda</b> .....	39
2.1 – Conceito e importância .....	39
2.2 – Modelos de relação de ajuda .....	41
<b>3 – Cuidar em Pediatria</b> .....	47
3.1 – Cuidados centrados na criança e família .....	48
3.2 – Relação de ajuda em pediatria .....	50
<b>PARTE II - Estudo empírico</b> .....	53
<b>4 – Metodologia Geral</b> .....	55
4.1 – Questões de investigação e objetivos .....	56
4.2 – Tipo de estudo e desenho de investigação .....	57
4.3 – Variáveis .....	60
4.4 – Participantes .....	61
4.5 – Instrumentos .....	63
4.6 – Procedimentos .....	67
4.7 – Análise e tratamento de dados .....	68
<b>5 – Estudo da Relação de Ajuda na perspetiva do estudante</b> .....	73
5.1 – Metodologia .....	73
<b>5.1.1 – Contexto do estudo</b> .....	73
<b>5.1.2 – Questões de investigação e objetivos</b> .....	74
<b>5.1.3 – Variáveis</b> .....	74
<b>5.1.4 – Participantes</b> .....	75
<b>5.1.5 – Instrumento</b> .....	76
<b>5.1.6 – Procedimentos</b> .....	82
<b>5.1.7 – Análise e tratamento de dados</b> .....	83
5.2 – Resultados .....	83
<b>5.2.1 - Caracterização sociodemográfica e formativa da amostra</b> .....	84

5.2.2 – Perceção da relação de ajuda na interação estudante-acompanhante da criança .....	88
5.2.3 – Sentimentos vivenciados pelos estudantes .....	93
5.3 – Conclusões .....	96
<b>6 – Estudo da Relação de Ajuda na perspetiva dos acompanhantes .....</b>	<b>99</b>
6.1 – Metodologia .....	99
6.1.1 – Contexto do estudo .....	99
6.1.2 – Questões de investigação e objetivos .....	100
6.1.3 – Variáveis .....	101
6.1.4 – Participantes .....	101
6.1.5 – Instrumento .....	102
6.1.6 – Procedimentos .....	109
6.1.7 – Análise e tratamento de dados .....	110
6.2 – Resultados .....	110
6.2.1 - Caraterização sociodemográfica e clínica da amostra .....	111
6.2.2 – Perceção das mães sobre o desempenho de relação de ajuda do estudante .....	116
6.2.3 – Sentimentos vivenciados pelas mães .....	122
6.3 – Conclusões .....	124
<b>7 – Síntese integrativa .....</b>	<b>129</b>
7.1 – Ligação de resultados relevantes .....	129
7.2 – Discussão e análise crítica .....	132
<b>8 - Conclusão final .....</b>	<b>141</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>147</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>155</b>
<b>Anexo I – Parecer Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu ..</b>	<b>157</b>
<b>Anexo II - Autorização do Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE .....</b>	<b>161</b>
<b>Anexo III - Autorização do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE .....</b>	<b>165</b>
<b>Anexo IV - Autorização da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro .....</b>	<b>169</b>
<b>Anexo V - Autorização da Escola Superior de Saúde de Viseu .....</b>	<b>173</b>
<b>Anexo VI - Declaração de consentimento .....</b>	<b>177</b>
<b>Anexo VII – Documento de autorização de utilização do BLRI .....</b>	<b>181</b>
<b>Anexo VIII – Instruções de utilização do BLRI .....</b>	<b>185</b>
<b>Anexo IX - Instrumento de recolha de dados – BLRI (Forma MO – 40) .....</b>	<b>191</b>
<b>Anexo X – Instrumento de recolha de dados – BLRI (Forma OS – 40) .....</b>	<b>199</b>

## Índice de Figuras

		Pág.
<b>Figura 1</b>	Representação esquemática da investigação .....	59
<b>Figura 2</b>	Tendências de aproximação .....	131
<b>Figura 3</b>	Tendências de afastamento .....	132



## Índice de Quadros

	Pág.
<b>Quadro 1</b> Recodificação das variáveis originais .....	61
<b>Quadro 2</b> Formas MO-40 e OS-40 itens: dimensões e números dos itens que lhes correspondem .....	64
<b>Quadro 3</b> Classificação possível para cada afirmação do BLRI .....	65
<b>Quadro 4</b> Identificação da Amostra de estudantes de enfermagem em função da população em estudo .....	75
<b>Quadro 5</b> Sentimentos manifestados pelos estudantes face à presença das mães durante a prestação de cuidados à criança .....	95
<b>Quadro 6</b> Identificação da Amostra de acompanhantes de crianças .....	102
<b>Quadro 7</b> Sentimentos manifestados pelas mães face à participação de estudantes de enfermagem nos cuidados à criança .....	124



## Índice de Tabelas

	Pág.
<b>Tabela 1</b> Estatísticas e consistência interna dos itens do BLRI: Forma MO-40 itens .....	77
<b>Tabela 2</b> Consistência interna dos itens do BLRI por dimensão: Forma MO-40 itens .....	79
<b>Tabela 3</b> Alfa de Cronbach do BLRI por dimensões: Forma MO-40 itens .....	80
<b>Tabela 4</b> Correlação dos itens do BLRI com as dimensões: Forma MO-40 itens .....	81
<b>Tabela 5</b> Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões do BLRI: Forma MO-40 itens .....	82
<b>Tabela 6</b> Estatísticas relativas à idade dos estudantes de enfermagem por género e instituição .....	85
<b>Tabela 7</b> Caracterização sociodemográfica e formativa dos estudantes de enfermagem em função da instituição de ensino .....	87
<b>Tabela 8</b> Respostas dos estudantes de enfermagem que afirmaram ter formação em relação de ajuda por unidades curriculares .....	88
<b>Tabela 9</b> Estatísticas relativas às dimensões da relação de ajuda .....	89
<b>Tabela 10</b> Teste U-Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e o género .....	90
<b>Tabela 11</b> Análise de variâncias das dimensões da relação de ajuda e grupos etários .....	90
<b>Tabela 12</b> Teste T entre as dimensões da relação de ajuda e a residência .....	91
<b>Tabela 13</b> Teste U-Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e o estado civil .....	91
<b>Tabela 14</b> Teste U-Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e o local de ensino clínico/escola .....	92
<b>Tabela 15</b> Teste U-Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e o serviço .....	92
<b>Tabela 16</b> Teste T entre as dimensões da relação de ajuda e o ano de curso .....	93
<b>Tabela 17</b> Teste T entre as dimensões da relação de ajuda e formação em relação de ajuda .....	93
<b>Tabela 18</b> Estatísticas e consistência interna dos itens do BLRI: Forma OS-40 itens .....	104
<b>Tabela 19</b> Consistência interna dos itens do BLRI por dimensão: Forma OS-40 itens .....	106
<b>Tabela 20</b> Alfa de Cronbach do BLRI: Forma OS-40 itens .....	107
<b>Tabela 21</b> Correlação dos itens do BLRI com as dimensões: Forma OS-40 itens .....	108
<b>Tabela 22</b> Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões do BLRI: Forma OS-40 itens .....	109
<b>Tabela 23</b> Estatísticas relativas à idade das mães por instituição hospitalar.....	112
<b>Tabela 24</b> Caracterização sociodemográfica e clínica das mães em função da instituição hospitalar .....	115
<b>Tabela 25</b> Identificação dos internamentos anteriores por instituição .....	116
<b>Tabela 26</b> Estatísticas relativas às dimensões da relação de ajuda .....	117

<b>Tabela 27</b>	Teste U-Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e a instituição hospitalar .....	117
<b>Tabela 28</b>	Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e grupos etários .....	118
<b>Tabela 29</b>	Teste U-Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e o motivo de internamento .....	118
<b>Tabela 30</b>	Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e o tempo de internamento .....	119
<b>Tabela 31</b>	Teste U-Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e o local de residência .....	119
<b>Tabela 32</b>	Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e nível de escolaridade .....	120
<b>Tabela 33</b>	Teste U-Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e o estado civil .....	120
<b>Tabela 34</b>	Teste U-Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e situação laboral .....	121
<b>Tabela 35</b>	Teste U-Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e consentimento .....	121
<b>Tabela 36</b>	Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e conhecimento da presença de estudantes .....	122
<b>Tabela 37</b>	Teste T entre as dimensões da relação de ajuda e ocorrência de internamentos anteriores .....	122
<b>Tabela 38</b>	Teste T entre as dimensões da relação de ajuda e a amostra de participantes no estudo .....	130

## Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

BLRI	Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard
CHBV	Centro Hospitalar do Baixo Vouga
CHTV	Centro Hospitalar Tondela Viseu
CV	Coeficiente de variação
DL	Decreto Lei
Dp	Desvio padrão
EP	Erro Padrão
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
ESSUA	Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
K	Kurtosis
K-S	Kolmogorov-Smirnov
K-W	Kruskal-Wallis
M	Média
Máx.	Máximo
Min.	Mínimo
MO	Myself to other
N	Frequências absolutas
OM	Ordem Média
OS	Other to self
p	Nível de significância
RA	Relação de ajuda
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SK	Skewness
SO	Serviço Observações
SPSS	Statistical Package for the Social Science
S-W	Shapiro-Wilk
UMW	U-Mann-Whitney
$\alpha$	Alpha
%	Porcentagem

## Introdução

*“Inteligência é rapidez em aprender,  
distintamente da habilidade, que é a capacidade de  
agir sabiamente sobre o que foi aprendido.”  
(Alfred North Whitehead)*

A formação em Enfermagem, tradicionalmente conduzida com pressupostos de um modelo biomédico, tem sido alvo de vários estudos que têm permitido alguma evolução na sua conceção. Denota-se um particular interesse em projetar uma prática cuidativa, subjacente a uma visão holística da pessoa, centro singular da prática de Enfermagem.

Tal como refere Watson (2002), é cada vez mais assinalada uma consciência de que a formação em Enfermagem tem de atender à pessoa no seu todo e, também, reconhecer que a aprendizagem é subjetiva, contextual e orientada por valores. É a passagem progressiva de um modelo biomédico para um modelo mais humanista, mais subjetivo e interativo, de cuidados centrados no cliente.

A Enfermagem é uma ciência porque possui um corpo de conhecimentos próprio e utiliza uma metodologia privilegiada como é o Processo de Enfermagem, e é uma arte pela estética, a criatividade, a inovação, ambas permitindo concretizar as melhores práticas profissionais.

Lopes e Jorge (2005) num estudo reflexivo e teórico sobre a enfermagem e o cuidar interativo, referem que os significados de cuidar/cuidado têm sido desenvolvidos e ampliados por várias teóricas de enfermagem que procuram enaltecer uma visão mais humanista e interacionista do enfermeiro que cuida dos seus clientes, com vista a *“(...) superar o cuidado praticado sob uma visão de ordem mecanicista e reducionista sob a compreensão de que este contexto é conseqüente à formação de profissionais dentro dos modelos tradicionais em saúde e educação.”* (2005, p. 106).

Ocorrem sistematicamente alterações das prioridades no tocante aos cuidados de saúde, que pressupõem a participação ativa e o envolvimento de todos, sendo desejável uma perícia especial no desenvolvimento de competências que respondam ao cliente numa perspetiva global.

Nem sempre é fácil articular e transmitir toda a essência da profissão, na revelação

da sua missão e natureza do seu trabalho. No caminho da formação percorrido pelos estudantes de enfermagem, existem paradoxos e mensagens contraditórias e assistimos, em alguns casos, à transmissão de mensagens de que a prática não aplica os conhecimentos em que se centra a formação pedagógica.

Neste sentido, é importante que na formação em enfermagem ambas as abordagens, teórica e prática, utilizem uma linguagem comum, numa tentativa de minimizar o fosso existente, pensando e repensando sempre a missão dos enfermeiros em função do ser humano no seu todo, como centro de cuidados.

Acima de tudo, pretende-se conciliar todos os aspetos da essência da profissão, capacitando e despertando os estudantes de enfermagem para o cuidar nas várias situações únicas, enaltecendo a centralidade da nossa missão – a pessoa na sua singularidade.

É trabalhar em conjunto para o desenvolvimento de uma profissão cada vez mais reconhecida, precisamente por quem constitui o nosso objeto de trabalho. É aproximar quem cuida de quem é cuidado, o que nem sempre é visível quando questionamos a sua satisfação:

*A distância que a pessoa sente entre as suas verdadeiras expectativas, que tantas vezes tem dificuldade em expressar, e a resposta dada pelos profissionais cuja formação, bem como a própria instituição, os preparam essencialmente para ações de natureza objetiva – centradas no corpo como objeto – explica a insatisfação crescente da população (Hesbeen, 2001, p.17).*

Os cuidados de alta qualidade têm de ser mantidos no patamar de exigência dos clientes, já que “(...) *as representações dos doentes sobre a enfermagem são também constitutivas dos processos informais de legitimação e reconhecimento social*” (Lopes, 2001, p.191), reconhecimento este que também nos ajuda a continuar a crescer no caminho para a excelência.

Na área da Pediatria, em que cuidar pressupõe envolver não só a criança de acordo com a sua idade e desenvolvimento, mas também quem a representa e acompanha nesta caminhada, interessa considerar estes clientes pela voz dos pais, que são fortemente representados como acompanhantes das crianças, e refletir também nas suas expectativas. O que transportam consigo, que pensamentos, que sentimentos guardam no seu íntimo? Para todos há limites de resistência. Para os acompanhantes das crianças hospitalizadas, os limiares decerto estarão diferentes, desocultos pela sombra do diagnóstico, o pesar do prognóstico, pela angústia ou apenas pela interrupção do equilíbrio na rotina do dia-a-dia que torna o momento infinitamente longo.

Na presença de estudantes de enfermagem quantas vezes os clientes evitarão o desabafo? Temos de considerar o receio da inexperiência, a eventual desconfiança ou ainda a indiferença, o desconhecimento, ou a disponibilidade e a compreensão. E temos de entender em cada interação subjacente a um momento único de cuidados, a singularidade e especificidade de cada pessoa, os sentimentos que transporta, a disponibilidade que manifesta, por forma a responder à exigência de garantia da qualidade na relação interpessoal estabelecida, mesmo com os estudantes. Para ambos, estes são momentos de relação, de descoberta e de partilha.

Torna-se essencial refletir sobre o processo de desenvolvimento dos ensinamentos clínicos em Pediatria e sua implicação na qualidade da prática clínica. Aflorar particularmente a temática da Relação de Ajuda, ou seja, a forma como quem cuida e quem é cuidado explora este fenómeno e o interpreta durante os cuidados de enfermagem, permite definir o tema deste estudo como *“A Relação de Ajuda durante os Ensinos Clínicos de Enfermagem em Pediatria: Perceção dos estudantes e dos acompanhantes das crianças”*.

A tónica na perspectiva dos acompanhantes das crianças é ponderada mas intencional. São eles próprios grandes observadores e críticos das práticas de enfermagem, logo detentores de informações verdadeiramente experienciadas, suscetíveis de trazerem importantes subsídios para o aperfeiçoamento permanente da missão do enfermeiro.

Num estudo desenvolvido por Leventhal e Soares (2008) sobre a relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada, foram focados três grandes aspetos: relacionamento interpessoal, tratamento e trabalho. No relacionamento interpessoal foi descrita a dificuldade na interação devido à falta de comunicação, respeito, empatia, atenção e generosidade e no aspeto trabalho foi mencionada a falta de confiança na habilidade técnica dos profissionais.

Os atores envolvidos são vários, estando no palco central o enfermeiro e o acompanhante da criança, mas interessa também auscultar os estudantes de enfermagem, já que a sua formação implica um desempenho e atuação em contexto de prática clínica que pressupõe a participação direta nos cuidados de enfermagem e na relação com os acompanhantes das crianças. E, apesar de serem detentores já de algumas competências que lhes permitem desenvolver práticas fundamentadas durante os ensinamentos clínicos, nem sempre as de foro relacional são as mais valorizadas.

Na procura de conhecer a perceção dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças em relação ao fenómeno Relação de Ajuda durante as práticas de cuidados em ensino clínico, iniciamos o estudo a partir de várias questões de orientação: “Qual a perspectiva dos estudantes de enfermagem sobre a relação de ajuda

proporcionada aos acompanhantes das crianças durante as práticas de ensino clínico?"; "Qual a perspetiva dos acompanhantes das crianças sobre o desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem durante as práticas de ensino clínico?"; "Que fatores influenciam a perceção dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre a relação de ajuda desenvolvida durante as práticas de ensino clínico?"; "Qual a relação que existe entre a perspetiva dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre a relação de ajuda durante as práticas de ensino clínico?"; "Que sentimentos descrevem os estudantes de enfermagem pela presença de acompanhantes de crianças durante a prestação de cuidados?"; "Que sentimentos descrevem os acompanhantes das crianças quando os cuidados são prestados por estudantes de enfermagem?".

Posicionamo-nos num paradigma quantitativo, tendo em conta a necessidade de descrever e explicar o fenómeno da Relação de Ajuda vivenciada pelos estudantes de enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e Escola Superior de Saúde de Viseu e pelos acompanhantes de crianças hospitalizadas no Centro Hospitalar do Baixo Vouga e Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Pretendemos medir as variáveis envolvidas e analisar os dados numericamente, mas também compreender, valorizando a subjetividade, permitindo a partilha de histórias, dando sentido à experiência vivida pelos estudantes de enfermagem e acompanhantes das crianças, recorrendo a um instrumento que engloba uma escala de avaliação que quantifica a subjetividade dessa relação. Recorremos também à análise qualitativa para perceber os sentimentos descritos pelos participantes no estudo.

Na tentativa de obter respostas plausíveis às questões levantadas, delineamos como objetivos: analisar a perceção dos estudantes de enfermagem sobre a relação de ajuda desenvolvida com os acompanhantes das crianças na sua prática em ensino clínico em pediatria; analisar a perceção dos acompanhantes das crianças sobre o desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem no processo de cuidados; identificar fatores influenciadores das relações interpessoais estabelecidas entre os estudantes de enfermagem e os acompanhantes das crianças; analisar a relação entre a perspetiva dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre a relação de ajuda desenvolvida durante as práticas de ensino clínico; identificar os sentimentos experienciados pelos estudantes de enfermagem na presença de acompanhantes de crianças durante a prestação de cuidados; identificar os sentimentos vivenciados pelos acompanhantes das crianças acerca da participação de estudantes de enfermagem no desenvolvimento dos respetivos ensinamentos clínicos.

A recolha da informação será concretizada através da aplicação de um questionário que engloba o Inventário de Relações Interpessoais de Barret-Lennard (1986) em duas versões, MO-40 itens para os estudantes de enfermagem e OS-40 itens para os acompanhantes das crianças hospitalizadas, que define as dimensões Nível de Respeito, Compreensão Empática, Incondicionalidade do Respeito e Congruência como requisitos essenciais para uma relação de ajuda. O instrumento contempla ainda questões que visam a caracterização socio demográfica, clínica e formativa dos participantes, assim como a descrição de sentimentos e vivências.

O trabalho está estruturado em duas partes distintas. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico e contempla uma abordagem das temáticas da formação em enfermagem, relação de ajuda e o cuidar específico em pediatria. A segunda reflete todo o estudo empírico desenvolvido, com apresentação da metodologia geral e específica, os resultados obtidos com os dois estudos desenvolvidos e uma síntese integrativa com discussão dos dados. Terminamos com a conclusão final e algumas sugestões passíveis de servirem de contributo para o prosseguimento de atuações estratégicas e adequadas a uma melhoria contínua de aspetos que permitam uma sintonia satisfatória entre estudantes de enfermagem e acompanhantes das crianças.



**PARTE I**  
**Enquadramento Teórico**



## 1 – Formação em Enfermagem

*“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, uma preparação tão rigorosa, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”*  
(Florence Nightingale)

Cuidar é, sem dúvida, a essência da profissão de Enfermagem, entendida como uma arte e uma ciência, que engloba conhecimentos humanos e científicos baseados nas relações interpessoais (Ferreira, Pontes & Ferreira, 2009), mas não deixa de ser um cuidar abrangente, complexo, difícil de exprimir.

Formar para cuidar exige um considerável esforço pessoal do estudante, mas também de quem o orienta e dos próprios clientes, para que possa, progressivamente, construir um património de capacidades e habilidades que lhe permitam identificar o que quer ou tem necessidade de desenvolver, onde e como pode intervir.

Em Portugal, a formação inicial em Enfermagem pressupõe a garantia de aquisição de competências profissionais que respondam ao quadro legal definido pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) inserido no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro e alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril, ao Código Deontológico da profissão (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro) e ao perfil de competências exigido pela Ordem dos Enfermeiros (2003). Neste perfil de competências é realçado o domínio das relações interpessoais, sendo fulcral que os currículos das várias instituições de ensino contemplem e articulem com a prática profissional, conteúdos e condutas que explorem e cultivem esta dimensão tão peculiar e difícil de aperfeiçoar.

É imprescindível formar para cuidar, verdadeira essência da enfermagem, e o cuidar enquanto competência carece de um saber próprio e aptidão que se adquire ao longo do tempo, permitindo um crescimento pessoal que beneficiará o desenvolvimento das relações interpessoais. Como refere Cardoso (2002), a propósito da aprendizagem:

*Não nos podemos esquecer que os estudantes de hoje serão os obreiros de amanhã. Eles próprios e as sucessivas coortes serão os principais intervenientes na sociedade futura. A natureza das suas ações irá refletir e, em boa medida, depender das possibilidades de desenvolvimento que lhes forem asseguradas ou negadas na atualidade (Cardoso, 2002, p. 174).*

### 1.1 – Ensino clínico e organização hospitalar

Considera-se que um elemento marcante da formação em Enfermagem é o ensino clínico, pela riqueza das oportunidades conquistadas em torno da apropriação de saberes, nos contactos com a realidade. Há uma vivência muito mais complexa do que aquela cuja imagem se constrói ao longo da formação teórica.

O ensino clínico constitui um momento ímpar de junção da teoria com a prática e de articulação dos conhecimentos adquiridos na prática e de experiências refletidas, contribuindo de forma inequívoca para o crescimento pessoal e profissional e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Como refere Hesbeen (2000, p. 207), esta é “ (...) a ocasião para o estudante descobrir a realidade das situações de vida. É o complemento do ensino escolar que, mesmo com as modalidades pedagógicas mais eficazes, não se pode substituir a este contacto direto com a realidade”. Este complemento tem de ser coerente e articulado entre a teoria e prática, já que é um período em que as experiências adquiridas na realidade serão um elemento chave na construção da identidade profissional.

A formação em enfermagem em Portugal ocorre desde 1999 ao nível de Licenciatura, estando regulamentado que a duração dos ensinamentos clínicos deva ser, pelo menos, metade da carga horária total do curso, para que os estudantes desenvolvam as competências necessárias e congruentes com as definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o ingresso na profissão (Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de Setembro). Interessa ponderar e refletir nas estratégias que acompanham a valorização e qualidade dada a esta componente prática, não descurando que há, entre os vários intervenientes, professores, enfermeiros cooperantes, estudantes e clientes, posturas que refletem a falta de clarificação de papéis, desmotivação para trabalhar em objetivos comuns, disponibilidade para integrar um trabalho conjunto em que todos estão em articulação e não em competição.

Sem dúvida que os ensinamentos clínicos são momentos de aprendizagem experiencial muito importantes para o desenvolvimento de competências daqueles que serão futuros profissionais, devendo existir uma adequada articulação entre as escolas e as instituições onde se realizam os ensinamentos clínicos, para que consigam trabalhar em parceria, partilhando

objetivos e estratégias de formação e potencializando recursos e saberes (Rua, 2009). Contudo, não é fácil encontrar estratégias que permitam desenvolver um trabalho conjunto e partilhado, em que todos os atores que desempenham papéis vitais no processo de formação de estudantes se sintam, não só partes integrantes do processo, mas também satisfeitos com os resultados. Interessa falar de expectativas, esperanças que se vão alimentando, fundadas em torno do que se imagina, do que se sente, do que se necessita, do que se deseja, com vista a uma efetivação plena dessa satisfação. Devem-se englobar aqui os próprios clientes, uma vez que é reconhecida a importância da sua opinião e participação nos cuidados desenvolvidos. Contudo, concepções comuns nalguns dos prestadores de cuidados de saúde, habituados a olhar os esforços dos clientes como simples exemplos de cooperação ou como manifestações que se desprendem de pessoas moralmente responsáveis, não permitem valorizar esses mesmos esforços, o que cria obstáculos face à compreensão de algumas das consequências daí resultantes (Strauss et al, 1999).

O hospital é uma organização complexa por natureza, com uma especificidade bem marcante na sua organização e desenvolvimento: o facto de produzir um bem social como são os cuidados de saúde. Como retratam Escoval e Candoso (2000, p.34), *“O hospital é uma organização de prestação de cuidados, mas é também, na nossa sociedade, uma instituição social. Ocupa um lugar comparável ao da igreja ou da escola e faz parte das representações simbólicas dos indivíduos (...)”*.

Evoluiu-se no sentido do cliente e família serem ouvidos em todo o processo de reforma da saúde, em matéria de conteúdo dos cuidados de saúde e qualidade dos serviços, através das suas estruturas representativas. O conhecimento de toda esta legislação e sua evolução potencia a capacidade de intervenção ativa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços.

No entanto, apesar de todas estas premissas, o hospital, na maioria dos casos, ainda funciona como organização fechada, descontextualizada das comunidades envolventes. Cada vez mais se tenta ultrapassar este tipo de organização, com orientação para um modelo sistémico baseado numa conceção de hospital aberto, em interação com os familiares e a comunidade, estruturando-se em torno de objetivos comuns.

Na formação em enfermagem, o desenvolvimento de uma aprendizagem em contexto hospitalar reveste-se de características muito próprias. Há uma aproximação face ao contexto real, ao mundo das pessoas, o que permite o desenvolvimento de competências também elas específicas. Contudo, como refere Costa (1998):

*A observação resultante de um serviço hospitalar, rapidamente nos conduzirá à ideia de um mundo de rotinas, onde as tarefas se sucedem umas às outras e as atividades estandardizadas aparecem como padronizações sistemáticas, e onde a quase única preocupação dos enfermeiros se relaciona com a execução dos cuidados. (Costa, 1998, p.37).*

Muito se tem feito para inverter a tendência “desumanizada” da prestação de cuidados e, de um modo particular, em relação à atitude dos enfermeiros. Continua o desafio central de (re)construção de práticas que sejam portadoras de maior visibilidade da especificidade dos cuidados de enfermagem, quer pelos enfermeiros de cada unidade, quer pelos estudantes, que desde logo carecem de sentir este desafio como missão de grande valor.

Frequentemente se discute sobre a problemática da supervisão de estudantes em ensino clínico, numa altura em que as transformações acontecem de forma impetuosa, quer ao nível do ensino, que obriga constantemente a (re)pensar o processo de formação, quer ao nível da sociedade, que igualmente levanta novas questões em torno das respostas às necessidades crescentes de cuidados prestados por pessoas com competências adequadas. Os próprios estudantes transportam consigo toda uma ideologia, capaz de alimentar uma série de expectativas que poderão ser ou não corroboradas em pleno ensino clínico. Por isso, este é também considerado um período de descoberta, de comparação e de ensaio sobre os apanágios reais da profissão com que os estudantes têm de se confrontar (Pelpel, 1989).

Neste contexto, deverá ser considerada a individualidade de cada estudante, o que pressupõe, “(...) *estar-se atento à maneira como cada aluno interioriza as situações clínicas que observa na prática, e de como se questiona sobre os conhecimentos previamente adquiridos; (...) só deste modo é possível ajudá-lo a tornar-se estudante/profissional reflexivo (...)*” (Frias, 1999, p.49).

## 1.2 – Desenvolvimento de competências relacionais

No REPE (1996) é referido o estabelecimento de uma relação de ajuda com o cliente como um princípio subjacente aos cuidados de enfermagem. Importa que este princípio seja contemplado e valorizado na formação inicial dos enfermeiros, implicando o desenvolvimento de competências do foro relacional. Mas alguns enfermeiros, nomeadamente os recém-formados, no desempenho das suas funções nem sempre cultivam este tipo de competências, verificando-se que, tal como refere Velez (1997), por vezes tratam as pessoas como coisas, utilizam uma comunicação estereotipada, afastando-

se dos doentes, centrando a sua intervenção apenas na vertente técnica, o que conduz a manifestos de maior desumanização por parte dos clientes.

Segundo Alarcão (2001) competência diz respeito a um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes que se revelam ao nível de desempenho adaptado às circunstâncias, é uma capacidade que se manifesta na ação e na situação. Para esta autora, a competência não se vê mas manifesta-se num desempenho competente.

A Ordem dos Enfermeiros (2003) refere-se à competência do enfermeiro de cuidados gerais como sendo um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo o ajuizar e divide-as em três domínios: *prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados; desenvolvimento profissional*. É precisamente na *prestação e gestão de cuidados* que inclui a valorização da comunicação e das relações interpessoais, na relação com o cliente, família e comunidade, na relação com outros profissionais, valorizando os papéis e capacidades de todos.

Todas estas competências, pela sua complexidade e abrangência, vão-se construindo, desenvolvendo e aprimorando ao longo do percurso profissional do enfermeiro até atingirem um nível de excelência, tal como defendido por Benner (2005) no seu modelo de aquisição e desenvolvimento de competências. Logo na formação inicial, para além das competências no domínio do saber técnico e científico imprescindível à prática profissional, deve ser contemplada uma reflexão sobre o saber ser e o saber estar consigo próprio e com os outros, para um agir ético-profissional (Ferreira, 2004), centrando a aprendizagem na e sobre as práticas, com vista a um desenvolvimento de competências adaptado ao contexto real e gerador de sentido crítico na construção dos saberes.

Nesta perspetiva, cabe às instituições de ensino que facultam o curso de licenciatura em enfermagem, preparar os estudantes para o exercício pleno das suas funções profissionais, permitindo-lhes adquirir e desenvolver competências pessoais, científicas, técnicas, sócio afetivas (onde se incluem as competências relacionais) e ético-morais (Dias, 2006).

Rocha (2008) ao falar sobre a formação e desenvolvimento de competências em enfermagem refere que:

*O processo de formação e desenvolvimento de competências relacionais deve ser dinâmico, exigir concentração, interesse, empenhamento e motivação, sendo importante que as relações de cooperação e participação entre professor e estudantes estejam presentes. A escola poderá, desta forma, transformar-se; os estudantes deixarão de ter*

*os olhos postos exclusivamente no professor, para passarem a olhar uns para os outros e para as situações de forma interativa* (Rocha, 2008, p.128).

No sentido de compreendermos a formação teórica dos estudantes de enfermagem para o desenvolvimento de competências relacionais de ajuda na prática clínica, e especificamente na área da pediatria, analisamos o Plano Curricular das instituições de ensino das quais pretendemos obter estudantes colaboradores no nosso estudo.

Podemos constatar que esta temática é abordada em várias Unidades Curriculares ao longo dos quatro anos do curso, tais como *Fundamentos de Enfermagem*, que propõe temas como a relação de ajuda no desempenho da profissão, a pessoa como foco dos cuidados de enfermagem, a comunicação e fatores que a influenciam nas relações do cuidar; *Sociologia da Família* com conteúdos como a família como sistema, suas funções, ciclo vital e enfermeiro e família; *Psicologia Relacional* que trata aspetos relacionados com as profissões de saúde enquanto atividades de relação humana, a relação de ajuda como coping, competências relacionais na intervenção com doentes e resolução de conflitos nas relações; *Psicologia do Desenvolvimento* que aborda o desenvolvimento na infância e adolescência; *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* com conteúdos sobre a criança e o hospital, impacto da doença e hospitalização na criança e família, modelos de assistência.

Em ambas as instituições de ensino está contemplado o *Ensino Clínico em Pediatria*, no 3º ou 4º anos de curso, com a finalidade de proporcionar ao estudante experiências clínicas que lhe permitam a promoção e o desenvolvimento de competências gerais, na prestação de cuidados à criança jovem e família, nomeadamente competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar e em contexto social.

Como referem Thompson, Melia e Boyd (2004, p. 205), “*A formação clínica, sem doentes verdadeiros como material de trabalho, seria como aprender a nadar em seco*”, o que confirma a importância substancial dos ensinamentos clínicos.

Num estudo efetuado por Melo e Raposo (2007) sobre desenvolvimento de competências relacionais de ajuda as autoras constataram que a dimensão com melhores resultados obtidos pelos estudantes foi a das competências genéricas, realçando que entrevistas realizadas durante o ensino clínico com reflexão sobre relação de ajuda influenciaram o desenvolvimento de competências relacionais de ajuda.

O ensino clínico constitui assim uma componente imprescindível na formação dos enfermeiros, como confirma Ferreira (2004) reforçando que “*as novas formas de aprender/ensinar Enfermagem terão que, forçosamente, estar ligadas aos contextos de trabalho, privilegiando a reflexão sobre a ação, a problematização, a dúvida e as interações estabelecidas entre todos os atores do processo*” (2004, p.252).

## 2 – Relação de Ajuda

*"Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.  
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."  
(Saint-Exupéry)*

O conceito de relação de ajuda partiu da psicologia e foi rapidamente transportado para outros domínios, como educação e ciências humanas, tendo sido Carl Rogers um dos pioneiros na apropriação deste conceito para o campo das relações humanas.

Considerado por Mendes (2006) como um instrumento válido, útil e essencial para a prestação de cuidados de enfermagem, envolve, entre outras particularidades, uma disponibilidade afetiva e calorosa, em que a pessoa que ajuda fica desperta para as necessidades da pessoa a ajudar, suscitando a sua confiança e tranquilidade.

Para que uma verdadeira relação de ajuda seja estabelecida, o enfermeiro tem de valorizar a pessoa como ser holístico, atender às suas especificidades, características biológicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais. Segundo Chalifour (2008), se uma destas componentes for perturbada, o todo é afetado.

Para Phaneuf (2005), em contexto clínico a relação de ajuda é entendida como um modo de ajudar e acompanhar o outro, significando uma permuta, tanto verbal como não-verbal, favorecendo um clima de compreensão e o investimento naquilo que a pessoa manifesta necessidade, permitindo uma melhor compreensão e aceitação da situação.

A relação de ajuda é uma dimensão nobre no cuidar em enfermagem, sendo considerada como um dos seus elementos incontestáveis. O REPE (1996) clarifica que os cuidados de enfermagem são caracterizados por *“estabelecerem uma relação de ajuda com o utente”*. Neste sentido e dada a relevância da relação de ajuda para este estudo, começamos por definir este conceito.

### 2.1 – Conceito e importância

A relação de ajuda é referida por vários autores como um método de intervenção terapêutica, baseando-se essencialmente no respeito, na liberdade de escolha e nas

capacidades intrínsecas de cada pessoa. Definida por Cibanal (2003) como o intercâmbio humano e pessoal entre dois seres humanos, no qual um dos participantes apreende as necessidades do outro ajudando-o a entender a situação que vivencia, a reconhecer, a aceitar, a enfrentar e a descobrir outras opções, implica que o enfermeiro consiga, pela sua formação e experiência, estabelecer uma relação interpessoal que permita compreender, respeitar e dignificar os clientes que assiste numa perspectiva isenta de juízos de valor.

Segundo Queirós (2004), a interação especial que se estabelece entre quem ajuda e quem recebe a ajuda, é uma variável que interfere nos resultados da recuperação, bem-estar e melhoria da condição da pessoa ao longo das suas experiências, denominando esta interação especial de relação de ajuda.

Rogers (1985), na área da Psicologia, desenvolveu o conceito e definiu que na relação de ajuda pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento dos recursos internos latentes na pessoa através da expressão e apreciação, aumentando a capacidade de enfrentar a vida.

Olhando para a perspectiva de Lazure (1994), para se concretizar uma relação de ajuda o enfermeiro deve possuir certas competências/habilidades que são a capacidade de escuta; a clarificação, a ajuda na clarificação que implica ser preciso e concreto; o respeito por si e pelos outros; a congruência em relação a si e aos outros; confrontar-se consigo próprio e com os outros; ser empático consigo próprio e com os outros.

Phaneuf (2005) considera a relação de ajuda como sendo uma relação particularmente significativa, que se instaura entre uma pessoa que passa pela experiência dum problema, dum sofrimento e que sente dificuldade em o enfrentar sozinha, e um ajudante (enfermeiro), que num dado momento, a ajuda a encará-lo e a encontrar em si próprio os recursos necessários para lhe fazer face.

No processo de cuidar, a relação de ajuda está descrita como um processo dinâmico que visa a promoção a manutenção ou a melhoria da saúde de uma pessoa, de uma família ou de um grupo, em que as atividades são efetuadas numa relação de parceria com o cliente e no respeito pelas suas capacidades.

No contexto profissional e segundo Chalifour (2008) a relação de ajuda baseia-se numa interação particular entre duas pessoas, o profissional e o cliente, em que ambos contribuem para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda manifestada pelo cliente e atendida pelo enfermeiro que adequa o seu modo de ser e de comunicar com vista ao objetivo que se pretende atingir.

A relação de ajuda tem como efeito diminuir a ansiedade e aumentar o nível de energia da pessoa que recebe ajuda. Contudo, a ajuda só será eficaz se o enfermeiro interiorizar que a pessoa que recebe ajuda possui recursos que lhe permitam resolver o problema, já que o foco está na pessoa e não no problema. O papel do enfermeiro é o de orientar e assistir e nunca de decidir pela pessoa ou resolver os seus problemas. Neste sentido, não se trata de oferecer estratégias e soluções prontas, mas antes orientar e facilitar a descoberta de recursos, acompanhando sempre a sua evolução.

Esta abordagem de ajuda tem que passar necessariamente por um envolvimento relacional exigente, criando uma relação não diretiva que possibilite àquele que necessita de ajuda encontrar a melhor solução e o melhor caminho para si, no sentido de ultrapassar as suas dificuldades e problemas. Para Phaneuf (2005), é uma relação de qualidade cujo significado é permitir a expressão do outro e a confiança nas suas potencialidades, proporcionar uma relação de liberdade, com respeito pelas diferenças e capacidades, aceitação incondicional e respeito pela sua autonomia.

Segundo a mesma autora, *“a relação de ajuda bem aplicada, dá aos cuidados uma eficácia e uma qualidade humana que lhe confere, ao mesmo tempo que um carácter de profissionalismo, uma melhor visibilidade do que faz a enfermeira”* (Phaneuf, 2005, p.13).

## 2.2 – Modelos de relação de ajuda

O desenvolvimento de modelos de relação de ajuda tem sido ao longo dos anos preocupação de vários autores como Rogers (1985), Chalifour (1989), Lazure (1994) e Phaneuf (2005), entre outros. Apesar de possuírem algumas variações nas suas definições conceptuais, todos eles são unânimes em demonstrar que todo o ser humano tende a crescer através de relações que permitam vivenciar a autenticidade, o respeito e a compreensão.

Foi com Rogers (1985), psicólogo humanista que durante o século XX centrou as suas intervenções no desenvolvimento do ser humano, que a relação de ajuda e a relação terapêutica tiveram um grande impulso. Nestas relações, pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida, sendo fatores mobilizadores de uma relação de ajuda, a confiança, a compreensão, os sentimentos de independência e a expressão aberta da relação interpessoal e de todo o seu conteúdo.

Barrett-Lennard (1986) considera que as condições da teoria em terapia propostas por Rogers foram um ponto de partida e também um ponto culminante para a mudança terapêutica. Com grande influência e interesse pelo seu trabalho, desenvolveu um Inventário

de Relações Interpessoais que designou por Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI) com vista a testar a teoria e medir as condições da relação do terapeuta com o cliente na prática, englobando as dimensões já propostas por Rogers (1985): Compreensão empática, Congruência e Respeito Positivo Incondicional. O autor separou o conceito de Respeito Positivo Incondicional em duas dimensões distintas que designou de Nível de Respeito e Incondicionalidade do Respeito, tornando-o assim menos complexo.

O BLRI já data de 1962 mas até aos dias de hoje continua a ser estudado e aplicado em diferentes áreas do conhecimento, referidos pelo autor ou consultados por nós (Thornton, 1960; Emmerling, 1961; Hollenbeck, 1965; Grifo, 1967/68; Cooper, 1969; DeMers, 1971; VanderVeen & Novak, 1971; Scheur e Barrett-Lennard, 1971; Quick & Jacob, 1973; Lietaer, 1974; Gurman, 1977; Luber e Wells, 1977; Epstein e Jackson, 1978; Wampler e Sprenkle, 1980; Gomes, 1981; Schumm, Bollman & Jurich, 1981; Carter, 1981/82; VanSteenwegen, 1982; Jaeger, 1989; Cramer, 1994; Marques-Teixeira, 1996; Frade, 1999; Rocha, 2005/08), dando garantia da sua fiabilidade e validade através dos vários testes e revisões efetuados. Avalia a perceção da relação estabelecida e pode ser utilizado em duas versões que são as duas direções da relação de ajuda: MO que significa *myself to other* e OS na direção *other to self*. Em ambas as versões estão implícitas quatro dimensões que passamos a descrever.

*Nível de Respeito* - O respeito como uma das dimensões de relação de ajuda, é definido como "o nível global ou tendência da resposta afetiva de uma pessoa para outra" ou "o aspeto afetivo da resposta total de uma pessoa para outra, projetado num contínuo positivo-para-negativo" (Barrett-Lennard, 1986, p. 440). O autor diz que nível de respeito se refere a uma esfera e eixo de resposta experienciada numa relação particular e situada no momento atual, não a uma característica interpessoal generalizada, e combina as diversas reações de atitudes e sentimentos diretos de uma pessoa para outra, positivos e negativos, numa dimensão abstrata. No sentido positivo, os sentimentos incluem respeito, cuidado, apreciação, afeição, entre outros, enquanto no sentido negativo os sentimentos incluem desgostar, desaprovação, indiferença expressa, impaciência, desprezo (Barrett-Lennard, 2003).

Segundo o mesmo autor, a escala de nível de respeito do BLRI não atinge sentimentos extremos de zanga, ódio, opressão, medo extremo ou aversão no lado negativo, nem o extremo positivo, como sentimentos de paixão, de amor romântico, filial ou espiritual.

Para Phaneuf (2005, p. 340), o respeito é a "qualidade pela qual a pessoa que ajuda reconhece a enorme dignidade e o enorme valor da pessoa ajudada apesar da sua

*aparência física, do seu carácter, dos seus comportamentos e dos seus hábitos de vida*". Mais do que manifestar estima, mais do que tratar com deferência e delicadeza, respeito é acolher tendo em conta a diferença, mostrando consideração pelas capacidades do outro, pela sua experiência de vida ou por aquilo em que se tornou.

*Compreensão empática* - Para Barrett-Lennard (2003), compreensão empática é entendida como um processo ativo que envolve um desejo de estar altamente comprometido com o outro, conhecer a sua experiência e ser capaz de receber o seu sentimento de comunicação e respetivo significado. O conceito de empatia é visto como uma forma básica de conhecimento que requer uma auto abertura disciplinada aos sentimentos vividos e significados do outro. Reconhecida como um eixo fundamental na relação, não constitui por si só uma condição relacional suficiente na relação de ajuda mas a sua contribuição é essencial neste processo, em que níveis de empatia mais altos tendem a acompanhar altos níveis de respeito e congruência, estando raramente associados com baixa incondicionalidade.

Phaneuf (2005) caracteriza a empatia como:

*(...) um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda e que percebe a dificuldade da pessoa ajudada, como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções* (Phaneuf, 2005, p.347).

*Incondicionalidade do respeito* - Entende-se por esta dimensão "o grau de constância de sentimento de respeito de uma pessoa para outra que comunica autoexperiências à primeira" (Barrett-Lennard, 1986, p. 442). Contudo, numa relação casual ou superficial o conceito não teria significado, uma vez que se não revelado à outra pessoa não seria sentido nem percebido por ela como um sentimento. Em grande parte das relações que são passageiras ou envolvem pouca informação comunicativa, as expectativas dos que respondem incidem sobre como os outros irão responder e estar numa relação "face-a-face", devendo constituir uma grande parte de respostas no BLRI.

Segundo Barrett-Lennard (1986), a pessoa respeitada é condicionada à extensão de resposta experienciada, que implica que a pessoa que recebe se sente agradada, merecedora, valorizada, confiante, a gostar ou desgostar se manifestar certos auto-atributos em vez de manifestar outros. O respeito é condicional à extensão do que é dependente, ou ativado por comportamentos particulares, atitudes, ou qualidades (percebidas) da pessoa respeitada e é experienciado como referente à mesma. O respeito que é fortemente incondicional é estável, no sentido que não é experienciado como variando com, ou dependendo de atributos particulares da pessoa que é respeitada.

Barrett-Lennard (2003) complementa que o aspecto da incondicionalidade na sua expressão positiva implica que a atitude ou sentimento da pessoa A para B suporta respeito estável naquilo que B mostra do seu próprio eu e da sua experiência. A atitude de A não tem tendência a estar de acordo com as auto-revelações, reações sentimentais ou outras autoexpressões de B.

Podemos comparar a incondicionalidade do respeito definida por Barrett-Lennard à aceitação incondicional que Bermejo (1988) também designa por consideração positiva e que explica em quatro direções: a ausência de juízos moralizantes sobre a pessoa ajudada, confiança e consideração positiva do ajudado, acolhimento da pessoa no seu todo, particularmente do seu mundo emotivo e cordialidade no trato.

*Congruência* - Esta dimensão de relação de ajuda é considerada como “o grau em que uma pessoa está funcionalmente integrada no contexto da sua relação com outro, tal que há ausência de conflito ou inconsistência entre a sua experiência total, a sua consciência e a sua comunicação externa” (Barrett-Lennard, 1986, p. 444). Esta dimensão é considerada fundamental, uma vez que qualquer uma das outras depende dela parcialmente. Refere-se à totalidade, integração e consistência interna, em que o aspecto crucial é que a pessoa não seja discordante, o que diz não esteja em conflito com a sua consciência.

Em terapia, qualidades percebidas pelo terapeuta como genuinidade, transparência e honestidade consigo próprio e com o cliente, são de relevância vital, “(...) o indivíduo altamente congruente é completamente honesto, direto, e sincero com aquilo que conduz, mas não sente nenhuma compulsão em comunicar as suas percepções, ou qualquer necessidade em negar as suas razões emocionais auto-protetoras” (Barrett-Lennard, 2003, p. 97).

Phaneuf (2005, p. 365) define congruência como a “*maneira de ser da enfermeira, que manifesta uma certa consistência entre o que ela sente, o que ela pensa, o que ela diz e o que ela faz, e entre o seu comportamento verbal e o seu comportamento não-verbal*”. O enfermeiro determina uma concordância entre as suas emoções, os seus pensamentos e as suas ações, permitindo-lhe expor o que pensa de forma terapêutica com o objetivo de facultar uma tomada de consciência por parte do cliente ou um progresso da relação que mantêm.

Lazure (1994) considera a congruência uma característica fulcral da pessoa emocionalmente sã, ou seja, refere-se à correspondência entre o que sentimos e o que exprimimos durante a relação de ajuda. A autora acrescenta ainda que o enfermeiro deve demonstrar autenticidade no que sente e comunica ao doente, deve ser espontâneo,

expressar-se com clareza, ajudando-o a evoluir e a reencontrar o seu verdadeiro eu. A viabilidade de se estabelecer uma relação de ajuda eficaz na interação enfermeiro/criança/família está intimamente relacionada com a capacidade do enfermeiro ser congruente.

Segundo Rocha (2008), no seu estudo “A relação de Ajuda no Ensino de Enfermagem”, no qual aplicou três formas do BLRI seguindo orientações específicas cedidas pelo próprio autor, Barrett-Lennard nunca quis limitar o estudo das relações interpessoais à relação terapeuta-cliente, salientando que é por este motivo que os itens das respetivas escalas nunca mencionaram especificamente o terapeuta e manifestando interesse em aplicar o BLRI ao estudo de outras relações.

Apesar de não existir nenhuma referencia a estudos de investigação em relações enfermeiro-cliente, Barrett-Lennard sempre se mostrou impressionado com a investigação destas relações baseadas no seu inventário (Rocha, 2008), com ênfase principalmente na empatia do enfermeiro experienciada pelos clientes. Refere ainda que o BLRI tem inúmeras aplicações nas sociedades contemporâneas multiculturais, com a finalidade de iluminar e melhorar as relações interpessoais nas várias áreas.

Na Enfermagem, e nomeadamente em Portugal, são já alguns estudos que utilizam o BLRI como Frade (1999) com o estudo “Relação de ajuda em enfermagem: perspetivas sobre a prática e a formação” e Rocha (2008) em “Relação de ajuda no ensino de enfermagem”. Na área da Pediatria surge Gil (2012) com o estudo “Relação de ajuda: percepção da criança dos 6-10 anos”, Loureiro (2012) com o tema “Cuidar em enfermagem: percepção do adolescente”, Paula (2012) em “Relação de ajuda: perspetiva do enfermeiro de pediatria”, Almeida (2012) com o estudo “Relação de ajuda em pediatria: perspetiva dos pais” e Gonçalves (2013) com “Relação de ajuda em neonatologia: percepção das mães e das enfermeiras”.



### 3 – Cuidar em Pediatria

*"A Enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar."*

*(Roach)*

O cuidar tem sido sistematicamente reconhecido como o aspeto crucial na enfermagem, sendo um atributo necessário e essencial para a profissão.

Segundo Watson (2002) *"O cuidar na enfermagem e entre todos os profissionais de saúde, requer teoria e prática, indo além do mero pensamento à ação, baseada numa cosmologia que abarca a reflexão crítica, dentro de um quadro conceptual diferente e de opções criativas como parte de um modelo de cuidar-curar"* (Watson, 2002, p. 11).

Esta autora faz referência a uma visão ontológica baseada no ser, fala de um modelo de cuidar-curar transpessoal, isto é, que encerra uma ligação humana para além do corpo-físico numa dimensão espiritual. Transpessoal refere-se a uma relação intersubjetiva entre duas pessoas, mas de forma transcendente, em que há ligação de outras dimensões (permite a presença do espírito), para uma união das duas realidades com vista a uma nova perspetiva. É outra forma de abordar o cuidar, pensada em torno de uma necessidade de reconstrução dos cuidados de saúde, onde do encontro entre duas pessoas, num dado momento, é criada uma oportunidade para o cuidar que envolve ação ou escolha por parte do cuidador e do recetor dos cuidados.

Nesta abordagem, *"A altura de aproximação num momento de cuidar (...), oferece aos dois a oportunidade de decidir como estar na relação e o que fazer com o momento. Se o momento de cuidar é efetivamente transpessoal (...) então o evento do momento expande os limites de abertura e tem a virtude de expandir capacidades humanas"* (Watson, 2002, p.116).

A autora traz uma nova perspetiva do cuidar, apesar de também considerar estar este modelo enraizado em Florence Nightingale, onde:

*O momento de cuidar transpessoal torna-se parte da história de vida de ambas as pessoas e oferece-lhes novas oportunidades. Um entendimento assim é baseado na crença de que aprendemos uns com os outros, acerca de como sermos humanos,*

*identificando-nos com os outros ou encontrando o seu dilema em nós próprios (...). Neste género de momento de cuidar (...), quem cuida pode entrar na experiência do outro, e o outro pode entrar na experiência de quem cuida. (Watson, 2002, p.116).*

Os enfermeiros e os clientes estabelecem um contacto mútuo bem próximo, permitindo criar laços de confiança, perceber as motivações, as necessidades, por mais ténues que estas sejam, alcançar uma partilha isenta de juízos de valor.

Na pediatria, área específica que abordamos, é no seio da relação construída entre enfermeiro/criança/família que os cuidados ganham sentido. E nesta área específica da enfermagem também as alterações são significativas, justificadas pela constante evolução no ramo científico, o que provoca um crescente e permanente investimento por parte dos profissionais, com o objetivo principal de melhorar a prestação de cuidados à criança e à sua família.

Dando sentido a esta preocupação, surge na enfermagem contemporânea uma nova filosofia de cuidados pediátricos com bases essenciais para o seu desenvolvimento. De acordo com Whaley e Wong (2005) estas bases são asseguradas pelos cuidados centrados na família, os cuidados atraumáticos e o método do enfermeiro principal. Estas novas filosofias visam um aumento da qualidade dos cuidados com conseqüente aumento da satisfação da criança e família.

### 3.1 – Cuidados centrados na criança e família

A hospitalização da criança tem vindo a sofrer alterações com o passar do tempo, preconizando-se atualmente internamentos de curta duração e em que a presença dos pais ou outras pessoas significativas seja uma realidade. No que respeita à dinâmica funcional dos serviços e atendendo aos referenciais teóricos e legais, preconiza-se uma parceria de cuidados, isto é, um modelo de prestação de cuidados centrados na criança e família que potencie uma partilha, uma continuidade de intervenções, no intuito de amenizar o impacto da hospitalização e minorar os efeitos que daí podem advir.

A criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde, tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua, salvaguardando-se que a partir dos 16 anos poderá, se assim o entender, designar a pessoa que prefere que a acompanhe (Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro). A mesma lei, no seu artigo 5º que intitula como Cooperação entre o acompanhante e os serviços explícita que os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada.

O acompanhante passa assim a representar o elo entre o ambiente hospitalar e o familiar, pela sua proximidade afetiva com a criança, sendo permitido estar presente e participar em alguns procedimentos. Mas isto implica mudanças nas práticas de cuidados, já que os acompanhantes trazem consigo também muita ansiedade, dificuldade de adaptação ao contexto, rotinas por vezes não compatíveis com o ambiente hospitalar, e os enfermeiros, por vezes preocupados com o caráter rotineiro da prestação de cuidados, não correspondem a todas as necessidades que o acompanhante manifesta em determinado momento da sua permanência integral, nem compreendem a dimensão educativa da sua atuação.

Contudo, o mais importante é que ambos, acompanhantes e enfermeiros, convergem na ambição de melhor e mais adequada prestação de cuidados, sendo mediadas atitudes e intervenções numa reciprocidade de cuidados, com vista a uma parceria coerente e sensível ao máximo bem-estar da criança, de acordo com a situação em que se encontra.

A filosofia dos cuidados centrados na família reconhece que se deve, sobretudo, respeitar a força e competência da família junto da criança, já que se constitui como o primeiro e principal referencial de relação da criança. Quando a doença determina a sua hospitalização, toda a estrutura familiar é desafiada na sua organização, dificultando a gestão do quotidiano dos seus membros, mas quando devidamente acompanhada pelos profissionais pode também constituir uma experiência benéfica. É importante que os pais percecionem que não estão sozinhos nesta situação de doença, que têm o apoio, o acompanhamento e o incentivo de todos os profissionais de saúde e que juntos, mais do que promover a adaptação da criança à hospitalização, é importante que esta experiência continue a potencializar o seu desenvolvimento/crescimento.

Falar de prestação de cuidados centrados na família implica falar de parceria de cuidados e, na prestação de cuidados em pediatria, o modelo de parceria preconizado por Anne Casey (1988) faz todo o sentido. Grande impulsionadora dos cuidados traçados em sintonia e de forma negociada, em que os pais/accompanhantes das crianças são os grandes parceiros, é defendida a premissa que, *“as relações da criança com a sua família e os efeitos do ambiente, podem influenciar o crescimento e desenvolvimento assim como a capacidade para o agir social, emocional e fisicamente”* (Casey, 1988, p.67).

Esta autora reconhece expressamente o contributo dos pais na assistência à criança, num modelo que tem subjacente um processo de negociação, essencial para o planeamento dos cuidados, o qual deve ser alicerçado no respeito pela família, suas necessidades, valores, crenças e desejos. Defende que para preservar o crescimento e desenvolvimento

da criança, os cuidados prestados devem ser em forma de proteção, estímulo e amor, sendo os pais quem mais aptidão tem para os prestar.

Lidar com a família de crianças doentes exige tolerância, sensibilidade, abertura para ouvir e estar com o outro e habilidade para confrontar. Ao colocar a família como parceira no processo de assistência à criança está a ser reconhecido que também ela é foco da assistência/intervenção.

A filosofia dos cuidados centrados na família revê-se como uma constante na vida da criança hospitalizada, sendo o papel da equipa multidisciplinar crucial, no sentido de que esta deve apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força dos valores inerentes a esta filosofia. Na presença de estudantes de enfermagem nada altera, antes pelo contrário, implica uma maior atenção e disponibilidade para que a família aceite com segurança mais um elemento na prestação de cuidados e para que os esforços da equipa sejam impulsionadores de grandes aprendizagens com confiança e dedicação.

Neste contexto, um aspeto importante refere-se ao consentimento, tendo em conta que a família tem o direito de consentir ou dissentir qualquer intervenção do enfermeiro, logo do estudante de enfermagem. Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido, após receber informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção. Em pediatria, não nos podemos esquecer que a criança objeto de uma determinada atitude terapêutica é detentora de um património de relações que devem ser consideradas numa tomada de decisão que seja, sempre que possível, objeto de consenso dentro do meio em que a criança se insere, devendo ser criada oportunidade aos pais de obterem informação para que se manifestem.

Acerca de um dos pressupostos de qualidade no consentimento, no estatuto da Ordem dos Enfermeiros (1998) está referido que o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitar, defender e promover o direito ao consentimento informado, atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação em matéria de cuidados de enfermagem. São pressupostos igualmente observáveis quando em questão está a criança e seus pais, e que permitem evidenciar a atitude amável, positiva, honesta e segura que os enfermeiros fazem transparecer nas suas práticas.

### 3.2 – Relação de ajuda em pediatria

O foco de cuidados de saúde em pediatria não se reduz a uma perspetiva individual. Abrange a criança saudável/doente, os pais ou outras pessoas significativas, e o respetivo

contexto social e cultural, logo o cuidar da criança é complexo e abrangente porque implica também cuidar dos seus pais e do meio envolvente.

Se pensarmos na forma como se processam as aprendizagens de estudantes em contexto real, isto é, em pleno exercício da prática, se bem que contemplem um acompanhamento por parte de quem já detém o título profissional, sabemos que provocam alterações no desenvolvimento quotidiano das atividades.

Tal como refere Morrison (2001, p.15), *“Embora a retórica oficial de muitos serviços de ajuda profissional sugira que os cuidados recebidos por doentes e clientes em contextos hospitalares e comunitários são individualizados e centrados na pessoa, a realidade não é essa”*. A relação de ajuda contribui para que esta realidade fique mais próxima, já que constitui um pilar fundamental dos cuidados de enfermagem, dispondo-se a ser centrada no cliente e focando objetivos comuns.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), relação interpessoal enfermeiro/cliente assenta no pressuposto de que cada pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos, com valores, crenças e desejos que lhe estão subjacentes, o que lhe confere especificidade como ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se.

Na área da pediatria, muito específica e sensível na abordagem do cuidar, pressupõe-se a participação efetiva da família, logo é numa tríade que se estabelecem as relações interpessoais, merecendo sempre um compromisso que privilegie a parceria de cuidados, centrando a prática não apenas na criança mas também no seu núcleo de suporte que é a família ou a pessoa significativa que a acompanha. Neste contexto, são os próprios acompanhantes da criança que dão voz à importância de escutar os clientes, de os privilegiar nas práticas, de os enaltecer pela capacidade de entenderem e valorizarem a missão dos enfermeiros em pequenos gestos de partilhas diárias.

Tendo presente que a doença e hospitalização podem constituir experiências traumatizantes para a criança e família e interferir gravemente no seu desenvolvimento futuro, consideramos que o esforço de minimizar este sofrimento, quer físico quer psicológico, é preocupação subjacente a qualquer enfermeiro, promovendo continuamente medidas altamente especializadas na intervenção em enfermagem pediátrica.

Os pais/accompanhantes da criança são também alvo dos nossos cuidados, e como refere Araújo (2006), não estão nos serviços para substituir os técnicos. Eles são peritos nos cuidados parentais e durante a hospitalização podem sentir limitações nas suas capacidades, perdendo muitas vezes o controlo da sua vida familiar e parental. Deste modo, necessitam de se sentir em segurança e para isso é necessário que sejam envolvidos, que

lhes sejam explicados os procedimentos, estimulada a colocação de dúvidas e a integração nos cuidados.

A parceria de cuidados em situações particulares nem sempre é fácil. Contudo, vão sendo concretizadas grandes parcerias, envolvendo os pais/acompanhantes das crianças nos cuidados que decerto contribuem para uma aproximação e sentimento de utilidade, com ênfase na confiança que daí pode sair reforçada. Mesmo em situações de limitação de tempo, as estratégias de enfermagem têm de ser sistematicamente trabalhadas para que haja sempre a capacidade de comunicar efetivamente com a família da criança internada, compreendendo as suas fragilidades e preocupações, mostrando disponibilidade.

De acordo com Curado (2006) quando cuidamos de crianças/família não podemos esquecer que o primeiro contacto é fundamental no estabelecimento de uma relação de confiança e segundo Jorge (2004) raramente há uma segunda oportunidade para se criar uma boa impressão.

No hospital, a criança/família depara-se com um ambiente novo, com pessoas desconhecidas e procedimentos tendencialmente dolorosos, o que constitui uma experiência desagradável e traumática. A família adoce simbolicamente com o diagnóstico de doença e hospitalização, sendo frequentes de acordo com Pinto, Ribeiro e Silva (2004), sentimentos de angústia e sofrimento emocional.

A falta de conhecimentos relativamente à doença, procedimentos e o seu tratamento, é uma das principais causas da ansiedade manifestada pelos pais (Wong, 2006), e nesse sentido é importante explicar, com linguagem simples e acessível, os aspetos relacionados com a doença e tratamento, envolvendo-os sempre que possível nos cuidados. Lidar com a família de crianças doentes exige tolerância, sensibilidade, abertura para ouvir e estar com o outro e habilidade para confortar.

Cuidar é portanto acolher com empatia, atenção e respeito. Significa receber quem chega e é influenciado pelo contexto, idade, desenvolvimento da criança, situação de doença, experiências anteriores, medos e apreensões da criança e família (Curado, 2006). Interessa identificar e mobilizar recursos que facilitem uma melhor adaptação, já que a principal razão e objetivo será sempre prestar cuidados de enfermagem com o mais elevado nível de padrões de qualidade à criança e família, em todos os contextos e em todas as faixas etárias.

Com a presença de estudantes de enfermagem, todas estas premissas se mantêm e devem ser partilhadas e estimuladas no desenvolvimento das suas competências, salvaguardando sempre os interesses da criança e família, a sua dignidade e privacidade.

**PARTE II**  
**Estudo Empírico**



#### 4 – Metodologia geral

A metodologia é considerada uma estratégia que permite estudar e avaliar as diversas opções de uma pesquisa, identificando limites e implicações na sua utilização. Segundo Fortin (2009), constitui um conjunto de procedimentos com os quais se procura abordar problemas no estado atual dos conhecimentos e permite determinar quais os procedimentos para se obterem respostas às questões de investigação. Pocinho (2012) acrescenta que o caminho correto garante a possibilidade de confirmação ou infirmação das nossas observações. Grande parte do sucesso da investigação depende das opções metodológicas, porque orientam a pesquisa, desde o método escolhido, aos processos e às técnicas de análise adequadas.

A pesquisa enriquece o corpo de conhecimentos de Enfermagem, permitindo ao enfermeiro adequar os seus conhecimentos e enobrecer as suas atuações, à situação particular que se lhe apresenta e que tem de gerir com a maior segurança.

Assim sendo, considerando que poderão ocorrer alterações no planeamento e concretização dos ensinamentos clínicos, bem como nas atitudes e interação estabelecida numa dinâmica de relação de ajuda entre os estudantes de enfermagem e os acompanhantes de crianças hospitalizadas, e que estas poderão ser influenciadas pelo conhecimento das percepções que cada um dos intervenientes manifesta, optamos por desenvolver a temática da relação de ajuda durante os ensinamentos clínicos de enfermagem em pediatria

Tendo em conta os diferentes intervenientes no processo de cuidados em pediatria, realizámos dois estudos, com os estudantes de enfermagem e com os acompanhantes das crianças, separados em termos de redação, mas interligados na temática e abordagem, a partir dos quais reunimos um conjunto de informações em síntese integrativa, que nos permitiu relacionar resultados.

Neste capítulo geral da metodologia, efetuamos uma descrição sistematizada dos procedimentos metodológicos utilizados e a justificação das decisões e estratégias tomadas em ambos os estudos, no sentido de darmos resposta às questões orientadoras que suportam a análise da percepção da relação de ajuda pelos estudantes de enfermagem e acompanhantes de crianças hospitalizadas, durante os ensinamentos clínicos de enfermagem em pediatria. Descrevemos as questões de investigação, os objetivos, o tipo de estudos, o

desenho de investigação, as variáveis em estudo, os participantes e a amostragem realizada, o instrumento de recolha de dados utilizado, os procedimentos formais e éticos na recolha dos dados e os procedimentos estatísticos realizados.

#### 4.1 – Questões de investigação e objetivos

Como refere Pelpel (1989, p.53) *“(...) um estágio não é somente uma modalidade técnica particular de um dispositivo de formação: é também uma experiência vivida pelos estagiários e por aqueles que são obrigados por diversos motivos a colaborar com eles: para uns e para outros é uma experiência específica”*.

Os estudantes de enfermagem frequentemente encaram o ensino clínico com receio e sentem que não estão preparados para uma atuação capaz de dar resposta às necessidades dos clientes. No âmbito das competências relacionais, o estudante tem de mobilizar, para além dos conhecimentos adquiridos em teoria, toda uma forma de estar e de ser que aproxime o cliente e cativa a sua confiança, permitindo assim que a aprendizagem seja efetivamente rica em oportunidades e isenta de constrangimentos que podem condicionar o alcance dos objetivos que esta experiência preconiza.

Incluímos como atores deste processo formativo os acompanhantes das crianças, também agentes recetores dos cuidados de enfermagem, prestados não só pelos enfermeiros do serviço onde se encontram, mas também pelos estudantes que em plena aprendizagem, embora de forma distinta e supervisionada, contribuem igualmente para essa prestação que se exige ser com a melhor qualidade possível. Neste contexto, afigura-se-nos pertinente aprofundar também a versão contextual para os acompanhantes das crianças hospitalizadas acerca das práticas cuidativas concretizadas com o envolvimento de estudantes de enfermagem.

Como orientação do nosso estudo formulamos as seguintes questões de orientação:

- Qual a perspetiva dos estudantes de enfermagem sobre a relação de ajuda proporcionada aos acompanhantes das crianças durante as práticas de ensino clínico?
- Qual a perspetiva dos acompanhantes das crianças sobre o desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem durante as práticas de ensino clínico?
- Que fatores influenciam a perceção dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre a relação de ajuda desenvolvida durante as práticas de ensino clínico?

- Qual a relação que existe entre a perspectiva dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre a relação de ajuda durante as práticas de ensino clínico?

- Que sentimentos descrevem os estudantes de enfermagem pela presença de acompanhantes de crianças durante a prestação de cuidados?

- Que sentimentos descrevem os acompanhantes das crianças quando os cuidados são prestados por estudantes de enfermagem?

Estas questões serão especificadas no contexto de cada estudo que integra a investigação.

Para obtermos respostas plausíveis às questões levantadas e de acordo com o desenho de investigação, delineamos os seguintes objetivos:

- Analisar a percepção dos estudantes de enfermagem sobre a relação de ajuda desenvolvida com os acompanhantes das crianças na sua prática em ensinos clínicos em pediatria;

- Analisar a percepção dos acompanhantes das crianças sobre o desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem no processo de cuidados;

- Identificar fatores influenciadores das relações interpessoais estabelecidas entre os estudantes de enfermagem e os acompanhantes das crianças;

- Analisar a relação entre a perspectiva dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre a relação de ajuda desenvolvida durante as práticas de ensino clínico;

- Identificar os sentimentos experienciados pelos estudantes de enfermagem na presença de acompanhantes de crianças durante a prestação de cuidados;

- Identificar os sentimentos vivenciados pelos acompanhantes das crianças acerca da participação de estudantes de enfermagem no desenvolvimento dos respetivos ensinos clínicos.

Estes objetivos serão especificados no contexto de cada estudo que integra a investigação.

#### 4.2 – Tipo de estudo e desenho de investigação

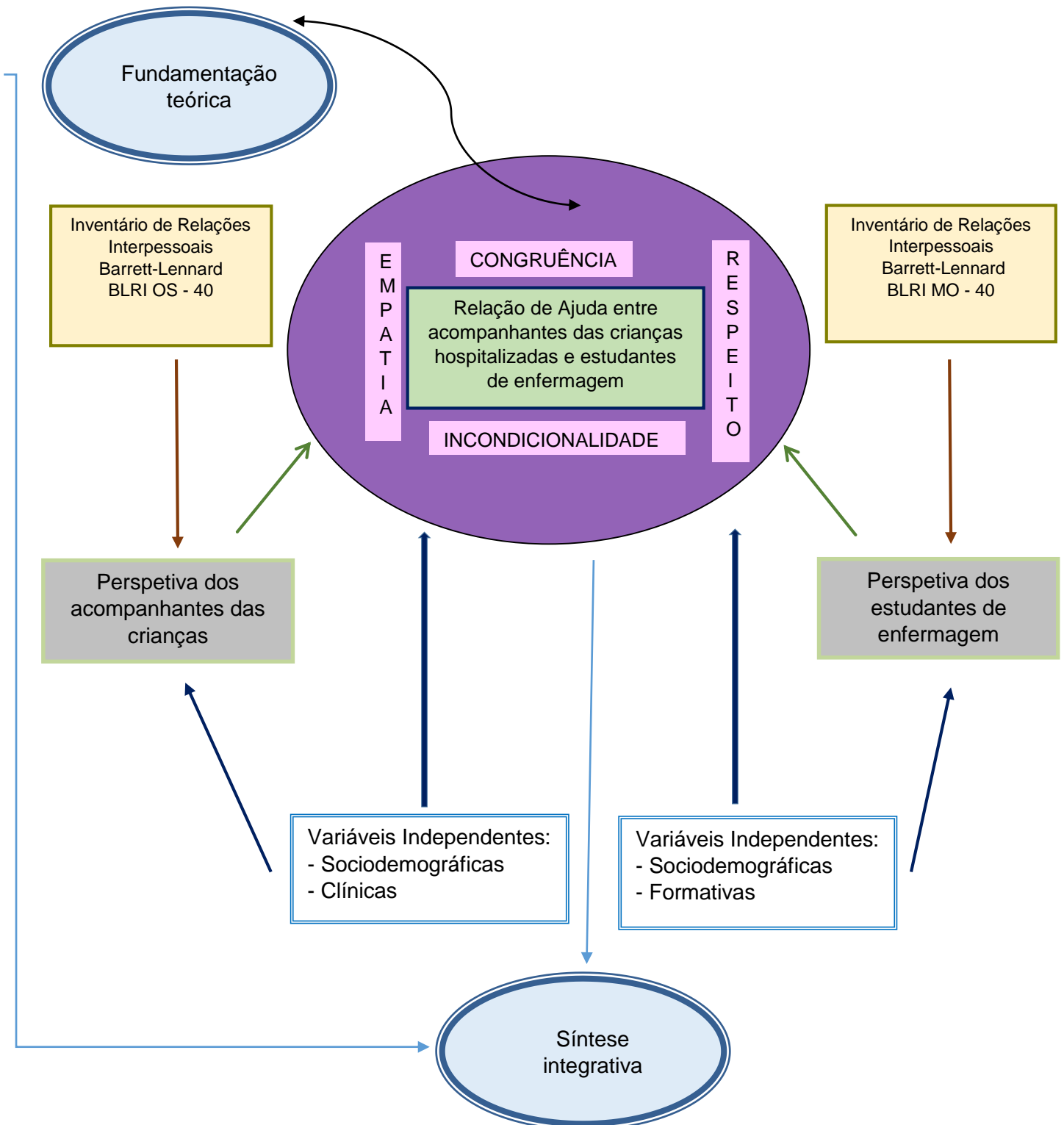
Desenvolvemos um estudo que se enquadra no domínio da investigação quantitativa, de tipo descritivo-correlacional e transversal. Esta opção teve por base o tipo de estudo que

se pretendia desenvolver, a natureza do problema e as questões de investigação e objetivos traçados, não esquecendo, nas diversas opções, a relevância dos recursos necessários para o finalizar (recursos temporais, humanos, económicos e materiais).

Também está contemplada uma abordagem qualitativa pela análise de conteúdo de questões abertas, uma vez que interessa incorporar a experiência e sentimentos descritos pelos acompanhantes de crianças e estudantes de enfermagem, sobre a presença de ambos durante a prestação de cuidados às crianças hospitalizadas.

Nessa perspetiva, elaboramos uma representação esquemática que procura demonstrar a correlação que se pretende gerar entre a variável dependente Relação de Ajuda e as variáveis independentes, dos estudantes de enfermagem e acompanhantes das crianças participantes no estudo, conforme apresentado na figura 1. Como se verifica, para dar resposta às questões colocadas, o trabalho de investigação estrutura dois estudos, a partir dos quais surge uma síntese integrativa. A análise dos dados que constam do questionário preenchido pelos participantes contempla: o Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard (BLRI), na forma ajustada aos participantes e onde estão inseridas as dimensões de Relação de Ajuda (Nível de respeito, Compreensão empática, Incondicionalidade do respeito e Congruência) e a caracterização socio demográfica, formativa e clínica dos participantes.

Figura 1 – Representação esquemática da investigação



### 4.3 – Variáveis

Variável é tudo o que pode ser assumido com diferentes valores, ou seja, é uma característica que varia. Considerando a problemática e os objetivos anteriormente explicitados, as variáveis envolvidas subdividem-se em dois grandes grupos: a variável dependente que é aquela que o investigador tem interesse em compreender e em explicar e a variável independente que é manipulável e cujos efeitos são observados na variável dependente.

Neste estudo iremos relacionar estes dois tipos de variáveis, dependentes e independentes, bem como medir e conhecer qual a influência das variáveis independentes sobre a variável dependente.

#### **Variável dependente ou central**

##### **Relação de Ajuda**

Caracterizámos os itens estimados como fundamentais na Relação de Ajuda e que são considerados as principais variáveis a estudar. Para a sua medição considerámos a metodologia preconizada por Barrett-Lennard (1986) que classifica a relação de ajuda em quatro dimensões inseridas no Inventário de Relações Interpessoais (BLRI): *Nível de respeito, Compreensão empática; Incondicionalidade do respeito e Congruência.*

Utilizámos as versões, MO (*myself to other*) – 40 itens e OS (*other to self*) – 40 itens, consoante a aplicação se dirigiu aos estudantes de enfermagem ou aos acompanhantes das crianças.

#### **Variáveis independentes**

Estas variáveis permitem-nos conhecer os participantes do estudo relativamente à sua situação sociodemográfica. Pretendemos incluir também uma caracterização formativa em relação aos estudantes de enfermagem e uma caracterização clínica em relação aos acompanhantes das crianças.

##### **Caracterização sociodemográfica e formativa dos estudantes:**

- Idade;
- Género;
- Residência;
- Estado Civil;
- Instituição hospitalar e serviço;
- Instituição de ensino;
- Ano de curso;
- Formação em Relação de Ajuda.

**Caracterização sociodemográfica e clínica dos acompanhantes da criança:**

- Idade;
- Género;
- Residência;
- Estado Civil;
- Habilitações literárias;
- Situação laboral;
- Parentesco com a criança;
- Instituição hospitalar e serviço;
- Motivo de admissão/internamento da criança;
- Tempo de internamento;
- Internamentos anteriores;
- Consentimento;
- Conhecimento da presença de estudantes.

**Operacionalização das variáveis:**

No decorrer do tratamento estatístico tornou-se necessário, em algumas situações, criar classes e agregar os dados num menor número de categorias, procedendo-se à recodificação das variáveis, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1 – Recodificação das variáveis originais

Variável	Tipo	Variável Original	Recodificação da variável
<b>Idade estudantes de enfermagem</b>	Quantitativa intervalar	Idade em anos	20 anos; 21 anos ; $\geq 22$ anos
<b>Idade acompanhantes das crianças</b>	Quantitativa intervalar	Idade em anos	$\leq 33$ anos; 34-39 anos; $\geq 40$ anos
<b>Conhecimento da presença de estudantes</b>	Qualitativa nominal	Resposta aberta	Enfermeiro; Estudante; Uniforme e cartão; Outros
<b>Tempo internamento</b>	Quantitativa ordinal	1, 2, 3, 4, 5, $\geq 6$	$\leq 2$ dias; 3 dias; $\geq 4$ dias
<b>Habilitações literárias acompanhantes das crianças</b>	Qualitativa ordinal	Outro; Licenciatura Secundário; 3º ciclo 2º Ciclo; 1º ciclo	Até 3º ciclo; Secundário; Superior

**4.4 – Participantes**

Na nossa abordagem, tendo em conta a recolha de dados para os estudos, interessou-nos seleccionar como população os acompanhantes das crianças hospitalizadas e os estudantes de enfermagem envolvidos no processo de cuidados.

A investigação desenvolve-se em contexto de serviços de internamento em Pediatria em dois hospitais da região centro que recebem crianças dos 0 aos 18 anos de idade (exclusive). Com uma área de intervenção abrangente em termos de distrito, estes serviços oferecem cuidados multidisciplinares para um conjunto de problemas do âmbito médico, cirúrgico ou traumatológico, a todas as crianças doentes com necessidades de vigilância e/ou tratamento, provenientes do Serviço de Urgência/Sala de Observações (SO), Consulta Externa, Hospital de Dia e Bloco Operatório, para além das que são provenientes de outras Instituições de Saúde.

Sendo a vivência relacional condição necessária à aplicação do instrumento de colheita de dados, os participantes destes estudos foram:

- estudantes de enfermagem durante a realização do ensino clínico de pediatria nos serviços de internamento e urgência/SO de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela/Viseu (CHTV) e Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV), cuja formação decorre na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e Escola Superior de Saúde de Aveiro (ESSUA);
- acompanhantes de crianças internadas nos serviços de Pediatria dos hospitais acima mencionados, em período de ocorrência de ensinos clínicos de Enfermagem.

A seleção dos participantes foi efetuada por amostra não probabilística, intencional por conveniência, sendo o tamanho da amostra dos estudantes da enfermagem constituída pela totalidade dos estudantes matriculados no ano letivo de realização de ensino clínico em pediatria e dos acompanhantes de crianças determinado ao longo da colheita de dados, quer pela prossecução de necessidade de informações, quer pelo número de crianças hospitalizadas que foram ocorrendo ao longo do tempo de colheita de dados.

### **Crítérios de inclusão dos participantes no estudo**

Para participarem no estudo foi necessário que os estudantes estivessem a realizar ensino clínico num serviço de pediatria ou urgência pediátrica com SO, ou já o terem concluído mas durante o ano letivo a decorrer (2013/2014).

No que respeita aos acompanhantes das crianças, independentemente do seu grau de parentesco, tinham de estar em internamento num serviço de pediatria ou urgência pediátrica com unidade de internamento de curta duração (designado por SO – Serviço de observação) onde estivesse a decorrer um ensino clínico de estudantes de enfermagem. Também foi condição que tivessem sido prestados cuidados por esses estudantes em pelo menos um turno, que não o turno referente à admissão da criança.

Os participantes acederam de forma livre e esclarecida à participação no estudo, após explicação dos objetivos do mesmo e assinatura de consentimento.

#### 4.5 – Instrumentos

Para a colheita de dados é necessário utilizar um instrumento fidedigno e válido, pois, tal como referem Polit e Hungler (1995, p.165), “(...) *sem métodos de alta qualidade para a coleta de dados, a precisão e a força das conclusões da pesquisa são facilmente desafiadas*”.

O instrumento de colheita de dados selecionado para este estudo foi o questionário, aplicado aos acompanhantes das crianças e aos estudantes de enfermagem.

Considerando o objetivo do estudo e a natureza das informações que se pretendiam apreciar, optámos por introduzir duas secções neste questionário, para que viabilizasse a recolha de informação importante para caracterizar todas as variáveis já enunciadas. A primeira secção diz respeito à caracterização sociodemográfica e clínica para a amostra de acompanhantes de crianças e caracterização sociodemográfica e formativa para a amostra de estudantes de enfermagem, sendo também introduzida uma questão de resposta curta sobre os sentimentos de ambos os participantes sobre a presença de cada um deles durante a prestação de cuidados. A segunda secção é composta pelo Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard (BLRI).

O questionário é precedido por uma folha que contempla a apresentação do investigador, a descrição da finalidade do seu preenchimento, bem como a garantia de anonimato e confidencialidade e o BLRI inclui uma breve explicação com instruções de preenchimento, sendo utilizadas as duas formas:

- MO (*myself to other*), para aplicação aos estudantes de enfermagem, que permite extrair as “*condições relacionais na sua origem*” (Barrett-Lennard, 1986, p.447), foi traduzida para português por Paula (2012) e validada para a população portuguesa (com coeficiente  $\alpha$  de Cronbach global de 0,87) através de um estudo efetuado com enfermeiros e Gonçalves (2013) num estudo realizado com mães e enfermeiras em neonatologia (com coeficiente  $\alpha$  de Cronbach global de 0,786).

- OS (*other to self*), para aplicação aos acompanhantes das crianças, que recolhe as condições relacionais “*baseadas nas percepções do cliente*” (Barrett-Lennard, 1986, p. 448), foi traduzida para português por Loureiro (2012) e validada para a população portuguesa (com coeficiente  $\alpha$  de Cronbach global de 0,786) através de um estudo efetuado com adolescentes, Almeida (2012) num estudo realizado com pais (com coeficiente  $\alpha$  de

Cronbach global de 0,78) e Gonçalves (2013) num estudo realizado com mães e enfermeiras em neonatologia (com coeficiente  $\alpha$  de Cronbach global de 0,773).

Este instrumento foi criado por Barrett-Lennard em 1964 numa primeira versão com 64 itens, que posteriormente reformulou e adaptou em outras versões de 40 itens por desejo de alguns investigadores em terem uma versão mais pequena, especialmente em estudos de tipo reconhecimento e possibilitando a sua utilização em diferentes adaptações e relações particulares. Segundo este autor, a relação de ajuda suscetível de ser medida através deste inventário, manifesta-se em quatro dimensões: *o nível de respeito, a compreensão empática, a incondicionalidade do respeito e a congruência*, indo ao encontro dos atributos necessários para o desenvolvimento de uma relação de ajuda.

As Formas MO-40 e OS-40 utilizadas no nosso estudo apresentam um conjunto sistematizado de quarenta afirmações que traduzem experiências em relações particulares e envolvem as quatro dimensões de relação de ajuda, divididas equitativamente por um conjunto de dez afirmações cada, apresentadas de forma dispersa no inventário, objeto de uma cotação que nos permite perceber as dimensões que estão presentes nas respostas obtidas em cada um dos intervenientes.

Em termos de definição operacional, para avaliar a intensidade de atitudes ou sentimentos em relação ao fenómeno em estudo, que neste caso é a "perceção da relação experienciada", estas afirmações estão organizadas sob a forma de afirmações positivas e de afirmações negativas por dimensão, como se esquematiza no quadro 2.

Quadro 2 – Formas MO-40 itens e OS-40 itens:  
Dimensões e números dos itens que lhes correspondem

Dimensões	Afirmações positivas	Afirmações negativas
Nível de respeito	1, 5, 13, 21, 29, 37	9, 17, 25, 33
Compreensão empática	2, 10, 18, 26, 34	6, 14, 22, 30, 38
Incondicionalidade do respeito	7, 15, 27, 39	3, 11, 19, 23, 31, 35
Congruência	8, 12, 20, 24, 32	4, 16, 28, 36, 40

Cada afirmação é respondida numa escala, em que os participantes podem descrever a sua relação até três pontos de vista, que é apresentada num contínuo de seis níveis em que +3 corresponde a sim, sentido como uma forte concordância e -3 corresponde a não, sentido como uma forte discordância, conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3 – Classificação possível para cada afirmação do BLRI

+ 3	<b>SIM</b> / Sinto fortemente que isso é verdadeiro
+ 2	<b>Sim</b> / Sinto que é verdadeiro
+ 1	<b>Sim</b> / Sinto que é provavelmente verdadeiro ou mais verdadeiro do que falso
- 1	<b>Não</b> / Sinto que provavelmente não é verdadeiro ou é mais falso do que verdadeiro
- 2	<b>Não</b> / Sinto que não é verdadeiro
- 3	<b>Não</b> / Sinto fortemente que não é verdadeiro

A fim de medir o *nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência*, em relação às variáveis, cada participante tem que situar-se relativamente a cada uma das afirmações, num ponto destes seis níveis apresentados, assinalando cada uma delas de acordo com o grau em que sente que essa afirmação é verdadeira ou falsa na relação com o outro.

O score de cada uma das quatro dimensões deste inventário (MO-40 e OS-40) pode variar entre -30 e +30, em que quanto maior for o score obtido, mais elevada é a importância atribuída à dimensão da relação de ajuda.

A experiência deste Inventário não inspirou, até ao momento, o uso de um ponto neutro. A categoria média poderia vir a ser usada por razões inadequadas, isto porque facilitaria a resposta quando uma inclinação para o "sim" ou para o "não" não fosse imediatamente óbvia, ou poderia levar a evitar o sentimento de compromisso ou vulnerabilidade ao registar com relutância uma percepção "sim" ou "não". A codificação utilizada tem-se mostrado bastante satisfatória sem qualquer transformação, como uma escala de medida (Barrett-Lennard, 1986, como citado em Frade, 1999).

A consistência interna de um instrumento é variável segundo as características dos participantes que a ele respondem, pelo que é necessário conhecer o seu valor cada vez que o instrumento é aplicado. Neste sentido, procedeu-se ao estudo psicométrico dos instrumentos de recolha de dados, analisando os dados de consistência interna e de validade e fiabilidade.

A validade de um instrumento é o grau de credibilidade que podemos observar nos resultados obtidos (Coutinho, 2014), enquanto a fiabilidade diz respeito à característica ou fator de interesse na amostra em estudo ser alvo de mensuração de modo consistente e reprodutível (Maroco, 2011). Relativamente ao BLRI, abordamos a validade do instrumento procedendo à estatística com análise dos itens para conhecermos a consistência interna, avaliando o coeficiente alfa de Cronbach por item, por dimensão e por valor global, determinando o coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half) e determinando

também o poder discriminativo obtido por intermédio do coeficiente de correlação de Pearson dos diferentes itens com o valor global.

Segundo as orientações de Barrett-Lennard (1986), os dados foram organizados de acordo com as dez questões referentes a cada dimensão de Relação de Ajuda e as respectivas afirmações “positivas” e “negativas”, obtendo-se duas somas: a soma dos itens positivos que funciona como subtotal 1 e a soma dos itens negativos que foi multiplicada por (-1) no sentido de inverter o seu sinal, por ter um significado direcional oposto às afirmações formuladas positivamente, para funcionar como subtotal 2. A adição dos subtotais 1 e 2 constitui a pontuação ou score de cada subescala, que pode variar entre -30 e 30 como já referido.

Em relação aos eventuais resultados, Rocha (2008) cita o autor referenciando que:

(...) os investigadores não devem ficar alarmados ao encontrar qualquer subtotal positivo ou negativo, particularmente no caso de pontuações relativamente baixas ou existência de grande variação nas pontuações obtidas nas quatro escalas diferentes do mesmo colaborador. Desde que uma relação é um produto emergente de dois (ou mais) indivíduos únicos, e “nasce” e vive em condições externas altamente variadas, pode-se esperar que as suas características difiram do perfil de outra relação. Mais, poderia ser uma surpresa em lugar de um resultado esperado, se cada das quatro escalas RI tivesse uma distribuição de características muito semelhantes (...). É verdade que a maioria de pontuações obtidas de colaboradores individuais está praticamente no lado positivo. Pontuações negativas “espalhadas” numa determinada amostra não é fora de comum, (...). Não há nenhum significado absoluto no ponto zero (...) e a priori não foi atribuído um significado a qualquer valor de ordenação. (...) uma pontuação abaixo de zero implica que frequentemente um colaborador está respondendo “não” para itens positivos e/ou “sim” para os negar, e isto sugere que a relação está a falhar substancialmente no aspeto em questão. Pontuações médias em amostras da maioria das categorias de relação tendem a ser mais altas para Nível de Respeito que para outras escalas; e normalmente elas são mais baixas na escala de Incondicionalidade. Os significados para Empatia e Congruência caem frequentemente no meio (Rocha, 2008, p.170).

Há evidência de estabilidade adequada de medida, baseada nos dados de teste e reteste e outras estimativas de confiança, relativamente à fidelidade e validade do BLRI, como refere o seu autor:

Gurman (1977) compilou correlações de confiança de teste-reteste de dez amostras dos quais os coeficientes, quando avaliados para cada escala, são 0,80 e superior. A consistência interna, também calculada a partir do grande conjunto de resultados de relatório de Gurman, produziu um coeficiente de cálculo através das 4 escalas de 0,84. Os resultados implicam que a medida de escala de RI são estáveis e

coesos. O crescimento teórico cuidadoso e variados graus de preparação e revisão do RI, juntos com a alta consistência obtida augurem bem para a validade de medição (Barrett-Lennard, 2003, pp. 99-100).

#### 4.6 – Procedimentos

Interessa relevar alguns dos aspetos formais e éticos fundamentais para um estudo desta natureza, tendo sido asseguradas as diligências necessárias para que fossem cumpridas todas as normas.

O projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu que emitiu parecer favorável (anexo I). Após seleção dos hospitais e serviços, foi apresentada informalmente a intenção de realização do estudo junto de cada diretor e enfermeiro chefe dos serviços envolvidos que autorizaram oralmente, sendo posteriormente apresentado documento formal a solicitar autorização e obtido consentimento dos Conselhos de Administração do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (anexo II) e do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (anexo III), para a colaboração na realização do estudo. Procedimento semelhante ocorreu com os Presidentes das Escolas Superiores de Saúde de Aveiro (anexo IV) e Escola Superior de Saúde de Viseu (anexo V), garantindo assim formalmente a sua aceitação no que respeitou à aplicação dos questionários aos estudantes de enfermagem.

A colaboração dos acompanhantes das crianças e estudantes de enfermagem foi assegurada, garantindo-lhes privacidade e confidencialidade das informações recolhidas e foi obtida a autorização escrita para a participação no estudo (Anexo VI).

A utilização do BLRI está previamente autorizada à orientadora deste estudo, Professora Doutora Amarílis Rocha (Anexo VII), incluindo recomendações de utilização fornecidas pelo autor (anexo VIII).

A aplicação do questionário foi precedida de uma explicação detalhada sobre a finalidade do estudo, a utilização dos dados e a forma de preenchimento, sendo assegurado que o investigador estivesse sempre presente para o esclarecimento de qualquer dúvida que pudesse surgir. A página inicial do questionário descreve os objetivos e as condições gerais do seu preenchimento, bem como as respetivas considerações éticas e deontológicas. Dividido em duas partes, a primeira contempla um espaço reservado ao preenchimento de questões que permitissem respostas às variáveis independentes e a segunda inclui o BLRI com as respetivas orientações de preenchimento.

A recolha de dados foi efetuada no período compreendido entre Fevereiro e Julho de 2014. Em relação aos estudantes de enfermagem, reunimos na instituição de ensino respetiva com vários grupos que tinham concluído o ensino clínico nos serviços dos hospitais mencionados e procedemos à entrega do questionário em várias datas, nomeadamente Fevereiro, Março, Maio e Julho, sendo preenchido em contexto de sala de aula e na presença do investigador e/ou professor da escola. No que respeita aos acompanhantes das crianças, foi aplicado o questionário individualmente durante a sua permanência nos serviços de pediatria dos hospitais selecionados, sendo preenchido na própria unidade/quarto alocado à criança, também na presença do investigador.

#### 4.7 – Análise e tratamento de dados

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 358), “*A finalidade da análise dos dados, independentemente do tipo de dado ou da tradição de pesquisa subjacente, é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa*”. A interpretação de dados quantitativos torna-se mais facilmente analisável através do tratamento estatístico, com o recurso a tabelas para a sua apresentação e compreensão.

Após a recolha dos instrumentos de colheita de dados, procedeu-se à análise dos mesmos validando aqueles que se encontravam corretamente preenchidos. Os dados obtidos – dados sociodemográficos, formativos, clínicos e BLRI foram sujeitos à codificação necessária para a elaboração da base de dados, e procedemos ao tratamento estatístico com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 22.0 para Windows.

Para a classificação do Alfa de Chronbach, baseamo-nos em Pestana e Gageiro (2008) que consideram a consistência interna nos seguintes parâmetros:

- Muito boa (Alpha superior a 0.9);
- Boa (Alpha entre 0.8 e 0.9);
- Razoável (Alpha entre 0.7 e 0.8);
- Fraca (Alpha entre 0.6 e 0.7);
- Inadmissível (Alpha inferior a 0.6).

Efetuámos correlações de Pearson para determinar como as diferentes dimensões se correlacionam entre si, já que é utilizado para medir o grau de relação linear entre 2 variáveis quantitativas. Segundo Fortin (2009), os coeficientes de correlação podem variar entre -1 e +1, sendo que quanto mais próxima de 1 ou -1 mais forte é a associação linear entre as duas variáveis, podendo o  $r$  assumir a seguinte classificação:

- $r < 0,2$  – 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.

Neste intervalo, o valor -1 significa relação linear perfeita negativa mas inversa, ou seja uma variável aumenta e a outra diminui, o valor 0 significa ausência de relação linear e o valor 1 uma relação linear perfeita, em que uma variável aumenta e a outra aumenta também.

Na análise e interpretação dos resultados recorreremos à estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva revela-se de grande utilidade para a caracterização da amostra e a estatística inferencial dá lugar à determinação da confirmação ou infirmação das hipóteses de investigação e se é possível deduzir a existência de relações entre as variáveis.

Para a análise descritiva foram consideradas as frequências absolutas (N) e percentuais (%), a média, limites mínimos e máximos como medidas de tendência central, desvio padrão (Dp) e coeficiente de variação (CV) nas medidas de variabilidade ou dispersão, e Skewness (Sk) e Kurtosis (K) nas medidas de assimetria e achatamento. Foi estudada a normalidade utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e o teste de Shapiro-Wilk (S-W), consoante a amostra em questão.

A variabilidade entre duas variáveis é comparada pelo coeficiente de variação e os dados obtidos são interpretados de acordo com a seguinte escala (Pestana e Gageiro, 2008):

- $CV \leq 15\%$  dispersão é fraca;
- $CV > 15\%$  e  $\leq 30\%$  dispersão é média;
- $CV > 30\%$  dispersão elevada.

Para estabelecermos relações entre as diversas variáveis recorreremos à análise Inferencial, com utilização do Teste T para amostras independentes no sentido de comparar as médias, a análise de variância (ANOVA), os testes não paramétricos U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparar ordenações médias ou hipóteses de igualdade, e ainda o teste de Qui quadrado. Apresentamos e descrevemos de forma sucinta, cada um deles.

- Teste T de Student: utilizado sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e desconhecem-se as respetivas variâncias populacionais;

- Análise de Variância (Anova): consiste em comparar as médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes, ou seja, analisa o efeito de um fator na variável endógena (quantitativa), testando se as médias da variável em cada categoria e a do fator 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 fator, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si;
- Teste U de Mann-Whitney: alternativo ao teste T, sendo preferível quando há violação da normalidade ou quando as variáveis são de nível ordinal e compara o centro de localização de duas amostras como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes;
- Teste de Kruskal-Wallis: é uma extensão do teste U de Mann-Whitney quando necessitamos de utilizar três ou mais situações, utilizado também em alternativa ao One-Way Anova quando não se encontram reunidos os pressupostos como a normalidade e a igualdade de variância, e é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, testando a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização;
- Teste de Qui-Quadrado: utilizado para encontrar um valor de dispersão para duas variáveis nominais, avalia a associação existente entre duas variáveis qualitativas, compara possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um certo evento verificando se a frequência observada se desvia significativamente ou não da frequência esperada, quando as frequências observadas são próximas às esperadas  $\chi^2$  é pequeno, mas se se verificam grandes divergências as frequências também são grandes e  $\chi^2$  assume valores altos;

Ainda dentro da análise inferencial definimos os níveis de significância segundo D' Hainaut (1992) citado por Pestana e Gageiro (2008), porque os critérios de decisão também se baseiam no estudo das probabilidades, confirmando-se a questão se a probabilidade for inferior a 0,005 e rejeitando-se se superior a esse valor:

- $p > 0.05$  - diferenças estatísticas não significativas;
- $p < 0.05$  - diferenças estatísticas significativas;
- $p < 0.01$  - diferenças estatísticas bastante significativas;
- $p < 0.001$  - diferenças estatísticas altamente significativas.

Uma vez que o questionário utilizado engloba uma questão aberta, recorreremos também à análise de conteúdo para tratamento dessas respostas. Como técnica de

tratamento de informação que é pela análise textual utilizada, e não um método, a análise de conteúdo pode integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica, sendo particularmente útil na análise de questões abertas numa investigação por questionário (Vala, 2001). Assim sendo, a análise de conteúdo procura, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores que possibilitem inferir sobre as mesmas e captar os significados da comunicação (Bardin, 2004).

Numa primeira fase começámos por atribuir uma codificação e um número aleatório a cada resposta de cada questionário, sendo que “E” designa estudante e “A” significa acompanhante. Posto isto, realizámos uma leitura cuidadosa das respostas para definir as categorias, surgindo a necessidade de criar subcategorias que enquadrassem a diversidade de respostas, contabilizando também a respetiva frequência, para posterior elaboração da tabela e respetiva análise.



## **5 – Estudo da Relação de Ajuda na perspectiva do estudante**

### **5.1 – Metodologia**

Nesta metodologia dedicada ao estudo referente à perspectiva dos estudantes de enfermagem sobre a relação de ajuda praticada com os acompanhantes das crianças durante a realização de ensinamentos clínicos em pediatria, expomos os procedimentos desenvolvidos, contextualizando o estudo, apresentando as questões de investigação e objetivos, as variáveis, os participantes, o instrumento utilizado e respectiva análise de fiabilidade, os procedimentos e o tipo de tratamento de dados aplicado.

#### **5.1.1 – Contexto do estudo**

O hospital, enquanto instituição de saúde, constitui-se como parceiro com as instituições de formação do ensino superior na formação de futuros profissionais, nomeadamente enfermeiros.

Neste sentido, os vários serviços e especialidades podem agregar a vertente de parceria com as escolas, definindo a participação de vários elementos, docentes e enfermeiros cooperantes/orientadores, formadores e supervisores do ensino clínico, no processo de integração dos estudantes no serviço, no cumprimento dos objetivos a atingir, na adequação das estratégias a mobilizar, na aprendizagem e desenvolvimento de competências, ou seja, na formação pela componente prática do estudante de enfermagem.

A componente de ensino clínico dá cumprimento ao plano de estudos do curso de licenciatura em enfermagem e visa, na área específica da saúde infantil e pediátrica, proporcionar ao estudante experiências clínicas que lhe permitam aplicar os conhecimentos e desenvolver as competências adequadas e necessárias, para a prestação de cuidados à criança e família.

Apesar de o estudante estar sempre acompanhado de um enfermeiro cooperante no desenvolvimento do seu ensino clínico, há uma interação e participação direta nos cuidados à criança e família, pelo que neste estudo nos interessa conhecer a perceção que possuem sobre a relação de ajuda desenvolvida com os acompanhantes de crianças.

### 5.1.2 – Questões de investigação e objetivos

No enquadramento teórico foi revelada a importância da relação de ajuda como instrumento de prestação de cuidados em enfermagem. Devem os estudantes de enfermagem capacitarem-se dessa importância, para a perceberem atempadamente como uma mais-valia no seu desenvolvimento e desempenho competente.

Desta reflexão surgiram as nossas questões de investigação:

- Qual a perspectiva dos estudantes de enfermagem sobre a relação de ajuda proporcionada aos acompanhantes das crianças durante as práticas de ensino clínico?
- Que variáveis sociodemográficas e formativas influenciam a perceção dos estudantes de enfermagem sobre a relação de ajuda desenvolvida durante as práticas de ensino clínico?
- Que sentimentos descrevem os estudantes de enfermagem pela presença de acompanhantes de crianças durante a prestação de cuidados?

Para obtermos respostas plausíveis às questões levantadas delineamos os seguintes objetivos para este estudo:

- Analisar a perceção dos estudantes de enfermagem sobre a relação de ajuda desenvolvida com os acompanhantes das crianças na sua prática em ensino clínico em pediatria;
- Identificar as variáveis sociodemográficas e formativas que influenciam as relações interpessoais (nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência) estabelecidas entre os estudantes de enfermagem e os acompanhantes das crianças;
- Identificar os sentimentos experienciados pelos estudantes de enfermagem na presença de acompanhantes de crianças durante a prestação de cuidados.

### 5.1.3 – Variáveis

Neste estudo foi considerada uma variável dependente ou central e várias variáveis independentes.

#### **Variável dependente**

Relação de Ajuda em que para a sua medição consideramos a metodologia preconizada por Barrett-Lennard (1986), utilizando o BLRI versão MO-40, que a classifica

em quatro dimensões: Nível de Respeito, Compreensão Empática; Incondicionalidade do Respeito e Congruência, estimadas como fundamentais.

### **Variáveis independentes**

Estas variáveis permitem-nos conhecer os participantes do estudo relativamente à sua situação sociodemográfica e formativa, nomeadamente a idade, género, residência, estado civil, instituição hospitalar e serviço onde decorreu o ensino clínico, instituição de ensino, ano de curso e formação em relação de ajuda.

#### **5.1.4 – Participantes**

Os participantes deste estudo são os estudantes de enfermagem da ESSV e ESSUA que realizaram o ensino clínico de pediatria nos serviços de internamento e urgência/SO de Pediatria do CHTV e CHBV. A amostra obtida neste estudo é do tipo não probabilístico, intencional por conveniência constituída por um total de 139 estudantes, 92 da ESSV e 47 da ESSUA.

Definiram-se como critérios de inclusão o desenvolvimento de ensino clínico num serviço de pediatria ou urgência/SO durante o ano letivo a decorrer (2013/2014), a presença em sala nos encontros de partilha de experiências/reunião de final de estágio, organizados por ambas as escolas e a participação de forma livre e esclarecida.

Num total de 179 estudantes inscritos, foram entregues 155 questionários e recebidos 147, dos quais 139 procederam ao seu correto preenchimento, a que corresponde 77,6% do total da amostra, conforme explicado no quadro 4.

Dos estudantes que não preencheram os questionários (N=24), alguns não obedeciam aos critérios, por não se encontrarem em sala nos encontros de partilha de experiências ou por não quererem participar, outros acederam livremente mas depois optaram por não entregar o questionário.

Quadro 4 - Identificação da Amostra de estudantes de enfermagem em função da população em estudo

	População		Instrumentos Entregues		Instrumentos Recebidos		Instrumentos Validados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ESSV	114	63,7	96	51,8	96	53,6	92	51,4
ESSUA	65	36,3	59	31,8	51	28,5	47	26,2
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>83,6</b>	<b>147</b>	<b>82,1</b>	<b>139</b>	<b>77,6</b>

### 5.1.5 – Instrumento

O instrumento de recolha de dados permitiu reunir informação importante para caracterizar sócio demograficamente a amostra, conciliando também dados de natureza académica/formativa e permitindo, através de resposta aberta, a descrição de sentimentos sobre a presença de acompanhantes durante a prestação de cuidados à criança. O questionário inclui ainda o BLRI, na sua versão de MO-40 itens (anexo IX).

Analisando os resultados em relação à fiabilidade do BLRI, a tabela 1 mostra as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item, o que nos permite visualizar o modo como cada um se combina com o valor global.

Em relação aos valores médios e respetivos desvios padrão, podemos observar que nem todos os itens se encontram bem centrados em relação ao ponto médio da escala, oscilando entre os -1,91 no item 33 “*Tolero \_\_\_\_\_ como ele/ela é*” e os 2,77 no item 1 “*Eu respeito \_\_\_\_\_ como pessoa*” com oscilações verificadas nos desvios padrão que se situam entre 0,715 e 2,074.

Reportando-nos aos coeficientes de correlação item total corrigido, os itens 3 “*O interesse que sinto em relação a \_\_\_\_\_ depende das suas palavras e ações*” e 14 “*Os meus sentimentos e atitudes por vezes interferem na minha compreensão de \_\_\_\_\_*” são os que se apresentam mais problemáticos ( $r= 0,091$  e  $r= 0,078$ ), mesmo com correlações que explicam 55,9% e 38,5% da variabilidade, não se revelando homogéneos face a outros itens. Face aos critérios acima apontados e dado que os valores correlacionais são inferiores a 0,2 estes itens deveriam ser eliminados, mas decidimos mantê-los uma vez que optámos por manter a escala com os itens originais. A correlação máxima é obtida no item 26 ( $r=0,523$ ) “*Normalmente sintonizo e compreendo todos os significados do que \_\_\_\_\_ diz*”, explicando 69% da sua variabilidade, mas é no item 5 “*Eu gosto de \_\_\_\_\_*” que verificamos uma maior percentagem de variância explicada (70,3%) para uma correlação  $r=0,414$ . Assim, alguns destes itens deveriam ter sido retirados por não se verificar significância para o total da escala ( $r<0,2$ ), contudo mantiveram-se, dada a importância que os itens possuem para o inventário conforme refere o seu autor.

Olhando para os valores de alfa de Cronbach estes poderão classificar-se de razoáveis pois oscilam entre 0,730 e 0,775 com um alfa global da escala de 0,750. Calculado o índice de fiabilidade pelo coeficiente de bipartição método das metades ou de split half os valores de alfa de Cronbach revelam para a primeira metade um valor alfa de Cronbach  $\alpha=0,434$ , e para a segunda um valor superior ( $\alpha=0,729$ ) e mais aproximado do coeficiente global.

Tabela 1 – Estatísticas e Consistência Interna dos itens do BLRI  
Forma MO-40 Itens

Nº Item	Descrição Item	Média	Dp	r/item total	r <sup>2</sup>	α sem item
1	Eu respeito _____ como pessoa.	2,77	0,715	0,153	0,430	0,748
2	Costumo sentir ou perceber como _____ se está a sentir.	1,99	0,752	0,427	0,456	0,742
3	O interesse que sinto em relação a _____ depende das suas palavras e ações.	-0,62	1,920	0,091	0,559	0,752
4	Costumo assumir um papel diferente na presença de _____.	0,47	2,023	0,226	0,465	0,745
5	Eu gosto de _____.	1,95	1,182	0,414	0,703	0,739
6	Eu escuto as palavras de _____ mas não sei como se sente realmente.	-0,11	1,710	0,292	0,485	0,742
7	Mesmo que _____ se sinta feliz ou triste consigo próprio, não me faz sentir mais ou menos positivo em relação a ele/ela.	-0,04	2,074	-0,301	0,447	0,775
8	Não evito ou deixo para depois nada que seja importante para a nossa relação.	1,63	1,589	0,178	0,440	0,747
9	Sinto-me indiferente em relação a _____.	2,26	1,200	0,330	0,593	0,742
10	Quase sempre percebo o que _____ está a dizer.	1,47	1,310	0,393	0,612	0,739
11	Dependendo das ações de _____ algumas vezes tenho melhor opinião dele/dela do que tenho outras vezes.	-0,55	1,766	0,369	0,496	0,738
12	Sinto que sou autêntico com _____.	2,14	1,201	0,379	0,630	0,740
13	Dou valor e admiro _____ como pessoa.	1,91	1,201	0,389	0,679	0,740
14	Os meus sentimentos e atitudes por vezes interferem na minha compreensão de _____.	-0,74	1,678	0,078	0,385	0,752
15	Gostar ou não gostar de _____ sofre alterações por algo que ele/ela diz acerca dele/dela próprio/própria.	-0,47	1,870	-0,259	0,479	0,770
16	Não mostro as minhas impressões ou sentimentos a _____.	0,01	1,924	0,292	0,526	0,741
17	Penso que _____ seja uma pessoa pouco interessante.	1,86	1,287	0,349	0,477	0,741
18	Percebo o que _____ quer dizer mesmo quando esta a ter dificuldade em se expressar.	1,06	1,512	0,281	0,600	0,743
19	Gostaria que _____ fosse uma pessoa especial.	-0,15	2,007	-0,260	0,539	0,772
20	Estou disposto a dizer o que penso a _____, inclusive sentimentos que tenho em relação a qualquer um de nós, ou como vejo a nossa relação.	0,08	2,018	0,266	0,646	0,743
21	Eu preocupo-me com _____.	2,35	0,946	0,266	0,665	0,745
22	Abstraio-me e não me apercebo dos sentimentos de _____.	1,72	1,532	0,286	0,363	0,742
23	Eu gosto ou respeito certas coisas em relação a ele/ela e há outras coisas que me repugnam.	0,60	1,895	0,471	0,528	0,731
24	Eu posso ser eu mesmo abertamente na nossa relação.	0,74	1,799	0,421	0,625	0,735
25	Eu desaprovo _____.	1,79	1,370	0,280	0,363	0,743
26	Normalmente sintonizo e compreendo todos os significados do que _____ diz.	1,00	1,664	0,523	0,690	0,730
27	Mesmo que _____ esteja a ter bons ou maus pensamentos e sentimentos, isso não afeta o que sinto por ele/ela.	0,88	1,786	0,199	0,533	0,746
28	Por vezes não me sinto confortável com _____ mas continuamos aparentemente a ignorar isso.	-0,12	1,989	0,403	0,593	0,735
29	Sinto que sou amigável e caloroso com _____.	2,24	1,033	0,231	0,439	0,745
30	Não compreendo mesmo o/a _____.	1,88	1,373	0,419	0,568	0,737
31	Por vezes estou realmente agradado com _____ por outras vezes ele/ela desaponta-me.	0,11	1,796	0,423	0,483	0,735
32	Sei exatamente como me sinto em relação a _____. Não me sinto com dificuldade em encarar e admitir algo.	0,71	1,875	0,309	0,568	0,741
33	Tolero _____ como ele/ela é.	-1,91	1,227	-0,303	0,569	0,763
34	Dou valor ao quanto as experiências de _____ significam para ele/ela.	2,12	1,110	0,416	0,617	0,739
35	Por vezes _____ parece ser uma pessoa com mais valor do que noutras vezes.	0,42	1,790	0,325	0,505	0,740
36	Existem alturas em que a minha resposta externa quanto a _____ é diferente do que eu sinto interiormente.	-0,47	2,030	0,195	0,639	0,747
37	Sinto afeto por _____.	1,45	1,514	0,320	0,681	0,741
38	Respondo a _____, muitas vezes de forma automática, nem sempre percebendo o que ele/ela está a sentir.	0,91	1,747	0,382	0,434	0,737
39	Não acho que certas coisas que _____ diz ou faz alterem o que eu sinto por ele/ela.	0,32	1,838	0,194	0,494	0,747
40	Sinto que há coisas, das quais não falamos, que estão a causar dificuldades na nossa relação.	0,96	1,706	0,116	0,335	0,750
<b>Coeficiente Split Half</b>		Primeira metade = 0,434				
<b>Coeficiente alpha Cronbach global</b>		Segunda metade = 0,729				
<b>Coeficiente alpha Cronbach global</b>		0,750				

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentam-se na tabela 2 os parâmetros de validade e de precisão das quatro dimensões da relação de ajuda por subescala, designando por Dimensão 1 - Nível de Respeito; Dimensão 2 - Compreensão empática; Dimensão 3 - Incondicionalidade do respeito e Dimensão 4 - Congruência.

Analisando a **Dimensão 1 - Nível de Respeito**, os itens mais favoráveis são os itens 21 *“Eu preocupo-me com \_\_\_\_\_”* e 5 *“Eu gosto de \_\_\_\_\_”* com  $r=0,557$  e  $r=0,541$  que explicam 54,8% e 51,9% da variabilidade respectivamente, sendo o menos favorável pela menor correlação com os restantes o item 1 *“Eu respeito \_\_\_\_\_ como pessoa”* com  $r=0,274$  para 22,2% de variância explicada. Quanto à validade e consistência desta dimensão obtivemos valores de alfa fracos a razoáveis uma vez que oscilam entre  $\alpha=0,537$  no item 37 *“Sinto afeto por \_\_\_\_\_”* e  $\alpha=0,758$  no item 33 *“Tolero \_\_\_\_\_ como ele/ela é”*.

Para a **Dimensão 2 - Compreensão empática** obtivemos valores de alfa fracos oscilando entre 0,590 no item 26 *“Normalmente sintonizo e compreendo todos os significados do que \_\_\_\_\_ diz”* e 0,686 no item 14 *“Os meus sentimentos e atitudes por vezes interferem na minha compreensão de \_\_\_\_\_”*. Destaca-se que o item 26 é o que apresenta maior valor correlacional ( $r=0,507$ ) explicando 44,8% da sua variabilidade e o de menor correlação é o item 14 ( $r=0,089$ ), sendo também este que apresenta menor variabilidade (3,6%).

Na **Dimensão 3 – Incondicionalidade do respeito** o item que mais se correlaciona com os restantes é o item 35 com  $r=0,446$  *“Por vezes \_\_\_\_\_ parece ser uma pessoa com mais valor do que noutras vezes”* com 34,9% da variabilidade. Os valores de alfa de Cronbach a oscilarem entre 0,106 também no item 35 e 0,441 no item 15 *“Gostar ou não gostar de \_\_\_\_\_ sofre alterações por algo que ele/ela diz acerca dele/dela próprio/própria”* são concordantes com uma fraca consistência interna nesta dimensão.

Para a **Dimensão 4 – Congruência** os resultados com menor expressão são obtidos nos itens 4 *“Costumo assumir um papel diferente na presença de \_\_\_\_\_”* e 40 *“Sinto que há coisas das quais não falamos que estão a causar dificuldades na nossa relação”* cujos valores correlacionais são de  $r=0,032$  e  $r=0,043$  explicando 13,2% e 9,1% da sua variabilidade. O item com maior valor correlacional é o 12 *“Sinto que sou autêntico com \_\_\_\_\_”* com  $r=0,524$  exprimindo 40,9% da variabilidade através dos restantes itens da subescala. Quanto à consistência interna obtiveram-se valores de alfa a oscilarem entre 0,583 no item 28 *“Por vezes não me sinto confortável com \_\_\_\_\_ mas continuamos aparentemente a ignorar isso”* e 0,688 no item 4 *“Costumo assumir um papel diferente na presença de \_\_\_\_\_”* que podem classificar-se de fracos.

Tabela 2 - Consistência Interna dos itens do BLRI por dimensão  
Forma MO-40 Itens

Itens		r/Item total	r <sup>2</sup>	α sem item
<b>Dimensão 1 – Nível de Respeito</b>				
1	Eu respeito _____ como pessoa.	0,274	0,222	0,612
5	Eu gosto de _____.	0,541	0,519	0,547
9	Sinto-me indiferente em relação a _____.	0,396	0,285	0,580
13	Dou valor e admiro _____ como pessoa.	0,492	0,455	0,558
17	Penso que _____ seja uma pessoa pouco interessante.	0,334	0,260	0,594
21	Eu preocupo-me com _____.	0,557	0,548	0,557
25	Eu desaprovo _____.	0,298	0,168	0,604
29	Sinto que sou amigável e caloroso com _____.	0,323	0,333	0,599
33	Tolero _____ como ele/ela é.	-0,504	0,347	0,758
37	Sinto afeto por _____.	0,527	0,517	0,537
<b>Dimensão 2 – Compreensão empática</b>				
2	Costumo sentir ou perceber como _____ se está a sentir.	0,465	0,295	0,628
6	Eu escuto as palavras de _____ mas não sei como se sente realmente.	0,291	0,161	0,642
10	Quase sempre percebo o que _____ está a dizer.	0,359	0,275	0,628
14	Os meus sentimentos e atitudes por vezes interferem na minha compreensão de _____.	0,089	0,036	0,686
18	Percebo o que _____ quer dizer mesmo quando esta a ter dificuldade em se expressar.	0,298	0,250	0,639
22	Abstraio-me e não me apercebo dos sentimentos de _____.	0,300	0,216	0,638
26	Normalmente sintonizo e compreendo todos os significados do que _____ diz.	0,507	0,408	0,590
30	Não compreendo mesmo o/a _____.	0,407	0,323	0,618
34	Dou valor ao quanto as experiências de _____ significam para ele/ela.	0,394	0,312	0,625
38	Respondo a _____, muitas vezes de forma automática, nem sempre percebendo o que ele/ela está a sentir.	0,302	0,172	0,640
<b>Dimensão 3 – Incondicionalidade do respeito</b>				
3	O interesse que sinto em relação a _____ depende das suas palavras e ações.	0,164	0,283	0,245
7	Mesmo que _____ se sinta feliz ou triste consigo próprio, não me faz sentir mais ou menos positivo em relação a ele/ela.	-0,117	0,090	0,385
11	Dependendo das ações de _____ algumas vezes tenho melhor opinião dele/dela do que tenho outras vezes.	0,293	0,304	0,187
15	Gostar ou não gostar de _____ sofre alterações por algo que ele/ela diz acerca dele/dela próprio/própria.	-0,284	0,180	0,441
19	Gostaria que _____ fosse uma pessoa especial.	-0,089	0,113	0,369
23	Eu gosto ou respeito certas coisas em relação a ele/ela e há outras coisas que me repugnam.	0,265	0,323	0,194
27	Mesmo que _____ esteja a ter bons ou maus pensamentos e sentimentos, isso não afeta o que sinto por ele/ela.	0,173	0,252	0,244
31	Por vezes estou realmente agradado com _____ por outras vezes ele/ela desaponta-me.	0,269	0,342	0,197
35	Por vezes _____ parece ser uma pessoa com mais valor do que noutras vezes.	0,446	0,349	0,106
39	Não acho que certas coisas que _____ diz ou faz alterem o que eu sinto por ele/ela.	0,124	0,135	0,266
<b>Dimensão 4 – Congruência</b>				
4	Costumo assumir um papel diferente na presença de _____.	0,032	0,132	0,688
8	Não evito ou deixo para depois nada que seja importante para a nossa relação.	0,187	0,172	0,650
12	Sinto que sou autêntico com _____.	0,524	0,409	0,603
16	Não mostro as minhas impressões ou sentimentos a _____.	0,461	0,289	0,594
20	Estou disposto a dizer o que penso a _____, inclusive sentimentos que tenho em relação a qualquer um de nós, ou como vejo a nossa relação.	0,457	0,348	0,594
24	Eu posso ser eu mesmo abertamente na nossa relação.	0,463	0,325	0,596
28	Por vezes não me sinto confortável com _____ mas continuamos aparentemente a ignorar isso.	0,505	0,333	0,583
32	Sei exatamente como me sinto em relação a _____. Não me sinto com dificuldade em encarar e admitir algo.	0,348	0,331	0,620
36	Existem alturas em que a minha resposta externa quanto a _____ é diferente do que eu sinto interiormente.	0,257	0,288	0,641
40	Sinto que há coisas, das quais não falamos, que estão a causar dificuldades na nossa relação.	0,043	0,091	0,677

Na tabela 3 comparamos os resultados da consistência interna obtidos no BLRI entre a amostra utilizada no nosso estudo e os da escala original. Barrett-Lennard (2003) determinou a estabilidade do Inventário de Relações Interpessoais que se traduziu por uma consistência interna de 0,84. A validade do BLRI foi evidenciada no decurso do processo original de construção do inventário e investigações posteriores com amostras que

permitiram reforçar a ideia de que o BLRI é um instrumento que demonstra uma validade e fiabilidade adequadas.

Os valores de alfa de Chronbach das quatro dimensões no nosso estudo variam entre o fraco nas dimensões *Nível de Respeito*, *Compreensão Empática* e *Congruência* com valores de  $\alpha=0,628$ ,  $\alpha=0,658$  e  $\alpha=0,651$  e o inadmissível na dimensão *Incondicionalidade do Respeito* ( $\alpha=0,296$ ). Salientamos que já o autor, numa fase inicial de construção do Inventário, por dificuldades na exploração da dimensão *Respeito Positivo Incondicional* proposto por Rogers teve necessidade de o dividir em duas dimensões distintas, atualmente designadas de *Nível de Respeito* e *Incondicionalidade do Respeito*, numa tentativa de as tornar menos complexas.

Já o coeficiente de bipartição de Split half apresenta índices mais baixos mas é perfeitamente compreensível, uma vez que há a tendência dos valores de alfa diminuírem face à redução do número de itens. Contudo, nota-se que o valor global de alpha de Cronbach do nosso estudo é razoável pelo valor verificado de  $\alpha=0,750$ , ligeiramente inferior ao obtido na escala original ( $\alpha=0,84$ ) descrito no relatório efetuado por Gurmman e citado por Barrett-Lennard (2003), mas semelhante a outros estudos já citados no ponto 4.5.

Tabela 3 – Alfa de Cronbach do BLRI por dimensões  
Forma MO-40 Itens

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			Alfa global (original)
		(Split-half)		Alfa global	
		Parte 1	Parte 2		
<b>Dimensão 1 – Nível de Respeito</b>	10	0,664	0,256	0,628	≥ 0,80
<b>Dimensão 2 – Compreensão empática</b>	10	0,462	0,635	0,658	≥ 0,80
<b>Dimensão 3 – Incondicionalidade do respeito</b>	10	-0,189	0,557	0,296	≥ 0,80
<b>Dimensão 4 – Congruência</b>	10	0,441	0,473	0,651	≥ 0,80
<b>BLRI global</b>	40	0,434	0,729	0,750	0,84

Apresentamos na tabela 4 a correlação entre as respostas dadas pelos estudantes participantes a cada um dos itens e o resultado em cada uma das dimensões o que permite determinar a validade discriminante do item (convergente/divergente), que se evidencia pela diferença entre a correlação do item com a dimensão a que pertence por comparação com a correlação do item com as dimensões a que não pertence.

Com exceção dos itens 4 e 15 que apresentam correlações mais elevadas com outras dimensões, todos os restantes itens se mostram mais correlacionados com as dimensões em que se incluem, conforme valores apensos a negrito, sendo que maioritariamente se apresentam em segunda ordem mais correlacionados com o total da escala. Salienta-se que os itens 4, 15 e 23 se encontram mais correlacionados com o total da escala do que com a dimensão onde se encontram e não se verifica significância em

vários itens mas, de uma forma geral, não se incluem nas dimensões a que pertencem, sendo que, maioritariamente, o segundo valor correlacional mais elevado é verificado com o total da escala.

Tabela 4 - Correlação dos itens do BLRI com as dimensões  
Forma MO-40 Itens

Nº Item	Itens	Nível Respeito	Compreensão empática	Incondicionalidade do respeito	Congruência	TOTAL
1	Eu respeito _____ como pessoa.	<b>0,389***</b>	0,139ns	0,064ns	0,005ns	0,189*
2	Costumo sentir ou perceber como _____ se está a sentir.	0,299***	<b>0,544***</b>	0,122ns	0,280***	0,458***
3	O interesse que sinto em relação a _____ depende das suas palavras e ações.	0,010ns	0,192*	<b>0,428***</b>	-0,081ns	0,187*
4	Costumo assumir um papel diferente na presença de _____.	0,075ns	0,283***	0,227**	<b>0,255**</b>	0,323***
5	Eu gosto de _____.	<b>0,679***</b>	0,403***	0,038ns	0,229**	0,463***
6	Eu escuto as palavras de _____ mas não sei como se sente realmente.	0,127ns	<b>0,499***</b>	0,208**	0,168*	0,371***
7	Mesmo que _____ se sinta feliz ou triste consigo próprio, não me faz sentir mais ou menos positivo em relação a ele/ela.	-0,142ns	-0,088ns	<b>0,184*</b>	-0,427***	-0,204*
8	Não evito ou deixo para depois nada que seja importante para a nossa relação.	0,062ns	0,176*	0,028ns	<b>0,355***</b>	0,255**
9	Sinto-me indiferente em relação a _____.	<b>0,566***</b>	0,312***	0,174*	0,096ns	0,384***
10	Quase sempre percebo o que _____ está a dizer.	0,354***	<b>0,511***</b>	0,047ns	0,308***	0,448***
11	Dependendo das ações de _____ algumas vezes tenho melhor opinião dele/dela do que tenho outras vezes.	0,021ns	0,295***	<b>0,517***</b>	0,324***	0,445***
12	Sinto que sou autêntico com _____.	0,199*	0,264**	-0,017ns	<b>0,617***</b>	0,431***
13	Dou valor e admiro _____ como pessoa.	<b>0,643***</b>	0,355***	-0,064ns	0,318***	0,440***
14	Os meus sentimentos e atitudes por vezes interferem na minha compreensão de _____.	-0,122ns	<b>0,315***</b>	0,141ns	0,069ns	0,162*
15	Gostar ou não gostar de _____ sofre alterações por algo que ele/ela diz acerca dele/dela próprio/própria.	-0,034ns	-0,262**	<b>-0,026ns</b>	-0,118ns	-0,169*
16	Não mostro as minhas impressões ou sentimentos a _____.	0,187*	0,157ns	-0,045	<b>0,621***</b>	0,380***
17	Penso que _____ seja uma pessoa pouco interessante.	<b>0,527***</b>	0,363***	0,109ns	0,178*	0,406***
18	Percebo o que _____ quer dizer mesmo quando esta a ter dificuldade em se expressar.	0,187*	<b>0,481***</b>	0,039ns	0,230**	0,350***
19	Gostaria que _____ fosse uma pessoa especial.	-0,347***	-0,180*	<b>0,202*</b>	-0,148ns	-0,163*
20	Estou disposto a dizer o que penso a _____, inclusive sentimentos que tenho em relação a qualquer um de nós.	0,281***	0,119ns	-0,145ns	<b>0,625***</b>	0,360***
21	Eu preocupo-me com _____.	<b>0,666***</b>	0,226**	-0,068ns	0,128ns	0,311***
22	Abstraio-me e não me apercebo dos sentimentos de _____.	0,244**	<b>0,486***</b>	0,197*	0,081ns	0,356***
23	Eu gosto ou respeito certas coisas em relação a ele/ela e há outras coisas que me repugnam.	0,258**	0,369***	<b>0,510***</b>	0,336***	0,544***
24	Eu posso ser eu mesmo abertamente na nossa relação.	0,323***	0,380***	-0,053ns	<b>0,613***</b>	0,495***
25	Eu desaprovo _____.	<b>0,510***</b>	0,229**	0,204**	0,087ns	0,343***
26	Normalmente sintonizo e compreendo todos os significados do que diz.	0,396***	<b>0,667***</b>	0,124ns	0,391***	0,583***
27	Mesmo que _____ esteja a ter bons ou maus pensamentos e sentimentos, isso não afeta o que sinto por ele/ela.	0,197*	0,228**	<b>0,417***</b>	-0,005ns	0,285***
28	Por vezes não me sinto confortável com _____ mas continuamos aparentemente a ignorar isso.	0,148ns	0,247**	0,140ns	<b>0,660***</b>	0,485***
29	Sinto que sou amigável e caloroso com _____.	<b>0,481***</b>	0,168*	-0,021ns	0,189*	0,280***
30	Não compreendo mesmo o/a _____.	0,347***	<b>0,558***</b>	0,314***	0,129ns	0,476***
31	Por vezes estou realmente agradado com _____ por outras vezes ele/ela desaponta-me.	0,183*	0,301***	<b>0,501***</b>	0,342***	0,497***
32	Sei exatamente como me sinto em relação a _____. Não me sinto com dificuldade em encarar e admitir algo.	0,254**	0,224**	-0,008ns	<b>0,524***</b>	0,393***
33	Tolero _____ como ele/ela é.	<b>-0,335***</b>	-0,256**	0,023ns	-0,138ns	-0,246**
34	Dou valor ao quanto as experiências de _____ significam para ele/ela.	0,482***	<b>0,519***</b>	0,073ns	0,230**	0,462***
35	Por vezes _____ parece ser uma pessoa com mais valor do que noutras vezes.	0,102ns	0,284***	<b>0,641***</b>	0,099ns	0,405***
36	Existem alturas em que a minha resposta externa quanto a _____ é diferente do que eu sinto interiormente.	-0,155ns	0,127ns	0,228**	<b>0,461***</b>	0,293***
37	Sinto afeto por _____.	<b>0,706***</b>	0,237**	-0,022ns	0,229**	0,388***
38	Respondo a _____, muitas vezes de forma automática, nem sempre percebendo o que ele/ela está a sentir.	0,162*	<b>0,512***</b>	0,272***	0,272***	0,456***
39	Não acho que certas coisas que _____ diz ou faz alterem o que eu sinto por ele/ela.	0,173*	0,097ns	<b>0,381***</b>	0,139ns	0,283***
40	Sinto que há coisas, das quais não falamos, que estão a causar dificuldades na nossa relação.	0,059ns	0,122ns	0,095ns	<b>0,231**</b>	0,201**

Um dos aspetos importantes no estudo da validade e fiabilidade do inventário consiste na determinação da matriz de correlação entre as diversas dimensões e o valor global do inventário. Para Maroco (2011) as correlações não devem ser demasiado elevadas pois esta ocorrência indica-nos que os itens são redundantes, sendo preferível uma correlação moderada entre si, facto que revela uma sensibilidade a facetas diferentes do mesmo constructo. Efetuada a matriz de correlações de Pearson cujos resultados se podem observar na tabela 5, verificamos que as correlações entre as quatro dimensões do BLRI e o seu valor global são na sua totalidade positivas e com diferenças estatísticas altamente significativas o que permite inferir que o aumento do índice médio de uma dimensão implica o aumento na outra com a qual se correlaciona, ou vice-versa. A exceção na matriz verifica-se na dimensão 3 - *Incondicionalidade do Respeito* que tem uma associação considerada muito baixa e não significativa quer com a dimensão 1 - *Nível do Respeito* quer com a dimensão 4 - *Congruência* ( $r= 0,097$  e  $r=0,100$ ).

Os valores correlacionais situam-se entre o muito baixo a moderado oscilando entre os  $r=0,097$  (*Incondicionalidade do Respeito* vs *Nível de Respeito*) e os  $r=0,455$  (*Compreensão Empática* vs *Nível de Respeito*). Mas para o global do BLRI as correlações são moderadas/altas, explicando entre 29,3% com a Dimensão 3 - *Incondicionalidade do Respeito* e 64,4% com a Dimensão 2 - *Compreensão Empática*.

Tabela 5 - Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões do BLRI  
Forma MO-40 itens

Dimensões	Nível de Respeito	Compreensão empática	Incondicionalidade do respeito	Congruência
Compreensão empática	0,455***	---	---	---
Incondicionalidade do respeito	0,097 ns	0,316***	---	---
Congruência	0,283***	0,419***	0,100ns	---
Relações interpessoais (global)	0,621***	0,803***	0,542***	0,729***

ns  $p>0.05$       \*\*\*  $p < 0.001$

### 5.1.6 – Procedimentos

Já foram referidos os procedimentos no capítulo da metodologia geral, pelo que iremos descrever apenas a forma como foram aplicados os questionários aos estudantes de enfermagem.

Após a receção das autorizações da ESSV e ESSUA, contactámos com os professores coordenadores do curso ou responsáveis pelos ensinamentos clínicos, no sentido de os informar e solicitar a sua colaboração na entrega e recolha dos questionários aos estudantes de enfermagem. Demonstraram a sua disponibilidade e facultaram desde logo as datas de agendamento das várias reuniões com os grupos de estudantes que

terminariam os ensinamentos clínicos. Este processo foi facilitador, na medida em que conseguimos reunir em vários encontros pontuais um elevado número de estudantes.

Iniciámos a aplicação dos questionários em Março e terminámos em Julho de 2014. Foi um processo faseado, já que fomos reunindo nas instituições de ensino com vários grupos de estudantes que tinham concluído o ensino clínico de pediatria em vários períodos, concretamente Fevereiro, Maio e Julho de 2014 na ESSUA e Março e Julho de 2014 na ESSV.

O questionário foi preenchido em contexto de sala de aula e na presença do investigador e/ou professor da escola, sendo precedido de uma explicação detalhada sobre a finalidade do estudo, a utilização dos dados e a forma de preenchimento.

A preservação da confidencialidade e anonimato, assim como a garantia do princípio da autonomia com a participação voluntária na colheita de dados foram assegurados.

#### **5.1.7 – Análise e tratamento de dados**

Os dados obtidos com a aplicação do questionário foram analisados informaticamente através do programa estatístico SPSS, versão 22.0. Relativamente ao BLRI os dados foram organizados de acordo com os dez itens referentes a cada dimensão e às respetivas afirmações ditas “positivas” e “negativas”, obtendo-se a pontuação ou score de cada dimensão.

Após obtenção das pontuações das dimensões *Nível de Respeito*, *Compreensão Empática*, *Incondicionalidade do Respeito* e *Congruência*, procedemos à análise descritiva e inferencial, focando a caracterização da amostra e relacionando as dimensões de relação de ajuda com as variáveis sociodemográficas e formativas dos estudantes.

Efetuámos análise de conteúdo para tratamento da questão com resposta livre versando os sentimentos descritos pela presença de acompanhantes de crianças durante a prestação de cuidados.

### **5.2 – Resultados**

Procedemos à apresentação dos dados recolhidos pelo questionário, que nos permitem identificar a perceção dos estudantes sobre o seu desempenho de relação de ajuda e suas dimensões em situações relacionais vividas com os acompanhantes de crianças, que serão apresentados com recurso a tabelas antecidas da respetiva análise.

Os resultados foram obtidos através da análise estatística para os dados do BLRI - Forma MO-40 itens. Tendo em conta que esta versão apresenta, em cada dimensão, scores que podem variar entre -30 e +30, analisámos os valores mínimos, máximos e médios encontrados em cada dimensão e medidas de dispersão e de assimetria, tendo em consideração o quociente entre o valor dessa medida e respetivo erro padrão.

Utilizámos a análise descritiva e a análise inferencial, focando a caracterização da amostra e relacionando as dimensões de relação de ajuda com as variáveis sociodemográficas e formativas dos estudantes.

### **5.2.1 - Caracterização sociodemográfica e formativa da amostra**

Apresentam-se as características sociodemográficas e formativas da amostra em estudo de acordo com a informação obtida pelo questionário.

A tabela 6 mostra-nos que dos questionários aplicados nas duas instituições de ensino selecionadas, num total de 139 questionários corretamente preenchidos, 47 foram entregues por estudantes de enfermagem da ESSUA (33,82%) e 92 por estudantes da ESSV (66,18%), sendo 113 preenchidos por elementos do sexo feminino (81,29%) e 26 do sexo masculino (18,71%).

Nas estatísticas relacionadas com a idade dos estudantes de enfermagem podemos verificar que esta se situa entre os 20 e os 44 anos, estando a média centrada nos 21,87 anos com um desvio padrão a oscilar em torno do valor médio de 2,906 anos. Para os estudantes do sexo feminino que representam 81,3% da totalidade da amostra, a idade mínima é de 20 anos e a máxima de 44 anos, centrando-se a média nos 21,84 anos, com um desvio padrão de 2,966 enquanto para os estudantes do sexo masculino com uma representatividade de 18,7% a idade mínima também é de 20 anos e a máxima de 30 anos, centrando-se a média nos 22,00 anos, com um desvio padrão de 2,683 anos.

Foi realizado o Teste U de Mann-Whitney para verificar se havia diferenças significativas entre o género, verificámos que o sexo masculino apresenta ordenações médias mais elevadas (OM:71,52) em relação ao feminino (OM:69,65), no entanto não se revelam diferenças significativas (UMW=1429,50;  $p=0,825$ ).

Ainda relativamente à idade, as estatísticas revelam que os estudantes da ESSUA apresentam uma idade mínima de 21 anos e uma máxima de 28 anos, ao que corresponde uma idade média de 22,21 anos com um desvio padrão de 1,559 anos e os estudantes de enfermagem da ESSV apresentam uma idade mínima de 20 anos e uma máxima de 44

anos, ao que corresponde uma idade média de 21,70 anos com um desvio padrão de 3,39 anos.

Também pelo Teste U de Mann-Whitney pretendemos verificar se havia diferenças significativas em relação à escola e verificámos que os estudantes da ESSUA apresentam ordenações médias mais elevadas (OM:91,89) em relação aos estudantes da ESSV (OM:58,82), revelando diferenças altamente significativas entre os dois grupos (UMW=1133,00;  $p=0,000$ ).

Quanto aos coeficientes de variação observa-se uma dispersão fraca face às idades médias encontradas por género (13,58% no feminino e 12,19% no masculino), realçando contudo uma dispersão já moderada quando nos referimos às idades médias encontradas por escola, concretamente nos estudantes da ESSV (15,62%).

No que respeita à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP) os valores de assimetria e curtose revelam que as curvas não têm uma distribuição normal, sendo a distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e leptocurtica tanto para cada um dos géneros e instituições de ensino como para a totalidade da amostra, o que é comprovado pelo teste de aderência à normalidade.

Tabela 6 – Estatísticas relativas à idade dos estudantes de enfermagem por género e instituição

Idade Género/Instituição	N	%	Min	Max	Média	DP	CV	Sk/erro	K/erro	K-S	
										Stat.	p
Feminino	113	81,29	20	44	21,84	2,966	13,580	20,860	66,050	0,302	0,000
Masculino	26	18,71	20	30	22,00	2,683	12,195	4,899	5,476	0,269	0,000
ESSUA	47	33,82	21	28	22,21	1,559	7,019	5,763	6,602	0,299	0,000
ESSV	92	66,18	20	44	21,70	3,390	15,622	16,860	44,664	0,331	0,000
<b>Total amostra</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>44</b>	<b>21,87</b>	<b>2,906</b>	<b>13,287</b>	<b>21,184</b>	<b>64,578</b>	<b>0,295</b>	<b>0,000</b>

A tabela 7 sintetiza os resultados obtidos e se há diferenças entre as variáveis sociodemográficas e formativas dos estudantes de enfermagem em função da instituição de ensino.

#### Idade

Devido à amplitude de variação das idades se situar nos 24 anos procedeu-se ao seu agrupamento em classes homogéneas com base nas frequências absolutas, sendo constituídos 3 grupos: 20 anos; 21 anos e  $\geq 22$  anos. Constatámos que 26,6% dos

estudantes têm 20 anos, 36,0% 21 anos e numa percentagem de 37,4% surgem os estudantes com uma idade igual ou superior a 22 anos de idade. Analisando a idade em função da instituição verificámos maior percentagem na ESSV em estudantes com 20 anos (40,2%), enquanto os estudantes com idade igual ou superior a 22 anos são mais representados na ESSUA (61,7%). Entre a idade e instituição de ensino encontrámos diferenças significativas ( $X^2=30,210$ ;  $p=0,000$ ), situando-se estas na ESSV para os estudantes com 20 anos e na ESSUA para os estudantes com idade igual ou superior aos 22 anos. Provavelmente esta diferença pode dever-se ao fato de o ensino clínico decorrer no 3º ano na ESSV e no 4º ano na ESSUA.

### Género

Analisando o género, verificam-se maiores valores percentuais no sexo feminino para ambas as instituições de ensino (85,1% da ESSUA e 79,3% da ESSV). Apenas 14,9% da amostra da ESSUA e 20,7% da ESSV são estudantes do sexo masculino. Não se verificam diferenças significativas entre o género e a instituição de ensino.

### Residência

A maioria dos estudantes reside em meio rural (53,2%), seguindo-se os residentes em meio urbano (46,8%). Entre o local de residência e instituição de ensino encontrámos diferenças significativas ( $X^2=10,509$ ;  $p=0,001$ ), situando-se estas na ESSV para os residentes em meio rural e na ESSUA para os residentes em meio urbano.

### Estado civil

Constatámos que a maioria dos estudantes de enfermagem são solteiros (95,7%), sendo que os restantes 4,3% referem-se a estudantes da ESSV que são casados.

### Local realização do ensino clínico

O ensino clínico foi concretizado no CHBV pelos estudantes da ESSUA que pertencem ao 4º ano de curso e no CHTV para os estudantes da ESSV que frequentam o 3º ano, desenvolvido maioritariamente em contexto de internamento (80,9% e 75% respetivamente). Em relação à globalidade da amostra o local de realização do ensino clínico corresponde a 77% para o internamento e 23% para urgência/SO.

### Formação em relação de ajuda

A maior percentagem dos estudantes referiu que foram ministrados conteúdos de relação de ajuda durante o ensino teórico (61,2%), sendo de realçar contudo que é significativa a percentagem dos que consideraram que não receberam formação em relação de ajuda (38,8%). Analisando por instituição, verificámos que em ambas é maior a percentagem dos estudantes que afirmam ter recebido formação (76,6% na ESSUA vs

53,3% na ESSV), entre os que informaram não terem recebido formação em relação de ajuda a maior percentagem recai nos estudantes da ESSV (46,7%). As diferenças encontradas entre a instituição de ensino e a formação em relação de ajuda são estaticamente significativas como observámos pelo Teste Qui quadrado ( $X^2=7,130;p=0,008$ ).

Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica e formativa dos estudantes de enfermagem em função da instituição de ensino

Instituição	ESSUA		ESSV		Total		Resíduos		X2	P
	N (47)	% (33,8)	N (92)	% (66,2)	N (139)	% (100,0)	ESSUA	ESSV		
<b>Variáveis</b>										
<b>Grupo etário</b>										
20 anos	0	0,0	37	40,2	37	26,6	-5,1	5,1	30,210	0,000
21 anos	18	38,3	32	34,8	50	36,0	0,4	-0,4		
≥ 22 anos	29	61,7	23	25,0	52	37,4	4,2	-4,2		
<b>Gênero</b>										
Feminino	40	85,1	73	79,3	113	81,3	0,8	-0,8	0,678	0,410
Masculino	7	14,9	19	20,7	26	18,7	-0,8	0,8		
<b>Local residência</b>										
Rural	16	34,0	58	63,0	74	53,2	-3,2	3,2	10,509	0,001
Urbana	31	66,0	34	37,0	65	46,8	3,2	-3,2		
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro	47	100,0	86	93,5	133	95,7	1,8	-1,8	Fisher 0,096	
Casado	0	0,0	6	6,5	6	4,3	-1,8	1,8		
<b>Ensino Clínico</b>										
CHBV	47	100,0	0	0,0	47	33,8	11,8	-11,8	Fisher 0,000	
CHTV	0	0,0	92	100,0	92	66,2	-11,8	11,8		
<b>Serviço</b>										
Internamento	38	80,9	69	75,0	107	77,0	0,8	-0,8	0,601	0,438
Urgência/SO	9	19,1	23	25,0	32	23,0	-0,8	0,8		
<b>Ano letivo</b>										
3º ano	0	0,0	92	100,0	92	66,2	-11,8	11,8	Fisher 0,000	
4º ano	47	100,0	0	0,0	47	33,8	11,8	-11,8		
<b>Formação RA</b>										
Sim	36	76,6	49	53,3	85	61,2	2,7	-2,7	7,130	0,008
Não	11	23,4	43	46,7	54	38,8	-2,7	2,7		

Na sequência dos resultados obtidos sobre a formação em relação de ajuda determinaram-se as respostas dos estudantes que afirmaram possuir esta formação por unidades curriculares. Configuram-se na tabela 8 os resultados obtidos e pela sua análise notamos que é em Fundamentos de Enfermagem que se verifica maior número de respostas, sendo que dos 59 estudantes que a referiram (69,4%), pertenciam à ESSUA 24,7% e 44,7% eram da ESSV. Segue-se a Enfermagem em Pediatria, sendo que aqui dos 27,1% dos estudantes que afirmaram ter recebido formação em relação de ajuda nesta unidade curricular, 16,5% eram da ESSUA e 10,6% da ESSV. Ainda com valor considerável, encontramos oito menções para a Psicologia, que equivale a 9,4% dos estudantes deste grupo, sendo que todos pertencem à ESSUA. Isoladamente, ou com valores menos relevantes aparecem outras unidades curriculares como a Enfermagem do Adulto e do

Idoso, Psiquiatria, Saúde Materna, Sociologia, Ética, Cuidados Continuados, Enfermagem Comunitária e Sociologia. De entre todos os estudantes, 4 pertencentes à ESSV (4,7%) afirmaram ter recebido formação em relação de ajuda em todas as unidades curriculares.

Tabela 8 – Respostas dos estudantes que afirmaram ter formação em Relação de Ajuda por Unidades Curriculares

Instituição	ESSUA		ESSV		Total		X2	P
	N (36)	% (42,4)	N (49)	% (57,6)	N (85)	% (100,0)		
Fundamentos Enfermagem	21	24,7	38	44,7	59	69,4	3,610	0,057
Enfermagem Pediatria	14	16,5	9	10,6	23	27,1	4,428	0,035
Saúde Materna	-	0,0	3	3,6	3	3,6	2,285	Fisher 0,259
Sociologia	-	0,0	1	1,2	1	1,2	0,743	Fisher 1,000
Psicologia	8	9,4	-	0,0	8	9,4	12,020	Fisher 0,001
Psiquiatria	4	4,7	-	0,0	4	4,7	5,713	Fisher 0,029
Enfermagem Comunitária	1	1,2	-	0,0	1	1,2	1,377	Fisher 0,424
Enfermagem Adulto e Idoso	5	5,9	-	0,0	5	5,9	7,231	Fisher 0,011
Ética	-	0,0	2	2,4	2	2,4	1,505	Fisher 0,506
Cuidados Continuados	2	2,4	-	0,0	2	2,4	2,788	Fisher 0,176
Todas	-	0,0	4	4,7	4	4,7	3,084	Fisher 0,134

### 5.2.2 – Perceção da relação de ajuda na interação estudante-acompanhante da criança

Efetuada a caracterização sociodemográfica e formativa dos participantes iremos agora proceder à análise descritiva das variáveis que constituem o instrumento de medida e à análise inferencial no sentido de obter respostas às questões de investigação que formulamos e que foram já apresentadas.

Começamos por observar na tabela 9 as estatísticas relativas às dimensões da relação de ajuda.

Em relação à dimensão *nível de respeito* temos um score mínimo de -1 e um máximo de 25, com média de 16,67 e um desvio padrão de 5,69, apresentando um coeficiente de variação com uma dispersão elevada face aos valores médios encontrados. Tendo por base o teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S) considera-se que esta dimensão não apresenta uma distribuição normal, sendo que os valores de assimetria e curtose indiciam distribuição assimétrica enviesada à direita com curva mesocúrtica.

No que diz respeito à dimensão *compreensão empática* verificámos um valor mínimo de -13 e máximo de 28, com média de 11,20 e desvio padrão de 7,28, com uma dispersão elevada face aos valores médios encontrados. Os valores de assimetria e curtose indicam distribuição assimétrica enviesada à direita e manifesta curva leptocurtica, apresentando diferenças estatísticas que indicam que a distribuição não é normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Em relação à *incondicionalidade do respeito* obtivemos um score médio de 0,50, com mínimo de -17 e máximo de 16, com um desvio padrão a oscilar em torno de 6,93. Os coeficientes de variação apresentam uma dispersão elevada quanto aos valores médios encontrados. O teste K-S indica que a distribuição não é normal e os valores de assimetria e curtose apontam para uma distribuição simétrica com curva mesocúrtica.

Na dimensão *congruência* verificámos um score mínimo de -20 e máximo de 30, a que corresponde uma média de 6,15 e um desvio padrão de 9,01, com coeficientes de variação a revelar uma dispersão elevada. Os valores de assimetria e curtose indicam distribuição simétrica para esta dimensão com curva mesocúrtica, comprovado pelo teste de K-S que indica uma distribuição normal que não apresenta diferenças estatísticas ( $p > 0,05$ ).

Tabela 9 - Estatísticas relativas às dimensões da relação de ajuda

	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/SK	K-S	
									Stat.	p
<b>Nível de respeito</b>	-1,00	25,00	16,67	5,69	34,15	-4,13	0,89	-0,43	0,110	0,000
<b>Compreensão empática</b>	-13,00	28,00	11,30	7,28	64,40	-2,13	3,07	-2,85	0,083	0,020
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	-17,00	16,00	0,50	6,93	1376,00	0,61	-0,37	-1,20	0,076	0,049
<b>Congruência</b>	-20,00	30,00	6,15	9,01	146,46	-1,02	1,35	-2,60	0,075	0,053

Realizámos o teste UMW procurando saber se as várias dimensões modificam em função do género e verificámos melhor relação de ajuda nas dimensões *compreensão empática*, *incondicionalidade do respeito* e *congruência* para o sexo feminino e na dimensão *nível de respeito* para o sexo masculino. Em todas as dimensões as diferenças estatísticas não são significativas de acordo com os resultados apresentados na tabela 10, o que nos leva a inferir para esta amostra que as dimensões de relação de ajuda são independentes do género.

Tabela 10 - Teste U de Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e o género

Dimensões	Género		UMW	P
	Feminino	Masculino		
	OM	OM		
Nível de respeito	67,96	78,88	1238,0	0,211
Compreensão empática	71,61	63,00	1287,0	0,325
Incondicionalidade do respeito	72,37	59,71	1201,5	0,148
Congruência	71,12	65,12	1342,0	0,492

No intuito de verificarmos se as dimensões de relação de ajuda diferiam face à idade, efetuámos uma análise de variância, depreendendo-se pelos resultados obtidos e apresentados na tabela 11, que é a dimensão *Nível de Respeito* que apresenta melhor índice em todos os grupos etários, sendo no entanto liderada pelo grupo dos 20 anos (média=17,75) e secundados pelos estudantes com idades iguais ou superiores a 22 anos (média=17,05). São também os estudantes com idade igual ou superior a 22 anos os que manifestam mais *empatia*, mas os mais *congruentes* são os que possuem 20 anos.

Os valores de F são explicativos apenas na *Congruência* e com significância marginal na *Compreensão Empática*. Os testes Post-Hoc indicam que as diferenças se situam entre os grupos dos 21 anos e  $\geq 22$  anos para a *Compreensão Empática* e entre os estudantes dos 20 anos e  $\geq 22$  anos para a *Congruência*. A percentagem de variância explicada é fraca oscilando entre os 0,46% na *Incondicionalidade do Respeito* e os 5,79% na *Congruência*.

Tabela 11 – Análise de variâncias das dimensões da relação de ajuda e grupos etários

Dimensões	20 anos (1)		21 anos (2)		$\geq 22$ anos(3)		F	P	% VE	Teste Tukey (p)		
	Med	Dp	Med	Dp	Med	Dp				1/2	1/3	2/3
Nível de Respeito	17,75	6,18	15,46	5,19	17,05	5,68	1,951	0,146	2,78	-	-	-
Compreensão empática	11,56	7,10	9,48	7,97	12,86	6,38	2,866	0,060	4,04	-	-	0,049
Incondicionalidade respeito	-0,27	6,53	0,70	6,51	0,86	7,64	0,318	0,728	0,46	-	-	-
Congruência	9,43	7,75	6,00	8,88	3,96	9,41	4,182	0,017	5,79	-	0,012	-

Procurámos saber se os índices médios das dimensões da relação de ajuda eram discriminados pelo local de residência. Notámos, pelos resultados apresentados na tabela 12, que os estudantes residentes em meio urbano apresentam índices médios mais altos no que respeita à dimensão *Nível de Respeito*, enquanto os residentes em meio rural revelam índices médios mais elevados nas dimensões *Compreensão Empática*, *Incondicionalidade do Respeito* e *Congruência*. O teste T indica-nos que o local de residência não é explicativo

das dimensões da relação de ajuda por não apresentarem significância estatística, à exceção da *Congruência* com uma significância marginal a 10% ( $t=1,940$ ;  $p=0,054$ ).

Tabela 12 - Teste T entre as dimensões da Relação de Ajuda e a residência

Dimensões	Residência		Urbana		Leven,s P	T	p
	Rural		Média	Dp			
<b>Nível de respeito</b>	16,66	5,81	16,67	5,59	0,886	-0,015	0,988
<b>Compreensão empática</b>	11,56	6,57	11,00	8,04	0,317	0,457	0,648
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	0,68	6,52	0,29	7,41	0,264	0,336	0,738
<b>Congruência</b>	7,52	8,01	4,58	9,85	0,019	1,940	0,054

Na tabela 13 mostramos os resultados obtidos pelo teste UMW realizado para saber em que medida o estado civil discriminava a importância de cada dimensão da relação de ajuda e verificámos que os solteiros revelam melhor relação de ajuda nas dimensões *Incondicionalidade do Respeito* e *Congruência* enquanto os casados manifestam melhor relação de ajuda nas dimensões *Nível de Respeito* e *Compreensão Empática*, não se encontrando diferenças significativas, à exceção da dimensão *Incondicionalidade do Respeito* em que a diferença encontrada já apresenta significância estatística ( $p=0,044$ ), inferindo-se assim que o estado civil tem influência nesta variável.

Tabela 13 - Teste U de Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e o estado civil

Dimensões	Estado Civil	Solteiro	Casado	UMW	P
		OM	OM		
<b>Nível de respeito</b>		70,00	70,08	398,500	0,996
<b>Compreensão empática</b>		69,55	80,00	339,000	0,533
<b>Incondicionalidade do respeito</b>		71,46	37,58	204,500	0,044
<b>Congruência</b>		70,86	50,83	284,000	0,233

Procurámos saber se os índices médios das dimensões da relação de ajuda eram discriminados pelo local de realização de ensino clínico e escola. Verificámos, pelos resultados apresentados na tabela 14 e obtidos pelo teste UMW, que os estudantes da ESSUA que realizaram o ensino clínico no CHBV apresentam melhores médias no que respeita às dimensões *compreensão empática* e *incondicionalidade do respeito*, enquanto os estudantes da ESSV que desenvolveram o ensino clínico no CHTV revelam índices médios mais elevados nas dimensões *nível de respeito* e *congruência*. Porém, as diferenças encontradas só se mostraram significativas para as dimensões *incondicionalidade do*

*respeito* e *congruência*, inferindo-se assim da relação de dependência face a estas dimensões.

Tabela 14 - Teste U de Mann-Whitney entre as dimensões da Relação de Ajuda e local de ensino clínico/escola

<b>Dimensões</b>	<b>Ensino Clínico</b>	<b>CHBV/ESSUA</b>	<b>CHTV/ESSV</b>	<b>UMW</b>	<b>P</b>
	<b>OM</b>	<b>OM</b>			
<b>Nível de respeito</b>	65,10	72,51	1931,500	0,304	
<b>Compreensão empática</b>	72,81	68,57	2030,000	0,556	
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	82,72	63,50	1564,000	0,008	
<b>Congruência</b>	52,16	79,11	1323,500	0,000	

Realizámos o teste UMW procurando também saber em que medida o serviço onde os estudantes realizaram o ensino clínico discriminava a importância de cada dimensão da relação de ajuda e verificámos que as ordenações médias eram maiores na urgência/SO para todas as dimensões, exceção encontrada na dimensão *incondicionalidade do respeito* em que obtivemos as maiores ordenações médias no internamento. Em todas as dimensões a diferença estatística não é significativa, conforme resultados apresentados na tabela 15, pelo que inferimos que o serviço onde os estudantes realizaram o ensino clínico não é explicativo das dimensões de relação de ajuda.

Tabela 15 - Teste U de Mann-Whitney entre as dimensões da Relação de Ajuda e serviço

<b>Dimensões</b>	<b>Serviço</b>	<b>Internamento</b>	<b>Urgência/SO</b>	<b>UMW</b>	<b>P</b>
	<b>OM</b>	<b>OM</b>			
<b>Nível de respeito</b>	69,04	73,20	1609,500	0,607	
<b>Compreensão empática</b>	68,57	74,78	1559,000	0,443	
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	70,87	67,09	1619,000	0,641	
<b>Congruência</b>	66,42	81,98	1328,500	0,055	

Para saber se as dimensões da relação de ajuda eram influenciadas pelo ano de Curso a que pertenciam os estudantes no momento de realização de ensino clínico efetuámos um teste T de Student para amostras independentes. Os resultados da tabela 16 indicam que os estudantes do 3º ano revelam médias mais elevadas nas dimensões *Nível do respeito* e *Congruência*, enquanto os do 4º ano manifestam valores mais elevados nas dimensões *Compreensão empática* e *Incondicionalidade do respeito*. Pelo valor p do teste de Levene, verificámos a inexistência de diferenças estatísticas para os dois anos de curso

em relação às dimensões *nível de respeito* e *compreensão empática* e diferenças significativas na dimensão *incondicionalidade do respeito* ( $p= 0,005$ ) e bastante significativa na dimensão *congruência* ( $p=0,000$ ).

Tabela 16 - Teste T entre as dimensões da Relação de Ajuda e ano de curso

Ano de Curso	3º		4º		Leven,s P	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
<b>Nível de respeito</b>	16,83	6,04	16,34	4,96	0,157	0,485	0,628
<b>Compreensão empática</b>	11,15	7,49	11,59	6,91	0,887	-0,339	0,735
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	-0,66	6,79	2,78	6,68	0,850	-2,848	0,005
<b>Congruência</b>	8,46	7,54	1,61	9,95	0,013	4,531	0,000

Analisámos a relação existente entre as dimensões de relação de ajuda e a respetiva formação adquirida durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem, partindo do pressuposto que terem formação na área traduzia influência na relação de ajuda. Utilizámos o teste T de Student para amostras independentes, cujos resultados se apresentam na tabela 17. Os valores de p do teste de Levene indicam que as variâncias são homogêneas e, analisando os valores de t, verificámos a inexistência de diferenças estatísticas significativas entre todas as dimensões da relação de ajuda e os estudantes que mencionaram ter tido, ou não, formação em relação de ajuda. Assim, os resultados apresentados demonstram que a formação em relação de ajuda dos estudantes de enfermagem não teve influência nas várias dimensões como pressuposto, mas reforçamos que todas as dimensões apresentam índices mais elevados nos estudantes que referiram ter tido formação em relação de ajuda.

Tabela 17 - Teste T entre as dimensões da Relação de Ajuda e formação em relação de ajuda

Formação RA	Sim		Não		Leven,s P	T	p
	Média	Dp	Média	Dp			
<b>Nível de respeito</b>	17,10	5,36	15,98	6,15	0,287	1,136	0,258
<b>Compreensão empática</b>	11,61	6,86	10,81	7,93	0,759	0,628	0,531
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	0,54	7,10	0,44	6,71	0,872	0,080	0,936
<b>Congruência</b>	6,63	9,39	5,38	8,39	0,860	0,794	0,429

### 5.2.3 – Sentimentos vivenciados pelos estudantes de enfermagem

Relativamente à questão aberta “Que sentimentos consegue descrever por ter a presença de acompanhantes de crianças durante a sua prestação de cuidados enquanto

estudante?”, obtivemos várias respostas curtas que codificámos, organizámos e categorizamos para análise e interpretação, conforme exposto no quadro 6.

A leitura e análise qualitativa das respostas foi condicionada por uma análise prévia dos aspetos positivos e negativos das dimensões da Relação de Ajuda propostas por Barrett-Lennard em estudo na abordagem quantitativa – Nível de Respeito, Compreensão Empática, Incondicionalidade do Respeito e Congruência – conforme apresentado no enquadramento teórico (ponto 2.2). Tendo em conta a perspectiva do autor, que identifica e descreve cada dimensão baseada em sentimentos positivos e negativos, nomeadamente nas dimensões *Nível de Respeito* e *Incondicionalidade do Respeito*, analisámos as respostas dos estudantes acerca da questão sobre os sentimentos vivenciados, de acordo com essas duas categorias: sentimentos positivos e sentimentos negativos. A análise permitiu concluir cinco subcategorias em cada categoria e extraímos unidades de registo ilustrativas de cada uma das subcategorias, que são as descrições dos estudantes em relação aos sentimentos que vivenciaram. Foi efetuada a devida quantificação e identificação (E: estudante).

Os estudantes manifestam em maior número os sentimentos negativos (N=122) que são liderados pelas subcategorias Insegurança/nervosismo (N=46) e Ansiedade/medo/receio (N=34), seguidos do sentimento de ser observado e julgado (N=21), o desprezo e a pressão (N=15) e, em número mais reduzido, o facto de percecionarem que os acompanhantes não gostam ou desconfiam (N=6).

Em relação aos sentimentos positivos (N=88), encontrámos predominantemente o reconhecimento de ser uma mais-valia para a criança (N=35), mas também foram manifestados a tranquilidade/segurança (N=25), a compreensão e apoio (N=18), o carinho e a amizade (N=11) e a responsabilidade e o respeito (N=10).

Salientamos pela nossa análise, o facto de em inúmeros relatos surgir um misto de sentimentos negativos com sentimentos positivos, como por exemplo a ansiedade e receio enquanto sentimento negativo são quase sempre manifestados associados a um sentimento positivo, principalmente o reconhecimento de ser uma mais-valia para a criança, pelo afeto, proteção, calma e conforto que o acompanhante pode proporcionar.

Quadro 5 – Sentimentos manifestados pelos estudantes face à presença das mães durante a prestação de cuidados à criança

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	N
Sentimentos positivos	Carinho/Amizade	“Amizade, carinho, empatia” (E17) “Carinho, afeto, preocupação (E25) “Felicidade, harmonia” (E69)	11
	Responsabilidade/ Respeito	“É algo que suscita mais responsabilidade, em vez de um doente é quase como se tivéssemos dois” (E49) “Respeito, confiança” (E64) “Respeito pela autonomia do cuidador” (E73)	10
	Mais-valia para a criança	“Muito importante a presença de um acompanhante que apoie a criança” (E31) “É indispensável para minimizar os efeitos negativos do internamento na criança” (E36)	35
	Tranquilidade/ Segurança	“Sentimento de segurança e interajuda” (E21) “Transmite uma maior segurança na medida em que estes conhecem melhor a criança e podem ajudar a identificar melhor algum problema “ (E71) “Alegria e tranquilidade” (E90)	25
	Compreensão/Apoio	“Senti apoio sobretudo...isso facilita o nosso trabalho” (E55) “É positivo e compreendem a nossa posição, apoiam” (E126)	18
TOTAL			88
Sentimentos negativos	Observada/Julgada	“Sinto-me observada e julgada” (E1) “Receio e hesitação por me sentir observada e alvo de algum julgamento por parte dos acompanhantes” (E118) “Sinto-me observada e julgada fico mais apreensiva” (E90)	21
	Ansiedade/Medo/ Receio	“Preocupação e receio” (E70) “Provocou-me algum receio por não transmitir segurança não só a criança como ao prestador de cuidados, insegurança, preocupação” (E109) “Nervosismo, medo, ansiedade, sensação de falta de capacidades” (E122)	34
	Desprezo/Pressão	“Sinto maior pressão porque há sempre muita atenção e preocupação e tenho um enorme medo de falhar” (E15) “Tendo o acompanhante ao lado aumenta mais a pressão sobre o procedimento em questão” (E48)	15
	Insegurança/ Nervosismo	“Irritabilidade devido à maneira de ser dos pais, por vezes insegurança...” (E93) “É bastante frustrante, cria uma certa pressão, nervosismo” (E100)	46
	Não gostam/ Desconfiam	“Os pais são muito persistentes, o que faz com que se tornem por vezes inconvenientes, não gostam” (E59) “Muitos dos acompanhantes mostram insegurança e desconfiança durante a nossa prestação de cuidados” (E67) “Não gostam que sejamos nós a fazer algum procedimento ao filho” (E97)	6
TOTAL			122

### 5.3 - Conclusões

O questionário aplicado aos estudantes de enfermagem englobou questões direcionadas à caracterização da amostra, uma questão aberta relacionada com os sentimentos vivenciados pela presença de acompanhantes de crianças durante a prestação de cuidados e o Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard (BLRI) na Forma MO-40 itens. Da investigação efetuada, pretendemos nesta parte evidenciar os resultados mais significativos e que nos permitiram tirar algumas conclusões:

#### **Caracterização dos participantes no estudo:**

- Dos 139 estudantes inquiridos, 113 eram do sexo feminino e 26 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 44 anos e rondando a média dos 21,87 anos, não se verificando diferenças significativas entre as duas instituições;
- Dos 139 estudantes inquiridos, 92 eram da ESSV e 47 da ESSUA, situando-se a média das idades nos 21,70 anos para os estudantes da ESSV e 22,21 anos para os da ESSUA;
- Entre a idade e as instituições de ensino encontramos diferenças significativas, sendo para os estudantes com 20 anos na ESSV e para os estudantes com idade igual ou superior aos 22 anos na ESSUA;
- No que diz respeito a área de residência, a maioria dos estudantes reside em meio rural, havendo diferenças significativas para os estudantes da ESSV residentes em meio rural e da ESSUA residentes em meio urbano;
- Sobre o estado civil, concluímos que os estudantes são maioritariamente solteiros, encontrando estudantes casados apenas na amostra de estudantes da ESSV;
- Os estudantes da ESSV desenvolveram ensino clínico de pediatria no CHTV durante o 3º ano de curso, enquanto os estudantes da ESSUA cumpriram o ensino clínico no CHBV durante o 4º ano, sendo desenvolvido maioritariamente em contexto de internamento;
- Sobre formação em relação de ajuda, maior percentagem de estudantes refere ter obtido essa formação durante o ensino teórico, mas é significativa a percentagem de estudantes que afirmaram não ter tido qualquer tipo de formação nesta área, principalmente na ESSV;

- Quanto às unidades curriculares nas quais os estudantes obtiveram formação em relação de ajuda, a mais referenciada é Fundamentos de Enfermagem, seguida de enfermagem em pediatria.

#### **Perceção da Relação de Ajuda (BLRI):**

- Pelos valores médios encontrados concluímos que os estudantes pontuam mais as dimensões *nível de respeito* e *compreensão empática* para com os acompanhantes de crianças e menos a *incondicionalidade do respeito* e *congruência*;
- Os coeficientes de variação revelam uma dispersão elevada de respostas para todas as dimensões, que variam entre as cotações mínimas e máximas, de -1 para 25 no *Nível de respeito*, -13 para 28 na *compreensão empática*, -17 para 16 na *incondicionalidade do respeito* e -20 para 30 na *congruência*;
- Rapazes e raparigas são consonantes na perspectiva que têm das dimensões de relação de ajuda para com os acompanhantes de crianças, embora as raparigas apresentem valores um pouco mais elevados com exceção para a dimensão *nível de respeito*, mas as diferenças não são significativas;
- Os grupos etários apresentam diferenças estatísticas significativas apenas na dimensão *congruência* e as médias permitem verificar que esta dimensão decresce com o aumento da idade; o nível de respeito decresce dos 20 para os 21 anos e volta a ter médias mais elevadas no grupo etário  $\geq 22$  anos; a *compreensão empática* aumenta no grupo  $\geq 22$  anos e diminui no grupo dos 21 anos; a *incondicionalidade do respeito* tem ordenações médias baixas e flutuantes de acordo com os grupos etários;
- Residir em meio rural ou urbano não tem implicações sobre a perspectiva que os estudantes têm da relação de ajuda proporcionada aos acompanhantes das crianças, embora os estudantes que residem em meio rural tenham ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões à exceção do *nível de respeito* em que são semelhantes em ambos os locais de residência;
- Verificámos que o estado civil não tem poder explicativo sobre as dimensões da relação de ajuda, à exceção da dimensão *incondicionalidade do respeito* que apresenta ordenações mais elevadas nos estudantes solteiros; concluímos também que os estudantes solteiros apresentam maior *incondicionalidade do respeito* e *congruência* e os casados maior *compreensão empática*, sendo o *nível de respeito* semelhante em ambos os grupos;

- Em relação à instituição de ensino e o local de realização de ensino clínico, constatámos que os estudantes da ESSV que realizaram o estágio no CHTV têm maior *nível de respeito e congruência*, enquanto os estudantes da ESSUA que realizaram o ensino clínico no CHBV têm maior *compreensão empática e incondicionalidade do respeito*; verificámos ainda estas duas variáveis são preditoras das dimensões *incondicionalidade do respeito e congruência*;
- Não se verificaram diferenças estatísticas significativas em relação ao serviço onde os estudantes realizaram o ensino clínico e as dimensões da relação de ajuda, notando-se apenas uma significância marginal na *congruência* que apresenta ordenações médias mais elevadas na urgência/SO;
- Os valores médios conclusivos das cotações atribuídas pelos estudantes segundo o ano de curso decrescem do 3º para o 4º ano nas dimensões *nível de respeito e congruência* e aumentam nas dimensões *compreensão empática e incondicionalidade do respeito*, constatando-se diferenças estatísticas significativas na *incondicionalidade do respeito* e bastante significativas na *congruência*;
- Sobre a formação em relação de ajuda, verificámos que não evidencia influências sobre as dimensões da relação de ajuda, ou seja, não é pelo facto de os estudantes terem recebido essa formação que vão manifestar maior *nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito* ou *congruência*; contudo, notamos que todas as dimensões apresentam índices mais elevados nos estudantes que referiram ter recebido formação nesta área.

## Sentimentos

- Sobre os sentimentos referidos pelos estudantes em relação à presença de acompanhantes das crianças durante a prestação de cuidados, são evidenciados os de expressão negativa, principalmente a ansiedade, medo e receio;
- Salientamos o reconhecimento por parte dos estudantes da mais-valia que representa para a criança o facto de estar sempre acompanhada por um familiar.

## **6 – Estudo da Relação de Ajuda na perspectiva dos acompanhantes**

### **6.1 – Metodologia**

Nesta metodologia dedicada ao estudo referente à perspectiva dos acompanhantes de crianças sobre a relação de ajuda praticada pelos estudantes de enfermagem durante a realização de ensinamentos clínicos em pediatria, apresentamos os procedimentos desenvolvidos, contextualizando o estudo, apresentando as questões de investigação e objetivos, as variáveis, os participantes, o instrumento utilizado com respetiva análise de validade e fiabilidade, os procedimentos e o tipo de tratamento de dados aplicado.

#### **6.1.1 – Contexto do estudo**

Como já referido no capítulo anterior, o hospital constitui-se como parceiro com as instituições de formação do ensino superior na formação de futuros profissionais, nomeadamente enfermeiros.

Neste sentido, os vários serviços e especialidades estão continuamente a integrar estudantes para que possam receber formação prática, o que implica alterações na dinâmica do seu funcionamento. Por outro lado, os clientes estão a ser utilizados como material didático para esta formação de enfermeiros, o que pode conduzir a alguns problemas e dilemas.

É certo que a componente de ensino clínico permite dotar o estudante de ferramentas credíveis, adequadas e necessárias a uma prestação de cuidados segura, digna e coerente com a situação, mas não nos podemos esquecer que os direitos de cada cliente têm de ser sempre ponderados em relação aos interesses de terceiros (Thompson, Melia e Boyd, 2004).

Na pediatria, onde as crianças são permanentemente acompanhadas por uma pessoa significativa, estão subjacentes os direitos também dessa pessoa de família, a sua liberdade de escolha e o respeito pela sua privacidade. Importa ouvir a sua opinião sobre a participação de estudantes de enfermagem nos cuidados à criança que acompanham, obter ou não o seu consentimento, conhecer a sua perspectiva sobre a relação estabelecida com estes estudantes, pois apesar de acompanhados sempre pelo docente ou enfermeiro

cooperante, têm igualmente a responsabilidade de atuarem e se exporem de forma correta, digna e adequada ao contexto e situação, aceitando qualquer recusa ou maior vulnerabilidade por parte da família.

Salientamos a passagem recente da pediatria para a extensão da receção de crianças até aos 18 anos inclusive e a indispensabilidade de adequar a estrutura física dos serviços a esta realidade. Cada quarto pode ter crianças do sexo masculino e feminino, o que pode tornar-se constrangedor, principalmente na fase da adolescência. Contudo, salientamos a preocupação da equipa de enfermagem em providenciar estratégias de maior privacidade e gestão das admissões com uma distribuição nos quartos, dentro do possível, tendo em conta este facto.

### **6.1.2 – Questões de investigação e objetivos**

Já foi referida a importância da relação de ajuda como instrumento de prestação de cuidados em enfermagem e, na pediatria, falar e pensar na criança pressupõe sempre falar e pensar a família que a acompanha. Logo, entender esta temática origina uma preocupação especial em compreender as implicações sobre os acompanhantes das crianças, já que para eles o cuidado transcende a técnica/procedimentos, sentindo-se acolhidos quando os profissionais demonstram atitudes de respeito, carinho, compreensão e atenção, numa proximidade que favorece o desenvolvimento de elos de confiança e sentimentos de gratidão pelo cuidado prestado e atenção dispensada (Molina, Fonseca, Waidman e Macon, 2009).

Desta reflexão surgiram as nossas questões de investigação:

- Qual a perspectiva dos acompanhantes das crianças sobre o desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem durante as práticas de ensino clínico?
- Que variáveis sociodemográficas e clínicas influenciam a perceção dos acompanhantes das crianças sobre o desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem durante as práticas de ensino clínico?
- Que sentimentos descrevem os acompanhantes das crianças quando os cuidados são prestados por estudantes de enfermagem?

Para obtermos respostas plausíveis às questões levantadas delineamos os seguintes objetivos que perspetivamos concretizar com este estudo:

- Analisar a perceção dos acompanhantes das crianças sobre o desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem no processo de cuidados;

- Identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas que influenciam as relações interpessoais (nível de respeito; compreensão empática; incondicionalidade do respeito e congruência) estabelecidas entre os acompanhantes de crianças e os estudantes de enfermagem;
- Identificar os sentimentos vivenciados pelos acompanhantes das crianças acerca da participação de estudantes de enfermagem no desenvolvimento dos respetivos ensinamentos clínicos.

### **6.1.3 – Variáveis**

Neste estudo, à semelhança do estudo anterior para os estudantes de enfermagem, foi considerada uma variável dependente ou central e várias variáveis independentes.

#### **Variável dependente**

Para medição desta variável considerámos também a metodologia preconizada por Barrett-Lennard (1986) e utilizámos o BLRI Versão OS-40, que classifica a relação de ajuda em quatro dimensões: nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência, estimadas como fundamentais e que são considerados as principais variáveis a estudar.

#### **Variáveis independentes**

Estas variáveis permitem-nos conhecer os acompanhantes das crianças participantes no estudo relativamente à sua situação sociodemográfica e clínica, nomeadamente idade, género, residência, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, instituição hospitalar e serviço, motivo de admissão/internamento da criança, tempo de internamento, internamentos anteriores, parentesco com a criança, consentimento e forma como tiveram conhecimento da presença de estudantes no serviço.

### **6.1.4 – Participantes**

Consideraram-se para este estudo todos os acompanhantes de crianças internadas nos serviços de Pediatria do CHTV e CHBV, durante o período em que se desenvolveram ensinamentos clínicos de estudantes de enfermagem. A amostra obtida neste estudo é do tipo não probabilístico, intencional por conveniência constituída por um total de 73 acompanhantes, 23 do CHTV e 50 do CHBV.

Dos 90 questionários entregues, apenas 88,9% foram devolvidos, sendo que destes sete não estavam corretamente preenchidos, pelo que concluímos com 81,1% a que correspondeu uma amostra de 73 participantes, conforme apresentado no quadro 6.

Apesar da presença contínua do investigador, houve situações que impossibilitaram as mães de devolverem o questionário, apesar da aceitação livre para o seu preenchimento, que se prenderam com complicações do estado clínico da criança, ausência para realização de meios complementares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas e transferência para outro estabelecimento hospitalar.

Quadro 6 - Identificação da Amostra de acompanhantes de crianças

	Instrumentos Entregues		Instrumentos recebidos		Instrumentos Validados	
	N	%	N	%	N	%
CHTV	30	33,3	24	26,7	23	25,6
CHBV	60	66,7	56	62,2	50	55,5
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>88,9</b>	<b>73</b>	<b>81,1</b>

Definiram-se como critérios de inclusão serem acompanhantes de crianças internadas no serviço de pediatria ou Urgência/SO durante o desenvolvimento de ensinos clínicos de estudantes de enfermagem; saberem ler e escrever; participarem de forma livre e esclarecida e criança sujeita a prestação de cuidados por estudantes de enfermagem em pelo menos um turno, que não o turno referente à sua admissão.

Salientamos que todos os acompanhantes eram mães das crianças hospitalizadas, pelo que a variável “Parentesco com a criança” não foi tratada estatisticamente, expondo os dados com a designação de Mães.

Também no que respeita à variável “Instituição hospitalar e Serviço”, não obtivemos mães da Urgência/ SO que reunissem critérios de inclusão ou, se os reuniam, não aceitarem responder ao questionário, pelo que esta variável distingue apenas a instituição hospitalar (CHTV ou CHBV).

### 6.1.5 – Instrumento

O instrumento de recolha de dados permitiu reunir informação importante para caracterizar sócio demograficamente a amostra de mães, conciliando também dados de natureza clínica da criança internada e permitindo, através de resposta aberta, a descrição de sentimentos sobre a participação de estudantes de enfermagem na prestação de cuidados à criança. O questionário incluí ainda o BLRI, na sua versão OS-40 itens (anexo X).

Analisando os resultados em relação à fiabilidade do BLRI, a tabela 18 mostra as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item, o que nos permite visualizar o modo como cada um se combina com o valor global.

Em relação aos valores médios e respetivos desvios padrão, podemos observar que nem todos os itens se encontram bem centrados em relação ao ponto médio da escala, oscilando entre os -1,71 no item 40 “*Eu acredito que \_\_\_\_\_ tem sentimentos que não me diz para que a nossa relação não seja afetada*” e os 2,89 no item 1 “*\_\_\_\_\_ respeita-me*” com oscilações verificadas nos desvios padrão que se situam entre 0,515 e 1,932.

Reportando-nos aos coeficientes de correlação item total corrigido, os itens 1 “*\_\_\_\_\_ respeita-me*”, 14 “*A própria atitude do(a) \_\_\_\_\_ em relação às coisas que eu faço ou digo interfere com a forma como ele me compreende*” e 19 “*\_\_\_\_\_ quer que eu seja uma pessoa especial*” são os que se apresentam mais problemáticos ( $r = 0,092$ ,  $r = 0,026$  e  $r = 0,084$ ), mesmo com correlações que explicam 77,7%, 67,5% e 77,1% da variabilidade, não se revelando homogêneos face a outros itens. Face aos critérios acima apontados e dado que os valores correlacionais são inferiores a 0,2 estes itens deveriam ser eliminados, mas decidimos mantê-los uma vez que optámos por manter a escala com os itens originais. A correlação máxima é obtida no item 30 ( $r = 0,705$ ) “*\_\_\_\_\_ não me compreende*”, explicando 79,3% da sua variabilidade, mas é no item 29 “*\_\_\_\_\_ é simpático(a) e carinhoso(a) comigo*” que verificámos uma maior percentagem de variância explicada (92,5%) para uma correlação  $r = 0,260$ . Assim, alguns destes itens deveriam ter sido retirados por não se verificar significância para o total do inventário ( $r < 0,2$ ), contudo mantiveram-se, dada a importância que os itens possuem para o inventário conforme refere o seu autor.

Olhando para os valores de alfa de Cronbach estes poderão classificar-se de bons pois oscilam entre 0,873 e 0,893 com um alfa global da escala de 0,883. O coeficiente de bipartição método das metades ou de split half revela para a primeira metade um valor de alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,779$ ), e para a segunda um valor superior ( $\alpha = 0,805$ ) e mais aproximado do coeficiente global.

Tabela 18 – Estatísticas e Consistência Interna dos itens do BLRI  
Forma OS-40 Itens

Nº Item	Descrição Item	Média	Dp	r/item total	r <sup>2</sup>	α sem item
1	_____ respeita-me.	2,89	0,515	0,092	0,777	0,883
2	_____ normalmente sente ou compreende o que eu estou a sentir.	1,14	1,895	0,665	0,890	0,874
3	O interesse do(a) _____ por mim, depende das minhas palavras ou acções (ou da forma como eu actuo).	0,32	1,870	0,123	0,597	0,885
4	Eu sinto que o(a) _____ assume um papel diferente quando está comigo.	0,90	1,865	0,317	0,696	0,881
5	_____ gosta verdadeiramente de mim.	1,08	1,038	0,518	0,768	0,879
6	_____ reage às minhas palavras mas não percebe como me sinto.	-0,07	1,888	0,696	0,776	0,873
7	Quer eu esteja feliz ou infeliz comigo própria/o, isso não faz qualquer diferença no modo como _____ se sente em relação a mim.	1,23	1,897	-0,250	0,754	0,893
8	_____ não evita nada que seja importante para a nossa relação	0,90	1,850	0,424	0,791	0,879
9	_____ sente indiferença por mim.	2,29	1,007	0,420	0,835	0,880
10	_____ quase sempre percebe exactamente o que eu quero dizer.	0,33	1,915	0,677	0,871	0,873
11	Dependendo do meu comportamento em situações diferentes, _____ tem melhor (ou pior) opinião sobre mim.	-0,96	1,541	0,329	0,770	0,881
12	Eu sinto que _____ é autêntico/a comigo.	1,33	1,537	0,620	0,845	0,876
13	Sinto que sou valorizada/o e apreciada/o por _____.	1,77	1,087	0,502	0,708	0,879
14	A própria atitude do(a) _____ em relação às coisas que eu faço ou digo interfere com a forma como ele me compreende.	-1,19	1,266	-0,026	0,675	0,886
15	Independentemente do que eu diga sobre mim próprio(a), _____ gosta (ou não gosta) de mim de igual modo.	1,18	1,522	0,416	0,624	0,879
16	_____ mantém-se calado(a) acerca das suas reais impressões e sentimentos.	-1,07	1,932	0,410	0,646	0,879
17	_____ acha-me aborrecido(a) e desinteressante.	1,88	1,117	0,448	0,643	0,879
18	_____ compreende o que quero dizer mesmo quando eu tenho dificuldade em dizê-lo.	0,32	1,747	0,689	0,896	0,874
19	_____ quer que eu seja uma pessoa especial.	-0,68	1,117	-0,084	0,771	0,886
20	_____ tem vontade de dizer o que pensa sobre mim, incluindo sentimentos acerca de qualquer um de nós ou a forma como nos relacionamos.	-1,37	1,736	0,290	0,658	0,882
21	_____ preocupa-se comigo.	2,67	0,746	0,264	0,923	0,882
22	_____ não me ouve e não se apercebe do que eu penso ou sinto.	2,36	1,195	0,359	0,747	0,880
23	_____ gosta de algumas coisas em mim e há outras coisas das quais não gosta.	-0,78	1,250	0,344	0,828	0,880
24	_____ é abertamente ele/a próprio/a na nossa relação.	1,04	1,576	0,557	0,836	0,877
25	Eu sinto que _____ não aprova a minha maneira de ser.	2,37	0,890	0,399	0,640	0,880
26	_____ normalmente compreende tudo o que quero dizer.	0,05	1,794	0,638	0,879	0,875
27	Mesmo que os pensamentos que eu exprimo sejam «bons» ou «maus» isso não faz qualquer diferença para o que _____ sente por mim.	0,93	1,610	0,298	0,742	0,881
28	Por vezes _____ não se sente nada confortável mas os dois continuamos, aparentemente ignorando essa situação.	-1,32	1,870	0,397	0,808	0,880
29	_____ é simpático(a) e carinhoso/a comigo.	2,78	0,672	0,260	0,925	0,882
30	_____ não me compreende.	1,42	1,779	0,705	0,793	0,873
31	_____ aprova algumas das minhas coisas (ou algumas das minhas formas de estar) e manifestamente desaprova outras coisas (ou formas como me expresso).	1,19	1,823	0,252	0,714	0,883
32	Eu penso que _____ sabe sempre exactamente o que sente em relação a mim; não encobre.	-0,48	1,692	0,444	0,738	0,879
33	_____ apenas me tolera.	0,95	1,691	0,548	0,751	0,877
34	_____ aprecia com exactidão o que sinto com as minhas experiências de vida.	0,71	1,184	0,335	0,779	0,881
35	Por vezes sou mais importante e valorizada/o aos olhos de _____ do que outras vezes.	1,59	1,640	0,220	0,820	0,883
36	Por vezes sinto que a resposta exterior de _____ em relação a mim é bastante diferente do que sente interiormente.	0,25	1,854	0,615	0,758	0,875
37	_____ sente afecto por mim.	1,19	1,126	0,511	0,826	0,878
38	A reacção de _____ em relação a mim é tão automática e fixa que não consigo chegar até ele(a).	2,49	0,884	0,238	0,824	0,882
39	Eu não penso que alguma coisa que eu diga ou faça mude realmente a forma como _____ se sente em relação a mim.	0,05	1,825	0,147	0,780	0,885
40	Eu acredito que _____ tem sentimentos que não me diz para que a nossa relação não seja afectada.	-1,71	1,791	0,268	0,813	0,882
<b>Coefficiente Split Half</b>		Primeira metade = 0,779				
		Segunda metade = 0,805				
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>		0,883				

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentam-se na tabela 19 os parâmetros de validade e de precisão das quatro dimensões da relação de ajuda por subescala, designando por Dimensão 1 - Nível de Respeito; Dimensão 2 - Compreensão empática; Dimensão 3 - Incondicionalidade do respeito e Dimensão 4 - Congruência.

Analisando a **Dimensão 1 - Nível de Respeito**, os itens mais favoráveis são os itens 9 “\_\_\_\_\_ sente indiferença por mim” e 29 “\_\_\_\_\_ é simpático(a) e carinhoso(a) comigo” com  $r=0,632$  e  $r=0,616$  que explicam 62,7% e 77,0% da variabilidade respectivamente, sendo o menos favorável pela menor correlação com os restantes o item 33 “\_\_\_\_\_ apenas me tolera” com  $r=0,354$  para 32,2% de variância explicada. Quanto à validade e consistência desta dimensão obtivemos valores de alfa razoáveis e bons uma vez que oscilam entre  $\alpha=0,773$  no item 9 “\_\_\_\_\_ sente indiferença por mim” e  $\alpha=0,827$  no item 33 “\_\_\_\_\_ apenas me tolera”. Destaca-se que os itens 21 “\_\_\_\_\_ preocupa-se comigo” e 29 “\_\_\_\_\_ é simpático(a) e carinhoso/a comigo” são os que exprimem maior percentagem de variância explicada (78,9% e 77,0%) e o item 33 “\_\_\_\_\_ apenas me tolera” a menor variabilidade com 32,2%.

Para a **Dimensão 2 – Compreensão empática** obtivemos valores de alfa bons oscilando entre 0,810 no item 2 “\_\_\_\_\_ normalmente sente ou compreende o que eu estou a sentir” e 0,880 no item 14 “A própria atitude do(a) \_\_\_\_\_ em relação às coisas que eu faço ou digo interfere com a forma como ele me compreende”. Verifica-se que o item 18 “\_\_\_\_\_ compreende o que quero dizer mesmo quando eu tenho dificuldade em dizê-lo” é o que apresenta maior valor correlacional ( $r=0,827$ ) explicando 80,4% da sua variabilidade e o de menor correlação é o item 14 “A própria atitude do(a) \_\_\_\_\_ em relação às coisas que eu faço ou digo interfere com a forma como ele me compreendes” ( $r=-0,047$ ), sendo este que apresenta menor percentagem de variância explicada (7,7%).

Na **Dimensão 3 – Incondicionalidade do respeito** o item que mais se correlaciona com os restantes é o item 39 com ( $r=0,561$ ) “Eu não penso que alguma coisa que eu diga ou faça mude realmente a forma como \_\_\_\_\_ se sente em relação a mim”, com 54,1% da variabilidade. Os valores de alfa de Cronbach a oscilarem entre 0,546 também no item 39 e 0,661 no item 7 “Quer eu esteja feliz ou infeliz comigo próprio/a, isso não faz qualquer diferença no modo como \_\_\_\_\_ se sente em relação a mim”, são concordantes com uma fraca consistência interna nesta dimensão.

Para a **Dimensão 4 – Congruência** os resultados com menor expressão são obtidos nos itens 4 “Eu sinto que o(a) \_\_\_\_\_ assume um papel diferente quando está comigo” e 8 “\_\_\_\_\_ não evita nada que seja importante para a nossa relação” cujos valores correlacionais são de  $r=0,224$  e  $r=0,268$  explicando 29,6% e 34,7% da sua variabilidade. O item com maior valor correlacional é o 12 “Eu sinto que \_\_\_\_\_ é autêntico/a comigo” com  $r=0,634$  exprimindo 73,0% da variabilidade através dos restantes itens da subescala. Quanto à consistência interna obtiveram-se valores de alfa a oscilarem entre 0,736 no item 36 “Por vezes sinto que a resposta exterior de \_\_\_\_\_ em relação a mim é bastante diferente do que

sente interiormente” e 0,786 no item 4 “Eu sinto que o(a) \_\_\_\_\_ assume um papel diferente quando está comigo” que podem classificar-se de bons.

Tabela 19 – Consistência Interna dos itens do BLRI por dimensão  
Forma OS-40 Itens

Itens	r/Item total	r <sup>2</sup>	α sem item	
<b>Dimensão 1 – Nível de Respeito</b>				
1	_____ respeita-me.	0,360	0,630	0,804
5	_____ gosta verdadeiramente de mim.	0,497	0,404	0,788
9	_____ sente indiferença por mim.	0,632	0,627	0,773
13	Sinto que sou valorizada/o e apreciada/o por _____.	0,558	0,390	0,780
17	_____ acha-me aborrecido(a) e desinteressante.	0,519	0,355	0,785
21	_____ preocupa-se comigo.	0,595	0,789	0,783
25	Eu sinto que _____ não aprova a minha maneira de ser.	0,475	0,425	0,791
29	_____ é simpático(a) e carinhoso/a comigo.	0,616	0,770	0,783
33	_____ apenas me tolera	0,354	0,322	0,827
37	_____ sente afecto por mim.	0,554	0,424	0,781
<b>Dimensão 2 – Compreensão empática</b>				
2	_____ normalmente sente ou compreende o que eu estou a sentir	0,838	0,760	0,810
6	_____ reage às minhas palavras mas não percebe como me sinto.	0,723	0,562	0,823
10	_____ quase sempre percebe exactamente o que eu quero dizer	0,799	0,745	0,815
14	A própria atitude do(a) _____ em relação às coisas que eu faço ou digo interfere com a forma como ele me compreende.	-0,047	0,077	0,880
18	_____ compreende o que quero dizer mesmo quando eu tenho dificuldade em dizê-lo.	0,829	0,804	0,813
22	_____ não me ouve e não se apercebe do que eu penso ou sinto	0,205	0,368	0,864
26	_____ normalmente compreende tudo o que quero dizer.	0,749	0,749	0,821
30	_____ não me compreende	0,787	0,641	0,817
34	_____ aprecia com exactidão o que sinto com as minhas experiências de vida.	0,428	0,256	0,850
38	A reacção de _____ em relação a mim é tão automática e fixa que não consigo chegar até ele(a).	-0,029	0,319	0,872
<b>Dimensão 3 – Incondicionalidade do respeito</b>				
3	O interesse do(a) _____ por mim, depende das minhas palavras ou acções (ou da forma como eu actuo).	0,374	0,198	0,595
7	Quer eu esteja feliz ou infeliz comigo própria/o, isso não faz qualquer diferença no modo como _____ se sente em relação a mim.	0,102	0,462	0,661
11	Dependendo do meu comportamento em situações diferentes, _____ tem melhor (ou pior) opinião sobre mim.	0,168	0,366	0,639
15	Independentemente do que eu diga sobre mim próprio(a), _____ gosta (ou não gosta) de mim de igual modo.	0,327	0,273	0,607
19	_____ quer que eu seja uma pessoa especial	0,035	0,381	0,653
23	_____ gosta de algumas coisas em mim e há outras coisas das quais não gosta.	0,101	0,410	0,646
27	Mesmo que os pensamentos que eu exprimo sejam «bons» ou «maus» isso não faz qualquer diferença para o que _____ sente por mim.	0,465	0,499	0,576
31	_____ aprova algumas das minhas coisas (ou algumas das minhas formas de estar) e manifestamente desaprova outras coisas (ou formas como me expresso).	0,366	0,289	0,597
35	Por vezes sou mais importante e valorizada/o aos olhos de _____ do que outras vezes.	0,497	0,390	0,568
39	Eu não penso que alguma coisa que eu diga ou faça mude realmente a forma como _____ se sente em relação a mim.	0,561	0,541	0,546
<b>Dimensão 4 – Congruência</b>				
4	Eu sinto que o(a) _____ assume um papel diferente quando está comigo	0,224	0,296	0,786
8	_____ não evita nada que seja importante para a nossa relação	0,268	0,347	0,780
12	Eu sinto que _____ é autêntico/a comigo.	0,634	0,615	0,736
16	_____ mantém-se calado(a) acerca das suas reais impressões e sentimentos.	0,530	0,366	0,745
20	_____ tem vontade de dizer o que pensa sobre mim, incluindo sentimentos acerca de qualquer um de nós ou a forma como nos relacionamos.	0,370	0,238	0,766
24	_____ é abertamente ele/a próprio/a na nossa relação.	0,526	0,505	0,748
28	Por vezes _____ não se sente nada confortável mas os dois continuamos, aparentemente ignorando essa situação	0,444	0,590	0,757
32	Eu penso que _____ sabe sempre exactamente o que sente em relação a mim; não encobre	0,502	0,452	0,750
36	Por vezes sinto que a resposta exterior de _____ em relação a mim é bastante diferente do que sente interiormente.	0,632	0,461	0,730
40	Eu acredito que _____ tem sentimentos que não me diz para que a nossa relação não seja afectada	0,362	0,594	0,767

Na tabela 20 comparamos os resultados da consistência interna obtidos no BLRI entre a amostra utilizada no nosso estudo e os da escala original. Os valores de alfa de Cronbach das quatro dimensões no nosso estudo variam entre o fraco na dimensão 3 com

valores de  $\alpha=0,637$  e o bom nas dimensões 1 e 2 ( $\alpha=0,806$  e  $0,854$ ), sendo a dimensão 4 – *Congruência* classificado de razoável com  $\alpha=0,776$ . Salientamos que já o autor, numa fase inicial de construção do Inventário, por dificuldades na exploração da dimensão *Respeito Positivo Incondicional* proposto por Rogers teve necessidade de o dividir em duas dimensões distintas atualmente designadas de *Nível de Respeito* e *Incondicionalidade do Respeito*, numa tentativa de as tornar menos complexas, como anteriormente referimos.

Já o coeficiente de bipartição de Split half apresenta índices mais baixos mas é perfeitamente compreensível, uma vez que há a tendência dos valores de alfa diminuírem face à redução do número de itens. Contudo, nota-se que o valor global de alpha de Cronbach do nosso estudo é bom pelo valor verificado de  $\alpha=0,883$  ligeiramente superior ao obtido na escala original ( $\alpha=0,84$ ) descrito no relatório efetuado por Gurmann e citado por Barrett-Lennard (2003).

Tabela 20 – Alfa de Cronbach do BLRI por dimensões  
Forma OS-40 Itens

Dimensões	Nº itens	Alfa de Cronbach			Alfa global Original
		(Split-half)		Alfa global	
		Parte 1	Parte 2		
<b>Dimensão 1</b> – Nível de Respeito	10	0,688	0,617	0,806	$\geq 0,80$
<b>Dimensão 2</b> – Compreensão empática	10	0,822	0,607	0,854	$\geq 0,80$
<b>Dimensão 3</b> – Incondicionalidade do respeito	10	0,139	0,611	0,637	$\geq 0,80$
<b>Dimensão 4</b> – Congruência	10	0,607	0,733	0,776	$\geq 0,80$
<b>BLRI global</b>	40	0,779	0,805	0,883	0,84

Apresentamos na tabela 21 a correlação entre as respostas dadas pelos acompanhantes de crianças a cada um dos itens e o resultado em cada uma das subescalas o que permite determinar a validade discriminante do item (convergente/divergente), que se evidencia pela diferença entre a correlação do item com a escala a que pertence por comparação com a correlação do item com as escalas a que não pertence.

Com exceção dos itens 14,19, 22, 33 e 38 que apresentam correlações mais elevadas com outras subescalas, todos os restantes itens se mostram mais correlacionados com as subescalas em que se incluem, conforme valores apensos a negrito, sendo que maioritariamente se apresentam em segunda ordem mais correlacionados com o total da escala. Salienta-se que os itens 8 e 11 se encontram mais correlacionados com o total da escala do que com a subescala onde se encontram e não se verifica significância em vários itens mas, de uma forma geral, não se incluem nas subescalas a que pertencem, sendo que, maioritariamente, o segundo valor correlacional mais elevado é verificado com o total da escala.

Tabela 21 - Correlação dos itens do BLRI com as dimensões  
Forma OS-40 Itens

Nº Item	Itens	Nível Respeito	Compreensão empática	Incondicionalidade respeito	Congruência	TOTAL
1	_____ respeita-me.	<b>0,431***</b>	0,045ns	0,070ns	-0,080ns	0,112ns
2	_____ normalmente sente ou compreende o que eu estou a sentir.	<b>0,550***</b>	<b>0,888***</b>	-0,087ns	<b>0,611***</b>	<b>0,704***</b>
3	O interesse do(a) _____ por mim, depende das minhas palavras ou acções (ou da forma como eu actuo).	0,167ns	-0,086ns	<b>0,569***</b>	0,041ns	0,194ns
4	Eu sinto que o(a) _____ assume um papel diferente quando está comigo.	0,254*	0,258*	0,200ns	<b>0,394***</b>	<b>0,381***</b>
5	_____ gosta verdadeiramente de mim.	<b>0,616***</b>	0,527***	0,021ns	<b>0,456***</b>	<b>0,547***</b>
6	_____ reage às minhas palavras mas não percebe como me sinto.	<b>0,463***</b>	<b>0,803***</b>	0,127ns	<b>0,657***</b>	<b>0,732***</b>
7	Quer eu esteja feliz ou infeliz comigo própria/o, isso não faz qualquer diferença no modo como _____ se sente em relação a mim.	0,057ns	-0,372***	<b>0,337**</b>	-0,374***	-0,181ns
8	_____ não evita nada que seja importante para a nossa relação	<b>0,382***</b>	0,287**	0,342**	<b>0,432***</b>	<b>0,481***</b>
9	_____ sente indiferença por mim.	<b>0,724***</b>	0,332**	0,222ns	0,194ns	<b>0,452***</b>
10	_____ quase sempre percebe exactamente o que eu quero dizer.	<b>0,389***</b>	<b>0,860***</b>	0,002ns	<b>0,699***</b>	<b>0,716***</b>
11	Dependendo do meu comportamento em situações diferentes, _____ tem melhor (ou pior) opinião sobre mim.	0,106ns	0,338**	<b>0,354**</b>	0,285**	<b>0,381***</b>
12	Eu sinto que _____ é autêntico/a comigo.	0,492***	0,550***	0,107ns	<b>0,719***</b>	<b>0,656***</b>
13	Sinto que sou valorizada/o e apreciada/o por _____.	<b>0,672***</b>	0,404***	0,112ns	<b>0,444***</b>	<b>0,533***</b>
14	A própria atitude do(a) _____ em relação às coisas que eu faço ou digo interfere com a forma como ele me compreende.	-0,223*	<b>0,074ns</b>	0,149ns	0,002ns	0,022ns
15	Independentemente do que eu diga sobre mim próprio(a), _____ gosta (ou não gosta) de mim de igual modo.	0,371***	0,283**	<b>0,494***</b>	0,282**	<b>0,464***</b>
16	_____ mantém-se calado(a) acerca das suas reais impressões e sentimentos.	0,178ns	0,401***	0,023ns	<b>0,659***</b>	<b>0,471***</b>
17	_____ acha-me aborrecido(a) e desinteressante.	<b>0,644***</b>	0,451***	0,195ns	0,221ns	<b>0,482***</b>
18	_____ compreende o que quero dizer mesmo quando eu tenho dificuldade em dizê-lo.	0,476***	<b>0,877***</b>	-0,054ns	<b>0,692***</b>	<b>0,724***</b>
19	_____ quer que eu seja uma pessoa especial.	-0,223*	-0,082ns	<b>0,176ns</b>	-0,021ns	-0,041ns
20	_____ tem vontade de dizer o que pensa sobre mim, incluindo sentimentos acerca de qualquer um de nós ou a forma como nos relacionamos.	0,086ns	0,434***	-0,152ns	<b>0,512***</b>	<b>0,351**</b>
21	_____ preocupa-se comigo.	<b>0,669***</b>	0,134ns	0,221ns	0,023ns	<b>0,291**</b>
22	_____ não me ouve e não se apercebe do que eu penso ou sinto.	<b>0,500***</b>	<b>0,313**</b>	0,258*	0,188ns	<b>0,399***</b>
23	_____ gosta de algumas coisas em mim e há outras coisas das quais não gosta.	0,127ns	0,280**	<b>0,256*</b>	0,419***	<b>0,386***</b>
24	_____ é abertamente ele/a próprio/a na nossa relação.	0,522***	0,446***	0,144ns	<b>0,633***</b>	<b>0,598***</b>
25	Eu sinto que _____ não aprova a minha maneira de ser	<b>0,581***</b>	0,259*	0,402***	0,157ns	<b>0,428***</b>
26	_____ normalmente compreende tudo o que quero dizer.	0,413***	<b>0,819***</b>	-0,068ns	<b>0,683***</b>	<b>0,673***</b>
27	Mesmo que os pensamentos que eu exprimo sejam «bons» ou «maus» isso não faz qualquer diferença para o que _____ sente por mim.	0,156ns	0,140ns	<b>0,618***</b>	0,184ns	<b>0,354**</b>
28	Por vezes _____ não se sente nada confortável mas os dois continuamos, aparentemente ignorando essa situação.	0,047ns	0,460***	0,097ns	<b>0,585***</b>	<b>0,456***</b>
29	_____ é simpático(a) e carinhoso/a comigo.	<b>0,681***</b>	0,130ns	0,276**	-0,041ns	<b>0,284**</b>
30	_____ não me compreende.	<b>0,509***</b>	<b>0,847***</b>	0,164ns	<b>0,572***</b>	<b>0,739***</b>
31	_____ aprova algumas das minhas coisas (ou algumas das minhas formas de estar) e manifestamente desaprova outras coisas (ou formas como me expresso).	0,286**	0,111ns	<b>0,558***</b>	0,088ns	<b>0,317**</b>
32	Eu penso que _____ sabe sempre exactamente o que sente em relação a mim; não encobre.	0,230*	0,559***	-0,095ns	<b>0,621***</b>	<b>0,496***</b>
33	_____ apenas me tolera.	<b>0,579***</b>	0,611***	0,163ns	<b>0,400***</b>	<b>0,593***</b>
34	_____ aprecia com exactidão o que sinto com as minhas experiências de vida.	0,456***	<b>0,518***</b>	-0,144ns	0,255*	<b>0,375***</b>
35	Por vezes sou mais importante e valorizada/o aos olhos de _____ do que outras vezes.	0,181ns	-0,008ns	<b>0,646***</b>	0,111ns	<b>0,280**</b>
36	Por vezes sinto que a resposta exterior de _____ em relação a mim é bastante diferente do que sente interiormente.	0,245*	0,539***	0,308**	<b>0,735***</b>	<b>0,659***</b>
37	_____ sente afecto por mim.	<b>0,673***</b>	0,464***	0,188ns	0,348**	<b>0,543***</b>
38	A reacção de _____ em relação a mim é tão automática e fixa que não consigo chegar até ele(a).	0,467***	<b>0,055ns</b>	0,484***	-0,030ns	<b>0,270*</b>
39	Eu não penso que alguma coisa que eu diga ou faça mude realmente a forma como _____ se sente em relação a mim.	0,090ns	-0,039ns	<b>0,709***</b>	-0,015ns	0,215ns
40	Eu acredito que _____ tem sentimentos que não me diz para que a nossa relação não seja afectada.	-0,004ns	0,335**	-0,011ns	<b>0,509***</b>	<b>0,331**</b>

Tal como já referido, um dos aspetos importantes no estudo da validade do Inventário consiste na determinação da matriz de correlação entre as diversas dimensões e

o valor global do inventário. Efetuada a matriz de correlações de Pearson cujos resultados se podem observar na tabela 22, verificámos que as correlações entre as quatro dimensões do BLRI e o seu valor global são na sua totalidade positivas e com diferenças estatísticas maioritariamente significativas o que permite afirmar que o aumento do índice médio de uma dimensão implica o aumento na outra com a qual se correlaciona, ou vice-versa. Exceções na matriz verificam-se na dimensão 3 – *Incondicionalidade do respeito* que tem uma associação considerada muito baixa e não significativa com a dimensão 2 – *Compreensão empática* e com a dimensão 4 – *Congruência* ( $r=0,087$  e  $r=0,171$ ) e significativa com a dimensão 1 – *Nível de respeito*.

Os valores correlacionais situam-se entre o muito baixo a alto oscilando entre os  $r=0,171$  (*Congruência vs Incondicionalidade do respeito*) e os  $r=0,734$  (*Congruência vs Compreensão empática*). Mas para o global do BLRI as correlações são moderadas/altas, explicando entre 22,5% com a Dimensão 3 – *Incondicionalidade do respeito* e 70,4% com a Dimensão 4 – *Congruência*.

Tabela 22 - Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões do BLRI  
Forma OS-40 itens

Dimensões	Nível de Respeito	Compreensão empática	Incondicionalidade do respeito	Congruência
Compreensão empática	0,611***			---
Incondicionalidade do respeito	0,291*	0,087ns		---
Congruência	0,409***	0,734***	0,171ns	---
Relações interpessoais (global)	0,736***	0,865***	0,475***	0,839***

### 6.1.6 – Procedimentos

Após a receção das autorizações do CHTV e CHBV, contactámos com os enfermeiros chefes ou responsáveis pelos serviços, no sentido de os informar sobre a nossa pretensão e solicitar a sua colaboração para aplicação dos questionários às mães. Demonstraram a sua disponibilidade e facultaram desde logo informação sobre os horários mais convenientes e oportunos para a aplicação dos questionários.

Iniciámos a aplicação dos questionários em Abril e terminámos em Junho de 2014. No CHTV a aplicação dos questionários iniciou-se mais tarde pela demora na obtenção da autorização por parte do Conselho de Administração, justificada e compreendida pela nomeação de nova Comissão de Ética neste hospital. Por este motivo só conseguimos recolher dados junto das mães nesta instituição em Junho e primeira semana de Julho.

Este processo foi moroso e dificultado pela gestão de cuidados com a equipa multidisciplinar e necessidades das crianças, que interferiam com a disponibilidade das

mães e, também, pelas oscilações nas taxas de ocupação que condicionaram o tamanho da amostra.

O questionário foi preenchido individualmente por cada mãe, durante a sua permanência nos serviços, na própria unidade/quarto alocado à criança e sempre na presença do investigador, disponível para qualquer esclarecimento.

A preservação da confidencialidade e anonimato, assim como a garantia do princípio da autonomia com a participação voluntária na colheita de dados foram assegurados.

### **6.1.7 – Análise e tratamento de dados**

Os dados obtidos com a aplicação do questionário foram estudados informaticamente através do programa estatístico SPSS, versão 22.0. Relativamente ao BLRI os dados foram organizados de acordo com os dez itens referentes a cada dimensão e às respetivas afirmações ditas “positivas” e “negativas”, obtendo-se a pontuação ou score de cada dimensão.

Após obtenção das pontuações das Dimensões *Nível de Respeito*, *Compreensão Empática*, *Incondicionalidade do Respeito* e *Congruência*, procedemos à análise descritiva e à análise inferencial das variáveis em estudo.

Efetuámos análise de conteúdo para tratamento da questão aberta referente a sentimentos descritos pela participação de estudantes de enfermagem nos cuidados à criança que acompanham.

## **6.2 – Resultados**

Da análise estatística dos dados recolhidos, reunidos através do instrumento de colheita de dados surgem os resultados, que não são mais que informações numéricas. Os resultados referem-se às questões de investigação ou às hipóteses e como estamos perante um estudo correlacional eles são inferenciais (Fortin, 2009).

Tal como referido anteriormente, uma vez que o grau de parentesco dos acompanhantes das crianças na totalidade da amostra diz respeito sempre a mães, utilizaremos esta designação na apresentação de resultados.

Analisar-se-ão os dados que nos permitem identificar a perceção das mães acerca do desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem e suas dimensões, em situações relacionais vividas. Os resultados foram obtidos através da análise estatística para os dados do BLRI – Forma OS-40.

Utilizámos a análise descritiva e a análise inferencial, começando por caracterizar a amostra e relacionando as dimensões de relação de ajuda com as variáveis sociodemográficas e clínicas das mães.

### **6.2.1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra**

Apresentam-se as características sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo de acordo com a informação obtida pelo questionário.

A tabela 23 mostra-nos que dos questionários aplicados nas duas instituições hospitalares seleccionadas, num total de 73 questionários corretamente preenchidos, 50 foram entregues por mães de crianças do CHBV (68,49%) e 23 por mães do CHTV (31,51%).

Nas estatísticas relativas à idade das mães verificámos que esta se situa entre os 29 e os 56 anos, estando a média centrada nos 36,53 anos com um desvio padrão a oscilar em torno do valor médio de 4,831 anos. As estatísticas revelam que as mães do CHBV apresentam uma idade mínima de 29 anos e uma máxima de 46 anos, ao que corresponde uma idade média de 36,76 anos com um desvio padrão de 4,406 anos e as mães das crianças do CHTV apresentam uma idade mínima de 30 anos e uma máxima de 56 anos, ao que corresponde uma idade média de 36,53 anos com um desvio padrão de 5,725 anos.

Pelo Teste U de Mann-Whitney verificámos que as mães do CHBV são em média mais velhas ( $M = 36,76$  anos com uma ordenação média de 38,80) que as do CHTV ( $M = 36,04$  anos com uma ordenação média de 33,09), mas as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ( $UMW=485,00$ ;  $p=0,283$ ).

Quanto aos coeficientes de variação observa-se uma dispersão baixa face às idades médias encontradas em relação às mães do CHBV (11,98%) e uma dispersão moderada quando nos referimos às mães do CHTV (15,88%). No que respeita à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP) os valores de assimetria e curtose revelam que as curvas não têm uma distribuição normal, sendo a distribuição assimétrica à esquerda e platicurtica no CHBV e assimétrica à direita e leptocurtica no CHTV e na totalidade da amostra, o que é comprovado pelo teste de aderência à normalidade.

Tabela 23 – Estatísticas relativas à idade das mães por instituição hospitalar

Hospital	Idade								S-W	
	N	Min	Max	Média	DP	CV	Sk/erro	K/erro	Stat.	p
CHBV	50	29	46	36,76	4,406	11,985	-0,183	-1,649	0,953	0,045
CHTV	23	30	56	36,04	5,725	15,885	4,268	6,211	0,800	0,000
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>29</b>	<b>56</b>	<b>36,53</b>	<b>4,831</b>	<b>13,224</b>	<b>3,185</b>	<b>3,691</b>	<b>0,924</b>	<b>0,000</b>

A tabela 24 sintetiza os resultados obtidos e se há diferenças entre as variáveis sociodemográficas e clínicas das mães em função da instituição hospitalar.

#### Idade

Devido à amplitude de variação das idades se situar nos 27 anos procedeu-se ao seu agrupamento em classes homogêneas com base nas frequências absolutas, sendo constituídos 3 grupos:  $\leq 33$  anos; entre 34 e 39 anos e  $\geq 40$  anos. Observa-se que a maior percentagem de mães (34,25%) têm idades compreendidas entre 34 e 39 anos na totalidade da amostra, verificando-se que no CHBV a maior percentagem se situa no grupo  $\leq 33$  anos (39,1%) e no CHTV no grupo de mães com idade  $\geq 40$  anos, mas sem diferenças significativas.

#### Residência

Analisando a área de residência verificam-se maiores valores percentuais na zona urbana para as mães de ambas as instituições hospitalares (90,0% para as mães do CHBV e 60,9% para as mães do CHTV), representando 80,8% do total da amostra. Em zona rural apenas residem 10,0% da amostra das mães do CHBV e 39,1% do CHTV. Entre o local de residência e instituição hospitalar encontrámos diferenças significativas ( $X^2=8,625$ ;  $p=0,003$ ), situando-se estas no CHBV para as residentes em meio urbano e no CHTV para as residentes em meio rural.

#### Estado civil

Constatámos que a maioria das mães é casada (65,8%), sendo que o restante da amostra (34,2%) refere-se a mães solteiras ou divorciadas. Por instituição hospitalar os resultados são idênticos, com maior percentagem de mães casadas, não sendo contudo significativa a diferença, pelo que as variáveis são independentes.

#### Habilitações literárias

Quanto ao grau de escolaridade, para facilitar a interpretação dos dados, foram constituídos 3 grupos: até 3º ciclo, ensino secundário e ensino superior. Da totalidade das mães 46,6% possuem o ensino secundário, 35,6% o ensino superior e 17,6% da amostra

possuem habilitações até ao 3º ciclo. A percentagem mais elevada das mães por instituição hospitalar têm o ensino secundário, respetivamente 46,0% no CHBV e 47,8% no CHTV.

#### Situação laboral

No que respeita à situação laboral, podemos constatar que maior percentagem das mães encontra-se empregada (83,6%), sendo que as referentes ao CHBV representam 78% da percentagem por instituição e as mães do CHTV constituem-se como empregadas em 95,7% da amostra.

#### Motivo de internamento da criança

Em relação ao motivo de internamento pela totalidade da amostra podemos observar que 74% das mães acompanham crianças internadas por motivo de doença, enquanto as restantes 26% enquadram-se no grupo das mães que acompanham crianças sujeitas a cirurgia ou vítimas de acidente. Por instituição, também temos valores percentuais mais elevados para a doença, com 72% no CHBV e 78,3% no CHTV, enquanto a amostra do grupo cirurgia/acidente representa apenas 28% no CHBV e 21,7% no CHTV.

#### Tempo de internamento

Quanto ao tempo de internamento e, devido à amplitude de variação se situar nos 21 dias foram constituídos 3 grupos homogéneos, com base nas frequências absolutas, nomeadamente  $\leq 2$  dias, 3 dias e  $\geq 4$  dias. Pela análise, verificámos que 41,1% das mães da amostra total acompanham as suas crianças há 2 ou menos dias, 30,1% há 4 ou mais dias e 28,8% há 3 dias. Analisando por instituição hospitalar, surgem no CHBV 44% para internamentos de 1 ou 2 dias, seguidos de valores percentuais iguais (30,8%) para 3 ou mais dias, e no CHTV também em maior percentagem (41,1%) tempo de internamento de 1 ou 2 dias, para 30,1% da amostra de mães que acompanham as crianças 4 ou mais dias e, em menor percentagem (28,8%) surge o acompanhamento das mães com internamento de 3 dias, reportado ao dia em que foi aplicado o questionário. As diferenças percentuais não são estatisticamente significativas ( $X^2=0,599$ ;  $p=0,741$ ).

No que concerne aos serviços nos quais as crianças estão internadas apenas responderam ao questionário mães a acompanharem os seus filhos no internamento de pediatria pelo que não foi esta variável contemplada na tabela.

#### Solicitação de consentimento

Reportando resultados sobre se foi solicitado consentimento para que fossem os estudantes de enfermagem a prestarem cuidados às crianças, verificámos que a maior percentagem de mães referiu que não (61,64%), sendo mencionado que sim por 38,36% das mães. Por instituição, verificámos que a maior percentagem de mães responderam não,

respetivamente 42,47% no CHBV e 19,17% no CHTV, não sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=0,009$ ;  $p=0,926$ ). De todas as mães que responderam sim, disseram que esse consentimento foi facultado de forma oral.

#### Conhecimento da presença de estudantes no serviço

Relativamente à forma como as mães obtiveram conhecimento da presença de estudantes de enfermagem no internamento de pediatria, a maior percentagem diz respeito à observação do uniforme e cartão de identificação (47,95%), seguindo-se a referência ao enfermeiro como elemento que apresentou o estudante (27,39%), um grupo que mencionou outros (15,07%), como por exemplo outros acompanhantes terem referido, as mães terem observado ou escutado conversas durante a prestação de cuidados, terem questionado, e numa percentagem inferior, ter sido o próprio estudante a mencionar (9,59%). Em ambas as instituições hospitalares prevalece o uniforme e cartão de identificação como fator conhecedor da presença de estudantes em maior número de respostas (30,14% no CHBV e 17,80% no CHTV), sendo o próprio estudante a apresentar-se como tal em menor percentagem (6,86% no CHBV e 2,74% no CHTV). Também aqui as diferenças não são estatisticamente significativas ( $X^2=1,027$ ;  $p=0,795$ ).

#### Internamentos anteriores

Estudamos ainda a influência dos internamentos anteriores mas também aqui estamos perante variáveis independentes em que as diferenças estatísticas não são significativas ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,989$ ), sendo que 47,9% da totalidade da amostra diz respeito a crianças e mães que as acompanharam em internamentos anteriores e 52,1% nunca passaram por esta experiência.

Tabela 24 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos acompanhantes das crianças em função da instituição hospitalar

Instituição	CHBV		CHTV		Total		Resíduos		X2	P
	N (50)	% (68,5)	N (23)	% (31,5)	N (73)	% (100,0)	CHBV	CHTV		
<b>Variáveis</b>										
<b>Grupo etário</b>										
≤ 33 anos	15	30,0	9	39,1	24	32,9	-0,8	0,8	0,873	0,646
34-39 anos	17	34,0	8	34,8	25	34,2	-0,1	0,1		
≥ 40 anos	18	36,0	6	26,1	24	32,9	0,8	-0,8		
<b>Local residência</b>										
Rural	5	10,0	9	39,1	14	19,2	-2,9	2,9	8,625	Fisher 0,008
Urbana	45	90,0	14	60,9	59	80,8	2,9	-2,9		
<b>Estado Civil</b>										
Sem companheiro	17	34,0	8	34,8	25	34,2	-0,1	0,1	0,004	0,948
Com companheiro	33	66,0	15	65,2	48	65,8	0,1	-0,1		
<b>Habilitações Literárias</b>										
Até 3º ciclo	9	18,0	4	17,4	13	17,8	0,1	-0,1	0,021	0,989
Secundário	23	46,0	11	47,8	34	46,6	-0,1	0,1		
Superior	18	36,0	8	34,8	26	35,6	0,1	-0,1		
<b>Situação laboral</b>										
Empregado	39	78,0	22	95,7	61	83,6	-1,9	1,9	3,574	Fisher 0,089
Desempregado	11	22,0	1	4,3	12	16,4	1,9	-1,9		
<b>Motivo Internamento</b>										
Doença	36	72,0	18	78,3	54	74,0	-0,6	0,6	0,321	0,571
Cirurgia/acidente	14	28,0	5	21,7	19	26,0	0,6	-0,6		
<b>Tempo Internamento</b>										
≤ 2 dias	22	44,0	8	34,8	30	41,10	0,7	-0,7	0,599	0,741
3 dias	14	28,0	7	30,4	21	28,8	-0,2	0,2		
≥ 4 dias	14	28,0	8	34,8	22	30,1	-0,6	0,6		
<b>Consentimento</b>										
Sim	19	26,03	9	12,33	28	38,36	-0,1	0,1	0,009	0,926
Não	31	42,47	14	19,17	45	61,64	0,1	-0,1		
<b>Conhecimento Presença estudantes</b>										
Enfermeiro	15	20,55	5	6,85	20	27,39	0,7	-0,7	1,027	0,795
Estudante	5	6,86	2	2,74	7	9,59	0,2	-0,2		
Uniforme e cartão	22	30,14	13	17,80	35	47,95	-1,0	1,0		
Outros	8	10,95	3	4,11	11	15,07	0,3	-0,3		
<b>Internamentos anteriores</b>										
Sim	24	48,0	11	47,8	35	47,9	0,0	0,0	0,000	0,989
Não	26	52,0	12	52,2	38	52,1	0,0	0,0		

Das 35 mães que responderam já terem tido a experiência de internamentos anteriores (47,9%), verificámos pela tabela 25 que a maior percentagem se refere à mesma instituição em que se encontra atualmente (62,5% no CHBV 2 81,8% no CHTV), seguindo-se Coimbra referido por 33,3% das mães do CHBV e 18,2% das mães do CHTV, realçando que é nesta cidade que se localiza o hospital central de referência para ambas as instituições.

Tabela 25 – Identificação dos internamentos anteriores por instituição

Instituição	Aveiro		Viseu		Total	
	N (24)	% (68,6)	N (11)	% (31,4)	N (35)	% (100,0)
Coimbra	8	33,3	2	18,2	10	28,5
Viseu	0	0,0	9	81,8	9	25,7
Aveiro	15	62,5	0	0,0	15	42,9
Outros	1	4,2	0	0,0	1	2,9

### 6.2.2 – Perceção das mães sobre o desempenho de relação de ajuda do estudante

Analisámos os dados que nos permitem identificar a perceção das mães acerca do desempenho de Relação de Ajuda dos estudantes de enfermagem e suas dimensões, em situações relacionais vividas.

Na tabela 26 podemos observar os resultados obtidos através das estatísticas relativas às dimensões da relação de ajuda.

Em relação à dimensão *nível de respeito* temos um score mínimo de -2 e um máximo de 30, com média de 19,86 e um desvio padrão de 6,25. Os valores de assimetria e curtose indicam distribuição assimétrica enviesada à direita que manifesta curva leptocurtica. Quanto ao teste de Kolmogorov-Sminorv (K/S) apresenta diferenças estatísticas que indicam que a distribuição não é normal.

No que diz respeito à dimensão *compreensão empática* verificámos um score mínimo de -20 e máximo de 24, com média de 7,56 e desvio padrão de 10,48. Os valores de assimetria e curtose indicam distribuição assimétrica enviesada à direita, com curvas mesocúrticas e uma distribuição normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Em relação à *incondicionalidade do respeito* obtivemos um score médio de 4,04, com mínimo de -15 e máximo 22, com um desvio padrão a oscilar em torno de 7,88. Os valores de assimetria e curtose indicam distribuição simétrica com curva mesocúrtica e pelo teste de Kolmogorov-Sminorv (K-S) verificámos diferenças estatísticas que indicam que a distribuição é normal.

Na dimensão *congruência* verificámos um score mínimo de -29 e máximo de 19, a que corresponde uma média de -1,52 e um desvio padrão de 10,21. Os valores de assimetria e curtose indicam distribuição simétrica com curva mesocúrtica. Quanto ao teste de Kolmogorov-Sminorv (K-S) não apresenta diferenças estatísticas que indicam que a distribuição é normal no que respeita a esta dimensão ( $p > 0,05$ ).

Os coeficientes de variação revelam uma dispersão elevada para todas as dimensões da relação de ajuda.

Tabela 26 - Estatísticas relativas às dimensões da relação de ajuda

	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/Sk	Kolmogorov	
									Stat.	p
<b>Nível de respeito</b>	-2,00	30,00	19,86	6,25	31,46	-4,14	3,13	-1,49	0,159	0,000
<b>Compreensão empática</b>	-20,00	24,00	7,56	10,48	138,66	-2,13	-0,48	0,44	0,102	0,055
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	-15,00	22,00	4,06	7,88	193,72	0,52	-0,42	-1,57	0,088	0,200
<b>Congruência</b>	-29,00	19,00	-1,52	10,21	-671,96	-0,71	0,18	-0,51	0,053	0,200

Na tabela 27, com os resultados obtidos pelo teste UMW entre as dimensões da relação de ajuda e a instituição hospitalar, verificámos que as ordenações médias eram maiores nas mães do CHBV para as dimensões *incondicionalidade do respeito* e nas mães do CHTV para as dimensões *nível de respeito*, *compreensão empática* e *congruência*. Em todas as dimensões a diferença estatística não é significativa.

Tabela 27 - Teste U de Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e a instituição hospitalar

Dimensões	Instituição	CHBV	CHTV	UMW	P
		OM	OM		
<b>Nível de respeito</b>		35,87	39,46	518,500	0,501
<b>Compreensão empática</b>		36,64	37,78	557,000	0,831
<b>Incondicionalidade do respeito</b>		40,21	30,02	414,500	0,056
<b>Congruência</b>		35,86	39,48	518,000	0,498

No intuito de verificarmos se as dimensões de relação de ajuda diferiam face à idade, aplicámos o Teste Kruskal-Wallis, dependendo-se pelos resultados obtidos e apresentados na tabela 28, que as mães com idade  $\leq 33$  anos são as que revelam melhores índices, uma vez que apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões, com exceção da *Incondicionalidade do Respeito*, enquanto as mães com idades entre os 34 e 39 anos são os que revelam menor preocupação em todas as dimensões da relação de ajuda. As diferenças entre os grupos não são significativas em nenhuma dimensão.

Tabela 28 - Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e grupos etários

Dimensões	Grupos etários			X <sup>2</sup>	P
	≤ 33 anos	34-39 anos	≥ 40 anos		
<b>Nível de respeito</b>	39,48	32,28	39,44	1,892	0,388
<b>Compreensão empática</b>	42,23	33,40	35,52	2,298	0,317
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	35,73	36,64	38,65	0,238	0,888
<b>Congruência</b>	39,60	35,60	35,85	0,541	0,763

Na tabela 29 mostramos os resultados obtidos pelo teste UMW realizado para saber em que medida o motivo de internamento discriminava a importância de cada dimensão da relação de ajuda e verificámos que as ordenações médias eram maiores nas mães de crianças internadas por cirurgia ou acidente em todas as dimensões. Também em todas as dimensões a diferença estatística não é significativa, pelo que podemos afirmar que não há relação entre as dimensões da relação de ajuda e o motivo de internamento.

Tabela 29 - Teste de U de Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e motivo de internamento

Dimensões	Motivo internamento		UMW	P
	Doença	Cirurgia/Acidente		
<b>Nível de respeito</b>	36,73	37,76	498,500	0,855
<b>Compreensão empática</b>	36,60	38,13	491,500	0,787
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	34,60	43,82	383,500	0,103
<b>Congruência</b>	34,62	43,76	384,500	0,106

Para verificarmos se as dimensões de relação de ajuda diferiam face ao tempo de internamento, recorremos ao Teste Kruskal-Wallis. Percebemos pelos resultados obtidos e apresentados na tabela 30, que as mães de crianças com internamento ≤ 2 dias são as que apresentam ordenações médias mais elevadas nas dimensões *incondicionalidade do respeito* e *Congruência*, enquanto as mães de crianças internadas há 3 dias são as que revelam maiores índices pelas ordens médias superiores na dimensão *nível de respeito* e *compreensão empática*. As diferenças entre os grupos não são significativas em nenhuma dimensão.

Tabela 30 - Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e o tempo de internamento

Dimensões	Tempo internamento ≤ 2 dias OM	3 dias OM	≥ 4 dias OM	X2	P
<b>Nível de respeito</b>	36,93	42,90	31,45	3,147	0,207
<b>Compreensão empática</b>	37,18	37,55	36,23	0,045	0,978
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	42,67	35,60	30,61	4,234	0,120
<b>Congruência</b>	39,95	34,21	35,64	1,035	0,596

Procuramos saber se os índices médios das dimensões da relação de ajuda eram discriminados pelo local de residência. Notamos, pelos resultados apresentados na tabela 31, que as mães residentes em meio rural apresentam índices médios mais altos em todas as dimensões, com exceção para a dimensão *incondicionalidade do respeito* que revela índices mais altos para as residentes em meio urbano. O teste UMW indica-nos que o local de residência não é explicativo das dimensões da relação de ajuda por não apresentarem significância estatística, à exceção da *compreensão empática* que revela a existência de relação (UMW=255,000; p=0,027).

Tabela 31 - Teste de U de Mann-Whitney para as dimensões da relação de ajuda e o local de residência

Dimensões	Residência Rural	Urbana	UMW	P
<b>Nível de respeito</b>	45,71	34,93	291,000	0,086
<b>Compreensão empática</b>	48,29	34,32	255,000	0,027
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	35,00	37,47	385,000	0,695
<b>Congruência</b>	43,68	35,42	319,500	0,190

Realizado o teste de Kruskal-Wallis para inferir sobre as dimensões da relação de ajuda com o nível de escolaridade, conforme tabela 32, observámos pelas ordenações médias que são superiores para as mães com ensino básico (até 3º ciclo) nas dimensões *compreensão empática* e *congruência*. Nas outras dimensões encontram-se ordenações médias superiores para mães que possuem o ensino secundário na dimensão *Nível de respeito* e *incondicionalidade do respeito*. Contudo, apenas se encontraram diferenças estatísticas significativas entre a dimensão *congruência* e o nível de escolaridade.

Tabela 32 - Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e nível de escolaridade

Dimensões	Nível escolaridade			X <sup>2</sup>	P
	Até 3º ciclo	Secundário	Superior		
<b>Nível de respeito</b>	34,85	38,75	35,79	0,453	0,797
<b>Compreensão empática</b>	45,73	36,74	32,98	3,145	0,208
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	35,27	38,32	36,13	0,263	0,877
<b>Congruência</b>	49,31	36,29	31,77	6,003	0,050

Na tabela 33 mostramos os resultados obtidos pelo teste UMW realizado para saber em que medida o estado civil discriminava a importância de cada dimensão da relação de ajuda e verificámos que as ordenações médias eram maiores nas mães casadas para todas as dimensões. Nas dimensões *Nível de respeito* e *compreensão empática* as diferenças estatísticas são significativas, pelo que podemos afirmar que há relação entre estas dimensões da relação de ajuda e o estado civil, exceção nas dimensões *Incondicionalidade do respeito* e *Congruência* em que a diferença encontrada não apresenta significância estatística ( $p=0,094$ ).

Tabela 33 - Teste de U Mann-Whitney para as dimensões da relação de ajuda e estado civil

Dimensões	Estado civil		UMW	P
	Solteiro	Casado		
<b>Nível de respeito</b>	30,34	40,47	433,500	0,052
<b>Compreensão empática</b>	29,50	40,91	412,500	0,029
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	34,48	38,31	537,000	0,463
<b>Congruência</b>	31,24	40,00	456,000	0,094

Na tabela 34 constatamos os resultados obtidos pelo teste UMW realizado para saber em que medida a situação laboral discriminava a importância de cada dimensão da relação de ajuda e verificámos que as ordenações médias eram maiores nas mães desempregadas para todas as dimensões. Em todas as dimensões a diferença estatística não é significativa, pelo que podemos afirmar que não há relação entre as dimensões da relação de ajuda e a situação laboral, à exceção da dimensão *compreensão empática* em que a diferença encontrada já apresenta significância estatística ( $p=0,036$ ).

Tabela 34 - Teste de U de Mann-Whitney para as dimensões da relação de ajuda e situação laboral

Dimensões	Situação laboral		UMW	P
	Empregado	Desempregado		
<b>Nível de respeito</b>	35,88	42,71	297,500	0,307
<b>Compreensão empática</b>	34,70	48,71	225,500	0,036
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	35,75	43,33	290,000	0,257
<b>Congruência</b>	36,59	39,08	341,000	0,710

Na tabela 35 evidenciamos os resultados obtidos pelo teste UMW realizado para saber em que medida o facto de ter sido solicitado consentimento influenciava a importância de cada dimensão da relação de ajuda e verificámos que as ordenações médias eram maiores nas mães que referiram ter sido solicitado o consentimento para as dimensões *compreensão empática* e *congruência* e nas mães a quem não foi pedido consentimento obtivemos as maiores ordenações médias nas dimensões *nível de respeito* e *incondicionalidade do respeito*. Em todas as dimensões a diferença estatística não é significativa, pelo que podemos afirmar que não há relação entre as dimensões da relação de ajuda e a circunstância de ter sido solicitado consentimento para que os estudantes de enfermagem prestassem cuidados à criança.

Tabela 35 - Teste de U de Mann-Whitney para as dimensões da relação de ajuda e consentimento

	Sim	Não	UMW	P
	OM	OM		
<b>Nível de respeito</b>	36,52	37,30	616,500	0,878
<b>Compreensão empática</b>	39,23	35,61	567,500	0,478
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	34,13	38,79	549,500	0,361
<b>Congruência</b>	39,91	35,19	548,500	0,355

Realizado o teste de Kruskal-Wallis para inferir sobre as dimensões da relação de ajuda com a forma como as mães obtiveram conhecimento da presença de estudantes no internamento de pediatria, conforme apresentado na tabela 36, observámos que as ordenações médias são superiores quando foram os enfermeiros a comunicarem/apresentarem o estudante aos acompanhantes em todas as dimensões, com exceção para a dimensão *incondicionalidade do respeito* que encontra ordenações médias superiores quando foi o próprio estudante a dar conhecimento às mães. Contudo, não se encontraram diferenças estatísticas significativas em nenhuma dimensão de relação de ajuda com a forma como as mães obtiveram conhecimento da presença de estudantes de enfermagem.

Tabela 36 - Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e conhecimento da presença de estudantes

	Enfermeira OM	Estudante OM	Uniforme/ Cartão OM	Outros OM	X <sup>2</sup>	P
<b>Nível de respeito</b>	42,53	34,93	36,86	28,73	3,114	0,374
<b>Compreensão empática</b>	41,45	28,36	37,27	33,55	2,343	0,504
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	40,50	42,14	37,33	26,32	3,760	0,289
<b>Congruência</b>	42,10	33,79	36,53	31,27	2,139	0,544

Analisámos a relação existente entre as dimensões de relação de ajuda e o facto de estas mães já terem acompanhado as suas crianças em internamentos anteriores, partindo do pressuposto que terem ocorrido internamentos anteriores traduzia influência na relação de ajuda. Utilizámos o teste T de Student para amostras independentes, cujos resultados se apresentam na tabela 37. Os valores de p do teste de Levene indicam que as variâncias são homogêneas e, analisando os valores de t, verificámos a inexistência de diferenças estatísticas significativas entre todas as dimensões da relação de ajuda e as crianças terem sido submetidas a internamentos anteriores. Assim, não sendo as diferenças significativas, os resultados apresentados demonstram a independência entre as variáveis, ou seja, que estas mães já terem experienciado outros internamentos não teve influência nas várias dimensões da relação de ajuda como pressuposto. Mas salientamos que todas as dimensões apresentam índices mais elevados nas mães de crianças que nunca estiveram internadas.

Tabela 37 - Teste T entre as dimensões da Relação de Ajuda e ocorrência de internamentos anteriores

Internamentos anteriores	Sim N= 35		Não N= 38		Leven,s P	t	P
	Média	Dp	Média	Dp			
<b>Nível de respeito</b>	18,74	7,00	20,89	5,34	0,667	-1,482	0,201
<b>Compreensão empática</b>	6,74	10,99	8,31	10,08	0,235	-0,638	0,630
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	3,94	8,64	4,18	7,22	0,672	-0,130	0,415
<b>Congruência</b>	-2,17	11,34	-0,92	9,17	0,165	-0,520	0,686

### 6.2.3 – Sentimentos vivenciados pelas mães

Relativamente à questão aberta “Que sentimentos consegue descrever pela participação de estudantes nos cuidados à criança que acompanha?”, obtivemos várias

respostas curtas que codificámos e categorizámos para análise e interpretação, conforme exposto no quadro 7.

A leitura e análise qualitativa das respostas foi igualmente condicionada, tal como no estudo com os estudantes de enfermagem, por uma análise prévia dos aspetos positivos e negativos das dimensões da Relação de Ajuda propostas por Barrett-Lennard em estudo na abordagem quantitativa – *Nível de Respeito*, *Compreensão Empática*, *Incondicionalidade do Respeito* e *Congruência* – conforme apresentado no enquadramento teórico (ponto 2.2). Tendo em conta a perspectiva do autor, que identifica e descreve cada dimensão baseada em sentimentos positivos e negativos, nomeadamente nas dimensões *Nível de Respeito* e *Incondicionalidade do Respeito*, analisámos as respostas das mães acerca da questão sobre os sentimentos vivenciados, de acordo com essas duas categorias: sentimentos positivos e sentimentos negativos. A análise permitiu concluir quatro subcategorias em cada categoria e extraímos unidades de registo ilustrativas de cada uma das subcategorias, que são as descrições das mães em relação aos sentimentos que vivenciaram. Foi efetuada a devida quantificação e identificação (A: acompanhante).

As mães manifestam em maior número os sentimentos positivos (N=97) que estão quase equitativamente distribuídos pelas quatro subcategorias que identificámos: o respeito/interesse (N=28), o cuidado/preocupação (N= 21), a apreciação/simpatia (N=23) e a afeição/amizade (N= 25).

Em relação aos sentimentos negativos (N=43), encontrámos predominantemente a insegurança/receio (N= 32), mas também foram manifestados o não gostar (N=2), a desconfiança (N=4) e a preocupação/angústia (N=5).

Queremos ainda salientar pela nossa análise, que encontrámos em inúmeros relatos um misto de sentimentos negativos com sentimentos positivos, como por exemplo a insegurança enquanto sentimento negativo é quase sempre manifestada associada a um sentimento positivo, principalmente a preocupação pela necessidade de aprendizagem dos estudantes de enfermagem, ou à simpatia, carinho e disponibilidade dos mesmos.

Quadro 7 – Sentimentos manifestados pelas mães face à participação de estudantes de enfermagem nos cuidados à criança

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	N
Sentimentos positivos	Respeito/Interesse	“São todos muito humildes e nada a dizer” (A8) #1 “precisam de aprender” (A3, A7, A11,A14,A20...) #20 “É muito bom” (A13, A17, A35) #3 “Sinto que há maior atenção e interesse” (A39, A43, A51, A52) #4	28
	Cuidado/ Preocupação	“Tratam bem o meu filho”; “muito profissionais”; “são cuidadosos”; “importante sentir o mimo e a preocupação” (A1, A6, A22, A41 ...) #9 “nas tarefas mais complicadas a enfermeira está presente”; (A5, A36, A41,...) #5 “Sinto que são cuidadosos, atentos” (A16, A37, A43) #6 “Sinto que são capazes” (A39) #1	21
	Apreciação/ Simpatia	“São simpáticos”; “simpatia, amabilidade”; “São atenciosos” (A1, A10, A38,...) #16 “têm sido muito atenciosos, carinhosos” (A22) #2 “alegria”; “agrado”, “fico contente” (A33, A34, A43) #4 “Fico tranquila” (A49) #1	23
	Afeição/Amizade	“Simpatia, amabilidade” (A6, A7, A10, A38 ...) #12 “companhia, e são uma ajuda para mim; brincam muito com as crianças”, “solidariedade” (A10, A61) #13	25
TOTAL			97
Sentimentos negativos	Insegurança/ Receio	“Fico mais insegura” (A2, A27, A29,...) #8 “Fico mais insegura e com receio”; “Receio que não saibam” (A2, A3, A4, A9...) #22 “Medo que não saibam bem as coisas” (A32,A71) #2	32
	Não gostar	“Entendo e aceito, apesar de ficar renitente e não gostar muito”; “Não gosto porque ainda não sabem” (A24, A25) #2	2
	Desconfiança	“desconfiança, insegurança”; “alguma desconfiança” (A27, A40, A50, A69) #4	4
	Preocupação/ Angústia	“Compreensão, mais receio e nervosismo”; “Fico um pouco angustiada”; “fico apreensiva” (A58, A59, A63) #5	5
TOTAL			43

### 6.3 – Conclusões

O questionário aplicado às mães englobou questões direcionadas à caracterização da amostra, uma questão aberta relacionada com os sentimentos vivenciados pela participação de estudantes de enfermagem nos cuidados à criança que acompanham e o Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard (BLRI) na Forma OS-40 itens. As conclusões que obtivemos após o tratamento e análise dos resultados apresentam-se por tópicos, evidenciando os mais significativos.

**Caracterização dos participantes no estudo:**

- Verificámos que a totalidade das crianças eram acompanhadas pelas mães, com idades compreendidas entre os 29 e os 56 anos e rondando a média dos 36,57 anos, não se observando diferenças significativas entre as duas instituições;
- Das 73 mães inquiridas, 50 acompanhavam crianças no CHBV e 23 no CHTV, situando-se a média das idades nos 36,76 anos para as mães do CHBV e 36,04 para as do CHTV;
- No que respeita à área de residência, a maioria das mães reside em meio urbano, havendo diferenças significativas para as mães do CHBV residentes em meio urbano e do CHTV residentes em meio rural;
- Sobre o estado civil, concluímos que as mães são maioritariamente casadas, não havendo contudo diferenças significativas;
- Nas habilitações literárias prevalece maior percentagem de mães com o ensino secundário, secundadas pelas que possuem o ensino superior, não havendo diferenças significativas em relação às instituições hospitalares;
- As mães encontram-se na sua maior percentagem empregadas;
- Em relação ao serviço, apenas obtivemos respostas de mães que acompanhavam as crianças em internamento, sendo maior a percentagem de crianças internadas por motivo de doença em ambas as instituições;
- As crianças tinham um tempo médio de internamento inferior ou igual a dois dias, observando-se a menor percentagem nas mães que acompanhavam as crianças há mais de quatro dias;
- Sobre o consentimento para que os cuidados fossem prestados por estudantes de enfermagem, maior número de mães referiu que não foi solicitado em ambas as instituições; das mães que disseram ter sido solicitado, todas afirmaram que o permitiram de forma oral;
- Como souberam da presença de estudantes de enfermagem no serviço, maior número de mães referiu ter sido através do uniforme e cartão de identificação em ambas as instituições, seguido da resposta apresentação pelas enfermeiras; em menor número foram as mães que referiram ter sido o próprio estudante a apresentar-se;

- Das 73 mães, apenas 35 referiram já terem experienciado internamentos anteriores, a maior parte no mesmo estabelecimento de saúde em que se encontravam no momento.

#### **Percepção da relação de ajuda (BLRI):**

- Pelos valores médios encontrados concluímos que as mães têm uma percepção elevada sobre os estudantes de enfermagem em relação ao *nível de respeito*, havendo necessidade de ser mais trabalhada a *congruência*;
- Os coeficientes de variação revelam uma dispersão elevada de respostas para todas as dimensões, que variam entre as cotações mínimas e máximas, de -2 para 30 (o total do score da dimensão) no *nível de respeito*, -20 para 24 na *compreensão empática*, -15 para 22 na *incondicionalidade do respeito* e -29 para 19 na *congruência*;
- Mães do CHBV e CHTV são consonantes na perspectiva que têm do desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem, embora as mães do CHTV evidenciem valores mais elevados, com exceção para a dimensão *incondicionalidade do respeito*, mas as diferenças não são significativas;
- Os grupos etários não apresentam diferenças estatísticas significativas, mas podemos verificar que as mães com idade igual ou inferior a 33 anos são as que revelam melhores índices em todas as dimensões, com exceção para a *incondicionalidade do respeito*; o *nível de respeito* decresce para as mães com idades entre os 34 e 39 anos e volta a ter médias mais elevadas no grupo etário  $\geq 40$  anos; a *compreensão empática* aumenta no grupo  $\geq 40$  anos e diminui no grupo dos 34-39 anos; a *incondicionalidade do respeito* tem ordenações médias pouco oscilantes mas aumentam com a idade e a *congruência* é semelhante a partir dos 34 anos;
- Residir em meio rural ou urbano tem implicações sobre a perspectiva que as mães têm do desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem, pois as mães residentes em meio rural apresentam índices médios mais elevados, exceto na *incondicionalidade do respeito* que revela índice mais alto nas mães de meio urbano; apenas a *compreensão empática* revela a existência de relação entre esta variável de local de residência;
- Em relação às habilitações literárias, apenas se encontraram diferenças significativas na dimensão *congruência*, em que as mães com ensino básico (até ao 3º ciclo)

apresentaram ordenações médias mais elevadas; as mães com estudos superiores foram as que manifestaram valores mais baixos em todas as dimensões;

- O estado civil tem poder explicativo apenas sobre as dimensões *nível de respeito* e *compreensão empática*; as mães casadas consideram que os estudantes têm desempenho de relação de ajuda, pelos valores mais altos encontrados em todas as dimensões;
- Relativamente à associação entre o motivo de internamento e as dimensões de relação de ajuda não se encontraram diferenças significativas, verificando-se no entanto que as mães que acompanhavam crianças internadas por cirurgia ou acidente apresentavam valores médios mais elevados;
- O tempo de internamento também não revelou diferenças significativas em relação às dimensões da relação de ajuda, sendo mais valorizada a *incondicionalidade do respeito* e *congruência* pelas mães com internamento inferior ou igual a dois dias e *nível de respeito* e *compreensão empática* nas mães que permaneciam há 3 dias na instituição;
- Apesar de não haver relação entre a situação laboral e as dimensões da relação de ajuda, com exceção da *compreensão empática*, as mães desempregadas evidenciaram maiores ordenações médias;
- Independentemente de ter sido ou não solicitado consentimento para que os estudantes prestassem cuidados às crianças, não se revelou significativa a associação com esta variável; ordenações mais elevadas comprovaram-se nas dimensões *compreensão empática* e *congruência* para as mães que autorizaram a participação de estudantes nos cuidados, enquanto as mães a quem não foi solicitado o consentimento mostraram evidenciar mais o *nível de respeito* e *incondicionalidade do respeito*;
- Sobre a forma como as mães tiveram conhecimento da presença de estudantes no serviço e sua influencia na relação de ajuda percebida, constatámos que o facto de terem sido informadas pelas enfermeiras aumentou os valores em todas as dimensões menos a *incondicionalidade do respeito* que apresentou valores mais altos sendo o próprio estudante a facultar essa informação;
- As mães já terem experienciado outros internamentos não teve influência nas várias dimensões da relação de ajuda, mas todas as dimensões apresentam índices mais elevados nas mães de crianças que nunca estiveram internadas.

## Sentimentos

- Sobre os sentimentos referidos pelas mães em relação à participação de estudantes de enfermagem nos cuidados à criança, são destacados os de expressão positiva, quase equitativamente distribuídos pelas quatro subcategorias que identificámos: o respeito/interesse, o cuidado/preocupação, a apreciação/simpatia e a afeição/amizade;
- Em relação aos sentimentos negativos encontrámos predominantemente a insegurança/receio pela falta de experiência dos estudantes de enfermagem;
- Nas respostas encontradas verificámos que a mesma mãe frequentemente referiu sentimentos de ambos os polos - negativos e positivos.

## 7 – Síntese integrativa

O conjunto de questões que enquadraram a problemática desta investigação permitiu o seu desenvolvimento através de dois estudos integrados em que pretendemos compreender as competências relacionais de ajuda na perspetiva de estudantes de enfermagem e acompanhantes de crianças internadas, durante a realização de ensinamentos clínicos de enfermagem em pediatria.

Esta síntese integrativa tem a finalidade de conjugar os resultados dos dois estudos realizados, refletindo criticamente sobre a perceção dos estudantes e mães em relação ao desempenho de Relação de Ajuda e sobre os sentimentos experienciados pela presença de ambos durante a prática de cuidados.

### 7.1 – Ligação de resultados relevantes

Um dos propósitos deste estudo foi saber ***qual a relação que existe entre a perspetiva dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre a relação de ajuda durante as práticas de ensinamentos clínicos em pediatria.***

Comparando os valores médios das dimensões de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem e das mães através dos resultados do BLRI (Tabelas 9 e 26), concluímos que as mães pontuaram as dimensões *nível de respeito* e *incondicionalidade do respeito* com valores mais elevados do que o fizeram os estudantes, acontecendo o inverso nas dimensões *compreensão empática* e *congruência* que foram mais pontuadas pelos estudantes. As dimensões *nível de respeito* e *compreensão empática* foram posicionadas na mesma ordem decrescente pelos dois grupos; *a incondicionalidade do respeito* é a última para os estudantes e terceira para as mães e a dimensão *congruência* foi percecionada como negativa pelas mães, mas os estudantes apreciaram-na positivamente.

Realizámos teste T de Student para comparação das duas amostras procurando saber como percecionam as mães e estudantes de enfermagem a relação de ajuda face a vivências relacionais mútuas e notámos, pelos resultados apresentados na tabela 38, que as mães apresentam índices médios mais elevados no que respeita às dimensões *nível de respeito* ( $X=19,86\pm 6,25$ ) e *incondicionalidade do respeito* ( $X=4,06\pm 7,88$ ), enquanto os estudantes de enfermagem revelam índices médios mais elevados nas dimensões

*compreensão empática* ( $X=11,20\pm 7,27$ ) e *congruência* ( $X=6,15\pm 0,00$ ). Não assumindo igualdade de variâncias pelo teste de Levene as diferenças entre os grupos são altamente significativas nas dimensões *nível de respeito* e *congruência* e bastante significativas nas dimensões *compreensão empática* e *incondicionalidade do respeito*.

Face aos resultados, inferimos que há uma relação de dependência entre os dois grupos e todas as dimensões da relação de ajuda, ao contrário do que se observou no estudo de Gonçalves (2013) que constatou ordenações globais mais elevadas nas mães do que nas enfermeiras.

Tabela 38 - Teste T entre as dimensões da Relação de Ajuda e amostra de participantes no estudo

Dimensões	Amostra		Estudantes		Mães		Leven,s P	T	P
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
<b>Nível de respeito</b>	16,66	5,69	19,86	6,25	0,941	-3,752	0,000		
<b>Compreensão empática</b>	11,30	7,27	7,56	10,48	0,000	3,039	0,003		
<b>Incondicionalidade do respeito</b>	0,50	6,92	4,06	7,88	0,110	-3,392	0,001		
<b>Congruência</b>	6,15	9,00	-1,52	10,21	0,144	5,622	0,000		

Segundo Barrett-Lennard (1986), é muito improvável encontrar resultados semelhantes nas diferentes dimensões, uma vez que refletem sentimentos distintos, sendo normalmente o *nível de respeito* a dimensão que apresenta médias mais elevadas, o que se verifica nas duas amostras e a *incondicionalidade* as mais baixas, o que se verifica nos estudantes de enfermagem. Refere ainda que níveis mais elevados de *empatia* tendem a acompanhar níveis relativamente altos de *respeito* e, contrariamente, a *congruência* associa-se àquelas duas dimensões e raramente aqueles scores estão associados a baixa *incondicionalidade*, o que não se verifica neste estudo.

Também o autor esclarece que os valores obtidos não têm a finalidade de classificar níveis de relação de ajuda mas, essencialmente, de conhecer onde existe maior ou menor "carência" de uma determinada qualidade (respeito, empatia, incondicionalidade do respeito e congruência) no sujeito ou no grupo. Valores elevados são médias pouco comuns na maioria das dimensões e implicam uma afirmação clara de que aquilo que a pessoa experiencia é substancialmente, empático, congruente, com respeito ou com respeito incondicional. Uma pontuação de 24 na versão de 64 itens que tem valor de 48 em cada dimensão, sugere que o nível de relação de ajuda tenderia a ser adequado e, por outro lado, uma pontuação de 16 seria de esperar que representasse um nível de relação inferior ao adequado. O autor também adverte que na forma MO do Inventário, a que foi utilizada

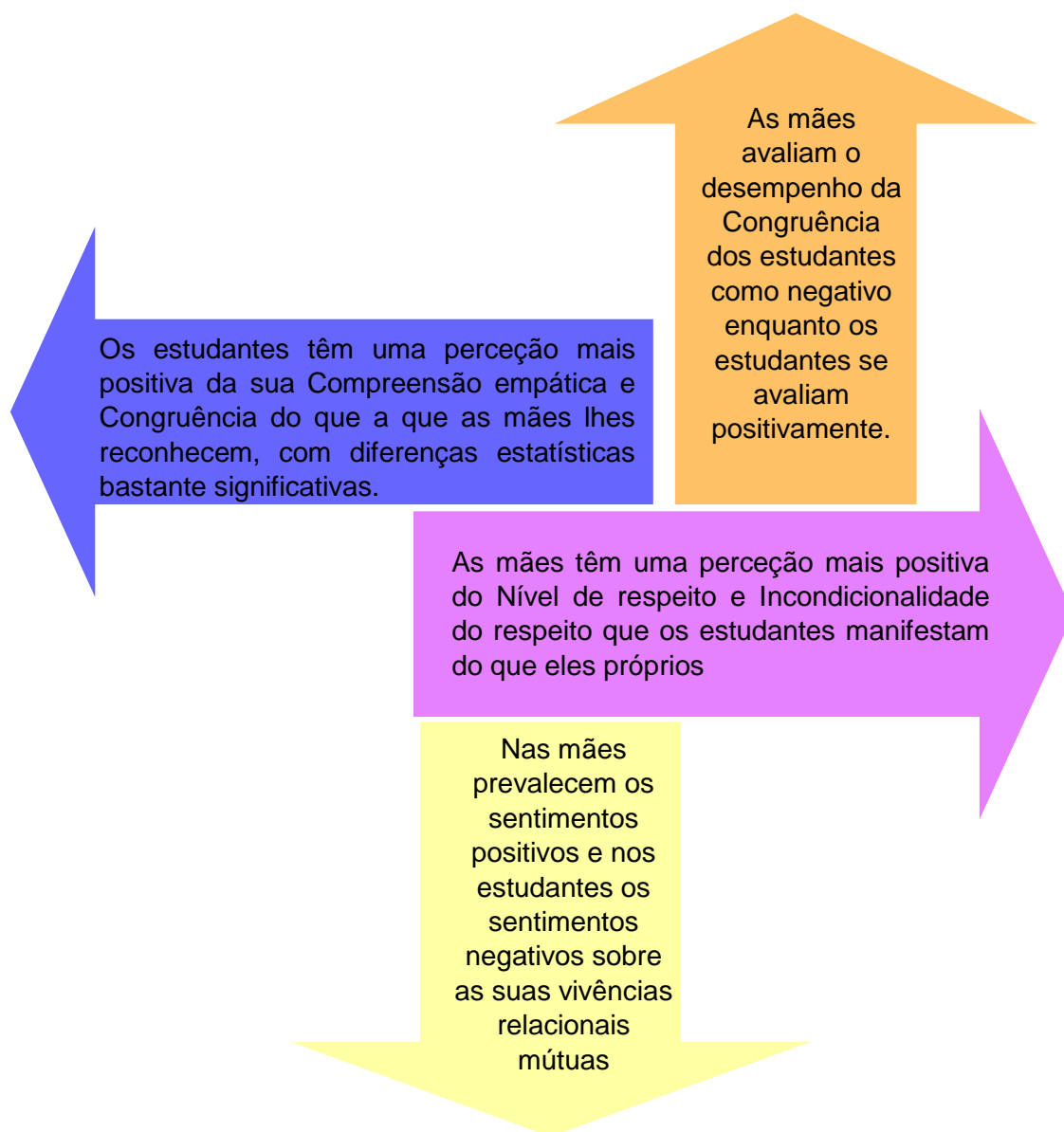
nestes dois estudos, os resultados esperados nas diferentes dimensões são particularmente mais baixos o que não é evidência de invalidade.

Realçamos de forma sintética, como ilustram as Figuras 2 e 3, as tendências de aproximação e afastamento das interpretações que os estudantes de enfermagem e mães atribuíram nas quatro dimensões de relação de ajuda, bem como dos sentimentos que revelaram sobre a presença e participação de ambos no processo de cuidados.

Figura 2 – Tendência de aproximação



Figura 3 – Tendência de afastamento



## 7.2 – Discussão e análise crítica

A discussão dos resultados possibilita refletir sobre o estudo realizado, evidenciando os resultados mais significativos e assim analisar e comparar com o quadro conceptual que deu suporte à investigação, com os objetivos e questões de investigação enunciados, assim como com os resultados de outros estudos acerca da problemática em estudo.

Os resultados obtidos foram sujeitos a uma reflexão crítica, com base no enquadramento conceptual e na nossa experiência e conhecimento práticos sobre cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria, sendo interpretados de acordo com a realidade das instituições envolvidas.

O estudo decorreu em serviços de internamento e urgência/SO de pediatria do CHBV e CHTV, englobando uma amostra de 139 estudantes de enfermagem da ESSUA e ESSV e 73 acompanhantes de crianças.

A colheita de dados foi realizada através de questionário com o BLRI na Forma MO-40 itens para os estudantes de enfermagem e na Forma OS-40 itens para os acompanhantes das crianças que designamos por mães, tendo em conta ter sido este o parentesco encontrado para esta variável. Na amostra estudada, este inventário revelou características psicométricas adequadas, quer de fiabilidade quer de validade. Pelos parâmetros analisados de validade e precisão, haveria itens que deveriam ser eliminados mas que decidimos manter dado que a amostra é inferior ao que seria exigido, sendo necessário que o mesmo fosse objeto de estudo exploratório/confirmatório numa amostra mais alargada. Não havendo consenso sobre a dimensão ideal, exemplificamos com Bryman e Cramer (1992) que referem uma amostra no mínimo igual a cinco vezes o número de itens da escala e nunca inferior a 100 indivíduos. Por outro lado, tratando-se de um instrumento utilizado em inúmeros estudos durante décadas e por investigadores de várias partes do globo, com provas de validade e fiabilidade irrefutáveis, cremos não poder alterar o número de itens para melhorar os resultados destes estudos.

Observámos que durante a hospitalização, as crianças foram acompanhadas pelas mães, o que evidencia o papel maternal na assistência à criança doente. Embora atualmente se verifique uma complementaridade e partilha das funções parentais, o predomínio da função cuidadora da criança doente continua a ser da mãe. Esta característica é comprovada em outros estudos como o de Molina, Fonseca, Waidman e Macon (2009), Melo (2011), Santos (2011), e não é peculiar da nossa sociedade, já que estudos semelhantes em outros países confirmam esta tendência (Kristjãnsdóttir, 1995; Shields et al, 2004; Kyritsi et al, 2005; Sabatés & Borba, 2005).

Um dos propósitos deste estudo foi saber ***qual a perspetiva dos estudantes de enfermagem sobre a relação de ajuda proporcionada aos acompanhantes das crianças durante a sua prática de ensinios clínicos.***

Dos resultados globais obtidos nas dimensões da relação de ajuda verificámos médias mais elevadas nas dimensões *nível de respeito* e *compreensão empática*, com scores mínimos de -1 e -13 e máximos de 25 e 28 respetivamente. As médias mais baixas encontram-se na dimensão *incondicionalidade do respeito*, com score mínimo de -17 e máximo de 16. A *congruência* revela-se nestes resultados, pois apesar de não representar a média mais elevada, apresenta valores máximos de 30, conciliáveis com o valor total para a

dimensão. Para Barrett-Lennard (1986) acontece raramente a pontuação máxima ser atingida mas constatámos valores iguais ou próximos neste estudo.

Estes resultados vão de encontro aos de Frade (1999) que incidiu na percepção dos alunos sobre relação de ajuda na sua prática de ensinos clínicos. Também eles pontuaram o *respeito* com valores elevados, seguido da *empatia*, situando-se os menos elevados na *congruência* e na *incondicionalidade*.

Rocha (2008) num grupo de enfermeiros recém-formados, obteve também a média mais elevada no *nível do respeito*, seguindo-se a *compreensão empática*. A média mais baixa observou-se na *congruência*, ao contrário do nosso estudo que foi na *incondicionalidade do respeito*.

Paula (2012) num estudo semelhante mas focando a perspetiva de enfermeiros já com experiência profissional (média de anos de serviço de 18,38 com mínimo de 4 e máximo de 39 anos), concluiu que os enfermeiros dão importância à relação de ajuda, porque pontuam acima do valor médio em todas as dimensões consideradas, sendo a média mais elevada para o *respeito* e a menos elevada para a *incondicionalidade*.

Também Gonçalves (2013) numa amostra de enfermeiros de neonatologia verificou que a *compreensão empática* e o *nível de respeito* apresentam scores médios mais elevados e a *incondicionalidade de respeito* o score mais baixo.

Barrett-Lennard, citado por Rocha (2008) refere que numa relação muito casual ou superficial, o conceito de incondicionalidade do respeito poderá ser tão discreto ao ponto de não ser percebido pelo outro como sentimento, o que acontece, por vezes, em relações passageiras ou que envolvem pouca comunicação informativa. Pode ser um dos aspetos a ter em conta nestes resultados, já que falamos de tempo de internamento curto, em que os estudantes mantêm contato com as mães por vezes durante apenas um turno, com vivências em situações relacionais momentâneas.

Melo e Raposo (2007) utilizaram outro instrumento, o Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) de Ferreira (2004), para conhecerem as percepções de um grupo de estudantes finalistas do curso superior de enfermagem sobre o desenvolvimento de competências relacionais e constataram que a dimensão onde os estudantes obtiveram melhores resultados foi a de competências genéricas que, segundo a autora do ICRA, revelam a forma como o enfermeiro entende o outro, o seu trabalho e a sua pessoa.

Quanto à segunda questão de investigação colocada que visava saber ***qual a perspetiva dos acompanhantes das crianças sobre o desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem durante as práticas de ensino clínico.***

Dos resultados globais obtidos nas dimensões da relação de ajuda verificámos médias mais elevadas na dimensão *nível de respeito*, com scores mínimos de -2 e máximos de 30, seguida das dimensões *compreensão empática* e *incondicionalidade do respeito*. As médias mais baixas encontram-se na dimensão *congruência*, com score mínimo de -29 e máximo de 19. O *nível de respeito* revela-se nestes resultados, pois além de apresentar a média mais elevada, apresenta valores máximos de 30, harmonizáveis com o valor total para a dimensão. Em contraposição, temos a *congruência* que atinge valores mínimos bem próximos do total da escala (-29). Para Barrett-Lennard (1986) acontece raramente a pontuação máxima ser atingida mas declinamos esse facto neste estudo.

Almeida (2012) apresentou resultados semelhantes num estudo sobre a perspetiva dos pais sobre a relação de ajuda em pediatria, pelas médias mais elevadas nas dimensões *nível de respeito* e *compreensão empática*, mas as médias mais baixas encontraram-se na dimensão *incondicionalidade*, o mesmo acontecendo no estudo de Loureiro (2012) ao analisar a perspetiva dos adolescentes sobre o desempenho de relação de ajuda dos enfermeiros.

Também Gonçalves (2013) revelou no seu estudo em contexto de neonatologia que as mães pontuaram igualmente o *nível de respeito* e a *compreensão empática* de forma mais positiva, ficando a *congruência*, tal como no nosso estudo, com os resultados mais baixos.

Rodrigues (2010) desenvolveu um trabalho que visava correlacionar a autoavaliação das competências parentais nos cuidados ao recém-nascido de risco com a satisfação dos pais e com a avaliação dos enfermeiros, no âmbito da prática de enfermagem familiar e obteve elevados níveis de competência nos cuidados ao recém-nascido na avaliação pelos pais, que referiram sentir-se bastante satisfeitos com os cuidados de enfermagem em neonatologia.

Para Barrett-Lennard (2003) *nível de respeito* significa uma tendência de resposta afetiva de uma pessoa para outra, refere-se a uma esfera e eixo de resposta experienciada numa relação particular e situada no momento atual. A *empatia* traduz um sentimento de reconhecimento da pessoa, significa a sensibilidade do facilitador para com os sentimentos e reações pessoais que o outro vivencia a cada momento (Rogers, 2009), fazendo-lhe compreender que o entende, sem que haja lugar a análise ou julgamento. Neste caso, estudantes e mães estão em consonância na perceção de ambas as dimensões, revelando um sentimento de compreensão mútuo, cada um colocando-se no lugar do outro, e entendendo o que cada um experiencia.

A *incondicionalidade de respeito* definida como o grau de constância de sentimento de respeito de uma pessoa para outra que comunica autoexperiências à primeira, sugerem alguma instabilidade na consideração positiva que os estudantes têm para com as mães, já que o score médio é bastante mais baixo que nas restantes dimensões de relação de ajuda.

Na dimensão *congruência*, vista como um processo que envolve o desejo de estar altamente comprometido com o outro, conhecer a sua experiência e ser capaz de receber o seu sentimento, que requer auto abertura aos sentimentos vividos e significados do outro (Barrett-Lennard, 1986), a média mais baixa sugere que as mães não observam um elevado grau de compromisso, poderão duvidar da sinceridade, genuinidade e transparência dos estudantes. Por outro lado, estudantes percebem positivamente a *congruência*, revelam integridade, consideram-se honestos e consistentes entre o que pensam e o que comunicam. Pelo desajuste de opiniões, poderemos pensar na incoerência que deixam transparecer entre sentimentos e comportamentos, o que pode conduzir a falta de confiança por parte das mães.

Outra questão passava por saber ***que fatores influenciam a percepção dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre a relação de ajuda desenvolvida durante as práticas de ensino clínico.*** Como temos duas amostras iremos manter a mesma sequência de apresentação dos resultados, olhando primeiro para as variáveis sociodemográficas e formativas dos estudantes de enfermagem e posteriormente para as variáveis sociodemográficas e clínicas das mães.

Os estudantes são maioritariamente do sexo feminino, com uma média de idades de 21,70 anos na ESSV e 22,21 anos na ESSUA, diferença que pode ser entendida pelo facto de os estudantes da ESSV encontrarem-se ainda no 3º ano de curso e os da ESSUA no 4º ano. A maioria são solteiros e residem em meio rural.

Os estudantes da ESSV desenvolveram o ensino clínico no CHTV durante o 3º ano e os da ESSUA no CHBV no decorrer do 4º ano, maioritariamente em contexto de internamento. Em ambas as amostras é maior a percentagem de estudantes que referiram ter obtido formação em relação de ajuda durante o ensino teórico, referenciando mais a unidade curricular Fundamentos de Enfermagem, lecionada em ambas as escolas no 1º ano.

O género, serviço onde realizaram o ensino clínico e terem usufruído de formação em relação de ajuda não manifestaram influência nas dimensões da relação de ajuda. A idade e o local de residência expõem uma relação de dependência com a *congruência*, o estado civil com a *incondicionalidade do respeito* e o local de realização de ensino clínico, a

escola e o ano de curso manifestam relação de dependência com a *incondicionalidade de respeito* e a *congruência*, aspetos que passamos a analisar.

Quanto à idade e local de residência verificámos maior *congruência* nos estudantes mais novos com 20 anos e residentes em meio rural, apesar de estarmos perante uma significância marginal. São os solteiros que manifestam maior estabilidade no *respeito* que nutrem pelas mães, não as julgando ou criticando.

Na análise da relação entre os dois estabelecimentos de ensino e o desempenho de relação de ajuda dos estudantes para com as mães observámos dados relevantes, tendo em conta que os estudantes da ESSV realizam ensino clínico no CHTV durante o 3º ano e os da ESSUA no CHBV durante o 4º ano. Constatámos igual influência das variáveis escola, ano de curso e local de realização de ensino clínico, com maior *nível de respeito* e *congruência* manifestados nos estudantes da ESSV e *empatia* com *incondicionalidade do respeito* nos estudantes da ESSUA, o que pode ser avaliado pela diferença no ano de curso que implica mais experiências prévias em contexto de prática clínica. Dos estudantes espera-se um comportamento responsável, equitativo e coerente que pode ser aperfeiçoado ao longo das experiências que vão sendo facultados em ensino clínico.

Sequencialmente procedemos à discussão dos resultados obtidos com as mães.

As mães que acompanham crianças no CHTV reconhecem mais o desempenho de relação de ajuda dos estudantes, com exceção da *incondicionalidade do respeito* que se revela superior nas mães do CHBV, mas as diferenças não são significativas.

A idade não influencia a percepção da relação de ajuda das mães, uma vez que não encontramos diferenças estatísticas significativas. Todas as dimensões foram mais valorizadas no grupo de mães mais jovens, com idade igual ou inferior a 33 anos, à exceção da *incondicionalidade do respeito* com médias pouco oscilantes mas que aumentam com a idade.

Sobre o local de residência, encontrámos relação apenas com a *compreensão empática*, mas as mães de meio rural revelaram índices médios mais elevados em todas as dimensões, com exceção da *incondicionalidade de respeito* que se mostrou mais elevado nas mães residentes em meio urbano.

Relativamente às habilitações literárias, obtivemos ordenações médias inferiores em todas as dimensões no grupo de mães que possuem ensino superior. Obtivemos relação de dependência com a dimensão *congruência*, sendo as mães com ensino básico as que manifestaram valores mais elevados. Comparando com os resultados obtidos por Almeida (2012) num estudo realizado com pais, obteve ordenações médias superiores na dimensão *nível de respeito*, independentemente das habilitações literárias detidas pelos participantes e

registrou significâncias estatísticas entre as habilitações literárias e a *compreensão empática*, o que não se confirmou no nosso estudo.

Sobre o estado civil, verificámos que as mães casadas evidenciam valores mais elevados em todas as dimensões, tendo esta variável apenas poder explicativo no *nível de respeito e compreensão empática*.

Já em relação à situação laboral, encontrámos poder explicativo apenas na *compreensão empática*. Contudo, foram as mães desempregadas que reconheceram melhor relação de ajuda no desempenho dos alunos, pelos valores mais elevados encontrados em todas as dimensões.

Quanto ao tempo de internamento, motivo de internamento e vivência de internamento anterior, não encontrámos diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões, indo ao encontro do estudo de Almeida (2012) e Rodrigues (2010), que também não revelaram associação entre o tempo de internamento e as dimensões da relação de ajuda e Gonçalves (2013), em relação aos internamentos anteriores. Saunders et al (2003), citado por Mendes (2010), também verificaram que o sucesso dos cuidados centrados na família depende mais das atitudes dos prestadores de cuidados e da relação entre pais e profissionais de saúde, do que do tempo de internamento.

No que diz respeito ao facto de ter sido solicitado consentimento para que fosse o estudante a prestar cuidados, não revelou diferenças estatísticas significativas para todas as dimensões de relação de ajuda. No entanto, o grupo de mães que deu consentimento apresentou valores mais elevados na *compreensão empática* e *congruência*. Pelo contrário, as mães a quem não foi solicitado o consentimento evidenciaram o *nível de respeito e incondicionalidade*.

Dar a conhecer às mães a presença de estudantes no serviço e sua implicação nos cuidados é muito importante, apesar de não termos encontrado diferenças significativas nas dimensões da relação de ajuda e a forma como chegaram a esse conhecimento. Contudo, observámos que reconhecem mais a relação de ajuda nas dimensões *nível de respeito*, *compreensão empática* e *congruência* quando foram os enfermeiros a transmitir essa informação, ou em valores intermédios, pela intuição ao observarem o cartão de identificação e/ou uniforme, sendo a *incondicionalidade do respeito* mais valorizada quando foi o próprio estudante que se deu a conhecer.

Quanto à questão de investigação que visava ***conhecer que sentimentos descrevem os estudantes de enfermagem pela presença de acompanhantes das crianças durante a prestação de cuidados*** obtivemos duas categorias: sentimentos positivos e sentimentos negativos.

Nesta amostra, são evidenciados os sentimentos de expressão negativa, como a insegurança, nervosismo, ansiedade, medo e receio, sensação de ser observado e julgado, o desprezo por parte das mães e a pressão que provocam. Em relação aos sentimentos positivos encontrámos predominantemente o reconhecimento de ser uma mais-valia para a criança.

Salientamos pela nossa análise, o facto de em inúmeros relatos surgir um misto de sentimentos negativos com sentimentos positivos, como por exemplo a ansiedade e receio enquanto sentimento negativo são quase sempre manifestados associados a um sentimento positivo, principalmente o reconhecimento de ser uma mais-valia para a criança, pelo afeto, proteção, calma e conforto que o acompanhante pode proporcionar. Exemplificamos com algumas das unidades de registo que dão conta desta dualidade de sentimentos, como *“Compreendo o facto de os pais estarem ao lado dos filhos. No entanto, pode fazer com que durante a prestação de cuidados fiquemos nervosos”*; *“Penso que os pais complicam a prestação de cuidados pois provocam ansiedade e nervosismo...Contudo é compreensível a sua presença...”*; *“Por vezes os pais opinam muito. Por vezes são muito maus e não nos compreendem. Por outro lado é bom para a criança”*; *“É normal que me sinta um pouco observada e um pouco mais nervosa. Mas sei que é para o bem da criança para se sentir mais segura”*; *“Penso que é uma mais-valia para a criança, apesar de por vezes nos intimidarem ao fazerem muitas questões e a observar tudo o que fazemos”*.

Também tencionávamos saber **que sentimentos descrevem os acompanhantes das crianças quando os cuidados são prestados por estudantes de enfermagem** e igualmente obtivemos duas categorias opostas, sentimentos positivos e sentimentos negativos.

Constatámos que as mães referem em maior número os sentimentos positivos, distribuídos quase equitativamente pelas quatro subcategorias encontradas, o respeito e o interesse, o cuidado e preocupação, a apreciação e simpatia, a afeição e amizade. Em relação aos sentimentos negativos encontrámos predominantemente a insegurança e receio pela falta de experiência dos estudantes de enfermagem.

Nas respostas encontradas verificámos que a mesma mãe frequentemente manifestou sentimentos de ambos os polos - negativos e positivos. Esta referência é mais acentuada quando associam um sentimento negativo ao fato de os estudantes precisarem de aprender, tal como elucidam várias unidades de registo, como *“Tenho algum receio mas eles precisam de aprender”*; *“É importante para aprenderem mas tenho algum receio que não façam bem as coisas...”*; *“Entendo e aceito, apesar de ficar renitente e não gostar muito”*; *“Alguma desconfiança mas solidariedade para com a aprendizagem”*; *“Por vezes alguma insegurança, com receio que falhem causando problemas ao meu filho. Contudo tenho que compreender que é necessário para a sua formação”*; *“É importante para a aprendizagem, fico um pouco angustiada”*.

Sobre esta questão dos sentimentos e considerando as dimensões de relação de ajuda propostas por Barrett-Lennard em estudo na abordagem quantitativa - Nível de Respeito, Compreensão Empática, Incondicionalidade do Respeito e Congruência - foi possível inferir sobre as respostas encontradas à luz das descrições do autor sobre cada uma delas. Os sentimentos são descritos face a atitudes e comportamentos observados quer pelos estudantes quer pelas mães.

## 8 - Conclusão final

*“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.*

*Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”*

*Florence Nightingale*

Nesta fase do trabalho, interessa uma reflexão sobre o caminho percorrido, com a apresentação dos principais contributos e implicações desta investigação para o conhecimento e aperfeiçoamento das práticas, bem como algumas sugestões passíveis de constituírem pontos de partida para outras investigações e melhorias constantes no desenvolvimento de uma relação de ajuda com os vários intervenientes no processo de cuidados.

Pretendemos compreender a perceção dos estudantes de enfermagem e das mães sobre o desenvolvimento de uma relação de ajuda durante os ensinamentos clínicos, nas suas vivências relacionais mutuas, fatores influenciadores dessa relação e sentimentos experienciados pela presença de ambos no processo de cuidados.

Para uma melhor contextualização e compreensão desta investigação, pesquisamos sobre a temática num enquadramento teórico fundamentado na formação em enfermagem, na relação de ajuda e no cuidar em pediatria.

Para responder à problemática de investigação centrada na Relação de Ajuda, realizámos dois estudos complementares, abrangendo 139 estudantes de enfermagem em práticas de ensino clínico de pediatria e 73 mães a acompanhar crianças internadas nos serviços de pediatria do Centro Hospitalar Tondela Viseu e Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Estes estudos avaliaram os resultados de questionários que contemplavam o BLRI nas Formas M-40 e OS-40, que reúne as dimensões nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência e culminaram numa síntese integrativa.

Analisando o alpha de Cronbach global destes inventários aplicados às nossas amostras, podemos concluir que manifesta uma razoável consistência interna na versão MO-40 itens aplicada aos estudantes de enfermagem e uma boa consistência interna na

versão OS-40 itens aplicada às mães, permitindo-nos manifestar que a escala é válida para a população em estudo.

Relativamente aos aspetos metodológicos consideramos terem sido os adequados, pois com rigor, coerência, adaptação aos contextos e às amostras alcançámos os objetivos a que nos propusemos.

Conjugando a investigação quantitativa com a análise qualitativa de dados obtidos sobre sentimentos vivenciados, pensamos ter conseguido compreender melhor a complexidade do fenómeno em estudo.

Realçamos a principais conclusões de acordo com os objetivos enunciados.

Ao pretendermos **analisar a perceção dos estudantes de enfermagem sobre a relação de ajuda desenvolvida com os acompanhantes das crianças na sua prática em ensino clínico em pediatria** concluímos que os estudantes de enfermagem percecionam um bom desempenho de relação de ajuda no desenvolvimento dos ensinamentos clínicos em pediatria, mas a incondicionalidade do respeito fica aquém do desejado.

Também quisemos **analisar a perceção dos acompanhantes das crianças sobre o desempenho de relação de ajuda dos estudantes de enfermagem no processo de cuidados**, concluindo que as mães revelam que o desempenho relacional dos estudantes para com elas não é o ideal, entendendo a dimensão compreensão empática com níveis inferiores aos revelados pelos estudantes e consideram a congruência negativa, sugerindo que a relação de ajuda poderá estar deficitária neste aspeto.

Sobre a necessidade de **identificar fatores influenciadores das relações interpessoais estabelecidas entre os estudantes de enfermagem e os acompanhantes das crianças**, encontramos relação das variáveis idade, local de residência, estado civil, escola e local de realização de ensino clínico e ano de curso com a relação de ajuda que os estudantes estabeleceram com as mães.

Realçamos nos estudantes da ESSV que frequentam o 3º ano o reconhecimento de melhor nível de respeito e congruência, comparativamente aos estudantes da ESSUA que valorizam mais a compreensão empática e a incondicionalidade do respeito, realizando o ensino clínico durante o 4º ano. O desenvolvimento destas competências relacionais em ensino clínico não se pautou por formação prévia em relação de ajuda, mas reconhecem ter melhor desempenho os estudantes que referiram ter recebido formação em unidades curriculares específicas, como Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem em Pediatria.

As variáveis género, serviço onde realizaram ensino clínico e formação prévia em relação de ajuda não manifestaram influência nas dimensões da relação de ajuda.

Quanto às mães, concluímos que as variáveis residência, nível de escolaridade, estado civil e situação laboral influenciam a percepção das mães sobre o desempenho de relação de ajuda dos estudantes. As mães que residem em meio rural, as que são casadas e as que estão desempregadas reconhecem mais empatia e as mães que possuem habilitações até ao 3º ciclo consideram que os estudantes são mais congruentes.

Não obtivemos diferenças significativas em relação às duas instituições hospitalares analisadas, idade, motivo e tempo de internamento, internamentos anteriores, consentimento e forma como obtiveram conhecimento da presença de estudantes no serviço.

Olhando para as duas amostras, no sentido de **analisar a relação entre a perspetiva dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre a relação de ajuda desenvolvida durante as práticas de ensino clínico**, realçamos que estudantes pontuam mais a compreensão empática e a congruência, enquanto as mães atribuem maiores valores no nível de respeito e incondicionalidade do respeito. As mães têm uma percepção negativa de congruência nas relações dos estudantes para com elas. Perspetivar ser congruente é não revelar conflito entre o que se pensa, o que se sente e o que se comunica. Na nossa visão, a perspetiva do estudante pressupõe uma constância das suas atitudes, partindo do princípio de que o seu desempenho integra um relacionamento interpessoal de ajuda, mas no desenvolvimento do seu papel podem mostrar atitudes não coerentes.

Com a análise qualitativa das respostas à questão aberta pretendíamos **identificar os sentimentos experienciados pelos estudantes de enfermagem na presença de acompanhantes de crianças durante a prestação de cuidados e identificar os sentimentos vivenciados pelos acompanhantes das crianças acerca da participação de estudantes de enfermagem no desenvolvimento dos respetivos ensinos clínicos**.

Distinguimos aqui duas categorias opostas e que designamos de sentimentos positivos e sentimentos negativos. Constatámos que não há concordância de sentimentos, já que prevalecem os sentimentos negativos nos estudantes de enfermagem e os sentimentos positivos nas mães. Contudo, em ambos foi possível identificar um misto de sentimentos negativos e positivos em simultâneo, observando uma harmonia no reconhecimento, por parte do estudante na mais-valia que representa para a criança a presença da mãe e, por parte da mãe da necessidade de aprendizagem do estudante com a respetiva compreensão.

As limitações neste trabalho dizem respeito essencialmente ao estudo com os acompanhantes das crianças. A demora da autorização para a aplicação do questionário

nos serviços de pediatria do CHTV, contribui para que a amostra tenha sido reduzida. Mas aqui também consideramos as baixas taxas de ocupação dos serviços de ambas as instituições, que igualmente não foram favorecedoras do número de participantes no estudo com as mães, o que implicou uma amostra mais reduzida.

Também a não adesão das mães internadas no serviço de urgência/SO revelou-se uma limitação. Desde cedo que entendemos ser este um local mais problemático para obter colaboração, uma vez que pressupõe internamento idealmente não superior a 24h, o que condiciona face aos critérios de inclusão traçados, e também pelo transtorno súbito que as mães vivenciam, condicionando a recetividade e disponibilidade para o preenchimento do questionário.

O preenchimento dos questionários pelas mães foi efetuado no ambiente da enfermaria, junto da criança, podendo ser interrompido algumas vezes (para atender a solicitações das crianças, pela necessidade de serem prestados alguns cuidados), o que pode ter condicionado a motivação para responder, bem como a concentração. Também foi sentido e manifestado pelas mães alguma dificuldade cognitiva no preenchimento do BLRI, situação colmatada parcialmente pela nossa presença constante e esclarecimentos individual e pontual.

Conscientes de termos desenvolvido um estudo válido apenas no seu contexto específico, em que não aprofundamos exaustivamente a temática em estudo e onde as perceções, experiências e sentimentos de cada indivíduo são únicas e subjetivas, não é possível a generalização de resultados.

Como implicações práticas e sugestões podemos referir alguns aspetos, tendo em conta que no âmbito da enfermagem pediátrica, o alicerce na família reveste-se da maior importância. Os atuais padrões de assistência à criança bem como a legislação preconizam a presença contínua de um acompanhante da criança no hospital, o que veio refrescar o modo de pensar e organizar os cuidados de enfermagem. Cuidar da criança implica cuidar da família. A sua participação direta na prestação de cuidados e o envolvimento em todo o processo de hospitalização da criança convida a uma parceria nos cuidados de enfermagem, reconhecendo, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões.

Os estudos que realizámos dos quais obtivemos resultados reveladores de utilidade prática, apontam para a existência de algumas contradições nos estudantes e mães durante a realização de ensinamentos clínicos em pediatria. O desencontro de perspetivas acerca do desempenho relacional dos primeiros, especialmente na congruência, constitui motivo de preocupação e reflexão, uma vez que é percebida a necessidade de aprendizagem do

estudante, mas a discordância percebida nas atitudes, pela percepção de algum desconforto pode conduzir a níveis de confiança menores. E, apesar dos cuidados serem concretizados em função das necessidades das crianças, podemos também procurar responder positivamente às expectativas das mães.

Sendo a relação de ajuda um pilar fundamental do cuidar em enfermagem, deve ser inculcado desde cedo aos estudantes a mais-valia de serem portadores de competências relacionais de ajuda, criando e facilitando ferramentas que os permitam desenvolver cuidados de enfermagem de qualidade.

Fomentar uma visão holística do cliente que permita além das ações rotineiras mais orientadas para a técnica, uma leitura subjetiva dos sentimentos com respeito e coerência nas atitudes e condutas irá melhorar a confiança e aprovação das mães.

O estudante deve ter conhecimento consciente e abertura à experiência, sendo ele próprio integrado no contexto da sua relação com as mães, não revelando conflito entre o que pensa e sente e o que comunica, não se mostrando perturbado com algumas situações, até porque não está sozinho no seu processo de aprendizagem. Estes aspetos devem ser objeto de reflexão e transformação por parte dos estudantes, conciliando com os enfermeiros orientadores quais as melhores abordagens.

Poderão ser criados e dinamizados grupos de reflexão com os docentes, estudantes e enfermeiros cooperantes, potencializando a manifestação de dificuldades, emoções, receios, clarificando conceitos e métodos de intervenção que sejam consensuais e que possam ajudar na construção de boas práticas em ensinos clínicos. Desenvolver conjuntamente estratégias personalizadas a cada momento, capacitando os estudantes na apropriação, desenvolvimento e mobilização de competências no domínio das relações interpessoais, contribuirá para cuidados humanizados e de qualidade que serão integrados no cuidar profissional.

Integrar as mães nos serviços, procedimentos e métodos, permitindo a livre expressão de opiniões e sentimentos sem preconceito ou juízos de valor, avaliando as necessidades e articulando com a receptividade para a aceitação de estudantes na prestação de cuidados é importante. Contudo, deve ser acompanhado de informação e esclarecimentos adicionais capazes de desmistificar receios e inseguranças, já que as mães reconhecem a importância da aprendizagem e do seu contributo na realização dos ensinos clínicos, sendo relevante a apresentação pelo próprio estudante e a explicação pelo profissional que o acompanha da finalidade da sua presença, tornando esta ligação mais harmoniosa e disciplinada.

Em suma, e citando Veiga, Fernandes e Sadigursky (2009), é imprescindível a aplicação de ações que minimizem as diferenças e aproximem as pessoas, colocando a criança e a sua família no centro do processo de cuidar, colaborando para um modelo assistencial em que as formas de relacionamento mútuo se configurem como lugar de interação ativa e crítica na busca de uma nova prática.

Esperamos que este trabalho suscite interesse e motivação a todos os seus leitores e que seja mais um ponto de partida para outros campos de investigação na vertente da relação de ajuda em pediatria, atendendo a que todo o processo de investigação é um dado potencial para uma análise mais abrangente, sendo necessário o desenvolvimento de novas investigações que permitam melhor compreender e esclarecer esta temática.

## Referências Bibliográficas

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista de Enfermagem Referência*. 6, 53-59
- Almeida, E. (2012). Relação de ajuda em pediatria: Perspetiva dos pais. Tese de Mestrado. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu
- Andraus, L., Minamisava, R. & Munari, D. (2004). Desafios da enfermagem no cuidado à criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 3 (2), 203-208
- Apolinário, M. (2012). Cuidados centrados na família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. 7, 83-92
- Araújo, M. (2006). O Enfermeiro e os Cuidados de Saúde à Criança e Adolescente. Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente. Disponível em: [www.acs.min-saude.pt/.../enfermeiros-e-cuidados-de-saude-crianca-e-adolescente.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/.../enfermeiros-e-cuidados-de-saude-crianca-e-adolescente.pdf)
- Bardin, L. (2004). Análise de conteúdo. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70
- Barrett-Lennard, G. (1986). The relationship inventory now: issues and advances in theory, method, and use. IN *The psychotherapy process: a research handbook*. New York: Guilford. 439- 475
- Barrett-Lennard, G.(2003).Measuring experienced Relationship: An Odyssey. IN *Steps on a mindful journey: persons-centred expressions*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books. 93 – 112
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Edição Comemorativa. Coimbra: Quarteto
- Bermejo, J. (1998). Apuntes de relación de ayuda. Madrid: Editorial Sal Terrae
- Bryman, A.; Cramer, D. (1996). Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS. Oeiras: Celta Editora
- Buresh, B.; Gordon, S. (2004). *Do silêncio à Voz*. 2ª Edição. Coimbra: Ariadne editora

- Cardoso, A. (2002). As exigências de mudança e de inovação em educação: Uma perspectiva diacrónica. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 36 (1,2 e 3),167-184
- Casey, A.; Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*. 84 (44), 67-68
- Casey, A. (1993). Development and use of the Partnership Model of Nursing Care. In Glasper, E.; Tucher, A. (Eds). *Advances in Child health Nursing*. Middtesex: Scutari Press.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing influences on involvement of informal carers. *Journal of advances nursing*. 22, 1058-1062
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-Humaniste*. Boucherville : Gaetan Morion Editeur
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta
- Cibanal, J. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier
- Collière, M-F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel Edições
- Collière, M-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência
- Cortés, M. (2011). Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Revista Espanola de Comunicación en Salud*. Disponível em <http://www.aecs.es>
- Costa, M. (1998). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de século Edições
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina
- Curado, A. (2006). Acolher... É Receber...É Dar...É Partilhar...In: Instituto de Apoio à Criança (IAC). *Acolhimento e estadia da Criança no Hospital*. Lisboa: IAC, 22-24
- Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência

- Escoval, A.; Candoso, F. (2000). Níveis Intermédios de Gestão nas Instituições de Saúde. In: Proença, J. et al (2000). *O Hospital Português: Os Profissionais de Saúde, A Gestão e o Utente*. Porto: Vida Económica. Conferforum
- Ferreira, M. (2004). Relação de Ajuda na formação dos enfermeiros: Tese de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro
- Ferreira, M.; Pontes, M. & Ferreira, N. (2009) Cuidar em Enfermagem - Perceção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Disponível em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-66\\_FCS\\_06\\_.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-66_FCS_06_.pdf).
- Fortin, M-F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência
- Frade, J. (1999). Relação de ajuda em enfermagem: Perspetiva sobre a prática e a formação. Tese de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Frias, C. (1999). Teoria e Prática em Enfermagem: algumas considerações. *Revista Pensar Enfermagem*. 3 (3), 48-51
- Gil, A. (2012). Relação de Ajuda: Perceção da criança dos 6 aos 10 anos. Tese de Mestrado. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu
- Gonçalves (2013). Relação de ajuda em neonatologia: Perceção das mães e das enfermeiras. Tese de Mestrado. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspetiva de Cuidar*. Lisboa: Lusociência
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Lisboa: Lusociência
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da criança hospitalizada*. 4º Edição. Lisboa: Instituto de Apoio à criança
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Kristjansdóttir, G. (1995). Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized two-to six-year-olds. *Scandinavian Journal Caring Science*. 9, 95-103

- Latimer (2003). *Investigação qualitativa avançada para a enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget
- Lazure, H (1994). *Viver a relação de ajuda. Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta
- Leventhal, L. & Soares, M. (2008). A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 7 (3), 327-332
- Lopes, N. (2001). *Recomposição Profissional da Enfermagem: Estudo Sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora
- Lopes, C.; Jorge, M. (2005). Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*. 39(1), 103-108
- Loureiro, H. (2012). *Cuidar em enfermagem: Percepção do adolescente*. Tese de Mestrado. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu
- Mano, M. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista de Enfermagem Referência*. 8, 53-61
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS statistics*. 5ª edição. Lisboa: Report
- Marques, S.; Correia, C.; Teixeira, R. (2006). A relação de ajuda como essência dos cuidados de enfermagem. *Revista Servir*. 54(2), 21-25
- Melo, E. (2011). *Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas*. Tese de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro
- Melo, R. (2007). Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: estudo com estudantes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 41, 189-208
- Melo, R. (2008). Relação de Ajuda: Uma experiência vivenciada. *Pensar Enfermagem*. 12 (2), 85-87
- Martins, M. (2004). Visita e parceria de cuidados. *Nursing*. 16 (184), 8-14
- Melo & Raposo (2007). Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: estudo com estudantes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 41 (1), 189-209

- Mendes, J. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Informar*. Ano XII, 36, 71-77
- Molina, R.; Fonseca, E.; Waidman, M. & Marcon, S. (2009). A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. *Revista Escola Enfermagem USP*. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a19v43n3.pdf>
- Morrison, P. (2001). *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi Editores
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 6, 39-42
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do(a) enfermeiro(a) de cuidados gerais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 10, 49-56
- Paula, T. (2012). Relação de ajuda: Perspetiva do enfermeiro de pediatria. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu
- Pepel, P. (1989). *Les stages de formation*. Paris: Ed. Bordes
- Pestana, C. Pestana, F. & Freitas, M. (2004). Vivências dos Utentes face ao Primeiro Internamento. *Pensar Enfermagem*. 8 (2/2º semestre), 14-20
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. 5ª edição. Lisboa: Edições Sílabo
- Pinto, J.; Ribeiro, C.; Silva, C. (2004). Família da Criança Hospitalizada e suas demandas de cuidado. *Acta Paulista de Enfermagem*. 17 (4), 450-452
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência
- Pocinho, M. (2012). Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico. Lisboa: Lidel
- Polit, D.; Hungler, B. (1995). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3 edição. Porto Alegre: Artes Médicas

- Polit, D.; Beck, C. Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ª Edição. Porto Alegre: ArtMed Editora
- Queirós, A. (2004). *Empatia e respeito*. 2ª Edição. Coimbra: Ariadne Editora
- Riley, J. (2004). *Relação Enfermeiro/Cliente: uma relação de ajuda. Comunicação em Enfermagem*. 4ª edição. Loures: Lusociência
- Rogers, Carl (1983). *A terapia centrada no cliente*. Lisboa: Moraes
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Editores Moraes
- Rocha, A. (2008). A Relação de Ajuda no ensino de Enfermagem. Aveiro: Universidade de Aveiro. Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3315/1/2009000631.pdf>
- Rodrigues, S. (2010). Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências. Tese de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro
- Rua, M. (2009). De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. Tese de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro
- Sabates, A.; Borba, R. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13 (6), 968-973
- Santos, O. (2011). Necessidades dos pais das crianças hospitalizadas: Perspetiva dos pais. Tese de Mestrado. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu
- Shields, L.; Hunter, J.; Hall, J. (2004). Parents and Staff's perceptions of parental needs during a child's admission to hospital: an England perspective. *Journal of Child Health Care*. 8 (1), 9-33
- Strauss, A. et al (1999). El trabajo que realizan los pacientes hospitalizados. In: Benjumea, Carmen de la Cuesta (coord.). *Salud Y Enfermedad: Lecturas básicas en Sociología de la Medicina*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia
- Streubert, H.; Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. 2ª Edição. Loures: Lusociência
- Thompson, I.; Melia, K.; Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. 4ª edição. Loures: Lusociência

- Vala, J. (2001). A Análise de conteúdo. In Silva, A.; Pinto, J. (orgs.). Metodologia das Ciências Sociais. 11ª edição. Poro: Edições Afrontamento
- Velez, M. (1997). Enfermagem agora. A estrutura essencial da interacção aluno-doente: Uma análise fenomenológica. *Revista Enfermagem*. 6, 44-50
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: um novo paradigma da Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Whaley, W.; Wong, D. (2005). *Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan
- Wong, D.L.; Hockenberry, M.; Wilson, D.; Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Mosby - Elsevier

### **Legislação**

- Decreto-Lei N.º 437/91, de 8 de Novembro. Diário da Republica nº 257, I Série A, p.5723-5741
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República nº 205, I Série A, p.1739-1757
- Decreto-Lei 104/98 de 21 Abril – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da Republica nº 93, I Série A, p.1739-1757
- Decreto-Lei nº 353/99 de 3 Setembro – Ensino de Enfermagem no âmbito do Ensino Superior Politécnico
- Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro - Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Diário da Republica nº 178, I Serie, p.6254-6255
- Lei nº 111/2009 de 16 Setembro - Código Deontológico do enfermeiro
- Portaria nº 799 – D/99 de 18 Setembro – Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem



## ANEXOS



## **ANEXO I**

Parecer da Comissão de Ética  
Escola Superior de Saúde de Viseu





Instituto Politécnico de Viseu  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 02/2014

**ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO 'A RELAÇÃO DE AJUDA NOS ENSINOS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA: PERCEÇÃO DOS ESTUDANTES E ACOMPANHANTES DAS CRIANÇAS'**

Tendo a estudante Maria Lucinda Lopes solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, incluindo como participantes os **estudantes dos Cursos de Licenciatura de Enfermagem da ESSI e da ESSA e os acompanhantes das crianças internadas nos serviços de Pediatria e Urgências Pediátricas/Serviço de Observação do Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE em Avalro, Centro Hospitalar entre Douro e Vouga - Santa Maria da Feira e Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE** em período de ocorrência de ensinos clínicos, e ainda que seja considerada a autorização dos Exs. Srs. Presidentes dos Conselhos de Administração dos locais de ensinos clínicos, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para conhecer a percepção dos estudantes de enfermagem e dos acompanhantes das crianças relativamente à relação de ajuda proporcionada pelos estudantes de enfermagem no processo de cuidados, revertendo-se em benefícios por contribuir para refletir e adequar estratégias de melhoria nos ensinos clínicos; nesse sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório final seja disponibilizado às instituições;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos estudantes de enfermagem e aos acompanhantes das crianças e, que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado por escrito;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será aposto um código para garantia da anonimização; recomendamos que a chave desta codificação deva apenas ser conhecida pelas investigadoras e a sua destruição após a discussão do trabalho; recomendamos também o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na administração dos questionários e na sua codificação;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 04 de fevereiro de 2014

*Enunciado Batista Filipe*

A presidente da CE da ESSI

*[Assinatura]*

*[Assinatura]*  
10. 3. 2014



## **ANEXO II**

Autorização para aplicação dos questionários

Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE



## CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO



Avenida Artur Naveira – 3814-501 AVEIRO  
 Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395  
 eec-gp@hdsaveiro.min-saude.pt  
 Matrícula na Conservatória do Registo Comercial  
 da Aveiro  
 Capital Social 40.284.651 €  
 Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Ex.mo Senhor  
 Presidente Escola Sup. SaúdeViseu  
 Escola Superior de Saúde de Viseu  
 Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida  
 N.º 102  
 3500-843 VISEU

<i>N.º Ref.º</i>	<i>S.º Comunicação de</i>	<i>N.º Ref.º</i>	<i>Aviso,</i>
Of.0145	05-02-2014	05 / SCD	13-03-2014

**ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar colheita de dados.**

Em resposta ao Vpedido para efectuar colheita de dados, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, da aluna Maria Lucinda Lopes, subordinado ao tema "A relação de Ajuda nos Ensinos Clínicos de Enfermagem em Pediatria: Percepção dos estudantes e acompanhantes das crianças", vimos informar que está autorizada.

Mais se informa que se junta em anexo cópia do parecer da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(José Afonso)

GM

Via responder indicar o número e as referências deste documento. Em caso de não trabalhar ou em ass. inf.

CHBV – 3/7

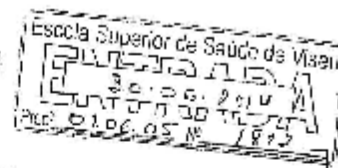


### **ANEXO III**

Autorização para aplicação dos questionários

Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE





Conselho de Administração

Exmo Senhor  
**Prof. Doutor Carlos Pereira**  
 Escola Superior de Saúde de Viseu  
 Instituto Politécnico de Viseu  
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de  
 Almeida, n.º 102  
 3500-843 Viseu

Sua Referência  
 FSEV 01/10

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data


24-06-2014

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para a realização de colheita de dados.

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos V.ª Ex.ª que, foi **autorizada**, a recolha de dados no âmbito do estudo subordinado ao tema 'A Relação de Ajuda nos Ensinos Clínicos de Enfermagem em Pediatria: Percepção dos estudantes e acompanhantes das crianças.', face ao parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde, devendo no entanto, constar no Consentimento Informado espaço para assinaturas do participante e do investigador.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

  
 (Carlos Fernando Ermida Rebelo, Dr.)

PCAA9

Avenida R. D. Duarte, 5494 500 VISEU

E-mail: sec.presidente@letrise.uiviseu.edu.pt

Telex: 217 420 508 Fax: 352 440 59

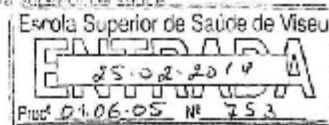


## **ANEXO IV**

Autorização para aplicação dos questionários  
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro



universidade de aveiro  ESSUA Escola Superior de Saúde



Exmo. Senhor  
 Professor Doutor Carlos Pereira  
 Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu  
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102  
 3500-843 Viseu

Aveiro, 19 de fevereiro de 2014

Of. 68-ESSUA/2014

Assunto: Pedido de autorização para efetuar colheita de dados.

Em resposta à solicitação feita através da V/ ref. ESSV 0143, de dia 4 de fevereiro de 2014, relativa ao assunto em epígrafe, vimos por este meio informar que foi dado parecer favorável para a referida colheita de dados. Os demais contactos, no âmbito deste projeto, devem ser estabelecidos com a Professora Doutora Elsa Melo (tel: 234372452/ email: elsamelo@ua.pt).

Sem outro assunto apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Diretor da Escola Superior de Saúde  
  
 (Prof. Doutor Francisco Manuel Lemos Amado)



## **ANEXO V**

Autorização para aplicação dos questionários

Escola Superior de Saúde de Viseu



05.03.2014  
010605. 435

Exmo. Sr.  
Presidente da  
**Escola Superior de Saúde de Viseu**  
R. D. João Crisostomo Gomos de Almeida, n.º 102  
3500 - 843 VISEU

**ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar colheita de dados**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e Pediatria, estamos a realizar um estudo subordinado ao tema "A Relação de Ajuda nos Ensinos Clínicos de Enfermagem em Pediatria. Percepção dos estudantes e acompanhantes das crianças".

Pretende-se com este estudo conhecer a percepção dos acompanhantes das crianças e dos estudantes sobre a Relação de Ajuda desenvolvida durante os Ensinos Clínicos de Enfermagem e identificar factores influenciadores nas relações interpessoais estabelecidas entre os acompanhantes das crianças e os estudantes, com o intuito de serem identificadas estratégias de melhoria no processo de realização de ensinos clínicos de enfermagem, dando sentido às dimensões de maior impacto referidas pelos participantes do estudo.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação junto dos estudantes da ESSV que estão a realizar actualmente Ensinos Clínicos de Pediatria.

Mais informamos que já foi solicitado parecer à Comissão de Ética da ESSV, acompanhado do Projecto de Investigação e respectivos Instrumentos de colheita de dados, e que anexamos documento que confirma o respectivo deferimento.

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

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

Viseu, 30 de Janeiro de 2014

*Maria Luínda Lopes*  
Maria Luínda Lopes



## **ANEXO VI**

### Declaração de Consentimento



**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:**

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.**

**Caro Senhor(a)**

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estou a realizar um estudo/investigação com o tema “*A Relação de Ajuda nos Ensinos Clínicos de Enfermagem em Pediatria: Percepção dos estudantes e acompanhantes das crianças*” e cujos objectivos principais são conhecer a percepção dos acompanhantes das crianças e dos estudantes sobre a Relação de Ajuda desenvolvida durante os Ensinos Clínicos de Enfermagem e identificar factores influenciadores nas relações interpessoais estabelecidas entre os acompanhantes das crianças e os estudantes, com o intuito de serem identificadas estratégias de melhoria no processo de realização de ensinos clínicos de enfermagem, dando sentido às dimensões de maior impacto referidas pelos participantes do estudo.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

*- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*

*- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*

*- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*

*- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Nome do Participante: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**.


Nome do investigador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



## **ANEXO VII**

Documento de autorização de utilização do BLRI



Godfrey T. Barrett-Lennard  Ph.D.  
6 Dover Crescent, Wembley Downs, WA. Australia 6019

8th May, 2004

Amarflis Pereira Rocha  
Quinta do Sendão,  
3460-451 S. Miguel do Outeiro  
Portugal

Dear Amarflis

This letter confers my formal permission for you 1) to prepare in Portuguese language version one or more of the forms provided of the Barrett-Lennard Relationship Inventory, and 2) to use the instrument in research and professional education, *in accord with the conditions mentioned below.*

1. (a) As for the translation, this needs to be conducted or supervised by yourself or someone else familiar with the underlying theory. It should be noted on the bottom of the first or last page of any translated form that it is prepared by (translator's name), with my permission.

(b) This permission also covers your own subsequent uses (including uses by collaborating colleagues or students working under your supervision) of the translated instrument *in research and training-educational contexts* – but *not* in private fee-paying practice for diagnostic or similar purposes.

2. Associated conditions are that you send me a copy for my file records of each translated RI form as soon as you consider it ready for research application, *and* that you later send me the reference details of any thesis report or publication that includes results from your use of the translated RI, including any report on the translation itself.

3. If you wish to include the Inventory in any *unpublished* report of your work it is *essential to clearly note that this inclusion has my consent* – which this letter hereby provides in advance. This present consent does not extend to actually *publishing* any form of the RI in a printed journal article or book. However if it develops that you wish to publish any complete form in translation I would be willing to consider this. (A fresh agreement would be required.)

I am interested in your work on and with the Relationship Inventory and look forward to knowing of further developments.

Sincerely,



---

Email: G.Barrett-Lennard@murdoch.edu.au Telephone: International +61 8 9245 1700  
FAX International +61 8 9245 5875



## **ANEXO VIII**

### Instruções de utilização do BLRI



Name or code:.....

Answer date: .....

**BARRETT-LENNARD RELATIONSHIP INVENTORY: Form OS-40 (ver. 2)**

Below are listed a variety of ways that one person may feel or behave in relation to another person.

Please consider each statement with reference to your present relationship with \_\_\_\_\_, mentally adding his or her name in the space provided. If, for example, the other person's name was John, you would read the first statement as "John respects me".

Mark each statement in the left margin, according to how strongly you feel that it is true, or not true, in this relationship. Please be sure to mark every one. Write in a minus number (-3, -2, or -1) when your answer is on the 'no' side, and a plus number (+1, +2, or +3) when your answer is a grade of 'yes'. Here is the exact meaning of each answer number:-

- 3: NO, I strongly feel that it is not true.
- 2: No, I feel it is not true.
- 1. (No) I feel that it is probably untrue, or more untrue than true.
- +1: (Yes) I feel that it is probably true, or more true than untrue.
- +2: Yes, I feel it is true.
- +3. YES, I strongly feel that it is true.

		OS-64
_____	1. _____ respects me.	(1)
_____	2. _____ usually senses or realizes what I am feeling.	(18)
_____	3. _____'s interest in me depends on my words and actions (or how I perform).	(3)
_____	4. I feel that _____ puts on a role or front with me.	(8)
_____	5. _____ feels a true liking for me.	(5)
_____	6. _____ reacts to my words but does not see the way I feel.	(6)
_____	7. Whether I am feeling happy or unhappy with myself makes no real difference to the way _____ feels about me.	(7)
_____	8. _____ doesn't avoid anything that's important for our relationship.	(28)
_____	9. _____ is indifferent to me.	(17)
_____	10. _____ nearly always sees exactly what I mean.	(10)
_____	11. Depending on my behavior, _____ has a better (or worse) opinion of me sometimes than at other times.	(11)
_____	12. I feel that _____ is genuine with me.	(12)
_____	13. I feel valued and appreciated by _____.	(13&41)
_____	14. _____'s own attitude toward things I do or say gets in the way of understanding me.	(22)
_____	15. No matter what I say about myself, _____ likes (or dislikes) me just the same.	(39)
_____	16. _____ keeps quiet about his/her real inner impressions and feelings.	(36)
_____	17. _____ finds me rather dull and uninteresting.	(21)
_____	18. _____ realizes what I mean even when I have difficulty in saying it.	(30)
_____	19. _____ wants me to be a particular kind of person.	(19)
_____	20. _____ is willing to say whatever is on his/her mind with me, including feelings about either of us or how we are getting along.	(44)

(Continues... Page 2)

Relationship Inventory—Form OS-40 (v. 2) Page 2

Please continue to write in your answer to every statement, in the left margin. Here, again, are the meanings of each answer number:--

- 3: NO, I strongly feel that it is not true.
- 2: No, I feel it is not true.
- 1: (No) I feel that it is probably untrue, or more untrue than true.
- +1: (Yes) I feel that it is probably true, or more true than untrue.
- +2: Yes, I feel it is true.
- +3. YES, I strongly feel that it is true.

_____ 21. _____ cares for me.	(25)
_____ 22. _____ doesn't listen and pick up on what I think and feel.	(38)
_____ 23. _____ likes certain things about me, and there are other things he/she does not like in me.	(27)
_____ 24. _____ is openly himself (herself) in our relationship.	(48)
_____ 25. I feel that _____ disapproves of me.	(29)
_____ 26. _____ usually understands the whole of what I mean.	(34)
_____ 27. Whether thoughts I express are 'good' or 'bad' makes no difference to _____'s feeling toward me.	(51)
_____ 28. Sometimes _____ is not at all comfortable but we go on, outwardly ignoring it.	(32)
_____ 29. _____ is friendly and warm toward me.	(37)
_____ 30. _____ does not understand me.	(54)
_____ 31. _____ approves of some things about me (or some of my ways), and plainly disapproves of other things (or ways I express myself).	(43)
_____ 32. I think _____ always knows exactly what s/he feels with me: s/he doesn't cover up inside.	(56)
_____ 33. _____ just tolerates me.	(33)
_____ 34. _____ appreciates exactly how the things I experience feel to me.	(42)
_____ 35. Sometimes I am more worthwhile in _____'s eyes than I am at other times.	(55)
_____ 36. At moments I feel that _____'s outward response to me is quite different from the way s/he feels underneath.	(52)
_____ 37. _____ feels affection for me.	(61)
_____ 38. _____'s response to me is so fixed and automatic that I don't get through to him/her.	(58)
_____ 39. I don't think that anything I say or do really changes the way _____ feels toward me.	(59)
_____ 40. I believe that _____ has feelings s/he does not tell me about that affect our relationship.	(64)

*Have you answered every item? Please double check and make sure there are no gaps.*

Please note the other person's relation to you, e.g., a personal friend, spouse or partner, mother or other family member, teacher or supervisor, counselor, etc.....

Name or code: .....

Answer date: .....

**BARRETT-LENNARD RELATIONSHIP INVENTORY: Form MO-40 (ver. 2)**

Below are listed a variety of ways that one person may feel or behave in relation to another person.

Please consider each statement with reference to your present relationship with \_\_\_\_\_, mentally adding his or her name in the space provided. If, for example, the other person's name was John, you would read the first statement as "I respect John as a person".

Mark each statement in the left margin, according to how strongly you feel that it is true, or not true, in this relationship. Please be sure to mark every one. Write in a minus number (-3, -2, or -1) when your answer is on the 'no' side, and a plus number (+1, +2, or +3) when your answer is a grade of 'yes'. Here is the exact meaning of each answer number:-

- 3: NO, I strongly feel that it is not true.
- 2: No, I feel it is not true.
- 1. (No) I feel that it is probably untrue, or more untrue than true.
- +1: (Yes) I feel that it is probably true, or more true than untrue.
- +2: Yes, I feel it is true.
- +3. YES, I strongly feel that it is true.

		MO-64
_____	1. I respect _____ as a person.	1
_____	2. I usually sense or realize how _____ is feeling.	18
_____	3. The interest I feel in _____ depends on his/her words and actions.	3
_____	4. I tend to put on a role or front with _____.	8
_____	5. I like _____.	5
_____	6. I hear _____'s words but don't know how s/he feels inside.	6
_____	7. Whether _____ is feeling happy or unhappy with himself (herself) doesn't make me feel more or less positive toward him (her).	7
_____	8. I don't avoid or put off dealing with anything that matters between us.	28
_____	9. I feel indifferent to _____.	17
_____	10. I nearly always see exactly what _____ means.	10
_____	11. Depending on _____'s actions, I have a better opinion of him/her sometimes than I do at other times.	11
_____	12. I feel that I am genuinely myself with _____.	12
_____	13. I appreciate and value _____, as a person.	13&41
_____	14. My own feelings or attitude tend to get in the way of understanding _____.	22
_____	15. My liking or disliking of _____ isn't changed by anything s/he says about her/himself.	39
_____	16. I don't show my inner impressions and feelings, with _____.	-36
_____	17. I find _____ a rather dull and uninteresting person.	21
_____	18. I can tell what _____ means, even when s/he has difficulty saying it.	30
_____	19. I would like _____ to be a particular kind of person.	19
_____	20. I'm willing to say whatever is in my mind with _____, including feelings that come up in me about either one of us, or how I see us getting along.	44

(Continues... Page 2)

Relationship Inventory--Form MO-40 (v. 2) Page 2

Please continue to write in your answer to every statement, in the left margin. Here, again, are the meanings of each answer number:--

- 3: NO, I strongly feel that it is not true.
- 2: No, I feel it is not true.
- 1. (No) I feel that it is probably untrue, or more untrue than true.
- +1: (Yes) I feel that it is probably true, or more true than untrue.
- +2: Yes, I feel it is true.
- +3. YES, I strongly feel that it is true.

	MO-64
_____ 21. I care for _____ .	25
_____ 22. I screen out and don't pick up on some of _____ 's feelings.	38
_____ 23. I like or respect certain things about him/her, and there are other things that really put me off.	27
_____ 24. I am able to be openly myself in our relationship.	48
_____ 25. I do feel disapproval of _____ .	29
_____ 26. I usually can tune in and understand all of _____ 's meaning.	34
_____ 27. Whether _____ is expressing 'good' thoughts and feelings, or 'bad' ones, does not affect the way I feel toward him/her.	51
_____ 28. Sometimes I am not at all comfortable with _____ but we go on, outwardly ignoring it.	32
_____ 29. I feel friendly and warm toward _____ .	37
_____ 30. I really don't understand _____ .	-54
_____ 31. I am quite pleased with _____ sometimes, and then he/she disappoints me at other times.	43
_____ 32. I know exactly what I feel in relation to _____ . I don't sense anything that's hard to face and admit to myself.	56
_____ 33. I put up with _____ , as s/he is.	53
_____ 34. I appreciate just how _____ 's experiences feel to him/her.	42
_____ 35. Sometimes _____ seems to me a more worthwhile person than s/he does at other times.	55
_____ 36. There are times when my outward response to _____ is quite different from the way I feel underneath.	52
_____ 37. I feel affection for _____ .	61
_____ 38. I respond to _____ rather automatically, not always taking in what she is experiencing.	58
_____ 39. I don't think that particular things _____ says or does alter the way I feel toward him (her).	59
_____ 40. I feel there are things we don't talk about that are causing difficulty in our relationship.	64

Have you answered every item? Please double-check and make sure there are no gaps

Please note the other person's relation to you, e.g., personal friend, spouse/partner, mother or other family member, teacher or supervisor, counsellor, etc. ....

## **ANEXO IX**

Instrumento de Colheita de dados

Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard

Forma MO - 40





Instituto Politécnico de Viseu  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA  
EDUCAÇÃO (UnicISE)



**Investigadora: Maria Lucinda Amaral Lopes Ferreira Maia**  
**Orientadora: Professora Doutora Amarilis Rocha**  
**Curso: 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

O meu nome é Maria Lucinda Amaral Lopes Ferreira Maia e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Sou enfermeira, neste momento a exercer funções no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, e estou a elaborar a minha dissertação de Mestrado que incide sobre o tema “A Relação de Ajuda nos Ensinos Clínicos de Enfermagem em Pediatria: Percepção dos estudantes e acompanhantes das crianças”.

Os objetivos do meu trabalho são:

- Conhecer a percepção dos acompanhantes das crianças e dos estudantes sobre a Relação de Ajuda desenvolvida durante os Ensinos Clínicos de Enfermagem ;
- Identificar factores influenciadores nas relações interpessoais estabelecidas entre os acompanhantes das crianças e os estudantes.

O questionário que se segue é o meu instrumento de colheita de dados. Gostaria de pedir a sua colaboração através do seu preenchimento. Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o nome.

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que, tentando ser o mais honesto possível, responda de acordo com a sua opinião e experiência vivenciada.

Os resultados deste questionário destinam-se apenas e só à elaboração do estudo referido, pelo que as suas respostas serão utilizadas pela equipa que realiza o estudo, em consonância com os objectivos do mesmo.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Viseu, 2014

---

(Lucinda Lopes)

Código: \_\_\_\_\_

Data da resposta: \_\_\_\_\_

**PARTE I**  
**CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E FORMATIVA**

Sexo	Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Idade	_____ anos	
Residência	Rural <input type="checkbox"/>	Urbana <input type="checkbox"/>
Estado Civil	Solteiro (a) <input type="checkbox"/>	Divorciado (a) <input type="checkbox"/>
	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____
ENSINO CLÍNICO:	Instituição CHBV (Aveiro) <input type="checkbox"/>	CHTV (Viseu) <input type="checkbox"/> CHEDV (Feira) <input type="checkbox"/>
	Serviço Internamento <input type="checkbox"/>	Urgência/SO <input type="checkbox"/>
Instituição de Ensino/Curso	ESSV <input type="checkbox"/>	ESSUA <input type="checkbox"/>
Ano/Semestre	_____	
Formação em Relação de Ajuda	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Se sim, qual/quais a(s) Unidade(s) Curricular(es)?	_____	
<p>Que sentimentos consegue descrever por ter a presença de acompanhantes de crianças durante a sua prestação de cuidados enquanto estudante? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

## PARTE II

### INVENTÁRIO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE BARRETT-LENNARD: FORMA MO-40 ITENS

Encontram-se listadas abaixo várias formas através das quais uma pessoa pode demonstrar sentimentos ou comportamentos em relação a outra pessoa.

Por favor considere cada afirmação como referindo-se à sua relação com o acompanhante da criança envolvido na prestação de cuidados, e que o/a marcou positiva ou negativamente, acrescentando mentalmente o nome dele ou dela no espaço disponível \_\_\_\_\_. Exemplo: Imagine o nome (\_\_\_\_\_) em conjunto com a respectiva informação, mas não necessita de o escrever.

Assinale cada afirmação, de acordo com o grau em que sente que essa afirmação é verdadeira ou falsa nesta relação. Por favor assegure-se de que assinala todas as afirmações. Escreva um número **negativo** (-3, -2, ou -1) quando a resposta for tendencialmente negativa, e um número **positivo** (+1, +2 ou +3) quando a resposta for tendencialmente positiva. Aqui está o verdadeiro sentido de cada resposta numérica:

+ 3	<b>SIM</b> / Sinto fortemente que isso é verdadeiro
+ 2	<b>Sim</b> / Sinto que é verdadeiro
+ 1	<b>Sim</b> / Sinto que é provavelmente verdadeiro ou mais verdadeiro do que falso
- 1	<b>Não</b> / Sinto que provavelmente não é verdadeiro ou é mais falso do que verdadeiro
- 2	<b>Não</b> / Sinto que não é verdadeiro
- 3	<b>NAO</b> / Sinto fortemente que não é verdadeiro

	<b>AFIRMAÇÕES</b>	<b>Pontuação</b>
1	Eu respeito _____ como pessoa.	
2	Costumo sentir ou perceber como _____ se está a sentir.	
3	O interesse que sinto em relação a _____ depende das suas palavras e acções.	
4	Costumo assumir um papel diferente na presença de _____.	
5	Eu gosto de _____.	
6	Eu escuto as palavras de _____ mas não sei como se sente realmente.	
7	Mesmo que _____ se sinta feliz ou triste consigo próprio, não me faz sentir mais ou menos positivo em relação a ele/ela.	
8	Não evito ou deixo para depois nada que seja importante para a nossa relação.	
9	Sinto-me indiferente em relação a _____.	
10	Quase sempre percebo o que _____ está a dizer.	
11	Dependendo das ações de _____ algumas vezes tenho melhor opinião dele/dela do que tenho outras vezes.	
12	Sinto que sou autêntico com _____.	
13	Dou valor e admiro _____ como pessoa.	
14	Os meus sentimentos e atitudes por vezes interferem na minha compreensão de _____.	
15	Gostar ou não gostar de _____ sofre alterações por algo que ele/ela diz acerca dele/dela próprio/própria.	
16	Não mostro as minhas impressões ou sentimentos a _____.	
17	Penso que _____ seja uma pessoa pouco interessante.	
18	Percebo o que _____ quer dizer mesmo quando esta a ter dificuldade em se expressar.	
19	Gostaria que _____ fosse uma pessoa especial.	
20	Estou disposto a dizer o que penso a _____, inclusive sentimentos que tenho em relação a qualquer um de nós, ou como vejo a nossa relação.	
21	Eu preocupo-me com _____.	
22	Abstraio-me e não me apercebo dos sentimentos de _____.	

23	Eu gosto ou respeito certas coisas em relação a ele/ela e há outras coisas que me repugnam.	
24	Eu posso ser eu mesmo abertamente na nossa relação.	
25	Eu desaprovo _____.	
26	Normalmente sintonizo e compreendo todos os significados do que _____ diz.	
27	Mesmo que _____ esteja a ter bons ou maus pensamentos e sentimentos, isso não afeta o que sinto por ele/ela.	
28	Por vezes não me sinto confortável com _____ mas continuamos aparentemente a ignorar isso.	
29	Sinto que sou amigável e caloroso com _____.	
30	Não compreendo mesmo o/a _____.	
31	Por vezes estou realmente agradado com _____ por outras vezes ele/ela desaponta-me.	
32	Sei exatamente como me sinto em relação a _____ . Não me sinto com dificuldade em encarar e admitir algo.	
33	Tolero _____ como ele/ela é.	
34	Dou valor ao quanto as experiências de _____ significam para ele/ela.	
35	Por vezes _____ parece ser uma pessoa com mais valor do que noutras vezes.	
36	Existem alturas em que a minha resposta externa quanto a _____ é diferente do que eu sinto interiormente.	
37	Sinto afeto por _____.	
38	Respondo a _____, muitas vezes de forma automática, nem sempre percebendo o que ele/ela está a sentir.	
39	Não acho que certas coisas que _____ diz ou faz alterem o que eu sinto por ele/ela.	
40	Sinto que há coisas, das quais não falamos, que estão a causar dificuldades na nossa relação.	

Respondeu a todas as questões? Por favor tenha a amabilidade de voltar a verificar para que todas as afirmações sejam assinaladas.



## **ANEXO X**

Instrumento de Colheita de dados

Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lénnard

Forma OS – 40





Instituto Politécnico de Viseu  
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
 UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA  
 EDUCAÇÃO (UnicISE)



**Investigadora: Maria Lucinda Amaral Lopes Ferreira Maia**  
**Orientadora: Professora Doutora Amarilis Rocha**  
**Curso: 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

O meu nome é Maria Lucinda Amaral Lopes Ferreira Maia e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Sou enfermeira, neste momento a exercer funções no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, e estou a elaborar a minha dissertação de Mestrado que incide sobre o tema “A Relação de Ajuda nos Ensinos Clínicos de Enfermagem em Pediatria: Percepção dos estudantes e acompanhantes das crianças”.

Os objectivos do meu trabalho são:

- Conhecer a percepção dos acompanhantes das crianças e dos estudantes sobre a Relação de Ajuda desenvolvida durante os Ensinos Clínicos de Enfermagem;
- Identificar factores influenciadores nas relações interpessoais estabelecidas entre os acompanhantes das crianças e os estudantes.

O questionário que se segue é o meu instrumento de colheita de dados. Gostaria de pedir a sua colaboração através do seu preenchimento. Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o nome.

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que, tentando ser o mais honesto possível, responda de acordo com a sua opinião e experiência vivenciada.

Os resultados deste questionário destinam-se apenas e só à elaboração do estudo referido, pelo que as suas respostas serão utilizadas pela equipa que realiza o estudo, em consonância com os objectivos do mesmo.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Viseu, 2014

---

(Lucinda Lopes)

Código: \_\_\_\_\_

Data da resposta: \_\_\_\_\_

**PARTE I**  
**CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA**

Instituição	CHBV (Aveiro) <input type="checkbox"/>	CHTV (Viseu) <input type="checkbox"/>	CHEDV (Feira) <input type="checkbox"/>
Serviço	Internamento <input type="checkbox"/>	Urgência/SO <input type="checkbox"/>	
Motivo Internamento da criança:	Doença <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Outro _____		
Tempo de internamento	_____ (dias)		
Internamentos anteriores	Sim <input type="checkbox"/>	Local _____	Não <input type="checkbox"/>
Sexo do Acompanhante	Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>
Idade do Acompanhante	_____ anos		
Residência	Rural <input type="checkbox"/>	Urbana	<input type="checkbox"/>
Estado Civil	Solteiro (a) <input type="checkbox"/>	Divorciado (a)	<input type="checkbox"/>
	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Qual? _____
Escolaridade	1º Ciclo <input type="checkbox"/> 2º Ciclo <input type="checkbox"/> 3º ciclo <input type="checkbox"/>		
	Secundário <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Outro _____		
Profissão	_____		
Situação Laboral	Empregada (o) <input type="checkbox"/>	Desempregada (o)	<input type="checkbox"/>
Parentesco com a criança	_____		
Como teve conhecimento da presença de estudantes no serviço?			
_____			
_____			
Deu consentimento para que prestassem cuidados à criança? Se sim, escrito ou oral?			
_____			
Que sentimentos consegue descrever pela participação de estudantes nos cuidados à criança que acompanha?			
_____			
_____			
_____			
_____			

**PARTE II**

## INVENTÁRIO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE BARRETT-LENNARD: FORMA OS-40 ITENS

Encontram-se listadas abaixo várias formas através das quais uma pessoa pode demonstrar sentimentos ou comportamentos em relação a outra pessoa.

Por favor considere cada afirmação como referindo-se à sua relação com o estudante que cuidou da criança que está a acompanhar, e que o/a marcou positiva ou negativamente, acrescentando mentalmente o nome dele ou dela no espaço disponível \_\_\_\_\_. Exemplo: Imagine o nome (\_\_\_\_\_) em conjunto com a respectiva informação, mas não necessita de o escrever.

Assinale cada afirmação, de acordo com o grau em que sente que essa afirmação é verdadeira ou falsa nesta relação. Por favor assegure-se de que assinala todas as afirmações. Escreva um número **negativo** (-3, -2, ou -1) quando a resposta for tendencialmente negativa, e um número **positivo** (+1, +2 ou +3) quando a resposta for tendencialmente positiva. Aqui está o verdadeiro sentido de cada resposta numérica:

<b>+ 3</b>	<b>SIM</b> / Sinto fortemente que isso é verdadeiro
<b>+ 2</b>	<b>Sim</b> / Sinto que é verdadeiro
<b>+ 1</b>	<b>Sim</b> / Sinto que é provavelmente verdadeiro ou mais verdadeiro do que falso
<b>- 1</b>	<b>Não</b> / Sinto que provavelmente não é verdadeiro ou é mais falso do que verdadeiro
<b>- 2</b>	<b>Não</b> / Sinto que não é verdadeiro
<b>- 3</b>	<b>NAO</b> / Sinto fortemente que não é verdadeiro

	<b>AFIRMAÇÕES</b>	<b>Pontuação</b>
1	_____ respeita-me.	
2	_____ normalmente sente ou compreende o que eu estou a sentir.	
3	O interesse do(a) _____ por mim, depende das minhas palavras ou acções (ou da forma como eu actuo).	
4	Eu sinto que o(a) _____ assume um papel diferente quando está comigo.	
5	_____ gosta verdadeiramente de mim.	
6	_____ reage às minhas palavras mas não percebe como me sinto.	
7	Quer eu esteja feliz ou infeliz comigo própria/o, isso não faz qualquer diferença no modo como _____ se sente em relação a mim.	
8	_____ não evita nada que seja importante para a nossa relação	
9	_____ sente indiferença por mim.	
10	_____ quase sempre percebe exactamente o que eu quero dizer.	
11	Dependendo do meu comportamento em situações diferentes, _____ tem melhor (ou pior) opinião sobre mim.	
12	Eu sinto que _____ é autêntico/a comigo.	
13	Sinto que sou valorizada/o e apreciada/o por _____.	
14	A própria atitude do(a) _____ em relação às coisas que eu faço ou digo interfere com a forma como ele me compreende.	
15	Independentemente do que eu diga sobre mim próprio(a), _____ gosta (ou não gosta) de mim de igual modo.	
16	_____ mantém-se calado(a) acerca das suas reais impressões e sentimentos.	
17	_____ acha-me aborrecido(a) e desinteressante.	
18	_____ compreende o que quero dizer mesmo quando eu tenho dificuldade em dizê-lo.	
19	_____ quer que eu seja uma pessoa especial.	
20	_____ tem vontade de dizer o que pensa sobre mim, incluindo sentimentos acerca de qualquer um de nós ou a forma como nos relacionamos.	
21	_____ preocupa-se comigo.	
22	_____ não me ouve e não se apercebe do que eu penso ou sinto.	

23	_____ gosta de algumas coisas em mim e há outras coisas das quais não gosta.	
24	_____ é abertamente ele/a próprio/a na nossa relação.	
25	Eu sinto que _____ não aprova a minha maneira de ser.	
26	_____ normalmente compreende tudo o que quero dizer.	
27	Mesmo que os pensamentos que eu exprimo sejam «bons» ou «maus» isso não faz qualquer diferença para o que _____ sente por mim.	
28	Por vezes _____ não se sente nada confortável mas os dois continuamos, aparentemente ignorando essa situação.	
29	_____ é simpático(a) e carinhoso/a comigo.	
30	_____ não me compreende.	
31	_____ aprova algumas das minhas coisas (ou algumas das minhas formas de estar) e manifestamente desaprova outras coisas (ou formas como me expresso).	
32	Eu penso que _____ sabe sempre exactamente o que sente em relação a mim; não encobre.	
33	_____ apenas me tolera.	
34	_____ aprecia com exactidão o que sinto com as minhas experiências de vida.	
35	Por vezes sou mais importante e valorizada/o aos olhos de _____ do que outras vezes.	
36	Por vezes sinto que a resposta exterior de _____ em relação a mim é bastante diferente do que sente interiormente.	
37	_____ sente afecto por mim.	
38	A reacção de _____ em relação a mim é tão automática e fixa que não consigo chegar até ele(a).	
39	Eu não penso que alguma coisa que eu diga ou faça mude realmente a forma como _____ se sente em relação a mim.	
40	Eu acredito que _____ tem sentimentos que não me diz para que a nossa relação não seja afectada.	

Respondeu a todas as questões? Por favor tenha a amabilidade de voltar a verificar para que todas as afirmações sejam assinaladas.