

Maria Clara Borges Sampaio

Necessidades em Recursos Físicos e Humanos

Perspectiva dos Pais da Criança Hospitalizada

Relatório Final: Volume II

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efectuado sob a orientação de

Professora Doutora Ernestina Batoca e Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

Janeiro de 2012

AGRADECIMENTOS

Aos orientadores, Professora Doutora Ernestina Batoca e Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, pelas orientações, sugestões, críticas e disponibilidade.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela elaboração dos *outputs* estatísticos.

Às Direcções Clínica e de Enfermagem dos Serviços de Pediatria/Unidade de Cuidados Especiais de Recém-Nascidos dos hospitais envolvidos, por permitirem a participação dos serviços no estudo.

Aos pais das crianças hospitalizadas, por aceitarem responder ao questionário.

Aos colegas que colaboraram na distribuição e recolha dos questionários.

À Teresa Carvalho, pela ajuda na pesquisa bibliográfica, formatação do trabalho e sugestões pertinentes

À Dra. Fátima Jorge da Escola Superior de Saúde Viseu, pela colaboração na pesquisa bibliográfica.

Ao Dr. António Pereira, pela ajuda na elaboração do abstract.

À Paula e ao Pedro, pelas sugestões e pela amizade.

À minha família, pelo apoio e tempo que lhes roubei.

A todos, muito obrigada.

RESUMO

Actualmente, cuidar em pediatria significa envolver nos cuidados a criança e a pessoa significativa para ela. Sendo os pais os principais cuidadores das crianças, a presença destes durante a hospitalização é reconhecida como benéfica para ambos. Compreender as necessidades dos pais nomeadamente as relacionadas com os recursos físicos e humanos neste período, é importante para o desenvolvimento de estratégias promotoras do envolvimento destes nos cuidados de saúde ao filho. A abordagem do estudo vai no sentido de perceber as expectativas dos pais no que diz respeito à importância, satisfação e independência sentidas por estes, em relação às necessidades supracitadas.

Desenvolvemos um estudo exploratório, descritivo, correlacional de cariz essencialmente quantitativo com uma amostra de 184 pais de crianças hospitalizadas, envolvendo quatro hospitais. Para a colheita de dados foi utilizado o “Needs of Parents Questionnaire” desenvolvido por Gudrún Kristjánsdóttir e validado para a cultura portuguesa pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, e um questionário para caracterização da amostra.

Os resultados obtidos no estudo, mostram que pais/pessoa significativa quando acompanham a criança hospitalizada, atribuem muita importância aos recursos físicos e humanos, mostram-se satisfeitos e são independentes do hospital para a satisfação desta necessidade. Constatámos também a influência de algumas variáveis de caracterização dos pais, criança e hospitalização na percepção desta necessidade.

Não basta legislar sobre o acompanhamento dos pais à criança hospitalizada se não forem oferecidas condições para essa permanência, e se num ambiente multidisciplinar não se trabalharem os conceitos de envolvimento, parceria, negociação, participação, e papel parental.

Palavras-chave: Família; Pais; Criança Hospitalizada; Necessidades; Recursos Físicos e Humanos.

ABSTRACT

Provision of pediatric health care today implies involving not only the child but as well as the significant person of the child. Parents are the main care providers of children; their presence during hospitalization is acknowledged as being beneficial to both. Understanding parental needs, namely those related to physical and human resources during this period, is important in the development of strategies that will promote the involvement of the parents in providing health care to their child. The purpose of the study and the approach used are to obtain an understanding of the parents' expectations, regarding the importance, satisfaction and independence felt by them in relation to the above described needs.

An exploratory, descriptive and correlational study was designed. An essentially quantitative analysis was done of data collected from 184 parents of hospitalized children. The "Needs of Parents Questionnaire" developed by Gudrún Kristjánsdóttir and validated for the Portuguese culture by the Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra was used to collect the data and a questionnaire to characterize the parents interviewed in the study.

The results obtained revealed that the parent/significant person accompanying the hospitalized child attributed a great importance to available physical and human resources and that they were satisfied and independent of the hospital in satisfying those needs. Parent, child and hospitalization characteristics were found also to influence the perception of these needs.

It is not enough to legislate that parents be able to accompany their hospitalized child, if physical and human resources are not provided, and if the role of partnerships, negotiation, participation and parents are not taken into account in a multidisciplinary environment.

Key-words: Family; Parents; Children; Hospitalization; Needs; Physical and Human Resources

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE TABELAS	
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
1. INTRODUÇÃO	19
 1ª PARTE – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
2. OS PAIS E AS NECESSIDADES EM RECURSOS FÍSICOS E HUMANOS NO HOSPITAL	25
2.1. A FAMÍLIA E A PARENTALIDADE.....	25
2.2. A FAMÍLIA E A CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	28
2.3. NECESSIDADES DOS PAIS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA	32
2.3.1. Necessidades em recursos físicos e humanos	34
 2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	
3. METODOLOGIA	47
3.1. MÉTODOS.....	47
3.1.1. Justificação do estudo.....	47
3.1.2. Questões de investigação	48
3.1.3. Objectivos do estudo.....	48
3.1.4. Desenho do estudo	49
3.1.5. Tipo de estudo.....	50
3.2. PARTICIPANTES	50
3.2.1. Tipo de amostra	50
3.2.2. Caracterização sócio espacial da amostra	51
3.3. INSTRUMENTOS	52
3.3.1. Descrição dos instrumentos a utilizar	52
3.3.2. Caracterização psicométrica do QNP e da categoria “Necessidades em Recursos Físicos e Humanos”	57
3.4. PROCEDIMENTOS.....	60
3.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	61
4. RESULTADOS	65
4.1. ANÁLISE DESCRITIVA	65

4.1.1. Variáveis sócio demográficas	65
4.1.2. Variáveis de contexto hospitalar	68
4.1.3. Estatística descritiva das necessidades em recursos físicos e humanos por subescalas importância, satisfação e independência	71
4.2. ANÁLISE INFERENCIAL	73
4.2.1. Relação entre as variáveis sócio demográficas e de contexto hospitalar com as subescalas importância, satisfação e independência nas necessidades em recursos físicos e humanos.....	73
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	97
6. CONCLUSÃO E PROPOSTAS	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SOBRE AS NECESSIDADES DOS PAIS; QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	133
APÊNDICE II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (NPQ)	141
APÊNDICE III - AUTORIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO DOS QUATRO HOSPITAIS PARA A APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	143

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 - Desenho do estudo.....	49
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 - Questionários entregues e recebidos.....	51
Tabela 2 - Categorias de necessidades e números de frases correspondentes à escala NPQ.....	53
Tabela 3 - Comparação por subescala, dos valores de alfa de <i>Cronbach</i> da escala global nos estudos actual e original	58
Tabela 4 - Consistência interna da escala NPQ da dimensão E por subescalas.....	59
Tabela 5 - Teste de Normalidade <i>Kolmogorov Smirnov</i>	62
Tabela 6 - Estatísticas relativas à idade em função do género.....	66
Tabela 7 - Características sócio demográficas dos acompanhantes	68
Tabela 8 - Estatísticas relativas ao tempo de internamento em função do género	70
Tabela 9 - Caracterização da criança/hospitalização da amostra em função do género	71
Tabela 10 - Estatísticas das necessidades em recursos físicos e humanos por subescalas	73
Tabela 11 - Matriz de correlação de <i>Pearson</i> entre as várias subescalas	73
Tabela 12 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> dos níveis de importância, satisfação e independência em função da idade dos acompanhantes	75
Tabela 13 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do género dos acompanhantes	75
Tabela 14 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do género dos acompanhantes	76
Tabela 15 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função do género dos acompanhantes	76
Tabela 16 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do estado civil dos acompanhantes	77
Tabela 17 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do estado civil dos acompanhantes	78
Tabela 18 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função do estado civil dos acompanhantes	78
Tabela 19 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do local de residência dos acompanhantes	79
Tabela 20 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do local de residência dos acompanhantes	80
Tabela 21 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função do local de residência dos acompanhantes	80

Tabela 22 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do número de filhos dos acompanhantes.....	81
Tabela 23 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do número de filhos dos acompanhantes.....	82
Tabela 24 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função do número de filhos dos acompanhantes.....	82
Tabela 25 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função das habilitações literárias dos acompanhantes.....	83
Tabela 26 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função das habilitações literárias dos acompanhantes.....	84
Tabela 27 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função das habilitações literárias dos acompanhantes.....	84
Tabela 28 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função de quem acompanha a criança.....	86
Tabela 29 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função de quem acompanha a criança.....	86
Tabela 30 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função de quem acompanha a criança.....	87
Tabela 31 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função da idade da criança.....	88
Tabela 32 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função da idade da criança.....	88
Tabela 33 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função da idade da criança.....	89
Tabela 34 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do número de internamentos da criança.....	90
Tabela 35 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do número de internamentos da criança.....	90
Tabela 36 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função do número de internamentos da criança.....	91
Tabela 37 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do tempo de internamento da criança.....	92
Tabela 38 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do tempo de internamento da criança.....	92
Tabela 39 - Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função do tempo de internamento da criança.....	93

Tabela 40 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função da gravidade da doença da criança	94
Tabela 41 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função da gravidade da doença da criança	94
Tabela 42 - Testes de <i>U Mann-Whitney</i> e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função da gravidade da doença da criança	95

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. – citado

cm – centímetros

CNSCA – Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente

DL – Decreto-Lei

EACH – Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas

IAC – Instituto de Apoio à Criança

ISO – Organização Internacional de Normalização

KW – *Kruskal-Wallis*

m² – metro quadrado

m/s – metro por segundo

NPQ – Needs of Parents Questionnaire

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

QNP – Questionário das Necessidades dos Pais

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais de Recém-Nascidos

1. INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços hospitalares exige cada vez mais medidas orientadas para a humanização dos cuidados e a satisfação dos utentes, pelo que é necessário valorizar a qualidade de vida dos doentes a partir de perspectivas sensíveis às suas necessidades, não só físicas mas também psicológicas e sociais.

Os cuidados de enfermagem à criança têm-se modificado ao longo dos anos, evoluindo de uma abordagem centrada na patologia (modelo biomédico) para uma abordagem centrada na criança e família. No passado, as famílias ficavam excluídas do ambiente hospitalar, actualmente, é impensável prestar cuidados à criança hospitalizada sem a presença de uma pessoa significativa, pois são indiscutíveis as vantagens da sua permanência durante a hospitalização da criança para ambos.

A família é o pilar principal de qualquer criança. No seio da família ela aprende, constrói a sua personalidade, é socializada e recebe os cuidados essenciais para crescer e desenvolver-se de uma forma saudável. Por este motivo, a inclusão da família nos cuidados à criança sã ou doente é condição essencial para a saúde e bem-estar da criança, e é largamente reconhecido como das melhores práticas de enfermagem pediátrica. Um dos elementos centrais de uma filosofia de cuidados centrados na família reside no facto de que a família é uma constante na vida da criança (ALARCÃO, 2000).

A doença e a hospitalização desencadeiam na vida da criança/família momentos de crise, não só porque alteram as suas rotinas habituais, como a confrontam com novas e difíceis situações para as quais não está preparada. Compreende-se assim a importância que a família assume no decurso da doença e hospitalização, pois não só desempenha o papel central sobre o crescimento, desenvolvimento e suporte afectivo da criança, como também é mediadora entre ela e o mundo exterior. Deste modo, a hospitalização da criança, não deve ser considerado isoladamente, mas sim como fazendo parte integrante da família, da estrutura e dinâmica familiar (MACHADO e SOUSA, 2007).

Esta forma de ver a hospitalização da criança levou à criação da legislação que prevê o acompanhamento familiar desta e conseqüentemente foram feitos esforços no sentido de se criar um ambiente adequado à satisfação das necessidades não só das crianças mas também

dos pais que a acompanham. Vários estudos concluem que estas necessidades sentidas pelos pais abrangem domínios como a confiança, a informação, a orientação, as necessidades da criança doente e de outros membros da família e os recursos físicos e humanos da instituição (KRISTJÁNSDÓTTIR, 1995).

O ambiente hospitalar, apesar das políticas e estratégias para a sua humanização, constitui ainda um espaço que vulnerabiliza a criança e família, nomeadamente pelo processo de doença, falta de familiaridade com o novo ambiente, impossibilidade de controlo sobre o espaço, ausência de estímulos sensoriais, pouca privacidade, e pela perda de controlo que a criança e os pais podem sentir devido à estadia imposta em ambientes colectivos e dependência destes em relação aos funcionários para a realização de cuidados pessoais. A posição dominante que os profissionais na sua maioria adoptam, a falta de dotações adequadas, a inexperiência prática na área pediátrica, a falta de enfermeiros com formação em saúde infantil e pediatria, são factores relacionados com os recursos humanos que comprometem seriamente o exercício do papel parental, nomeadamente a participação na execução e/ou a participação na concepção dos cuidados.

Na equipa multidisciplinar, os enfermeiros prestadores de cuidados assumem um papel preponderante no cuidar da família/criança hospitalizada. É importante haver uma parceria de cuidados, criando uma tríade entre enfermeiro/criança/pais, não convertendo a parceria num fim em si mesmo, mas sim, ter na parceria um instrumento terapêutico, ou seja, tornar aquela mãe/pai mais competente para cuidar do filho, sendo o enfermeiro o profissional da equipa interdisciplinar mais preparado para o fazer (FIGUEIREDO, 1997).

O presente estudo baseia-se no conhecimento das expectativas que os pais têm relativamente às condições físicas e humanas, durante a hospitalização da criança, tendo como finalidade perceber a importância que estes atribuem a estas necessidades e que se traduz na sua satisfação, colocada em risco pela dependência em relação ao hospital para a poder satisfazer. Também tentamos perceber o contributo de alguns factores como as características dos pais, da criança e da hospitalização, na importância, satisfação e na independência dessas necessidades com a intenção de melhorar as nossas práticas e proporcionar um acompanhamento efectivo à criança-família enquanto objecto de cuidados, desde a admissão até à alta. Assim, são objectivos deste estudo:

- Analisar as necessidades em recursos físicos e humanos dos pais durante a hospitalização do seu filho, no que diz respeito à importância, satisfação e independência relativa ao hospital para as satisfazer;

- Identificar factores determinantes na percepção das necessidades em recursos físicos e humanos dos pais;
- Reflectir sobre as necessidades em recursos físicos e humanos dos pais aquando da hospitalização da criança;

Partindo do quadro conceptual, o estudo metodológico enquadra-se no tipo de pesquisa não experimental com características de um estudo exploratório, descritivo, correlacional, com carácter quantitativo. A amostra foi constituída por 184 pais/acompanhantes de crianças internadas em unidades de pediatria e Unidade de Cuidados Especiais de Recém-Nascidos (UCERN) de quatro hospitais da zona centro e norte de Portugal. A recolha de dados decorreu no período de Março a Junho de 2011, tendo sido utilizado para a colheita de dados o “Questionário das Necessidades dos Pais” (QNP), instrumento de medição criado por Kristjánsdóttir onde estão incluídas 51 frases de necessidades agrupadas em seis categorias: necessidade de confiar, necessidade de sentir que confiam em si, necessidade de informação, necessidade de suporte e orientação, necessidades relativas a recursos físicos e humanos e necessidades relativas à criança doente e aos outros membros da família.

Este trabalho está estruturado em duas partes fundamentais: na primeira, respeitante ao enquadramento teórico, procedemos à revisão da literatura, com o objectivo de construir a problemática em estudo, sendo abordados aspectos relativos à família e parentalidade, família e criança hospitalizada, necessidades em recursos físicos e humanos dos pais da criança hospitalizada, particularizando os aspectos físicos e humanos que podem influenciar a participação activa dos pais nos cuidados ao seu filho durante a hospitalização; na segunda parte, relativo ao estudo empírico, descrevemos e justificamos as opções metodológicas efectuadas (métodos, participantes, descrição dos instrumentos utilizados, procedimentos, análise de dados), apresentamos os resultados dos dados obtidos no estudo, seguindo-se a discussão dos resultados, onde procuramos dar resposta às questões formuladas, comparando estes resultados com estudos em domínios semelhantes. Por último, realçamos as principais conclusões, identificando algumas dificuldades e limitações encontradas na execução do estudo bem como propostas para a prática clínica e de investigação.

A presença dos pais no acompanhamento da criança hospitalizada é hoje uma certeza em quase todas as instituições hospitalares que cuidam de crianças. Mas, sendo esta realidade conhecida, a temática sobre as necessidades em recursos físicos e humanos sentidas por estes, não tem sido amplamente estudada, para que na prática se verifiquem melhorias e/ou

mudanças no reconhecimento destas necessidades, como uma mais-valia para a participação activa nos cuidados ao seu filho e reabilitar o seu papel de pais, justificando-se por isso a pertinência deste estudo.

1ª PARTE

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2. OS PAIS E AS NECESSIDADES EM RECURSOS FÍSICOS E HUMANOS NO HOSPITAL

Iremos abordar aspectos relativos à família e parentalidade, família e criança hospitalizada, com ênfase nas necessidades em recursos físicos e humanos percebidos pelos pais/família quando acompanham a criança hospitalizada.

2.1. A FAMÍLIA E A PARENTALIDADE

Na última década, assistimos a um protagonismo crescente da família em estudos, intervenções e políticas de saúde. A abordagem centrada na família e no ciclo de vida da pessoa, é um dos elementos chave do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004), é suportado pelo enquadramento legal da profissão de enfermagem (DL nº 161/96 de 04 de Setembro), por modelos de actuação e pela existência de um sistema unificado da linguagem de enfermagem como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 4), reforça também a importância desta abordagem, afirmando que “...o exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)”. Também o Código Deontológico dos Enfermeiros Portugueses (LEI nº 104/98 de 21 de Abril), no seu artigo 89º “Da humanização dos cuidados”, enquadra a família no contexto de cuidados, referindo “O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) dar quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (p. 1756).

A família é um sistema social que evoluiu de forma progressiva ao longo dos tempos, não existindo uma definição clara e consensual (PEDRO, 2009). Para Hockenberry e Winkelstein (2006), as definições centram-se em diferentes aspectos, de acordo com o paradigma da respectiva área: legal, biológica, sociológica, económica e psicológica.

Segundo Alarcão (2000), a família é um sistema vivo, aberto, composto por vários elementos com laços entre si, onde reina entre os elementos constituintes um sentimento de pertença. Para a autora (1996, cit. por PEDRO, 2009), todos e cada um de nós possui uma

família ou mais do que uma, mesmo que não conheça. Esta ideia é valorizada e reforçada por Wright e Leahey (2002), quando referem que família é quem a pessoa diz que é.

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, ultrapassando as novas formas de famílias e alargando-se ao aumento da diversidade de interacções conjugais, mesmo no âmbito das estruturas familiares tradicionais, como as famílias nucleares. Mas, apesar destes processos de transformação da estrutura e da organização familiar, esta mantém-se como unidade emocional e afectiva, caracterizando-se essencialmente pelas suas dimensões psicológicas e social (FIGUEIREDO, 2009). Esta ideia é reforçada por Relvas (2006), ao considerar que a constituição da família não depende exclusivamente de laços de consanguinidade, mas também e sobretudo, das ligações afectivas que se estabelecem entre os seus elementos.

A família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença de um indivíduo, na unidade familiar, a qual, por sua vez, também inserida na comunidade onde reside. Esta ideia foi partilhada por Relvas (2006), ao entender a família como um todo, e que só nesta perspectiva holística pode ser correctamente compreendida.

A CIPE define a família como um grupo com as seguintes características específicas: “Unidade social ou todo colectivo, composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS [CIE], 2010, p. 115).

Entender a família como um todo, implica ter em consideração dois aspectos: a sua individualidade e complexidade. Cada elemento participa em diversos sistemas e subsistemas (individual, conjugal, parental e fraternal), ocupando em simultâneo vários papéis em diversos contextos, que implica outros estatutos, funções e tipos de interacção em vários graus de autonomia e importância (RELVAS, 2006; REIS, 2007). Por sua vez, na estrutura familiar, cada indivíduo tem uma posição e desempenha funções culturais e socialmente definidas nas interacções dentro do grupo familiar.

A família, para manter a sua integridade, desempenha determinadas funções de modo a responder às suas necessidades, às necessidades de cada membro e às expectativas da sociedade. Relvas (2006) e Melo (2011), destacam como funções primordiais, o desenvolvimento e protecção dos seus membros como função interna, a socialização e

transmissão cultural como função externa. Cabe à família o desenvolvimento de sentimento de pertença ao grupo, ao mesmo tempo que contribui para a individualização e autonomia dos seus membros. Wright e Leahey (2002), subdividem as funções da família em quatro áreas: de gestão, comunicação, emocional e de apoio, considerando que estas funções desempenham um papel preponderante no desenvolvimento da criança.

As transições que acontecem na vida das pessoas, sejam elas do estado de saúde, no papel das relações, nas habilidades, significam sempre mudanças nas necessidades da pessoa/família e levam sempre a adaptações significativas por parte destas. Um dos processos de transição é para o papel parental, que inclui a mudança da parentalidade vivida a dois para uma parentalidade familiar. O exercício desta função, principalmente no nascimento do primeiro filho, exige adaptações dos seus protagonistas que os obriga a moverem-se da função conjugal para a parental (RELVAS, 2006), acompanhada por alterações dos papéis sociais do casal que acarretam necessidades de redefinição e reorganização do projecto de vida a nível de identidade e funções (COWAN e COWAN, 1995; REIS, 2007).

Na CIPE, a parentalidade é definida como uma:

...acção de tomar conta com as seguintes características específicas: assumir as responsabilidades de ser pai e/ou mãe; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (CIE, 2010, p. 66).

Segundo Reis (2007, p. 20), “o papel parental desenvolve-se ao longo do ciclo vital e vai mudando de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança”. Cuidar de um recém-nascido, de uma criança em idade pré-escolar, em idade escolar, ou de um adolescente, implica responsabilidades diferentes. Pedro (2009) acrescenta que as tarefas parentais concretizam-se não só em função das necessidades particulares dos filhos, mas também para responder às expectativas sociais atribuídas aos pais. A sociedade espera que os pais sejam capazes e possuam determinados comportamentos para com os seus filhos. Assim, aos pais é atribuído um papel de quase completa responsabilidade sobre o bem-estar das crianças, e a sociedade tem sobre os pais a expectativa de que todos os cuidados sejam assumidos por eles.

Os pais são as pessoas que exercem maior influência na existência infantil e a relação que se estabelece entre pais e filhos é um factor determinante para a qualidade de vida da criança. Da competência dos pais no exercício da parentalidade dependem atitudes, hábitos e o sentido de vida da criança. O amor e os cuidados dos pais, a satisfação que estes sentem por estarem ligados ao filho, as atitudes relativas ao ambiente familiar, são condições básicas para o crescimento e desenvolvimento infantil adequados.

A sobrevivência e a existência saudável da criança dependem de necessidades que as crianças, no seu percurso de vida, não conseguem satisfazer sozinhas. Até se tornarem auto-suficientes, têm de ser os pais a assumir essa responsabilidade através da aquisição de conhecimentos e do desenvolvimento de comportamentos. No dia-a-dia, o exercício da parentalidade é sinónimo de participação nos cuidados diários da criança e implica a responsabilidade de tomar decisões que melhor respondam às necessidades da criança. Este envolvimento e responsabilidades, não são só importantes e necessários quando a criança está saudável em casa, mas também se aplicam quando a criança é hospitalizada. Espera-se que os pais continuem a desempenhar o papel parental, porque é aos pais que a sociedade entrega a responsabilidade pelo bem-estar do seu filho, são aqueles que mais directamente vivem com as consequências da competência parental e são eles que possuem os laços genéticos e emocionais com a criança (SOUSA e SOUSA, 2007).

2.2. A FAMÍLIA E A CRIANÇA HOSPITALIZADA

A família ao longo do seu ciclo vital sofre mudanças, umas esperadas e outras abruptas ou inesperadas, como as doenças, e a hospitalização pode ser necessária quando se apresenta como o único recurso para a recuperação da saúde. O internamento, além de estar sempre associada à dor, ao sofrimento e à morte, afasta a pessoa dos seus familiares e da sua relação com a vida normal.

Para Campos (1995, cit. por VALVERDE e CARNEIRO, 2010), a doença física é acompanhada de manifestações na esfera psíquica, ocasionando também alterações na interacção social. A doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, quer ao doente quer à família.

Na situação de a pessoa ser uma criança, a doença provoca desajustamento, e quando necessita de ser internada, a criança sofre pelo medo do desconhecido, pela sensação de

punição e culpa, e pela limitação das suas actividades, dos estímulos, e do espaço físico (VALVERDE e CARNEIRO, 2010).

Cada indivíduo percebe as situações de formas diferentes, e quando se aplica à criança hospitalizada, essas percepções irão depender da compreensão da realidade que esta tem. Para tanto, está implicado a sua capacidade cognitiva, a sua idade, e crenças e valores de discriminar e compreender eventos como a hospitalização (SOUSA e SOUSA, 2007).

A doença e a hospitalização constituem, portanto, uma crise na vida da criança. É uma experiência stressante e traumática, podendo a criança apresentar manifestações de ajustamento, como inapetência, perda de peso, agressividade, desejo incontroado de fugir, dependência e falta de receptividade orgânica ao tratamento durante o internamento, que consequentemente poderá afectar o seu comportamento após a sua permanência no hospital (SOUSA e SOUSA, 2007).

Foi pensando nas consequências que a hospitalização tem na criança, que a Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas (EACH) elaborou a Carta da Criança Hospitalizada, aprovada em Leiden em 1988, com um conjunto de direitos que esta deve usufruir antes durante e depois de um internamento hospitalar (INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA [IAC], 2009).

Deve evitar-se por todos os meios, a hospitalização de uma criança. Este é um direito consagrado no documento supracitado, quando refere no artigo 1º que “A admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (p. 6). Mas, quando não é possível evitar a hospitalização, a presença dos pais torna-se fundamental. Direito igualmente consagrado na Carta da Criança Hospitalizada, enunciando no artigo 2º “Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado” (IAC, 2009, p. 7), sendo importante que os pais devam “...ser encorajados a permanecer junto do seu filho, devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais, sem que isso implique um encargo financeiro ou perda de salário” (artigo 3º, p. 8).

Mas, se hoje é reconhecida a importância da presença dos pais, nem sempre isso foi uma realidade, assim como a concepção dos cuidados pediátricos e a importância atribuída à criança. A assistência de enfermagem à criança hospitalizada, até aos anos 30, tinha por finalidade prevenir a transmissão de infecção através do isolamento rigoroso. Esta forma de assistir afastou a mãe e familiares de um envolvimento com a criança e com os profissionais

(LIMA et al., 1999). Nesta perspectiva, a importância do crescimento e desenvolvimento, as reações psicológicas infantis, a necessidade de educar e o impacto emocional da doença e da hospitalização na criança e nos pais eram pouco considerados.

Houve dois marcos importantes na história da organização das práticas de assistência à criança hospitalizada. Em 1951, a publicação de uma monografia de Bowlby pela Organização Mundial de Saúde (OMS), onde o autor abordava a problemática da carência dos cuidados maternos e a sua repercussão no desenvolvimento infantil, alertando para a necessidade que a criança tem, de estabelecer uma relação profunda com a mãe, uma vinculação afectiva, não devendo por isso ser separado dela. Em 1959, a publicação do Relatório Platt, na Inglaterra, levou pais e profissionais a discutir e analisar o processo de hospitalização, procurando alternativas para a sua humanização. Estas alternativas passariam por: *i)* as crianças serem admitidas em hospitais pediátricos ou enfermarias só para crianças; *ii)* formação especializada de profissionais para os cuidados às crianças; *iii)* os pais serem encorajados a visitar as crianças em qualquer hora do dia e da noite; *iv)* a unidade mãe e filho ser mantida; *v)* ser implementada a organização de brincadeiras e actividades recreativas para crianças em cada enfermaria. Este novo conceito de criança, visto como um ser em crescimento e desenvolvimento, não só com necessidades biológicas, mas também psicológicas, sociais e emocionais, foi o catalisador para a mudança (BORGES, 2004).

Em Portugal, os primeiros hospitais pediátricos remontam ao século XIX. As condições de atendimento e estruturais foram durante muito tempo deficitárias, por vezes rudimentares, devido à fraca consciencialização das necessidades específicas infantis, do cuidar numa perspectiva de saúde e tratamento da doença (BORGES, 2004).

A partir dos anos 80, houve uma preocupação crescente em relação aos direitos da criança e às condições de apoio à família, valorizando-se as funções parentais e a humanização na assistência. A legislação portuguesa, através da Lei nº 21/81 de 19 de Agosto, possibilitou o acompanhamento familiar de crianças internadas com idade inferior a 14 anos. Posteriormente, através do DL nº 26/87 de 13 de Janeiro, foram reconhecidas as condições mínimas de conforto e assistência para os pais ou acompanhantes de crianças internadas, assim como os critérios para a atribuição de refeições gratuitas.

A nível nacional, o IAC (2009) foi a instituição que deu um contributo importante na divulgação dos direitos consagrados na Carta da Criança Hospitalizada junto dos profissionais de saúde e família.

Recentemente, com o alargamento da idade pediátrica, determinada pela Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro, que no seu artigo 2º, ponto 1, designa que “A criança com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde, tem direito ao acompanhamento do pai e da mãe ou da pessoa que os substitua” (p. 6254), veio reforçar a importância que Portugal continua a dar à humanização na assistência à criança.

A hospitalização infantil não é somente uma situação difícil para a criança, mas reflecte-se na família como um todo, sendo percebido com maior ou menor intensidade principalmente pelos pais, mas também por todos os seus membros (avós, irmãos, tios, etc), cuja vida habitual é interrompida e que tem que continuar a funcionar apesar da desordem provocada pela situação (REIS, 2007; SOUSA e SOUSA, 2007; MELO, 2011).

A experiência de hospitalização da criança implica mudanças no estilo de vida dos pais, interrompe as suas rotinas normais e aumenta as suas necessidades pois têm que dividir as responsabilidades habituais com as necessidades do seu filho hospitalizado (SMIT, COLEMAN e BRADSHAW, 2006; REIS, 2007; SOUSA e SOUSA, 2007; MELO, 2011). Tem ainda outras implicações, como: encargos financeiros adicionais; aumento das tensões familiares com diminuição do tempo para cuidar da casa e de outros familiares significativos; interrompe o relacionamento pais-criança; interfere nas interacções retro alimentares de afecto e é a maior ameaça aos sentimentos de amor e segurança; interfere na preservação do papel parental, no sentimento de legitimidade e de orgulho parental; diminui o sentido de responsabilidade dos pais nos cuidados à criança e o conhecimento que têm sobre as necessidades do filho e sobre as formas de as satisfazer (BRAGODÓTTIR, 1999; SHIELDS, HUNTER e HALL, 2004; SOUSA e SOUSA, 2007).

Quando há a hospitalização de um filho, os pais mudam da condição e do papel de pais de uma criança saudável, para a nova condição e papel de pais de uma criança doente, experimentando uma variedade de conflitos de papel, que os coloca numa situação vulnerável e os torna dependentes da equipa de saúde para se sentirem capazes de cuidar do filho (SHIELDS, HUNTER e HALL, 2004; VALE, SOUZA e CARMONA, 2005; SOUSA e SOUSA, 2007). Assim, a natureza do papel parental habitual difere da natureza do novo papel parental, que passa a incorporar os cuidados às necessidades afectadas para as quais são convidados a colaborar. Por outro lado, o que era actividade privada de serem pais, é transformado em actividade pública, desempenhada sob o escrutínio dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros (LEE, 1999; SOUSA e SOUSA, 2007).

Factores psicossociais, sociais e ambientais afectam a experiência e as respostas dos pais à crise que constitui a hospitalização do filho. Muitas variáveis foram já identificadas. A gravidade da doença do filho, as experiências prévias com a doença e hospitalização, os procedimentos diagnósticos e tratamentos envolvidos, os sistemas de apoio disponíveis, as capacidades prévias de *coping*, as crenças culturais e religiosas, os padrões de relacionamento e comunicação na família, são algumas delas, embora não se possam prever quais as que influenciam mais as respostas parentais. A idade da criança, a personalidade e as características da criança e dos pais, os cuidados e o apoio que recebem da equipa de saúde, também influenciam a reacção parental à hospitalização do filho (VESSEY, 2003; HOCKENBERRY e WINKELSTEIN, 2006; SOUSA e SOUSA, 2007).

A doença de um filho desperta nos pais um conjunto de necessidades, que contempla os domínios emocionais, comportamentais, cognitivos e das relações conjugais. Estas necessidades possuem características similares, básicas e transversais a todas as culturas e contextos de doença na criança (KRISJÁNSDÓTTIR, 1995; SHIELDS, KRISTENSSON-HALLSTROM e O'CALLAGHAN, 2003; SOUSA e SOUSA, 2007).

Vários trabalhos efectuados nas últimas décadas realçam as necessidades dos pais aquando da hospitalização do filho, o que demonstra a importância deste assunto, que importa aprofundar para compreender melhor as respostas das famílias ao processo de doença da criança, possibilitando assim a identificação de estratégias ou a construção de modelos de intervenção em pediatria.

2.3. NECESSIDADES DOS PAIS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

No percurso de vida da criança e família, é frequente contactarem com o sistema de saúde e necessitarem de diversos cuidados de saúde, requerendo para isso a atenção dos profissionais e das instituições de saúde, face ao processo de saúde-doença (MELLO et al., 2002; MELO, 2011).

Os cuidados de saúde são um conjunto de procedimentos técnicos, nos quais há sempre uma interacção entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio do sofrimento ou o alcance de um bem-estar, mediada sempre por saberes multidisciplinares especificamente voltados para essa finalidade (MELO, 2011).

Na opinião de Deslandes (2006), os cuidados e a assistência humanizada à saúde estão associados a determinados conceitos como necessidades de saúde, satisfação do utente,

integralidade da atenção à saúde, qualidade da assistência, protagonismo dos sujeitos. Para Melo (2011), os cuidados de saúde têm como objectivo mais abrangente, dar resposta às necessidades de saúde das pessoas, contribuindo para a construção de um projecto de vida e de saúde.

Por ser importante, neste contexto, compreender o conceito de necessidades, Clément et al. (2007, p. 270) referem que, e no âmbito da psicologia, necessidade diz respeito a um “sentimento de falta – com razão ou sem ela – daquilo que nos é necessário”, e no sentido comum, diz respeito a uma “exigência ou necessidade natural com causa fisiológica”.

De acordo com Bolander (1998), a necessidade pode ser uma exigência ou uma falha, considerando que as pessoas têm necessidades fundamentais que se esforçam por satisfazer, quer físicas quer psicológicas. A importância atribuída a cada uma depende de cada indivíduo e é influenciada pelas expectativas pessoais, influências sociais e culturais, saúde física e desenvolvimento. Cowley et al. (2000) acrescentam que o conceito de necessidade está não só relacionado com a identidade e as expectativas, mas também com o contexto relativo à saúde.

Para Clément et al. (2007), existem dois tipos de necessidades, as inatas e as adquiridas ou culturais. As inatas são de ordem fisiológica, a sua satisfação é uniforme no seio de uma espécie e a sua saciedade é necessária a longo prazo para a manutenção da vida; as adquiridas ou culturais, são de ordem psicológica e social, o seu modo de satisfação é variável segundo os indivíduos, ou culturas, e a sua saciedade não é estritamente necessária.

Vários estudos têm feito referência à importância da identificação das necessidades dos pais nas novas metodologias de organização de cuidados, uma vez que a sua participação dependerá das suas expectativas face à satisfação dessas necessidades.

Kristjánsdóttir (1995), num estudo qualitativo realizado a 34 pais em unidades pediátricas dos Estados Unidos e Islândia, identificou 43 necessidades que foram agrupadas em seis categorias: 1) necessidade em confiar; 2) necessidade de sentir que confiam neles; 3) necessidade de informação; 4) necessidade de apoio e orientação; 5) necessidades relacionadas com outros membros da família; 6) necessidades relacionadas com os recursos físicos e humanos. Foi com base nesta classificação e noutros estudos que Kristjánsdóttir (1995) construiu a escala de avaliação das necessidades dos pais, a NPQ, na qual abrange a percepção dos pais acerca da importância, satisfação e independência nas suas necessidades durante a hospitalização da criança. A construção do instrumento de avaliação sobre estas necessidades, fez com que mais tarde outros autores o utilizassem em estudos sobre esta

temática como: Bragadóttir (1999), na Islândia; Shields e Kristensson-Hallstrom (2004), na Suécia; Shields, Hunter e Hall (2004), em Inglaterra; Kyritsi et al. (2005), na Grécia; Reis (2007) e Melo (2011), em Portugal.

Hallström, Runeson e Elander (2002), num trabalho de pesquisa sobre as necessidades dos pais, identificaram nove categorias de necessidades: segurança em relação a si e à própria criança, comunicação, controlo, existência de uma equipa multidisciplinar “agradável ou amável”, necessidade de se sentirem competentes como pai/mãe, necessidade da família, de apoio e necessidade de satisfação personalizada dessas necessidades.

Mais recentemente, Hallström e Elander (2007), através de revisão de literatura com referência a investigações em enfermagem, categorizaram quatro áreas a ter em conta na hospitalização da criança, designadamente: 1) a optimização da saúde da criança; 2) recuperação da saúde e desenvolvimento; 3) suporte para ajudar as famílias a ultrapassar a situação; 4) suporte para a manutenção das funções e estabilidade familiar e satisfação das necessidades pessoais.

A presença dos pais durante a hospitalização da criança é reconhecida como benéfica para ambos, uma vez que em parceria promovem planos de cuidados mais específicos dirigidos às necessidades reais da criança, mas a presença destes nas unidades de saúde lançou novos desafios ao funcionamento e organização dos serviços. O interesse crescente pelas necessidades dos pais, preocupações, sentimentos e reacções destes durante a hospitalização, repercutiu-se na estrutura física, na equipa de técnicos e na organização dos cuidados (SABATÉS e BORBA, 2005).

Por este motivo, foi nosso interesse debruçar-nos em particular sobre as necessidades em recursos físicos e humanos.

2.3.1. Necessidades em recursos físicos e humanos

A Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro, veio legislar o acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Assim, o artigo 2º alínea 1 refere que “A criança com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde, tem direito ao acompanhamento permanente do pai, da mãe ou da pessoa que os substitua” (p. 178), “...o exercício de acompanhamento, previsto na lei, é gratuito” (alínea 3, p.178), e “exercido tanto no período diurno como nocturno” (artigo 4º, alínea 1, p. 178).

Em trabalhos recentemente realizados, a importância da presença dos pais não se limita ao estar fisicamente, mas às condições que deverão ser satisfeitas para poderem participar nos cuidados de forma eficaz numa situação adversa como é a hospitalização de um filho. Um desses trabalhos, segundo Melo (2011), foi desenvolvido por Essen, Karin e Skolin em 2001, em dois centros de pediatria oncológica na Suécia, em que os pais eram questionados sobre quais os cuidados considerados importantes para sentirem que estavam a ser cuidados. Os resultados encontrados permitiram identificar vários aspectos, nomeadamente acessibilidade, competência clínica, suporte emocional, apoio financeiro, participação na tomada de decisão e ambiente físico.

As instituições que prestam assistência à criança surgiram como pioneiras na implementação do conceito de humanização no tratamento e concepção dos espaços. Para Mezono (2001, p. 276) “A humanização no hospital, significa tudo quanto seja necessário, para tornar a instituição adequada à pessoa humana e a salvaguarda de seus direitos fundamentais”. Neste contexto, um hospital humanizado é aquele que na sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza, respeita a pessoa, colocando-se ao serviço da mesma, garantindo-lhe assim um atendimento de qualidade. Este conceito, desencadeia deduções como a importância da estrutura física do hospital, que deve privilegiar o doente, considerando as suas limitações e necessidade de hospitalização, locomoção, repouso e conforto, e a estrutura humana que deve fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e objectivos próprios do hospital. Esta concepção de humanização está implícita no objectivo que deve nortear o funcionamento de um serviço de pediatria, descrito no relatório da Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2008, p. 35): “prestar cuidados hospitalares eficientes, seguros e apropriados à criança e adolescente, por profissionais qualificados, num espaço amigo da criança, do adolescente e da família, ...”.

Necessidades em recursos físicos

A humanização dos cuidados a prestar ao doente tem muito a ver com a dimensão, localização e uso dos espaços físicos de um hospital. A segurança e o conforto estão intimamente relacionados com o fluxo, a flexibilidade, o tipo de estrutura física, com os móveis utilizados e a própria manutenção geral do edifício. As possibilidades de repouso do doente são também afectadas pela arquitectura do hospital enquanto lhe é garantido ou não, o controlo sonoro e a privacidade tantas vezes necessária (MEZOMO, 2001).

Humanizar a arquitectura do hospital, é a arte de adaptar a sua construção ao atendimento das necessidades práticas e expressivas dos doentes, dos visitantes e dos funcionários. Tem como objectivo, a criação de um adequado ambiente físico que contribua para a recuperação do doente, aliviando o seu desconforto físico, mental, através de meios arquitectónicos (MEZOMO, 2001; MALAGÓN-LONDOÑO, 2003).

A forma como o hospital é percebido pelas crianças e seus familiares e o significado que lhe atribuem, é um factor importante, capaz de condicionar o efeito do stress hospitalar sobre o bem-estar dos doentes pediátricos. O espaço físico, neste caso, converte-se num espaço de significado para as pessoas. Para os doentes e família, o hospital como espaço físico e social tem associado significados emocionalmente negativos. Mas, o hospital, não é só o lugar onde se está doente e se sofre, mas também um espaço de cura. Sendo assim, não deveria ser entendido como um espaço de doenças, mas sim como um espaço de saúde entendida como bem-estar físico, psicológico e social. Esta concepção de hospital como espaço de saúde é especialmente importante no caso da hospitalização pediátrica (ULLAN DE LA FUENTE e HERNANDEZ BELVER, 2005).

A construção do significado de ambiente é complexa e faz parte de um processo mais global de percepção e interpretação do ambiente (ULLAN DE LA FUENTE e HERNANDEZ BELVER, 2005). Neste processo, tem importância um conjunto de sinais estimulantes de valor comunicativo e informativo, que, através das experiências vividas nesse espaço, das expectativas e valores das pessoas intervenientes, acabam associadas a determinadas experiências emocionais. A concepção do ambiente acaba por ter um significado emocional, capaz de provocar nas pessoas experiências emocionais de diversa índole (ULLAN DE LA FUENTE e HERNANDEZ BELVER, 2005; CAVALCANTI, AZEVEDO e DUARTE, 2007).

Os estímulos ambientais servem de mediadores para um processo de recuperação do doente e de bem-estar num espaço (ABDALLA, 2010). Ullan de la Fuente e Hernandez Belver (2005), dividem estes mediadores ambientais simbólicos em três categorias: 1) os de tipo estrutural (arquitectónico e construtivo, dos quais podemos enumerar a iluminação, o acesso visual ao exterior, o controlo e privacidade dos espaços e a qualidade paisagística na zona envolvente do hospital); 2) os de tipo decorativo (cor utilizado nas paredes das enfermarias, quartos, corredores...); 3) e os de tipo funcional (o mobiliário hospitalar; os recursos audiovisuais).

Marçal (2006), refere-se a estes mediadores simplesmente como espaço. Para a autora, o espaço constitui-se como um importante recurso nos cuidados à criança e família, recurso este que pode ser analisado em torno de dois eixos: o espaço e os seus utilizadores (criança, família e profissionais); o espaço e as diferentes dimensões (funcionalidade, segurança e estética). A articulação harmoniosa destes dois eixos permitirá criar um ambiente único e apropriado à criança de diferentes idades, local cheio de vida onde se pode viver experiências positivas, seguro e flexível, capaz de permitir sentimentos de competência e controlo, respeitando e promovendo o papel dos pais.

Para o Alto Comissariado da Saúde (2009), um dos critérios mínimos de funcionamento dos serviços de pediatria que devem ser cumpridos, é a criação de condições para a permanência de um acompanhante durante 24 horas. A Carta da Criança Hospitalizada reforça esta ideia quando refere no artigo 3º que “Os pais devem ser encorajados a permanecerem junto do seu filho, devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais, sem que isso implique encargo financeiro ou perda de salário” (IAC, 2009, p. 14). Assim, os hospitais devem oferecer um espaço suficiente e adequado, bem como infra-estruturas que permitam aos pais ser admitidos conjuntamente com a criança, nomeadamente cama, casa de banho, locais para repouso e refeições, e espaço para arrumar os objectos pessoais. Esta permanência, não deve incorrer a gastos adicionais associados à sua permanência, devendo ter direito a pernoitar gratuitamente e a alimentação grátis ou subsidiada (IAC, 2009).

Em Portugal, não existe legislação que estabeleça os requisitos mínimos relativos à organização, funcionamento e instalações técnicas, para o exercício de actividade das unidades oficiais e privadas de saúde que tenham por objecto, a prestação de serviços médicos e de enfermagem em pediatria. Existe sim, regulamentação para unidades privadas de saúde na área da obstetrícia e neonatologia, através da Portaria nº 615/2010, de 3 de Agosto. De acordo com esta legislação, que estabelece os recursos humanos e requisitos técnicos, e com Malagón-Londoño (2003), percebemos a importância de algumas condições a que devem obedecer, nomeadamente:

- Os serviços/hospitais devem situar-se em locais de fácil acesso, dispor de infra-estruturas viárias, abastecimento de água, saneamento, energia eléctrica e telecomunicações. Preferencialmente, não devem estar próximas de indústrias poluentes ou produtoras de ruído, zonas insalubres ou perigosas, e devem estar instalados em edifícios destinados a este fim. A construção deve contemplar a eliminação de barreiras arquitectónicas, a sinalética deve ser

concebida de forma a ser compreendida pelos utentes, os acabamentos devem permitir a manutenção de uma boa higienização (artigos 17º e 18º).

Relativamente à decoração dos serviços de pediatria, Marçal (2006) recomenda que sejam privilegiados os temas relativos à natureza, porque permitem reduzir os níveis de ansiedade, tranquilizam e ajudam a lidar com os diferentes acontecimentos da vida hospitalar. Assim, no espaço circundante dos serviços, deverá existir espaços verdes, com diferentes recantos, onde existam elementos da natureza (água, relva flores, fontes, peixes, pequenas rochas). São os jardins que proporcionam à família um lugar e um tempo de consolo, isolamento/solidão e conforto, elementos essenciais ao processo de cura e desenvolvimento.

No interior do serviço/hospital, a decoração sem ser infantilizante, deverá também contemplar temas da natureza. As cores predominantes para superfícies de internamento deverão ser claras, incidindo nos tons azuis, verdes, branco e só usar cores mais fortes como laranja, vermelho e amarelo para pormenores de pintura (MATARAZZO, 2010).

Numa perspectiva de cuidados centrados na família, deverão ser garantidos aos pais, se quiserem permanecer junto do filho 24 horas por dia, condições humanas para o sono e repouso, de preferência junto da unidade da criança, salas de distração e relaxamento, que permitam o isolamento mas também o convívio entre eles, serviço de copa/kitchenette e lavandaria (MARÇAL, 2006).

Na unidade da criança e do pai/mãe, deve existir algo que seja familiar à criança, porque é o local de tratamento, recuperação mas também de refúgio e conforto. É também o local dos seus pais, nas 24 horas, e um espaço para as suas visitas mais significativas. Aqui, a dimensão do espaço e flexibilidade dos móveis são fundamentais para que a sua disposição garanta o conforto, a individualidade, a privacidade e o domínio do ambiente, condição essencial ao sentimento de poder, de competência e de controlo (MARÇAL, 2006; IAC, 2009).

A Portaria nº 615/2010 de 3 de Agosto, no seu artigo 18º, alíneas 16 e 17, refere que as portas dos quartos e enfermarias devem ter uma largura mínima de 1,10 metros. Nos quartos com mais de uma cama, a distância entre estas, deve ser no mínimo de 90cm. A distância entre uma das camas e a parede lateral deve ser no mínimo de 60cm. Relativamente às áreas úteis mínimas recomendadas para os quartos ou enfermarias, o artigo 20º do anexo II, da mesma portaria recomenda: 14, 18, 24,30m² para quartos/enfermarias com uma, duas, três, quatro camas, respectivamente, e 5m² para as instalações sanitárias, devendo estas estarem

adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada. Malagón-Londoño (2003), preconiza 16 a 18 m² de superfície para cada cama hospitalar, WC totalmente equipados na proporção de um para cada dez utentes em enfermarias e uma em cada quarto.

Um componente importante para a humanização da unidade de internamento é a existência de quartos individuais, obtendo-se privacidade, tornando o ambiente mais agradável para todos.

A unidade da criança deve ser constituída pela cama da criança, mesa-de-cabeceira, mesa para refeições, armário para a criança e acompanhante e cadeira/cama para repouso do acompanhante. Se forem utilizadas cadeira para acompanhantes, estas devem ser tipo poltrona com apoio para pernas e encosto regulável (ROCHA, 2008).

Nas condições ambientais de conforto incluem-se os itens de conforto higrotérmico, luminoso e acústico/ruído.

No que respeita ao conforto higrotérmico, Miguel (2004) considera que a temperatura ambiente óptima, para uma actividade ligeira, deverá estar entre os valores mínimos de 17°/18° e máximo de 22°/24°, sendo 18°/20° um valor óptimo, uma humidade relativa de 40% e 70%, considerando 50% o valor intermédio óptimo, para uma velocidade do ar de 0,2 m/s. A Portaria nº 615/2010 de 3 de Agosto, no anexo V, que diz respeito às especificações técnicas, considera que nos quartos/enfermarias e refeitório, a temperatura ambiental deverá ser no máximo de 25°C no verão e no mínimo 20°C no Inverno.

Relativamente à iluminação, a considerada ideal é a que é proporcionada pela luz natural. Contudo, o seu uso é bastante restrito, havendo necessidade de recorrer a luz artificial. Abdalla (2010), sugere a iluminação artificial para áreas com grande profundidade; nas enfermarias/quartos esta deve ser sempre indirecta, preservando o doente acamado do desconforto visual causado pela incidência directa da luz acima do leito; a presença de iluminação nas cabeceiras dos leitos para leitura e exames e iluminação de vigília para permitir o deslocamento de pessoas durante o período nocturno. Embora as recomendações sobre níveis de iluminação para diferentes países apresentem discrepâncias, Miguel (2004) considera que, de modo geral, os valores recomendados para os diferentes ambientes e tarefas a executar, oscilam entre os 150 e 2000 lux¹. No interior, para diferentes locais e actividades, são: i) Halls de entrada, áreas de circulação e corredores, locais de repouso - 100 lux; ii) Quartos de banho - 200 lux; iii) Enfermarias e gabinetes médicos - 500 lux.

¹ Medida de fluxo luminoso incidente por unidade de superfície.

O hospital é, por natureza, o local onde há a necessidade de absoluta calma e tranquilidade. Florence Nightingale (1854, cit. por GEORGE, 2000) considerava que o ruído desnecessário é a mais cruel ausência de cuidados que se pode infligir a doente.

O ruído excessivo encontrado nos serviços de pediatria é proveniente essencialmente de duas fontes: equipamento e pessoas. A exposição de pessoas a níveis elevados de ruído provoca alterações psico-fisiológicas, comprometendo assim o processo de cura (AURÉLIO e TOCHETTO, 2010).

A fim de proteger a população exposta contra estes efeitos, a OMS recomenda o nível médio de 30dB e nível máximo de 40dB em ambientes hospitalares. Internacionalmente, o *Committe on Environmental Health da American Academy of Pediatrics*, que adoptou as recomendações da *United States Environmental Protection Agency*, aconselha os valores máximos de 45dB durante o dia e 35dB durante a noite também para ambientes em hospitais (AURÉLIO e TOCHETTO, 2010).

Necessidades em recursos humanos

Para Ventura (2011, p. 27), “recursos humanos em saúde pode ser caracterizado como todas as pessoas (...) qualificadas e habilitadas (...) para o desempenho de actividades assistenciais ao paciente e família”.

Actualmente, a tendência em pediatria de reduzir o tempo de internamento das crianças, transferindo para o domicílio ou hospital de dia, os cuidados tradicionalmente prestados no hospital; o aumento da esperança de vida das crianças com doença crónica, exigindo da comunidade uma resposta mais eficaz e uma preparação e acompanhamento dos pais para que possam cuidar da criança em casa; a resposta às necessidades de promoção e prevenção de saúde das crianças e adolescentes; são mudanças que vão no sentido de uma maior exigência na qualidade e na acessibilidade aos cuidados, o que implica haver profissionais que respondam de imediato e especialistas que orientem as equipas nas situações complexas (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2009).

Nesta nova perspectiva, requer-se a garantia de um processo de cuidados centrados na unidade familiar, que vise a promoção e que envolva tomadas de decisão assentes numa parceria entre crianças/jovem, pais e enfermeiro. Para Nethercott (1993), os enfermeiros são os peritos que controlam o envolvimento, sendo a participação entendida como uma delegação de tarefas, assumindo o enfermeiro a liderança em todo o processo, pois é quem

possui maior conhecimento acerca dos cuidados à criança. Mas, nesta perspectiva, o envolvimento familiar pode ser subjectivo, baseado em percepções do enfermeiro que podem ser influenciadas pela origem étnica e classe social da família. Por sua vez, o Alto Comissariado da Saúde (2009), considera que esta nova visão de cuidados em parceria levou a afirmações de que a presença dos pais nos serviços de internamento facilita o trabalho às equipas, podendo assim reduzir o número de técnicos (principalmente enfermeiros), mas, os pais não estão nos serviços para substituir os técnicos, eles próprios necessitam ser alvo dos cuidados de enfermagem. Como principais peritos nos cuidados parentais durante uma situação de doença ou internamento, sentem limitações das suas capacidades, perdendo muitas vezes o controlo da sua vida familiar e parental. Fisher (2001, cit. por Melo, 2011), identificou alguns factores dos quais destacamos as rotinas médicas e a presença de um número reduzido de profissionais durante a noite que contribuem para aumentar a ansiedade e o desequilíbrio familiar, aspectos estes que podem passar despercebidos aos profissionais de saúde.

As exigências no que respeita às características da equipa de saúde, são também direitos enunciados na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2009). O artigo 8º refere que “...a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais, não só da criança mas também da família” (p. 25). Nestes direitos, está assim implícito que os hospitais ou instituições prestadoras de cuidados de saúde à criança devem assegurar que estas sejam examinadas tratadas e cuidadas por profissionais com formação específica, conhecimentos, competências, sensibilidade e experiência em pediatria.

A equipa de recursos humanos de um serviço pediátrico, deverá ser constituída por todos os grupos profissionais que trabalham no hospital, tais como as profissões médicas e de enfermagem, terapeutas, psicólogos, técnicos de serviço social e pedagogos. Abrange, ainda, todos os envolvidos quando as crianças são submetidas a exames e toda a equipa de cuidados domiciliários e de transporte (IAC, 2009). Este documento acrescenta que o apoio religioso, os contactos com grupos de auto-ajuda, grupos culturais, são importantes para reduzir a tensão das agressões emocionais que a hospitalização provoca, pelo que estes grupos também pertencerão à equipa terapêutica.

A determinação da dotação em recursos humanos, deve alcançar índices de qualidade para o doente, atingir os objectivos da organização e assegurar a qualidade de vida no trabalho aos profissionais, sendo que, relativamente a este último, está provado o impacto que tem na

qualidade dos cuidados prestados. Segundo as normas internacionais adoptadas pela CNSCA existem princípios gerais e rácios mínimos a que deve obedecer a determinação de dotações nas unidades de internamento de cuidados pediátricos (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2009). Considerando os princípios relacionados com os cuidados dos doentes, com os profissionais, e a organização, a comissão supracitada propõe os seguintes rácios mínimos para os recursos humanos nos cuidados hospitalares:

<i>Enfermeiros</i>	- Serviços de internamento – um enfermeiro/6 crianças
	- Cuidados intensivos – um enfermeiro/duas crianças;
	- Cuidados intermédios – um enfermeiro/quatro crianças;
	- Unidade de internamento de curta duração – um enfermeiro/quatro crianças
	- Urgência de pediatria – três elementos por turno

Em cada um dos serviços do hospital, em cada equipa de *roulement* deve fazer parte 1 enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria para assegurar cuidados em situações complexas e orientação da equipa (de generalistas) na prestação de cuidados à criança e família.

<i>Pediatras em Serviços de Pediatria Geral</i>	- Sem maternidade, sete com idade inferior a 55 anos
	- Com maternidade, 14 com idade inferior a 55 anos
<i>Assistente social</i>	- Uma assistente
<i>Auxiliares de acção médica</i>	- Uma por cada seis crianças

Importa ainda abordar embora de forma sucinta a importância que o enfermeiro tem como elemento constituinte desta equipa e a sua actuação nos serviços de pediatria.

Formalmente, os enfermeiros são reconhecidos como a comunidade profissional e científica com maior relevância no funcionamento e na melhoria da qualidade do sistema de saúde, na tentativa de dar resposta às necessidades populacionais, em qualquer tipo de instituição de saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004).

O evoluir tecnológico e a complexidade de situações apresentadas pelos utentes implica que ocorra uma necessidade e evolução prática do trabalho em equipa, na certeza que, isoladamente os profissionais de enfermagem não conseguem alcançar os objectivos que se propõe para a promoção de saúde e prevenção da doença.

Pertencer a uma equipa ou grupo de trabalho, tem intrínsecos pressupostos como o esforço colectivo e a determinação de objectivos comuns com base numa liderança adequada e eficaz, uma rede de comunicação circular, aberta e multidisciplinar detentora de mecanismos de *feed-back* e passível de avaliação, que reconheça a importância de acções diferenciadas e a necessidade de recursos humanos e materiais em número adequado. Mas, mais do que interagir com os restantes membros da equipa multidisciplinar, é importante reconhecer o espaço ocupado pelos pais e família e o conhecimento que possuem das suas crianças e filhos (GRAÇA, 1992; CARNEIRO, 2010). Henderson (2007) também vai de encontro a esta ideia quando considera que, todos os membros de uma equipa multidisciplinar devem centrar-se na pessoa, e que todos devem estar vocacionados para a ajudar.

Cuidar em pediatria, visa a promoção e o envolvimento de tomadas de decisão assentes numa parceria entre crianças/jovem, pais e enfermeiro. O objectivo da enfermagem em parceria tem como base da sua existência, as relações de igualdade entre enfermeiros e família desde que esta possua adequada formação e seja supervisionada por um determinado período de tempo. Para que tal aconteça, o enfermeiro deve ponderar estratégias de acção que possam ser facilmente alteradas de acordo com a confiança demonstrada e a intervenção desejada pelos pais. O seu principal trabalho deve assentar em princípios como respeito, colaboração, apoio e em pressupostos orientados para a escuta activa, comunicação honesta e franca, negociação dos cuidados, de forma a capacitar e “potencializar” os pais para a prestação de cuidados ao mesmo tempo que possam igualmente co-responsabilizar-se nas tomadas de decisões sobre o tratamento a instituir ao seu filho.

O acto de cuidar pressupõe a utilização de metodologias de organização promotoras da qualidade, assentes na existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem que incorpore de forma sistemática as necessidades de cuidados, as intervenções e os resultados obtidos pelo portador da doença. O método de enfermeiro de referência é o método de organização de trabalho que permite uma prestação de cuidados mais individualizados à criança e sua família; promove um elevado nível de personalização de cuidados e de continuidade destes cuidados após a alta; facilita a comunicação entre toda a equipa terapêutica; confere maior autonomia ao enfermeiro; personaliza e favorece a responsabilidade e criatividade; facilita o ensino; facilita o conhecimento por parte do utente do enfermeiro responsável (REIS 2007; MELO, 2011).

Melhorar a qualidade dos cuidados pediátricos e consequentemente a satisfação da criança e família implica a existência de políticas de formação contínua para enfermeiros e seus

pares. Figueiredo (1997), acrescenta que o trabalho em equipa dos profissionais de enfermagem com outros membros e com as famílias cuidadoras, requer uma aprendizagem que deve ser feita tão precocemente quanto possível iniciando-se ainda durante o período de formação académica destes.

Permitir o envolvimento e a participação dos pais nos cuidados de saúde ao seu filho é, para Sakellarides (2007, cit. por MELO, 2011), um acto democrático, um exercício de cidadania, consubstanciado pelos pais, pelos profissionais de saúde, pelas instituições de saúde pediátricas que promovem condições para que tal aconteça.

2ª PARTE

ESTUDO EMPÍRICO

3. METODOLOGIA

A pesquisa pressupõe sempre um plano global adequado ao fenómeno em estudo, que enuncie de forma estruturada todos os passos para a consecução dos objectivos, permitindo assim dar resposta às questões de investigação (FORTIN, 2009).

Neste capítulo, descrevemos os procedimentos realizados e as justificações para as opções tomadas que sustentam a realização do estudo. Assim, tendo por base o quadro teórico abordaremos a problemática em estudo, as questões de investigação, os objectivos, o desenho de investigação, o tipo de estudo, os participantes, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos éticos e formais na recolha de dados e a análise de dados.

3.1. MÉTODOS

3.1.1. Justificação do estudo

Nas concepções mais recentes do cuidar em pediatria, a saúde e a parceria de cuidados têm significados que traduzem uma intervenção orientada para a promoção de habilidades dos pais. Tornar os pais parceiros nos cuidados, é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família no sentido de os tornar autónomos, reabilitando o seu papel parental, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidados. A parceria activa, promove igualmente planos de cuidados mais específicos e dirigidos às necessidades reais da criança, tornando a presença dos pais nas unidades de internamento de pediatria, uma mais-valia, não só para a criança hospitalizada como também para os profissionais de saúde. Mas, a presença destes nas unidades, implica dos profissionais de saúde uma abordagem integral não só da criança, mas também dos seus acompanhantes durante a hospitalização. O conhecimento e a satisfação das necessidades dos pais, nomeadamente das necessidades físicas e humanas aquando da sua permanência no hospital, são condições fundamentais para aumentar as competências parentais na prestação de cuidados em contexto hospitalar e, posteriormente, no domicílio.

Nos últimos tempos, as instituições hospitalares portuguesas têm implementado estratégias de humanização, nomeadamente na melhoria das condições físicas e humanas dos

serviços, que vão no sentido de os pais sentirem algum controlo e privacidade durante a sua permanência no hospital. Mas, existem poucos estudos relativamente à assistência à criança hospitalizada, que englobem a perspectiva dos pais, no que respeita às necessidades em recursos físicos e humanos durante a hospitalização dos filhos, o que vem justificar a pertinência desta investigação.

3.1.2. Questões de investigação

Tendo por base a problemática em estudo, foram colocadas as seguintes questões de investigação:

- Que importância atribuem os pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas às necessidades em recursos físicos e humanos percebidas?
- Qual o grau de satisfação sentido pelos pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas face às necessidades em recursos físicos e humanos?
- Em que medida os pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas são independentes face à satisfação das necessidades em recursos físicos e humanos sentidos?
- Será que há relação significativa entre as características sócio demográficas (idade, género, residência, habilitações literárias, residência, número de filhos) e a importância atribuída, a satisfação obtida e independência para superar as necessidades em recursos físicos e humanos dos pais da criança hospitalizada?
- Será que há relação significativa entre as características da criança/hospitalização (quem acompanha a criança, idade da criança internada, número de vezes que teve um filho internado, tempo de internamento, gravidade da doença) e a importância atribuída, a satisfação obtida e a independência para superar as necessidades em recursos físicos e humanos dos pais da criança hospitalizada?

3.1.3. Objectivos do estudo

A presente investigação foi realizada com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados pediátricos, beneficiando as crianças e famílias na construção de competências dirigidas aos problemas de saúde e aos processos de vida e com os seguintes objectivos:

- Analisar a importância atribuída, a satisfação sentida e independência para superar a necessidade em recursos físicos e humanos atribuídos pelos pais/acompanhante significativo durante a hospitalização da criança;
- Identificar as relações existentes entre as variáveis sócio demográficas, de hospitalização e da criança e as necessidades em recursos físicos e humanos percebidos pelos pais/acompanhante significativo durante a hospitalização da criança;
- Reflectir sobre as necessidades dos pais/acompanhante significativo em recursos físicos e humanos, face ao internamento dos filhos.

3.1.4. Desenho do estudo

A partir da revisão da literatura e com o objectivo de analisar os factores subjacentes às necessidades em recursos físicos e humanos, estruturamos o desenho do estudo (Figura 1), em que “a *percepção dos pais/acompanhante significativo no que respeita à importância, satisfação e independência atribuída às necessidades em recursos físicos e humanos durante a hospitalização do filho*” se assume como variável dependente, a qual pode ser influenciada por variáveis consideradas como independentes, como as *características sócio demográficas dos pais* (idade, género, situação familiar, nível escolaridade, número de filhos e residência), e as *características da criança/hospitalização* (idade da criança, quem acompanha a criança, número de internamentos anteriores, tempo de internamento, gravidade da doença).

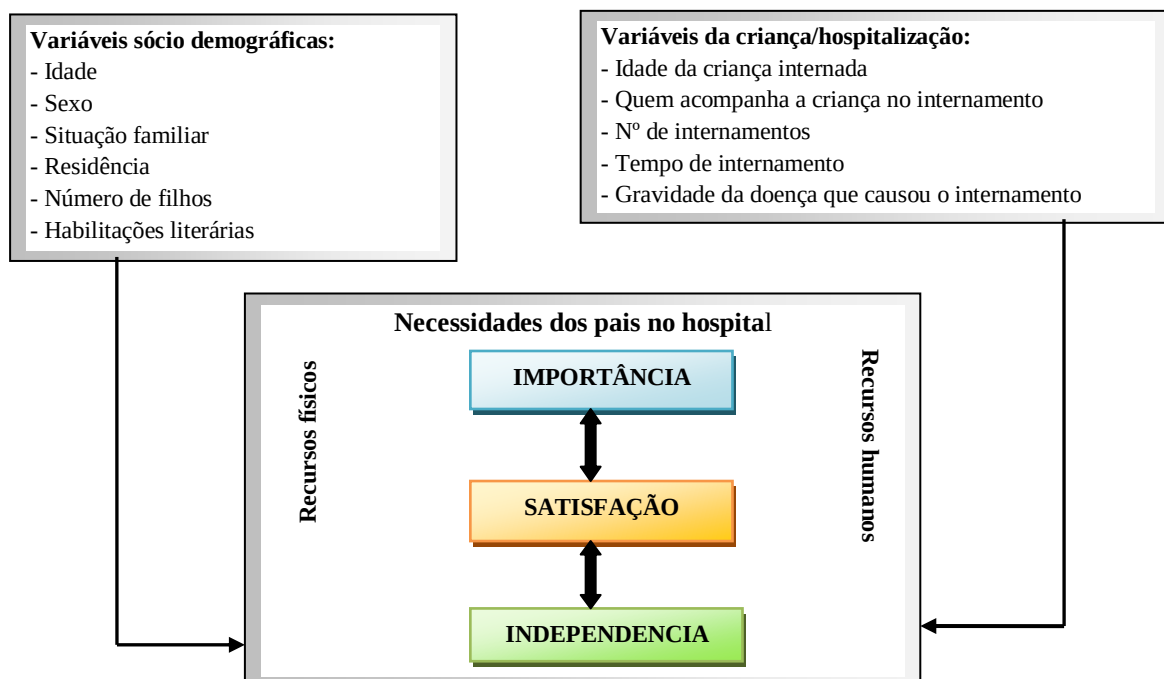


Figura 1. Desenho de estudo

3.1.5. Tipo de estudo

Considerando as características do estudo, este orienta-se para uma investigação de dimensão exploratória, correlacional, predominantemente quantitativa. Pretendemos assim obter conhecimentos acerca de um determinado fenómeno sobre o qual queremos obter conhecimentos e clarificá-lo: “necessidades em recursos físicos e humanos dos pais da criança hospitalizada”, relacioná-lo e quantificá-lo com algumas variáveis sócio demográficas, de contexto hospitalar e da criança hospitalizada, no sentido de investigar o seu efeito moderador nesta experiência.

Este tipo de estudo, vai então permitir explorar e descrever fenómenos característicos de uma população/amostra e estabelecer relações entre as variáveis ou factores (FORTIN, 2009). O método de investigação sendo predominantemente quantitativo, terá a possibilidade de medir as variáveis, pela obtenção de resultados numéricos susceptíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos, e por explicar, predizer e estabelecer relações de causa efeito, sendo os fenómenos humanos previsíveis e controláveis (FORTIN, 2009).

O tempo em que decorre o estudo classifica-se de natureza transversal, pelo facto dos questionários serem aplicados num período predefinido, relativo a um momento presente.

3.2. PARTICIPANTES

A realização de um estudo de investigação pressupõe a recolha de dados num determinado conjunto de indivíduos que partilham características comuns (FORTIN, 2009).

3.2.1. Tipo de amostra

Para a concretização do estudo, foram escolhidos como fonte de dados, o pai, a mãe ou acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas em serviços de Pediatria e UCERN de quatro hospitais aderentes ao estudo. Do universo constituído, foi seleccionada uma amostra no período de 1 de Abril a 31 de Maio de 2011, constituída por 184 acompanhantes

O método de amostragem seleccionado foi não probabilístico por ter o propósito de reproduzir o mais fielmente possível a população, de amostra accidental.

A selecção da amostra foi realizada, tendo por base os seguintes critérios de inclusão: *i)* estarem a acompanhar a criança durante a hospitalização; *ii)* período de internamento superior a 48 horas, para que os pais ou acompanhante estivessem completamente integrados na unidade; *iii)* crianças com idades entre os 0 e 18 anos; *iv)* pais que se deslocaram aos hospitais por situações agudas ou programadas.

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

A Tabela 1, apresenta a variabilidade em valores numéricos e percentuais do grau de participação dos pais/acompanhantes significativos, dos diferentes hospitais aderentes ao estudo, com o número de questionários entregues, devolvidos, e a respectiva taxa de resposta. Nos dados apresentados, salientamos a taxa de resposta (81,85%) muito significativa, concluindo que houve uma participação muito activa por parte dos pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas.

Tabela 1 - Questionários entregues e recebidos

Questionários	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Total
Entregues	60	60	73	33	226
Recebidos	53	37	64	30	187
No estudo	53	37	64	30	184
Taxa de resposta (%)	88,33	61,66	87,67	93,93	81,85

3.2.2. Caracterização sócio espacial da amostra

O presente estudo foi desenvolvido em quatro hospitais do interior centro e norte de Portugal. Todas as instituições prestam cuidados de saúde à população adulta e integram unidades de Pediatria e UCERN. De forma a manter o anonimato, as unidades de saúde foram codificadas em Hospital A, Hospital B, Hospital C e Hospital D.

O Hospital A é composto por uma unidade de neonatologia com lotação de 4 camas, uma unidade de estabilização pediátrica, e uma unidade de internamento de pediatria com 14 camas. Admite crianças desde o nascimento até aos 18 anos exclusive. No Hospital B, a

pediatria íntegra a UCERN, com uma lotação de 10 camas. O internamento pediátrico propriamente dito, tem uma lotação de 21 camas, sendo 14 para a pediatria médica e 7 para a cirurgia/ortopedia pediátrica. Admite crianças desde os 30 dias até aos 18 anos exclusive. O Hospital C integra a UCERN, com uma lotação de 5 camas. Para o internamento, após o primeiro mês de vida e até aos 15 anos exclusive, possui 16 camas. A pediatria do Hospital D tem uma lotação de 43 camas, 39 para internamento, 4 para o regime de hospital de dia e assiste crianças desde os 30 dias até aos 18 anos exclusive.

3.3. INSTRUMENTOS

Os dados de uma investigação podem ser recolhidos de várias formas junto dos sujeitos. Compete ao investigador determinar qual o tipo de instrumentos de medida que melhor se adapta ao objectivo em estudo e às questões de investigação colocadas (FORTIN, 2009).

3.3.1. Descrição dos instrumentos a utilizar

Da pesquisa bibliográfica efectuada, foi encontrado como instrumento de recolha de dados adequado ao estudo pretendido, a versão portuguesa do *Needs of Parents Questionnaire* (Questionário sobre as Necessidades dos Pais), (*Apêndice I*). Criado na década de 80 por Grudún Kristjánisdótti, é aplicado para a avaliação das necessidades dos pais das crianças em contexto hospitalar. Foi validado culturalmente para a população portuguesa em 2005, por Ferreira et al. (2010), seguindo os procedimentos recomendados para a adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição de resultados em saúde, pertencendo presentemente ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Incluímos ainda no estudo um questionário que serviu para caracterizar a amostra (*Apêndice I*).

Questionário das Necessidades dos Pais (QNP)

Este instrumento de medição tem a finalidade de avaliar a percepção dos pais acerca das suas necessidades durante a hospitalização de um filho, através dos níveis de importância e satisfação que dão às necessidades sentidas, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer (KRISTJÁNSDÓTTIR, 1995).

À versão inicial, constituída por 43 frases de necessidades que os pais percepcionavam, foi acrescentada posteriormente oito itens, comportando actualmente 51 frases agrupadas em seis categorias: categoria A, necessidade de confiar; categoria B, necessidade de sentir que confiam em si; categoria C, necessidade de informação; categoria D, necessidade de suporte e orientação; categoria E, necessidades de recursos físicos e humanos; Categoria F, necessidades relativas à criança e outros membros da família (SHIELDS e KRISTENSSON-HALLSTRÖM, 2004). Na Tabela 2 são apresentadas para cada categoria, o número de itens e as frases correspondentes.

Tabela 2 - Categorias de necessidades e números de frases correspondentes à escala NPQ

Categorias	Nº de itens	Frases
A - Necessidades de confiar (NC)	2	4, 32
B - Necessidade de sentir que confiam em si (NSCS)	4	18, 26, 34, 40
C - Necessidade de informação (NI)	10	6, 8, 15, 19, 24, 29, 31, 38, 43, 49
D - Necessidade de suporte e orientação (NSO)	13	2, 3, 7, 9, 11, 13, 16, 17, 36, 42, 44, 50, 51
E - Necessidade de recursos físicos e humanos (NRFH)	14	1, 5, 10, 12, 14, 21, 33, 35, 37, 39, 41, 45, 46, 47
F - Necessidade relativas à criança doente e aos outros membros da família.	8	20, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 48

As frases são analisadas em três perspectivas diferentes: importância (A), satisfação (B) e independência (C), correspondendo a três respostas possíveis por parte dos participantes.

A subescala **importância (A)**, corresponde à percepção dos pais sobre a relevância de cada frase em relação à hospitalização da criança. Estão pontuadas numa escala tipo Likert, com as seguintes opções de resposta e respectiva cotação: “muito importante” (1) valor; “importante” (2) valores; “ algo importante” (3) valores; ”sem importância” (4) valores; “não aplicável” (5) valores. A subescala **satisfação (B)**, corresponde à forma como as várias ocorrências no serviço respondem às necessidades e às preocupações que os pais sentem durante o internamento, e utiliza também uma escala de tipo Likert, com as seguintes possibilidades de resposta e cotação: “completamente” (1) valor; ”quase sempre” (2) valores; “de alguma forma” (3) valores; “raramente” (4) valores; e ”nunca” (5) valores. Por último, a subescala **independência (C)**, dos pais e acompanhantes significativos em relação ao hospital, tem como objectivo avaliar se sentem que precisam ou não de ajuda, face à necessidade

sentida. A escala compreende uma resposta dicotômica com a seguinte cotação: “sim” (1) valor ou “não” (2) valores.

Pela forma como cada subescala foi cotada, verifica-se que esta foi inversamente cotada. Assim, quanto menor forem os valores atribuídos, maior é a importância, a satisfação e a independência que os acompanhantes da criança hospitalizada sentem relativamente às necessidades em recursos físicos e humanos, temática deste estudo e identificada na escala QNP com a categoria (E), e com os seguintes números: 1, 5, 10, 12, 14, 21, 33, 35, 37, 39, 41, 45, 46, 47.

Esta categoria, diz respeito aos seguintes aspectos: existência de um local próprio onde os pais possam estar sozinhos; i) possibilidades dos pais descansarem e dormirem o suficiente; ii) flexibilidade no trabalho do serviço de acordo com as necessidades dos pais; iii) possibilidade de falar em privado com enfermeiros e médicos acerca dos seus sentimentos e preocupações; iv) possibilidade de tomada de decisão sobre o tratamento da criança, depois de os médicos e enfermeiros terem dado a conhecer as propostas de tratamento; v) existência de um lugar para dormir no hospital, e/ou no quarto do filho; vi) existências de casas de banho e duchas para os pais; vii) possibilidade de comer com o filho no serviço; viii) consciência e compreensão por parte dos enfermeiros acerca dos sentimentos dos pais; ix) apoio no sentido de ajudar os pais a tomar consciência das suas próprias necessidades; x) redução da ansiedade e valorização dos pais ao contribuírem para o bem-estar do seu filho.

Questionário de caracterização da amostra

Este questionário é constituído por treze questões fechadas (52-63), sendo sete destinadas à caracterização sócio demográfica dos pais/acompanhantes da criança hospitalizada (idade; sexo; estado civil; residência; número de filhos; habilitações literárias e profissão); quatro questões sobre caracterização da criança (idade; número de internamentos; quem acompanha a criança; e gravidade da doença); e duas relativas ao internamento da criança (tempo de internamento; e tipo de serviço). A introdução destes factores na caracterização sócio demográfica dos acompanhantes, da criança e hospitalização, prendem-se com a existência de evidências da influência de estes factores na percepção dos pais acerca da importância, satisfação e independência das necessidades em contexto hospitalar (MELO, 2011).

Na última parte deste questionário, estão incluídas duas questões abertas (64 e 65), (*Por favor, acrescente alguma observação que não tenha sido apresentada nas frases e que ache que é importante para si, em relação à hospitalização do seu filho* [64]; *Por favor, partilhe connosco as suas ideias sobre a forma como podemos ir de encontro às necessidades dos pais* [65]), para informação adicional fornecida sobre as necessidades dos pais, que não estivessem contempladas nas categorias anteriores.

Após a aplicação e recolha dos questionários aos pais das crianças hospitalizadas, as respostas às questões 64 e 65 foram escassas pelo que não realizamos a análise de conteúdo, como inicialmente prevíamos.

Para se observar, avaliar e tratar estatisticamente um conceito é importante clarificar as variáveis em estudo. Assim, as variáveis sócio demográficas e de contexto de hospitalização que constituem as questões fechadas deste questionário foram categorizadas da seguinte forma:

Variáveis sócio demográficas

Género: “Masculino”; “Feminino”.

A amplitude de variação *da idade dos pais/acompanhante significativo* situa-se nos 35 anos, tendo-se procedido assim, ao seu agrupamento em classes homogéneas com base nas frequências absolutas. Esta variável foi assim categorizada em “ ≤ 29 anos”, “30-33 anos”, “34-38 anos” e “ ≥ 39 anos”.

O *estado civil* foi codificado em “sozinhos” ou “acompanhados”, porque pretendemos identificar se o acompanhante está sozinho a criar a criança, ou reparte responsabilidade com alguém. Incluem-se no grupo “sozinhos”, os solteiros, divorciados ou viúvos, e no grupo “acompanhados”, os casados ou em união de facto.

A *área de residência* foi operacionalizada em “zona rural” e “zona urbana”.

Número de filhos representa uma parte do agregado familiar que pode condicionar a permanência dos pais no hospital. Foi categorizada em “um filho”, “dois filhos” e “ $\geq$ três filhos”.

A variável *habilitações literárias* diz respeito ao grau de instrução do indivíduo. A Lei de Bases do Sistema Educativo Nacional (Lei nº 46/86 de 14 de Outubro, com alterações introduzidas pelas Leis nº 115/97, de 19 de Setembro e nº 49/2005 de 30 de Agosto),

considera vários ciclos conforme os anos de escolaridade. Para facilitar a interpretação dos dados, esta variável foi recodificada em “ensino obrigatório”, “ensino secundário e técnico profissional” e “ensino superior”.

A *profissão* representa a actividade que o indivíduo desempenha na sociedade. Para uma melhor interpretação dos dados acerca das profissões, recorreremos à Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2011), que nos permitiu dividir a amostra em oito classes: “profissão das forças armadas” (1); “especialistas actividades intelectuais e científicas” (2); “técnico e profissões nível intermédio” (3); “pessoal administrativo” (4); “trabalhadores serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores” (5); “trabalhadores qualificados da industria...” (6); “operadores instalações de máquinas...” (7); e “trabalhadores não qualificados” (8).

Variáveis contexto de hospitalização

Quem acompanha a criança hospitalizada foi categorizada em “pai”, “mãe” e “outro”.

As *crianças* nas diferentes *idades* experimentam comportamentos físicos e cognitivos diferentes, que se manifestam em necessidades de cuidados e exigências diferentes. A idade pediátrica segundo a Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas em 1990 (IAC, 2009) vai desde o 1º dia de vida até aos 18 anos. Assim, esta variável foi categorizada da seguinte forma: “até aos 28 dias”, “29 dias a 2 anos”, “3 a 6 anos”, “7-11 anos” e “12-18 anos”.

Para facilitar a interpretação dos dados recorreremos à realização de grupos de corte, que nos permitiu dividir a amostra em quatro classes: “nunca”, “uma vez”, “duas vezes” e “três ou mais vezes” *episódios de internamento*.

A *gravidade da situação clínica* da criança é descrita segundo a vivência dos pais e informação recebida pelos pais, perspectivando expectativas diferentes na hospitalização da criança. Foi operacionalizada em “grave”, “não é grave” e “muito grave”.

Tempo de internamento: “2-4 dias”, “5 dias”, “6-8 dias” e “ $\geq$ 9 dias”.

Tipo de serviço: UCERN, Pediatria.

3.3.2. Caracterização psicométrica do QNP e da categoria “Necessidades em Recursos Físicos e Humanos”

A avaliação de algumas propriedades psicométricas da escala foi feita através dos estudos de fiabilidade, porque só assim é possível saber-se o grau de confiança ou de exactidão que se pode ter na informação obtida (ALMEIDA e FREIRE, 1997, cit. por ALBUQUERQUE, 2004). A consistência interna para estes autores, corresponde ao grau de uniformidade e de coerência existente entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o instrumento de colheita dados e foi conduzida realizando os seguintes passos:

- Determinação do *coeficiente de correlação de Pearson* das diversas questões com a nota global. Este indicador permite avaliar “se cada item se subordina ao todo”, ou seja, se cada item se define como um todo “operante” do constructo geral que pretende medir (VAZ SERRA, 1994, cit. por DUARTE, 2008);
- Determinação da coerência interna através do *coeficiente alfa de Cronbach* para as três subescalas do QNP. De referir que, apesar da subescala da independência admitir respostas dicotómicas, poderíamos ter utilizado a fórmula 20 de Kuder-Richardson, mas optámos por seguir as indicações dos outros autores e usamos o alfa de *Cronbach*. A sua determinação mede a correlação entre cada escala com as restantes que pertencem a um mesmo universo, e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Desta forma, avalia-se a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um factor pertencentes a uma mesma subescala (DUARTE, 2008). Os parâmetros variam entre zero e um, considerando Pestana e Gageiro (2005) a consistência interna de: Muito boa – $\alpha > 0,9$; Boa – $0,8 < \alpha \leq 0,9$; Razoável – $0,7 < \alpha \leq 0,8$; Fraca – $0,6 < \alpha \leq 0,7$; Inadmissível – $\alpha < 0,6$;
- Determinação do *coeficiente de bipartição ou método de metades (Split-Half)*. Este método divide os itens de uma escala em dois subgrupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, isto é, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade (DUARTE, 2008).

A Tabela 3 compara por subescala os valores de alfa de *Cronbach* da escala global no estudo actual e no original. Constata-se, nos resultados da amostra, que a fiabilidade e consistência interna no estudo actual foram asseguradas pelos valores obtidos nas subescalas “importância” (0,910), “satisfação” (0,956) e “independência” (0,972). Salientamos que,

comparando os valores de alfa *Cronbach* do estudo actual com o original, encontramos no actual, valores ligeiramente superiores que no estudo original para todas as subescalas, excepto para a subescala “importância”, que apresenta um valor inferior. Calculando o índice de fiabilidade pelo método das partes, os valores de alfa *Cronbach* para as subescalas, revelaram-se ligeiramente mais fracos do que o alfa da escala global, mas mesmo assim considerada boa para a subescala “importância” (parte 1 – 0,84; parte 2 – 0,862) e de muito boa para as subescalas satisfação e dependência cujos resultados variam entre 0,923 e 0,956.

Tabela 3 - Comparação por subescala, dos valores de alfa de *Cronbach* da escala global nos estudos actual e original

Subescalas	Nº itens	Alfa de <i>Cronbach</i>			
		(Split-Half)		Total	
		Parte 1	Parte 2	Estudo actual	Estudo original
Importância	51	0,841	0,862	0,910	0,920
Satisfação	51	0,923	0,918	0,956	0,950
Independência	51	0,943	0,956	0,972	0,910

Relativamente aos resultados de fiabilidade, a Tabela 4 mostra as estatísticas (média e desvio padrão) e as correlações obtidas entre cada item/valor global e o alfa de *Cronbach* por subescalas na dimensão E “Necessidades em Recursos Físicos e Humanos”. Ao observarmos os resultados podemos concluir o seguinte:

- Os coeficientes de alfa de *Cronbach*, por item para a subescala “importância”, são classificados de razoáveis, pois os valores variam entre 0,720 e 0,761. Os coeficientes de correlação item total corrigido, revelam que o item 41 (“*Poder dormir no quarto do meu filho*”), é o que se apresenta mais problemático dado o seu valor mínimo ($r = 0,150$), não se revelando, por isso, homogéneo face aos outros itens. A correlação máxima é encontrada no item 37 (“*Que eu receba assistência e apoio no sentido de tomar consciência e compreender as minhas próprias necessidades, por exemplo, ansiedade, cansaço*”), com o valor de $r = 0,580$. O índice de fiabilidade pelo método de metades, revelou valores mais fracos do que o alfa para a globalidade da subescala (0,757), já que na primeira metade se obteve um valor de 0,632 e na segunda de 0,669. Conclui-se que os valores de fiabilidade pelo método de Split-Half são considerados fracos, e razoável o valor do coeficiente de alfa de *Cronbach* global para a subescala “importância”;

- No que diz respeito à subescala “satisfação”, os coeficientes de correlação item total oscilam entre o valor máximo de 0,589 para o item 14 (“*Que eu possa tomar a decisão final*”

sobre o tratamento que o meu filho vai receber, depois de médicos e enfermeiros me terem dado a conhecer as propostas de tratamento”) e mínimo de 0,101 para o item 41 (“Poder dormir no quarto do meu filho”). O item 41 não se apresenta homogêneo face aos outros itens. Ao avaliar-se o valor de alfa de Cronbach por item, conclui-se que são considerados de bons, pois variam entre o valor máximo de 0,846 para o item 41 e mínimo de 0,812 para o item 14. Calculando o coeficiente de bipartição, verifica-se que a consistência interna na primeira parte é considerada razoável pelo valor apresentado (0,775) e fraca na segunda, com um valor de 0,660. A subescala “satisfação” apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0,832$);

Tabela 4 - Consistência interna da escala NPQ da dimensão E por subescalas

Itens	Importância				Satisfação				Independência			
	Média	Dp	Correlação Item/total	α com item	Média	Dp	Correlação Item/total	α com item	Média	Dp	Correlação Item/total	α com item
1.Ter um local próprio no serviço onde os pais possam estar sozinhos.	2,42	1,156	0,228	0,761	3,24	1,421	0,437	0,821	1,32	0,468	0,447	0,900
5.Que eu descanse e durma o suficiente.	2,00	1,027	0,462	0,732	2,41	1,018	0,545	0,817	1,25	0,435	0,494	0,898
10.Que haja flexibilidade no trabalho do serviço de acordo com as necessidades dos pais.	1,69	0,885	0,422	0,738	2,26	1,092	0,546	0,817	1,20	0,399	0,651	0,892
12.Que eu tenha possibilidade de falar em privado com um médico ou enfermeiro sobre os meus próprios sentimentos ou preocupações.	1,60	0,846	0,298	0,749	2,53	1,263	0,479	0,820	1,19	0,394	0,680	0,891
14. Que eu possa tomar a decisão final sobre o tratamento que o meu filho vai receber, depois de médicos e enfermeiros me terem dado a conhecer as propostas de tratamento.	1,76	1,085	0,326	0,748	2,56	1,319	0,589	0,812	1,19	0,394	0,553	0,896
21. Que eu tenha um lugar para dormir no hospital.	1,62	0,938	0,385	0,741	1,81	1,212	0,494	0,819	1,28	0,450	0,651	0,892
33. Que os enfermeiros tomem consciência e compreendam os sentimentos dos pais.	1,25	0,485	0,529	0,739	1,98	0,824	0,546	0,820	1,17	0,377	0,543	0,896
35. Sentir que sou importante ao contribuir para o bem-estar do meu filho.	1,23	0,565	0,431	0,742	1,61	0,864	0,499	0,821	1,33	0,473	0,701	0,889
37. Que eu receba assistência e apoio no sentido de tomar consciência e compreender as minhas próprias necessidades, por exemplo, ansiedade, cansaço.	1,76	0,973	0,580	0,720	2,45	1,157	0,543	0,816	1,27	0,462	0,680	0,890
39.Que eu me sinta menos ansioso.	1,66	0,958	0,543	0,724	2,25	1,027	0,566	0,816	1,28	0,450	0,655	0,891
41. Poder dormir no quarto do meu filho.	1,34	0,806	0,150	0,761	1,55	1,138	0,101	0,846	1,29	0,453	0,680	0,890
45. Que eu possa comer com o meu filho no Serviço.	2,01	1,214	0,351	0,747	3,13	1,652	0,415	0,828	1,31	0,480	0,699	0,889
46. Que haja casa de banho e duchas para os pais.	1,37	0,664	0,539	0,732	2,01	1,422	0,399	0,827	1,29	0,552	0,567	0,896
47. Saber que o meu filho vai ter aulas e actividades para não se atrasar nos estudos e no seu desenvolvimento.	1,76	1,222	0,254	0,759	3,04	1,453	0,502	0,819	1,24	0,518	0,392	0,903
Coeficiente Split-half	Primeira parte 0,632				Primeira parte 0,775				Primeira parte 0,809			
	Segunda parte 0,669				Segunda parte 0,660				Segunda parte 0,845			
Coeficiente Alpha Cronbach global	0,757				0,832				0,901			

- Relativamente à “independência”, os coeficientes de correlação item total corrigido, revela que o item 35 (*“Sentir que sou importante ao contribuir para o bem-estar do meu filho”*) é o que apresenta o valor máximo ($r=0,701$), e o item 47 (*“Saber que o meu filho vai ter aulas e actividades para não se atrasar nos estudos e no seu desenvolvimento”*) o valor mínimo ($r= 0,392$). Os valores de consistência interna por item, a oscilar entre 0,903 como valor máximo e 0,889 como mínimo é considerado de muito boa e boa. O coeficiente de bipartição apresenta valores de 0,809 para a parte um e 0,845 para a parte dois, revelando uma consistência interna boa. Em termos globais, a consistência interna é muito boa ($\alpha=0,901$) para a subescala “independência”.

Pelos resultados obtidos (alfa de *Cronbach* $> 0,9$), conclui-se que a escala global tem uma fiabilidade elevada para qualquer subescala. No que respeita à categoria “necessidades em recursos físicos e humanos”, a fiabilidade na subescala “satisfação” e “independência” é moderada a elevada (alfa de *Cronbach* 0,8-0,9), e baixa na subescala “importância” (alfa de *Cronbach* 0,7).

3.4. PROCEDIMENTOS

A investigação na saúde deve contemplar obrigatoriamente aspectos éticos e morais, nomeadamente o respeito pela protecção dos direitos da pessoa e a protecção ao seu direito de viver livre e dignamente (FORTIN, 2009).

Inicialmente efectuamos um pedido de autorização à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, na pessoa do Senhor Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, para aplicação do questionário (QNP) na recolha de dados da investigação em causa, tendo o mesmo sido autorizado (*Apêndice II*).

Efectuaram-se reuniões informais com as direcções de enfermagem e clínica dos serviços de pediatria dos hospitais onde ia decorrer o estudo, para proceder à explicação do âmbito da investigação, metodologia aplicada a fim de analisar a possibilidade de realização do estudo. Após estas reuniões e concordância com as direcções dos serviços, foi efectuada a solicitação formal da autorização aos Concelhos de Administração e Comissões de Ética dos hospitais onde pretendíamos realizar o estudo, tendo sido aceite, existindo somente por parte de uma das instituições, a cláusula de não identificação pública dos dados estatísticos obtidos

nessa instituição. Por este motivo, os hospitais foram identificados como A, B, C, D. (*Apêndice III*).

Os questionários foram aplicados aos pais/acompanhantes significativos da criança hospitalizada mediante o esclarecimento dos objectivos da pesquisa, solicitação da sua participação e consentimento, garantindo a confidencialidade dos dados colhidos e informando da liberdade de, se assim o entendessem, recusarem participar sem qualquer implicação no processo assistencial da criança. Após o seu consentimento, foi explicado sucintamente a forma de preenchimento, informando que seria posteriormente recolhido sem definir o tempo para o efectuar.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Após a análise dos questionários com o objectivo de os validar, procedemos à codificação e introdução dos dados numa matriz processada informaticamente, utilizando o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 19 para o Windows.

De acordo com as questões de investigação, os objectivos em estudo e o tipo de variáveis, a análise dos dados foi baseada em métodos estatísticos descritivos e inferenciais.

Em relação à primeira, foram determinadas frequências absolutas (N) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central (média, limite mínimo e máximo), e medidas de variabilidade ou dispersão (amplitude de variação, coeficiente de variação e de desvio padrão), as medidas de assimetria e achatamento, segundo o valor de Skewness e Kurtosis e os coeficientes de alfa de *Cronbach*.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se calculando o cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se o resultado oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é simétrica. Mas se for inferior a -2 , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a $+2$, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (PESTANA e GAJEIRO, 2005).

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a $+2$, a distribuição é leptocúrtica (PESTANA e GAGEIRO, 2005).

Para a análise bivariada, aplicámos o teste da percentagem residual que dará as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de Qui Quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub amostras não permitia o uso do referido teste. Para Pestana e Gageiro (2005, p. 129), o uso dos valores residuais em variáveis nominais é mais potente que o teste de Qui Quadrado porque “...os resíduos ajustados na forma estandardizada (...) informam quais as células que têm comportamento significativamente diferente do esperado”. Assim, para uma probabilidade igual a 0.05, os valores de referência são os seguintes: ≥ 1.96 , diferença estatística significativa; < 1.96 , diferença estatística não significativa.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados obtidos, segundo Pestana e Gageiro (2005), serem interpretados da seguinte forma: 0% - 15% - Dispersão baixa; 16% - 30% - Dispersão moderada; $> 30\%$ - Dispersão alta.

A estatística inferencial permite-nos obter conclusões e comparar os dados. Deste modo, procedemos à associação entre algumas variáveis independentes e a variável dependente, de forma a determinar o índice de causalidade entre elas e assim comprovar ou não as questões formuladas. O facto de se ter verificado que, na sua maioria, as variáveis não obedecem a uma distribuição normal (observável na Tabela 5 do teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, cujos níveis de significância não são suficientemente elevados para assumir a distribuição da amostra), foram utilizados os seguintes testes não paramétricos para relacionar as variáveis: teste de *Kruskal-Wallis* (χ^2_{kw}), teste de *U-Mann Whitney* (UMW) e teste de Qui Quadrado (χ^2). Apesar da subescala satisfação ter demonstrado uma distribuição normal optou-se por aplicar os mesmos testes em todas as subescalas

Tabela 5 - Teste de Normalidade *Kolmogorov Smirnov*

Categoria de necessidades	Escalas	Kolmogorov-Smirnov		
		Estatística	df	Sig
Recursos Físicos e Humanos	QNP Importância	,092	184	,001
	QNP Satisfação	,058	184	,200*
	QNP Independência	,196	184	,000

O teste de *U-Mann Whitney* (UMW), é um teste não paramétrico que compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre duas populações correspondentes. Este teste é de utilização preferível ao teste *t* quando há violação da

normalidade, ou quando os n 's são pequenos, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal independentes (PESTANA e GAGEIRO, 2008).

O teste de *Kruskal-Wallis*, (χ^2_{kw}) é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível ordinal para averiguar se os resultados são significativamente diferentes para três ou mais grupos de variáveis (PESTANA e GAGEIRO, 2005).

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

O *coeficiente de correlação de Pearson*, é uma medida de associação linear usada no estudo das variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um, em média, é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso, os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa, a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva, a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido (DUARTE, 2008).

De salientar que no tratamento dos dados foram efectuados grupos de corte com o objectivo de se proceder à criação de grupos homogéneos. Sendo assim, da análise das subescalas importância (A) e satisfação (B), cada item destas subescalas apresenta uma cotação que oscila entre 1 a 4 para a subescala importância e 1 a 5 para a subescala satisfação, considerando que o somatório dos índices oscila entre um valor mínimo de 0% e um valor máximo de 100%. Com a pontuação obtida e na inexistência de grupos de corte, foi aplicada a fórmula apresentada por Pestana e Gageiro (2005), para a constituição de grupos (Média $\pm$ 0,25 dp), resultando a seguinte classificação para cada subescala:

Importância:
≤ 77 Muito importante
$\geq 78 \leq 83$ Importante
≥ 84 Pouco importante

Satisfação:
≤ 63 Muito satisfeito
$\geq 64 \leq 70$ Satisfeito
≥ 71 Pouco satisfeito

Na subescala independência (C), dicotômica, a pontuação oscilava entre um valor mínimo de 0% para a cotação 1 e um máximo de 100% para a cotação 2. À semelhança do que foi efectuado para as subescalas importância e satisfação e considerando a inexistência de grupos de corte, também foi aplicada a fórmula apresentada por Pestana e Gajero (2005) para a constituição dos grupos ($Média \pm 0,25 \text{ dp}$). Segundo o *score* obtido, o nível de independência é classificado da seguinte forma:

Independência:
≤ 67 Muito independente
$\geq 68 \leq 81$ Independente
≥ 82 Pouco independente

Ao observarmos a pontuação obtida nos grupos de corte, permite-nos concluir que quanto menor for a cotação obtida nas subescalas importância, satisfação e independência, maior o nível de importância, satisfação que os acompanhantes dão à necessidade em recursos físico e humanos, e mais independentes os acompanhantes se encontrarão relativamente ao hospital para satisfação dessas necessidades.

Para a apresentação dos resultados mais relevantes, recorreu-se à utilização de tabelas e gráficos, de modo a facilitar a sua compreensão.

Colocadas estas considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte, a apresentação e análise dos resultados obtidos na amostra.

4. RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados quantitativos da amostra. Foi estruturado de forma a darmos resposta aos diferentes objectivos e questões de investigação formuladas. Para tal, adoptamos os métodos e procedimentos estatísticos referenciados no capítulo anterior.

Apresentaremos os dados em tabelas, antecidos de alguns comentários.

4.1. ANÁLISE DESCRITIVA

4.1.1. Variáveis sócio demográficas

a) Idade e género

Este estudo revela que os acompanhantes que entraram nesta investigação apresentam uma idade mínima de 18 anos e máxima de 53, ao que corresponde uma média de 34,22 anos com um desvio padrão de 7,107 anos.

Os acompanhantes do género masculino foram somente 10,3% (19) do total da amostra, sendo a idade mínima destes, de 29 anos e máxima de 49 para uma média de 38,16 anos, enquanto o género feminino com uma representatividade de 89,7% (165), tinha a idade mínima de 18 anos e máxima de 53 para uma média de 33,77 anos. A amostra apresenta um desvio padrão de 7,067 para o sexo feminino e de 6,344 para o sexo masculino, como podemos verificar após a análise da tabela 6.

Relativamente aos coeficientes de variação, indiciam uma dispersão moderada face às idades médias encontradas.

Quanto à medida de simetria, a distribuição revelou-se simétrica para os acompanhantes do género masculino e para a totalidade das amostras, no entanto, no que diz respeito aos acompanhantes do género feminino, esta revelou-se ligeiramente assimétrica positiva com enviesamento à esquerda.

Pelos valores obtidos no teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K/S), verificamos que a amostra segue uma distribuição normal, revelando-se mesocúrtica para os dois géneros e para a totalidade da amostra (Tabela 6).

Tabela 6 - Estatísticas relativas à idade em função do género

Idade Género	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	19	29	49	38.16	6.344	16,62	0.307	-1.098	0.200
Feminino	165	18	53	33.77	7.067	20,92	2.089	0.347	0.200
Total	184	18	53	34.22	7.107	0.208	1.872	-0.116	0.072

b) Grupo etário

Após a análise das categorias, verifica-se que o grupo de acompanhantes com idade inferior a 29 anos foi o que apresentou percentagem mais elevada (28,3%), seguido do grupo com idade superior a 39 anos (26,6%).

Registaram-se diferenças percentuais estatisticamente significativas relativamente ao género ($\chi^2=10.324$; $p=0.016$), revelando os valores residuais que as mesmas se situam no grupo etário igual ou inferior a 29 anos e no grupo etário igual ou superior a 39 anos (Tabela 7). Apenas 5,3% do grupo de acompanhantes do sexo masculino se encontrava no grupo de acompanhantes com idade igual ou inferior a 29 anos, em contraponto com 30,9% do género feminino. Constatou-se ainda que 52,6% de acompanhantes do género masculino se situavam no grupo com idade igual ou superior a 39 anos, grupo ao qual pertenciam 23,6% de acompanhantes do género feminino. De referir que os acompanhantes femininos que aparecem com menor representação na amostra (20%) situam-se entre os 30-33 anos (Tabela 7).

c) Estado civil

Relativamente ao estado civil, a maioria dos acompanhantes (83,2%) é casada ou em união de facto e somente 16,8% são solteiros, divorciados ou viúvos. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em termos de género ($\chi^2=0.017$; $p=0.896$) relativamente à totalidade da amostra, contudo, verificamos que os acompanhantes do género masculino, 15,8% são solteiros, divorciados ou viúvos e 84,2% são casados ou em união de facto e as acompanhantes do género feminino, 17,0% são solteiras, divorciadas ou viúvas e

83,2% são casadas ou em união de facto. Dados, portanto, em conformidade com os obtidos na totalidade da amostra (Tabela 7).

d) Residência

Quanto ao local de residência, 64,7% dos acompanhantes vivem em zonas urbanas e 35,3% em zonas rurais. No que diz respeito às diferenças relativamente ao género, apesar de não se chegar a verificar significância estatística a 5% ($\chi^2=3.540$; $p=0.060$), poder-se-á dizer que existe uma certa tendência para uma maior percentagem dos acompanhantes das zonas rurais ser feminino (apenas 15,8% dos acompanhantes do género masculino são das zonas rurais e 37,6% dos acompanhantes do género feminino), (Tabela 7).

e) Número de filhos

Quanto ao número de filhos, 44% dos acompanhantes têm dois filhos, seguido de 43,5% só com um filho e, por último, 12,5% dos acompanhantes têm três ou mais filhos. Verificamos também que não existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao género ($\chi^2=0.637$; $p=0.727$), sendo a maior diferença encontrada para o grupo de acompanhantes com 2 filhos, onde se constata que 52,6% da totalidade do género masculino se encontra neste grupo assim como 43,0% da totalidade dos acompanhantes do género feminino (Tabela 7).

f) Habilitações literárias

Dos resultados obtidos na amostra, verificamos que 38% dos acompanhantes têm como habilitações literárias o ensino obrigatório, seguido de muito perto do ensino secundário/profissional (37,5%). O valor percentual mais baixo (24,5%) diz respeito aos acompanhantes com o ensino superior. Relativamente a diferenças quanto ao género, verificamos não existir diferença estatisticamente significativas ($\chi^2=1.138$; $p=0.566$), no entanto, observamos uma maior percentagem de acompanhantes do género masculino com apenas o ensino obrigatório (47,4% vs. 37,0%). Já no que diz respeito aos acompanhantes com ensino superior, verificamos uma maior percentagem nos representantes do género feminino (25,5% vs. 15,8%), (Tabela 7).

g) Profissão

Ao observarmos a Tabela 7, verificamos que as profissões são muito heterogêneas, sendo 118 indivíduos no activo e os restantes 66 em situação de desemprego ou aposentados.

Relativamente à situação profissional, encontramos maioritariamente e para os dois sexos (28,8%), a profissão “especialistas actividades intelectuais e científicas” e com uma representatividade mínima (1,7%) em “profissão das forças armadas”. Também 36,4% do sexo masculino tem como profissão “operadores instalações de máquinas...”, e 30,8% do sexo feminino situa-se em profissões denominadas por “especialistas actividades intelectuais e científicas” (Tabela 7).

Tabela 7 - Características sócio demográficas dos acompanhantes

Variáveis Grupo etário	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem		
	(19)	(10,3)	(165)	(89,7)	(184)	(100)						
≤ 29 anos	1	5,3	51	30,9	52	28,3	-2,4	2,4			10.324	0.016
30-33 anos	5	26,3	33	20,0	38	20,7	0,6	-0,6				
34-38 anos	3	15,8	42	25,5	45	24,5	-0,9	0,9				
≥ 39 anos	10	52,6	39	23,6	49	26,6	2,7	-2,7				
Estado civil												
Solteiros/divorciados e viúvos	3	15,8	28	17,0	31	16,8	-0,1	0,1				
Casados/união de facto	16	84,2	137	83,0	153	83,2	0,1	-0,1			0.017	0.896
Residência												
Zona rural	3	15,8	62	37,6	65	35,3	-1,9	1,9			3.540	0.060
Zona urbana	16	84,2	103	62,4	119	64,7	1,9	-1,9				
Nº filhos												
Um filho	7	36,8	73	44,2	80	43,5	-0,6	0,6			0.637	0.727
Dois filhos	10	52,6	71	43,0	81	44,0	0,8	-0,8				
≥ três filhos	2	10,5	21	12,7	23	12,5	-0,3	0,3				
Habilitações literárias												
Ensino obrigatório	9	47,4	61	37,0	70	38,0	0,9	-0,9			1.138	0.566
Ensino secundário/profissional	7	36,8	62	37,6	69	37,5	-0,1	0,1				
Ensino superior	3	15,8	42	25,5	45	24,5	-0,9	0,9				
Profissão												
Forças armadas	2	18,2	0	0,0	2	1,7						
Especialistas actividades intelectuais	1	9,1	33	30,8	34	28,8						
Técnicos e profissões intermédias	2	18,2	3	2,8	5	4,2						
Pessoal administrativo	0	0,0	30	28,0	30	25,4						
Trabalhadores serviços pessoais...	1	9,1	3	2,8	4	3,4						
Trabalhadores qualificados indústria	1	9,1	16	15,0	17	14,4						
Operadores instalações máquinas...	4	36,4	0	0,0	4	3,4						
Trabalhadores não qualificados	0	0,0	22	20,6	22	18,6						
Desempregados/aposentados					66	35,87						

4.1.2. Variáveis de contexto hospitalar

a) Parentesco com a criança

A mãe é o elemento familiar que aparece com maior representatividade na amostra como acompanhante da criança hospitalizada, com 73,9%, atribuindo-se ao pai somente 3,3%, confirmando-se assim o papel preponderante da mulher na assistência à criança doente,

principalmente da mãe como cuidadora. Quando analisado quais os outros elementos que acompanharam a criança, que no presente estudo representa 22,8%, encontramos irmã, avós, e tia. Comparando as respostas dadas pelos acompanhantes do gênero masculino e feminino, relativamente a quem acompanha a criança hospitalizada, aferiu-se existir significância estatística ($\chi^2=19.729$; $p=0.000$).

Dada a existência de uma percentagem ainda elevada de acompanhantes, aqui identificados como irmã, tia e avós, doravante as pessoas identificadas no texto por pais e/ou acompanhantes dizem respeito às que participam no estudo, independentemente do grau de parentesco com a criança.

b) Idade da criança internada

Do total da amostra de crianças internadas ($N= 184$), 32,2% apresentava idades entre os 29 dias e os 2 anos, seguido dos 3 a 6 anos com 25%. Os de menor representatividade no estudo são os recém-nascidos com 12,2%. Relativamente à idade da criança internada tendo em conta o gênero do acompanhante, aferiu-se não existir significância estatística ($\chi^2=2.219$; $p=0.696$), não havendo portanto grandes diferenças nas médias das crianças, sejam os acompanhantes do gênero feminino ou masculino. De notar apenas que, do total de acompanhantes do gênero masculino, 26,3% acompanham crianças entre os 12 e os 18 anos, valor que desce para os 15,5% no caso de acompanhantes do gênero feminino (Tabela 8).

c) Nº de internamentos no serviço

Dos acompanhantes interrogados sobre o número de vezes que tiveram um filho internado, 52,2% respondeu uma vez, 15,8% duas vezes, 19% três ou mais vezes e somente 13% respondeu que era a primeira vez que isso acontecia. Aferindo se existiam diferenças nas respostas dos acompanhantes do gênero masculino e feminino relativamente ao número de vezes que a criança já tinha sido internada no serviço, verificamos inexistência de significância estatística ($\chi^2=3.319$; $p=0.345$). No entanto, para aqueles que disseram que era a primeira vez de internamento, todos os acompanhantes eram do gênero feminino (Tabela 8).

d) Gravidade da doença

Relativamente ao nível de gravidade considerado pelos pais sobre a doença que causou o internamento do seu filho, 57,6% considerou que era grave, 39,7% não era grave e somente

2,7% considerou que era muito grave. Comparando as respostas relativamente à gravidade da criança entre o género masculino e feminino do acompanhante, verificamos não existir significância estatística ($\chi^2=2.479$; $p=0.290$), não se registando grandes diferenças nas médias das respostas. A única exceção verificou-se no grupo de acompanhantes que respondeu que a doença era grave, onde verificamos que 73,7% dos acompanhantes do género masculino se encontravam neste grupo em contraponto com 57,6% dos acompanhantes do género feminino (Tabela 8).

e) Tempo do internamento

Relativamente ao tempo de internamento da criança hospitalizada, dois dias foi o tempo mínimo e trinta o tempo máximo, a que corresponde uma média de 6,78 dias, com um desvio padrão de 4,297.

Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão alta face às idades médias encontradas, com destaque para o sexo feminino.

Quanto às medidas de simetria e achatamento a distribuição revelou-se simétrica e mesocúrtica apenas para os acompanhantes do género masculino, no entanto no que diz respeito aos acompanhantes do género feminino e para a totalidade da amostra, esta revelou-se assimétrica positiva com enviesamento à esquerda e leptocúrtica.

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K/S) apresenta uma distribuição normal para os acompanhantes do género masculino e anormal para os acompanhantes do sexo feminino totalidade da amostra (Tabela 8).

Tabela 8 - Estatísticas relativas ao tempo de internamento em função do género

Género	Idade	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino		19	2	15	6.79	3.966	58,40	1.448	-0.440	0.200
Feminino		165	2	30	6.78	4.345	64,08	13.984	26.572	0.000
Total		184	2	30	6.78	4.297	63,48	13.955	26.090	0.000

Analisando as categorias, verifica-se que a maior representação com cerca de 31,5% recai sobre o tempo internamento de 2-4 dias, seguido de 29,9% no período de 6-8 dias. Com uma duração de internamento superior a 9 dias esteve 22,8% das crianças internadas.

Verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas da duração do internamento entre acompanhantes do género masculino e feminino ($\chi^2=1.824$; $p=0.610$), não se registando grandes diferenças nas médias das respostas (Tabela 9).

f) Serviço

Relativamente ao serviço onde as crianças se encontravam hospitalizadas, verificamos que dos 184 indivíduos inquiridos, maioritariamente (88%) encontravam-se em unidades de internamento pediátrico, sendo a maioria do sexo feminino (87,3%). Apenas 12% estava hospitalizada numa unidade de neonatologia. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de serviço e o género ($\chi^2= 0,902$, $p=0,342$), (Tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização da criança/hospitalização da amostra em função do género

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2	P
	Nº (19)	% (10,3)	Nº (165)	% (89,7)	Nº (184)	% (100,0)	Masc	Fem		
Variáveis										
Parentesco com a criança										
Mãe					136	73,9			19.729	0.000
Pai					6	3,3				
Outros					42	22,8				
Idade criança										
Até 28 dias	1	5,3	21	13,0	22	12,2	-1.0	1.0	2.219	0.696
29 dias a 2 anos	6	31,6	52	32,3	58	32,2	-0.1	0.1		
3-6 anos	5	26,3	40	24,8	45	25,0	0.1	-0.1		
7-11 anos	2	10,5	23	14,3	25	13,9	0.4	-0.4		
12-18 anos	5	26,3	25	15,5	30	16,7	1.2	-1.2		
Nº vezes internada										
Nunca	0	0,0	24	14,5	24	13,0	-1.8	1.8	3.319	0.345
Uma vez	11	57,9	85	51,5	96	52,2	0.5	-0.5		
Duas vezes	4	21,1	25	15,2	29	15,8	0.7	-0.7		
Três ou mais vezes	4	21,1	31	18,8	35	19,0	0.2	-0.2		
Gravidade da doença										
É grave	14	73,3	92	55,8	106	57,6	1.5	1.5	2.479	0.290
Não é grave	5	26,3	68	41,2	73	39,7	-1.3	1.3		
É muito grave	0	0,0	5	3,0	5	2,7	-0.8	0.8		
Tempo internamento										
2-4 dias	7	36,8	51	30,9	58	31,5	0.5	-0.5	1.824	0.610
5 dias	2	10,5	27	16,4	29	15,8	-0.7	0.7		
6-8dias	4	21,1	51	30,9	55	29,9	-0.9	0.9		
>=9dias	6	31,6	36	21,8	42	22,8	1.0	-1.0		
Serviço										
UCERN	1	5,3	21	12,7	22	12,0	-0.9	0.9	0.902	0.342
Pediatria	18	94.7	144	87.3	162	88.0	0.9	-0.9		

4.1.3. Estatística descritiva das necessidades em recursos físicos e humanos por subescalas importância, satisfação e independência

Terminada a caracterização sócio demográfica dos acompanhantes, a caracterização da criança e hospitalização, vamos analisar a percepção dos acompanhantes relativamente às necessidades em recursos físicos e humanos durante a hospitalização de um filho, através dos

níveis de importância e satisfação que dão às necessidades sentidas, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer. Pretendemos analisar o tratamento estatístico das respostas dos acompanhantes das crianças hospitalizadas às seguintes questões de investigação:

- *Que importância atribuem os pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas às necessidades em recursos físicos e humanos percebidas?*
- *Qual o grau de satisfação sentida pelos pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas face às necessidades em recursos físicos e humanos?*
- *Em que medida os pais e acompanhantes significativos das crianças hospitalizadas são independentes face à satisfação das necessidades em recursos físicos e humanos sentidos?*

Podemos observar na Tabela 10 que para a subescala importância, os valores mínimos oscilam entre 33,36 e máximo de 100, situando-se a média nos 80,515 (DP 14,173), Relativamente à subescala satisfação, os valores mínimos correspondem a 22,50 e máximo de 100 com a média a colocar-se em 67,068 (DP 16,844). Para a subescala independência, os valores mínimos e máximos oscilaram entre 00.00 e 100, respectivamente, para uma média de 74,536 (DP 29,764).

O coeficiente de variação apresenta dispersões moderadas nas subescalas importância e satisfação (CV= 17,603) e (CV= 25,114), respectivamente, e dispersão alta para a independência (CV= 39,933).

Quanto aos valores de assimetria SKewness (SK), verificamos que a distribuição é simétrica para a subescala satisfação e assimétrica negativa com enviesamento à direita para a importância e independência. Relativamente às medidas de achatamento curtose, a curva é mesocúrtica para qualquer subescala, com enviesamento à direita nas subescalas satisfação e independência. O teste de aderência à normalidade (K/S) indica distribuição não normal para a importância e independência.

Tabela 10 - Estatísticas das necessidades em recursos físicos e humanos por subescalas

Subescalas	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Importância	33,36	100	80,515	14,173	17,603	-5,044	1,733	0.001
Satisfação	22,50	100	67,068	16,844	25,114	-1,184	-0,907	0.200
Independência	0,00	100	74,536	29,764	39,933	-5,972	-0,123	0.000

4.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Conhecidas as características da amostra e as respostas dos acompanhantes ao questionário, o passo seguinte foi encontrar o significado estatístico como resposta às questões de investigação, procurando salientar as relações estatisticamente significativas existentes entre as variáveis em estudo.

4.2.1. Relação entre as variáveis sócio demográficas e de contexto hospitalar com as subescalas importância, satisfação e independência nas necessidades em recursos físicos e humanos

Relação entre a Subescala “Importância”, “Satisfação” e “Independência”

Para sabermos qual o nível de relação entre as subescalas, aplicamos o teste de correlação de *Pearson*.

Pelos resultados expressos na Tabela 11, verificamos que a única correlação significativa ($p < 0,05$) que existe é positiva e é entre a subescala Importância e Satisfação, embora seja uma associação baixa ($0.2 \leq r \leq 0.39$). Concluimos que o aumento numa destas subescalas é acompanhada tendencialmente com o aumento na outra.

Tabela 11 - Matriz de correlação de *Pearson* entre as várias subescalas

Correlação	Importância	Satisfação	Independência
Importância	1		
Satisfação	0,205**	1	
Independência	0,119ns	-0,125ns	1

** $p < 0,01$; ns $p > 0,05$

Características dos acompanhantes, e importância atribuída, satisfação e independência percebidas face à necessidade em recursos físicos e humanos

Partindo do pressuposto que a percepção dos acompanhantes acerca das necessidades em recursos físicos e humanos durante a hospitalização da criança, não decorre exclusivamente da sua permanência no hospital, seleccionamos algumas variáveis relativas às características dos acompanhantes a fim de percebermos a sua influência.

Para analisar as relações entre as variáveis foram aplicados grupos de corte para a criação de grupos homogêneos, e testes não paramétricos para aferir a existência de relações significativas entre as variáveis.

Neste ponto vamos tentar dar resposta à seguinte questão de investigação:

“Será que há relação significativa entre as características sócio demográficas (idade, género, residência, habilitações literárias; residência; número de filhos) e a importância atribuída, a satisfação e independência para superar as necessidades em recursos físicos e humanos dos pais da criança hospitalizada?”

IDADE

De forma a saber se os níveis de importância, satisfação e independência atribuídos por cada faixa etária são globalmente semelhantes ou se há níveis com valores globalmente maiores (ou menores) do que outros, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis.

Apesar de se verificarem médias de ordens ligeiramente mais elevadas para as faixas etárias dos “34-38 anos” e “≤ 29 anos” relativamente às restantes, verificou-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=2,413$; $p=0,491$) no que se refere aos níveis de importância atribuídos aos recursos físicos e humanos entre as várias faixas etárias dos acompanhantes. Quanto à satisfação, verificamos que as médias de ordens apresentaram valores semelhantes, com excepção da faixa etária mais alta (≥ 39 anos) que atribui níveis de satisfação ligeiramente mais baixos (79,56). Apesar desta diferença verificou-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=4,436$; $p=0,218$). Relativamente à independência, todas as médias de ordens apresentaram valores semelhantes, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=0,952$; $p=0,813$), (Tabela 12).

Tabela 12 - Teste de *Kruskal-Wallis* dos níveis de importância, satisfação e independência em função da idade dos acompanhantes

Idade dos acompanhantes	N	Importância			Satisfação			Independência		
		Ordenação média		p	Ordenação média		p	Ordenação média		p
<=29 anos	52	97,09	2,413	0,491	99,98	4,436	0,218	87,52	0,952	0,813
30 - 33 anos	38	86,86			98,70			91,14		
34 - 38 anos	45	99,49			92,71			97,32		
>= 39 anos	49	85,59			79,56			94,41		

GÉNERO

Neste ponto procuramos aferir se existe significado estatístico entre o género dos acompanhantes da criança hospitalizada, e os níveis de importância por si atribuídos às necessidades em recursos físicos e humanas, satisfações sentidas, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer.

Importância (A)

Pelos resultados que observávamos na Tabela 13, não se verificarem diferenças estatísticas significativas ($Z = -0,102$; $p = 0,918$). Relativamente aos níveis de importância por grupos de corte, atribuídos por acompanhantes masculinos e femininos, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 0,385$; $p = 0,825$) com os valores residuais a confirmarem-se.

Tabela 13 - Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do género dos acompanhantes

Género	N	Ordenação média	Pouco Importante (1)		Importante (2)		Muito Importante (3)		Residuais		
			N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	1	2	3
Masculino	19	93,68	8	42,1	3	15,8	8	42,1	0,3	0,4	-0,6
Feminino	165	92,36	60	38,7	19	12,3	76	49,0	-0,3	-0,4	0,6
$Z = -0,102$; $p = 0,918$			$\chi^2 = 0,385$; $p = 0,825$								

Satisfação (B)

Relativamente aos níveis de satisfação atribuídos por acompanhantes masculinos e femininos às necessidades em recursos físicos e humanos, não verificamos diferenças

estatisticamente significativas ($Z=-1,611$; $p=0,107$), no entanto, a média das ordens dos níveis de satisfação atribuídos pelo género feminino foi ligeiramente superior (94,65) relativamente ao género masculino (73,87). Através dos grupos de corte, foi ainda possível constatar que os elementos do género feminino responderam em maior percentagem ao nível mais alto (44,5% vs. 26,3%). Por outro lado, os acompanhantes do género masculino responderam em maior percentagem aos níveis de satisfação mais baixos (57,9% vs. 38,4%). Ainda assim, confirmamos a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,937$; $p=0,230$), (Tabela 14).

Tabela 14 - Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do género dos acompanhantes

Satisfação	N	Ordenação média	Pouco Satisfeito (1)		Satisfeito (2)		Muito Satisfeito (3)		Residuais		
Gênero			N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	1	2	3
Masculino	19	73,87	11	57,9	3	15,8	5	26,3	1,6	-0,1	-1,5
Feminino	165	94,65	63	38,4	28	17,1	73	44,5	-1,6	0,1	1,5
		Z=-1,611, p=0,107	$\chi^2=2.937$, p=0,230								

Independência (C)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($Z=-0,407$; $p=0,684$) relativamente aos níveis de independência relativamente ao hospital, atribuído por acompanhantes masculinos e femininos ao ambiente físico e humano, apesar das médias das ordens dos elementos do género masculino serem ligeiramente mais elevadas (97,11 vs. 91,97). Quando analisada a relação de independência entre os grupos de corte e o género, confirmamos a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,887$; $p=0,642$), (Tabela 15).

Tabela 15 - Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função do gênero dos acompanhantes

Independência	N	Ordenação média	Pouco Independente (1)		Independente (2)		Muito Independente (3)		Residuais		
Gênero			Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3
Masculino	19	97,11	5	26,3	4	21,1	10	52,6	-0,5	0,9	-0,2
Feminino	165	91,97	52	31,5	22	13,3	91	55,2	0,5	-0,9	0,2
		Z=-0.407; p=0,684	$\chi^2=0.887$; p=0,642								

ESTADO CIVIL

Neste ponto procuramos aferir se existe alguma relação significativa entre o estado civil dos acompanhantes relativamente aos níveis de importância e satisfação por si atribuídos às necessidades, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer.

Importância (A)

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente aos níveis de importância ($Z=-0,161$; $p=0,872$) atribuídos por acompanhantes com diferentes estados civis. Quando analisada a relação de independência entre os grupos de corte e o estado civil, confirmamos igualmente a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,048$; $p=0,976$), (Tabela 16).

Tabela 16 - Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do estado civil dos acompanhantes

Estado civil	N	Ordenação média	Pouco Importante (1)		Importante (2)		Muito Importante (3)		Residuais		
			N ^a 68	% 39,1	N ^a 22	% 12,6	N ^a 84	% 48,3	1	2	3
Solteiros/Divorciados/Viúvos	31	93,90	11	37,9	4	13,8	14	48,3	-0,1	0,2	0,0
Casados/União facto	153	92,22	57	39,3	18	12,4	70	48,3	0,1	-0,2	0,0
$Z=0,161$; $p=0,872$			$\chi^2=0,048$; $p=0,976$								

Satisfação (B)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas a 5% ($Z=-1,709$; $p=0,087$) relativamente aos níveis de satisfação atribuídos em função dos diferentes estados civis. No entanto, houve uma ligeira diferença nas respostas com as médias das ordens atribuídos pelos acompanhantes cujo estado civil é solteiro, divorciado ou viúva ser ligeiramente superior (107,40) relativamente aos casados ou em união de facto (89,48). Foi ainda possível constatar que os elementos cujo estado civil é solteiro, divorciado ou viúvo responderam em maior percentagem ao nível mais alto (51,6% vs. 40,8%). Por outro lado, os acompanhantes casados ou em união de facto, foram quem respondeu em maior percentagem aos níveis de satisfação mais baixos (41,1% vs. 32,3%). Ainda assim, confirmamos a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=1,340$; $p=0,512$), (Tabela 17).

Tabela 17 - Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do estado civil dos acompanhantes

Satisfação	N	Ordenação média	Pouco Satisfeito (1)		Satisfeito (2)		Muito Satisfeito (3)		Residuais		
			N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	1	2	3
Estado civil			74	40,4	31	16,9	78	42,6			
Solteiros/Divorciados/Viúvos	31	107,40	10	32,3	5	16,1	16	51,6	-1,0	-0,1	1,1
Casados/União facto	153	89,48	64	41,1	26	17,1	62	40,8	1,0	0,1	-1,1
Z=-1,709; p=0,087			$\chi^2=1,340$; p=0,512								

Independência (C)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($Z=-1,166$; $p=0,243$) relativamente aos níveis de independência atribuída por acompanhantes com diferentes estados civis. De uma forma geral, os solteiros/divorciados/viúvos atribuíram níveis de independência ligeiramente acima (102,45 vs. 90,48). Quando analisamos a relação de independência entre os grupos de corte e o estado civil, confirmamos a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,578$; $p=0,167$), no entanto, foi possível verificarmos, através dos valores residuais, que dos que responderam atribuindo níveis mais baixos de independência, a menor percentagem correspondia ao grupo dos solteiros/divorciados/viúvos (19,4% vs. 33,3%), (Tabela 18).

Tabela 18 - Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função do estado civil dos acompanhantes

Independência	N	Ordenação Média	Pouco Independente (1)		Independente (2)		Muito Independente (3)		Residuais		
			N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	1	2	3
Estado civil			57	31,0	26	14,1	101	54,9			
Solteiros/Divorciados/Viúvos	31	102,45	6	19,4	7	22,6	18	58,1	-1,5	1,5	0,4
Casados/União facto	153	90,48	51	33,3	19	12,4	83	54,2	1,5	-1,5	-0,4
Z=-1,166; p=0,243			$\chi^2=3,578$; p=0,167								

RESIDÊNCIA

Neste ponto procuramos aferir se existe alguma relação significativa em termos do local de residência dos acompanhantes, isto é, se residem num meio rural ou urbano, relativamente aos níveis de importância e satisfação por si atribuídos às necessidades sentidas, em recursos físicos e humanos, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer.

Importância (A)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($Z=-0,395$; $p=0,693$) relativamente aos níveis de importância atribuídos por acompanhantes que habitam em zonas urbanas e os que habitam em zonas rurais. Quando analisamos a relação de independência entre os grupos de corte e o local de residência, confirmamos a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=1,200$; $p=0,549$). No entanto, foi possível verificarmos que os residentes em zonas urbanas atribuíram níveis mais elevados de importância aos recursos físicos e humanos no serviços de pediatria do que os residentes em meio rural (49,6% vs. 45,9%), (Tabela 19).

Tabela 19 - Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do local de residência dos acompanhantes

Importância	N	Ordenação média	Pouco Importante (1)		Importante (2)		Muito Importante (3)		Residuais		
			N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	1	2	3
Residência			68	39,1	22	12,6	84	48,3			
Zona rural	65	90,40	23	37,7	10	16,4	28	45,9	-0,3	1,1	-0,5
Zona urbana	119	93,65	45	39,8	12	10,6	56	49,6	0,3	-1,1	0,5
$Z= -0,395$; $p=0,693$			$\chi^2=1,200$; $p=0,549$								

Satisfação (B)

Verificamos diferenças estatisticamente significativas ($Z=-2,830$; $p=0,005$) relativamente aos níveis de satisfação atribuídos por acompanhantes que habitam em zonas urbanas e em zonas rurais. Os habitantes de zonas rurais responderam com níveis mais elevados, apresentando uma média de ordens (107,53) consideravelmente superior à dos habitantes em zonas urbanas (84,29). Quando analisamos a relação de independência entre os grupos de corte e o local de residência, confirmou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=9,498$; $p=0,009$), tendo-se verificado através dos valores residuais uma diferença significativa por parte dos habitantes de zonas rurais com níveis de satisfação mais elevados (57,8% vs. 34,5%). Por outro lado, a maior percentagem de acompanhantes insatisfeitos revelou-se como pertencendo aos habitantes das zonas urbanas (47,1% vs. 28,1%), (Tabela 20).

Tabela 20 - Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do local de residência dos acompanhantes

Satisfação	N	Ordenação média	Pouco Satisfeito (1)		Satisfeito (2)		Muito Satisfeito (3)		Residuais		
Residência			N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	1	2	3
			74	40,4	31	16,9	78	42,6			
Zona rural	65	107,53	18	28,1	9	14,1	37	57,8	-2,5	-0,8	3,0
Zona urbana	119	84,29	56	47,1	22	18,5	41	34,5	2,5	0,8	-3,0
Z= 2,830, p=0,005			$\chi^2=9,498$; p=0,009								

Independência (C)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($Z=-1,554$; $p=0,120$) nos níveis de independência relativamente ao hospital atribuído por acompanhantes que habitam em zonas urbanas e os que habitam em zonas rurais. De uma forma geral, os habitantes das zonas urbanas apresentaram uma média de ordens mais elevada nas respostas (96,91 vs. 84,42). Quando analisamos a relação de independência entre os grupos de corte e o local de residência dos acompanhantes, confirmamos a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,039$; $p=0,219$). No entanto, foi possível verificarmos que dos que responderam atribuindo níveis mais altos de independência, a maior percentagem correspondia aos habitantes de zonas urbanas (58,0% vs. 49,2%), (Tabela 21).

Tabela 21 - Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função do local de residência dos acompanhantes

Independência	N	Ordenação média	Pouco Independente (1)		Independente (2)		Muito Independente (3)		Residuais		
Residência			N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	1	2	3
			57	31,0	26	14,1	101	54,9			
Zona rural	65	84,42	20	30,8	13	20,0	32	49,2	0,0	1,7	-1,1
Zona urbana	119	96,91	37	31,1	13	10,9	69	58,0	0,0	-1,7	1,1
Z= -1,554; p=0,120			$\chi^2=3,039$; p=0,219)								

NÚMERO DE FILHOS

Neste ponto procuramos aferir se existe relação significativa o número de filhos e os níveis de importância e satisfação por si atribuídos às necessidades sentidas em recursos físicos e humanos, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer.

Importância (A)

Aplicando o teste de *Kruskal-Wallis* não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=1,508$; $p=0,470$) relativamente ao número de filhos dos acompanhantes no que diz respeito à importância atribuída. Foi possível observarmos, no entanto, que quanto mais filhos têm, maior o nível de importância atribuído (102,61). Quando analisada a relação de independência entre os grupos de corte e o número de filhos, confirmamos também a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=4,949$; $p=0,293$). Foi no entanto possível verificar que dos que responderam atribuindo níveis mais altos de importância, a maior percentagem correspondia aos respondentes com o maior número de filhos (60,9%), (Tabela 22).

Tabela 22 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do número de filhos dos acompanhantes

Importante Número de filhos	N	Ordenação média	Pouco Importante (1)		Importante (2)		Muito Importante (3)		Residuais		
			N ^a 68	% 39,1	N ^a 22	% 12,6	N ^a 84	% 48,3	1	2	3
1 filho	80	87,89	31	41,9	13	17,6	30	40,5	0,7	1,7	-1,8
2 filhos	81	94,18	30	39,0	7	9,1	40	51,9	0,0	-1,3	0,9
≥ 3 filhos	23	102,61	7	30,4	2	8,7	14	60,9	-0,9	-0,6	1,3
$\chi^2_{KW}=1,508$; $p=0,470$			$\chi^2=4,949$ $p=0,293$								

Satisfação (B)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=0,434$; $p=0,805$) relativamente ao número de filhos dos acompanhantes no que diz respeito aos níveis de satisfação atribuídos. No entanto, foi possível observarmos que para um maior número de filhos correspondeu um ligeiro nível de satisfação atribuído mais elevado (97,61). Quando analisada a relação de independência entre os grupos de corte e o número de filhos, confirmamos a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=1,357$; $p=0,852$). Foi no entanto possível verificarmos que o grupo com apenas um filho foi o que apresentou uma maior percentagem de níveis baixos de satisfação e a menor percentagem de níveis de satisfação mais elevados (Tabela 23).

Tabela 23 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do número de filhos dos acompanhantes

Satisfação N de filhos	N	Ordenação média	Pouco Satisfeito (1)		Satisfeito (2)		Muito Satisfeito (3)		Residuais		
			N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	1	2	3
			74	40,4	31	16,9	78	42,6			
1 filho	79	89,92	35	44,3	14	17,7	30	38,0	0,9	0,2	-1,1
2 filhos	81	93,60	30	37,0	13	16,0	38	46,9	-0,8	-0,3	1,0
≥ 3 filhos	23	97,61	9	39,1	4	17,4	10	43,5	-0,1	0,1	0,1
$\chi^2_{KW}=0,434$; p=0,805			$\chi^2=1,357$; p=0,852								

Independência (C)

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=2,787$; p=0,248) relativamente ao número de filhos dos acompanhantes no que diz respeito aos níveis de independência relativamente ao hospital. Contudo, foi interessante constatar que os acompanhantes com três ou mais filhos atribuíram níveis mais baixos de independência relativamente ao hospital (76,24). Quando analisamos a relação de independência entre os grupos de corte e o número de filhos, confirmou-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,342$; p=0,502). Verificamos que a menor percentagem na atribuição de níveis de independência mais elevados correspondeu ao grupo com mais filhos (39,1%), (Tabela 24).

Tabela 24 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função do número de filhos dos acompanhantes

Independência Número de filhos	N	Ordenação Média	Pouco Independente (1)		Independente (2)		Muito Independente (3)		Residuais		
			N ^o	%	N ^o	%	%		1	2	3
			57	31,0	26	14,1	54,9				
1 filho	80	92,86	23	28,8	12	15,0	45	56,3	-0,6	0,3	0,3
2 filhos	81	96,76	25	30,9	9	11,1	47	58,0	0,0	-1,0	0,8
≥ 3 filhos	23	76,24	9	39,1	5	21,7	9	39,1	0,9	1,1	-1,6
$\chi^2_{KW}=2,787$;p=0,248			$\chi^2=3,342$; p=0,502								

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Terminamos esta secção das características sócio demográficas, procurando aferir se existe alguma relação significativa em termos das habilitações literárias dos acompanhantes relativamente aos níveis de importância e satisfação por si atribuídos às necessidades sentidas, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer.

Importância (A)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=0,586$; $p=0,746$) dos níveis de importância atribuídos relativamente às habilitações literárias dos acompanhantes. Foi possível observarmos, no entanto, que os acompanhantes com ensino superior revelaram níveis de importância atribuídos ligeiramente acima dos restantes grupos (97,6 vs. 91,42 e 90,20). Quando analisamos a relação de independência entre os grupos de corte e as habilitações literárias, confirmou-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,824$; $p=0,430$). No entanto, verificamos que o grupo de acompanhantes com o ensino superior foi o que atribuiu o grau de importância mais elevado (57,1% vs. 44,1% e 46,9%), (Tabela 25).

Tabela 25 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função das habilitações literárias dos acompanhantes

Importância	N	Ordenação média	Pouco Importante (1)		Importante (2)		Muito Importante (3)		Residuais		
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3
Habilitações Literárias			68	39,1	22	12,6	84	48,3			
Ensino obrigatório	70	91,42	28	41,2	10	14,7	30	44,1	0,5	0,7	-0,9
Ensino secundário/profissional	69	90,20	24	37,5	10	15,6	30	46,9	-0,3	0,9	-0,3
Ensino superior	45	97,70	16	38,1	2	4,8	24	57,1	-0,2	-1,8	1,3
$\chi^2_{KW}=0,586$ $p=0,746$			$\chi^2=3,824$; $p=0,430$								

Satisfação (B)

Verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=6,327$; $p=0,042$) relativamente aos níveis de satisfação atribuídos por acompanhantes com diferentes habilitações literárias. Os acompanhantes com ensino superior revelaram-se mais exigentes com o nível de satisfação, atribuindo graus de satisfação mais baixos que os restantes grupos (75,22 vs. 99,13 e 97,04). Quando analisada a relação de independência entre os grupos de corte e as habilitações literárias, confirmamos a existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=11,165$; $p=0,025$). As maiores diferenças verificaram-se para quem respondeu com níveis de satisfação mais elevados, onde houve apenas uma pequena percentagem de inquiridos com o ensino superior a responder (24,4% vs. 50,0% e 47,1%), respondendo na sua maior parte no nível intermédio (28,9% vs. 10,0% e 16,2%), conforme análise dos valores residuais (Tabela 26).

Tabela 26 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função das habilitações literárias dos acompanhantes

Satisfação	N	Ordenação média	Pouco Satisfeito (1)		Satisfeito (2)		Muito Satisfeito (3)		Residuais		
			N ^a 74	% 40,4	N ^a 31	% 16,9	N ^a 78	% 42,6	1	2	3
Habilitações Literárias											
Ensino obrigatório	70	99,13	28	40,0	7	10,0	35	50,0	-0,1	-2,0	1,6
Ensino secundário/profissional	69	97,04	25	36,8	11	16,2	32	47,1	-0,8	-0,2	0,9
Ensino superior	45	75,22	21	46,7	13	28,9	11	24,4	1,0	2,5	-2,8
	$\chi^2_{KW} = 6,327$ p=0,042		$\chi^2 = 11,165$; p=0,025								

Independência (C)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{\text{KW}}=3,818$; $p=0,148$) relativamente às habilitações literárias dos acompanhantes no que diz respeito aos níveis de independência relativamente ao hospital. Constatamos, no entanto, que o maior grau de independência (média de ordem 102,10) foi atribuído pelo grupo com ensino secundário/profissional em contraponto com o grupo com ensino superior (88,31) e com o ensino obrigatório (85,73). Analisando a relação de independência entre os grupos de corte e as habilitações literárias, confirmamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=6,821$; $p=0,146$). No entanto, através da análise dos resíduos foi possível constatar uma diferença na representatividade do grupo com ensino secundário/profissional para os níveis de importância mais baixos (20,3% vs. 37,1% e 37,8%), (Tabela 27).

Tabela 27 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função das habilitações literárias dos acompanhantes

Independência	N	Ordenação Média	Pouco Independente (1)		Independente (2)		Muito Independente (3)		Residuais		
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3
Habilitações Literárias			57	31,0	26	14,1	101	54,9			
Ensino obrigatório	70	85,73	26	37,1	7	10,0	37	52,9	1,4	-1,3	-0,4
Ensino secundário profissional	69	102,10	14	20,3	13	18,8	42	60,9	-2,4	1,4	1,3
Ensino superior	45	88,31	17	37,8	6	13,3	22	48,9	1,1	-0,2	-0,9
		$\chi^2_{KW}=3,818$; $p=0,148$	$\chi^2=6,821$; $p=0,146$								

Características da criança/hospitalização e importância atribuída, satisfação e independência percebidas pelos pais face às necessidades em recursos físicos e humanos

A percepção dos pais acerca das necessidades em recursos físicos e humanos durante a hospitalização da criança depende, também, de características das crianças e da hospitalização.

Para analisar as relações entre as variáveis, foram igualmente aplicados grupos de corte para a criação de grupos homogêneos e testes não paramétricos, para aferir a existência de relações significativas entre as variáveis.

Neste ponto vamos tentar dar resposta à seguinte questão de investigação:

“Será que há relação significativa entre as características da criança/hospitalização (quem acompanha a criança, idade da criança internada, número de vezes que teve um filho internado, duração do internamento, gravidade da doença) e a importância atribuída, a satisfação obtida e a independência para superar as necessidades em recursos físicos e humanos dos pais da criança hospitalizada?”

QUEM ACOMPANHA A CRIANÇA

Neste ponto procuramos aferir se existe relação significativa em termos de quem, predominantemente, acompanha a criança no internamento (mãe, pai, acompanhamento repartido entre os dois pais, entre outros) relativamente aos níveis de importância e satisfação por si atribuídos às necessidades sentidas, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer.

Importância (A)

Analisando a Tabela 28, pelos resultados das médias de ordens verificamos que são bastante semelhantes entre os vários grupos, pelo que se verificou a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=0,028$; $p=0,986$), quanto aos níveis de importância atribuídos relativamente a quem acompanhou as crianças. Analisando a relação de independência entre os grupos de corte e quem acompanha a criança no internamento, confirmou-se igualmente a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,752$; $p=0,600$).

Tabela 28 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função de quem acompanha a criança

Independência Quem acompanha a criança	N	Ordenação média	Pouco Importante (1)		Importante (2)		Muito Importante (3)		Residuais		
			N ^a 68	% 39,1	N ^a 22	% 12,6	N ^a 84	% 48,3	1	2	3
Mãe	136	92,44	49	38,3	16	12,5	63	49,2	-0,4	-0,1	0,4
Pai	6	89,33	2	33,3	2	33,3	2	33,3	-0,3	1,6	-0,7
Outro	42	93,15	17	42,5	4	10,0	19	47,5	0,5	-0,6	-0,1
$\chi^2_{KW}=0,028$; $p=0,986$			$\chi^2=2,752$; $p=0,600$								

Satisfação (B)

Relativamente aos níveis de satisfação atribuídos em função de quem acompanha a criança no internamento, verificamos através da média de ordens relativa, que é predominantemente a mãe a acompanhar a criança internada (97,16 vs. 79,58 e 79,26), apesar de, na globalidade, o teste não ter obtido significância estatística ($\chi^2_{KW}=3,991$; $p=0,136$). Analisando a relação de independência entre os grupos de corte em função de quem acompanha a criança no internamento, concluímos existirem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=10,464$; $p=0,033$) entre os grupos. Foi possível constatar que quando quem acompanha a criança é só a mãe ou só o pai, a percentagem de elementos destes grupos a atribuírem níveis de satisfação mais elevados era superior (48,1% e 50,0%) do que quando o acompanhamento é efectuado por outro (23,8%), (Tabela 29).

Tabela 29 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função de quem acompanha a criança

Satisfação Quem acompanha a criança	N	Ordenação média	Pouco Satisfeito (1)		Satisfeito (2)		Muito Satisfeito (3)		Residuais		
			N ^a 74	% 40,4	N ^a 31	% 16,9	N ^a 78	% 42,6	1	2	3
Mãe	136	97,16	51	37,8	19	14,1	65	48,1	-1,2	-1,7	2,5
Pai	6	79,58	3	50,0	0	0,0	3	50,0	0,5	-1,1	0,4
Outro	42	79,26	20	47,6	12	28,6	10	23,8	1,1	2,3	-2,8
$\chi^2_{KW}=3,991$; $p=0,136$			$\chi^2=10,464$; $p=0,033$								

Independência (C)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas a 5% ($\chi^2_{KW}=4,715$; $p=0,095$) relativamente aos graus de independência face ao hospital atribuído por quem acompanhou as crianças. Observou-se, no entanto, um grau de independência mais baixo por

parte dos pais ou mães que, predominantemente, acompanhavam as crianças sozinhas. O grau de independência foi mais elevado (107,64) quando o acompanhamento da criança é feito por mais do que um familiar (pai e mãe). Analisando a relação de independência entre os grupos de corte e quem acompanhou as crianças confirmamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=7,366$; $p=0,118$). No entanto, foi possível verificarmos que quem escolheu em menor percentagem níveis de independência mais baixos (16,7% vs. 35,3% e 33,3%) foi o grupo “outro”, que corresponde regra geral ao acompanhamento repartido por vários familiares (pai e mãe), (Tabela 30).

Tabela 30 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função de quem acompanha a criança

Independência Quem acompanha a criança	N	Ordenação média	Pouco Independente (1)		Independente (2)		Muito Independente (3)		Residuais		
			N ^a 57	% 31	N ^a 26	% 14,1	N ^a 101	% 54,9	1	2	3
Mãe	136	88,33	48	35,3	17	12,5	71	52,2	2,1	-1,1	-1,2
Pai	6	80,92	2	33,3	2	33,3	2	33,3	0,1	1,4	-1,1
Outro	42	107,64	7	16,7	7	16,7	28	66,7	-2,3	0,5	1,7
$\chi^2_{KW}=4,715$; $p=0,095$			$\chi^2=7,366$; $p=0,118$								

IDADE DA CRIANÇA INTERNADA

Neste ponto procuramos aferir se existe alguma relação significativa entre a idade das crianças internadas e os níveis de importância e satisfação atribuídos pelos acompanhantes às necessidades sentidas, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer.

Importância (A)

Verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=14,826$; $p=0,005$) dos níveis de importância atribuídos relativamente à idade das crianças internadas. Assim, constatamos que os acompanhantes das idades mais baixas foram as que atribuíram graus de importância mais elevados (105,36 e 100,14) às necessidades em recursos físicos e humanos. Já os acompanhantes de crianças com idade superior a 12 anos atribuíram um menor grau de importância (60,98). Analisando a relação de independência entre os grupos de corte e a idade das crianças internadas, confirmamos a existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=17,050$; $p=0,030$). A análise dos resíduos permitiu concluir que a maior diferença se situa

Independência (C)

Verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=21,045$; $p=0,000$) relativamente aos graus de independência face ao hospital atribuídos pelos acompanhantes por faixa etária das crianças internadas. O grupo de acompanhantes com crianças até aos 28 dias foi quem atribuiu uma menor independência (46,86). Já o grupo seguinte dos 29 dias aos 2 anos registou o maior grau de independência (104,59). Analisando a relação de independência entre os grupos de corte em função da idade da criança internada, confirmamos a existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=28,215$; $p=0,000$). A maior diferença, visível por exemplo através da análise dos resíduos, situa-se no grupo de acompanhantes com crianças até os 28 dias que na sua maior parte atribuíram baixos níveis de independência face ao hospital (Tabela 33).

Tabela 33 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função da idade da criança

Independência Quem acompanha	N	Ordenação média	Pouco Independente (1)		Independente (2)		Muito Independente (3)		Residuais		
			N ^a 56	% 31,1	N ^a 25	% 13,9	N ^a 99	% 55	1	2	3
Até 28 dias	22	46,86	16	72,7	0	0,0	6	27,3	4,5	-2,0	-2,8
29 dias a 2 anos	58	104,59	13	22,4	7	12,1	38	65,5	-1,7	-0,5	2,0
3 -6 anos	45	95,09	10	22,2	10	22,2	25	55,6	-1,5	1,9	0,1
7 -11 anos	25	88,08	6	24,0	6	24,0	13	52,0	-0,8	1,6	-0,3
12 - 18 anos	30	90,40	11	36,7	2	6,7	17	56,7	0,7	-1,3	0,2
$\chi^2_{KW} = 21,045$; $p=0,000$			$\chi^2=28,215$; $p=0,000$								

NÚMERO DE INTERNAMENTOS

Neste ponto procuramos aferir se existe alguma relação significativa em termos do número de vezes que a criança já foi internada no serviço relativamente aos níveis de importância e satisfação atribuídos pelos acompanhantes às necessidades sentidas, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer.

Importância (A)

Analisando os resultados na Tabela 34, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas quer nos resultados do teste de *Kruskal-Wallis* ($\chi^2_{KW}=0,596$; $p=0,897$) quer nos níveis de importância por grupos de corte ($\chi^2=2,463$; $p=0,873$).

Tabela 34 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do número de internamentos da criança

Importância Número de vezes de internamento	N	Ordenação média	Pouco Importante (1)		Importante (2)		Muito Importante (3)		Residuais		
			N ^a 68	% 39,1	N ^a 22	% 12,6	N ^a 84	% 48,3	1	2	3
Nunca	24	88,83	12	50,0	2	8,3	10	41,7	1,2	-0,7	-0,7
Uma vez	96	94,01	32	36,0	11	12,4	46	51,7	-0,9	-0,1	0,9
Duas vezes	29	96,17	9	34,6	4	15,4	13	50,0	-0,5	0,5	0,2
Três ou mais vezes	35	87,84	15	42,9	5	14,3	15	42,9	0,5	0,3	-0,7
$\chi^2_{KW}=0,596$; $p=0,897$			$\chi^2=2,463$; $p=0,873$								

Satisfação (B)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=1,859$; $p=0,602$) dos níveis de satisfação atribuídos às necessidades em recursos físicos e humanos relativamente ao número de vezes que a criança já tinha sido internada no serviço. Verificamos, no entanto, que os acompanhantes com crianças que já tinham sido internadas duas vezes foram os que atribuíram maiores níveis de satisfação (103,10). Analisando a relação de independência entre os grupos de corte em função do número de vezes de internamento da criança no serviço, confirmamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=6,327$; $p=0,388$), (Tabela 35).

Tabela 35 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do número de internamentos da criança

Satisfação Número de vezes de internamento	N	Ordenação média	Pouco Satisfeito (1)		Satisfeito (2)		Muito Satisfeito (3)		Residuais		
			N ^a 74	% 40,4	N ^a 31	% 16,9	N ^a 78	% 42,6	1	2	3
Nunca	24	92,29	10	41,7	5	20,8	9	37,5	0,1	0,5	-0,5
Uma vez	96	88,28	43	45,3	14	14,7	38	40,0	1,4	-0,8	-0,7
Duas vezes	29	103,10	7	24,1	8	27,6	14	48,3	-1,9	1,7	0,7
Três ou mais vezes	35	95,43	14	40,0	4	11,4	17	48,6	-0,1	-1,0	0,8
$\chi^2_{KW}=1,859$; $p=0,602$			$\chi^2=6,327$; $p=0,388$								

Independência (C)

Verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=14,004$; $p=0,003$) relativamente aos graus de independência face ao hospital atribuídos pelos acompanhantes por número de vezes que a criança já tinha sido internada no serviço. Quem atribuiu um menor grau de independência face ao hospital foram os acompanhantes cujas crianças nunca tinham sido internadas (55,83). Analisando a relação de independência entre os grupos de corte em

função do número de vezes que a criança já tinha sido internada no serviço, confirmamos a existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=24,269$; $p=0,000$). A maior diferença, visível por exemplo através da análise dos resíduos, situa-se no grupo de acompanhantes com crianças que nunca tinham sido internadas os quais atribuíram baixos níveis de independência face ao hospital (70,8%), (Tabela 36).

Tabela 36 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função do número de internamentos da criança

Independência Número de vezes de internamento	N	Ordenação média	Pouco independente (1)		Independente (2)		Muito independente (3)		Residuais		
			Nº 57	% 31,0	Nº 26	% 14,1	Nº 101	% 54,9	1	2	3
Nunca	24	55,83	17	70,8	0	0,0	7	29,2	4,5	-2,1	-2,7
Uma vez	96	96,69	27	28,1	13	13,5	56	58,3	-0,9	-0,2	1,0
Duas vezes	29	102,98	5	17,2	5	17,2	19	65,5	-1,7	0,5	1,3
Três ou mais vezes	35	97,47	8	22,9	8	22,9	19	54,3	-1,2	1,6	-0,1
$\chi^2_{KW}=14,004$; $p=0,003$			$\chi^2=24,269$; $p=0,000$								

TEMPO DE INTERNAMENTO

Neste ponto procuramos aferir se existe alguma relação significativa em termos número de dias de internamento da criança no serviço relativamente aos níveis de importância e satisfação atribuídos pelos acompanhantes às necessidades sentidas, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer.

Importância (A)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=1,409$; $p=0,703$) dos níveis de importância atribuídos relativamente ao número de dias que a criança já estava internada. No entanto, verificamos que os acompanhantes com crianças com internamentos iguais ou superiores a nove dias atribuíram níveis de importância ligeiramente superiores aos restantes grupos (100,32). Analisando a relação de independência entre os grupos de corte em função do número de vezes que a criança já tinha sido internada no serviço, confirmamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,056$; $p=0,802$) (Tabela 37).

Tabela 37 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função do tempo de internamento da criança

Importância	N	Ordenação média	Pouco Importante (1)		Importante (2)		Muito Importante (3)		Residuais		
			N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	1	2	3
Duração de internamento			68	39,1	22	12,6	84	48,3			
2 - 4 dias	58	90,98	25	44,6	4	7,1	27	48,2	1,0	-1,5	0,0
5 dias	29	93,33	10	35,7	4	14,3	14	50,0	-0,4	0,3	0,2
6 - 8 dias	55	87,69	20	39,2	8	15,7	23	45,1	0,0	0,8	-0,5
≥ 9 dias	42	100,32	13	33,3	6	15,4	20	51,3	-0,8	0,6	0,4
$\chi^2_{KW} = 1,409$; p=0,703			$\chi^2 = 3,056$; p=0,802								

Satisfação (B)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=3,156$; p=0,368) dos níveis de satisfação atribuídos relativamente ao número de dias que a criança já estava internada. No entanto, verificamos que os acompanhantes com crianças com internamentos entre 2 a 4 dias foram quem atribuiu níveis de satisfação mais elevados (100,03), seguindo-se o grupo de acompanhantes com crianças com internamentos superiores a 9 dias (96,98). Analisando a relação de independência entre os grupos de corte em função do número de vezes que a criança já tinha sido internada no serviço, confirmamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,717$; p=0,715), (Tabela 38).

Tabela 38 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função do tempo do internamento da criança

Satisfação	N	Ordenação média	Pouco Satisfeito (1)		Satisfeito (2)		Muito Satisfeito (3)		Residuais		
			N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	1	2	3
Duração de internamento			74	40,4	31	16,9	74	40,4			
2 - 4 dias	58	100,03	19	33,3	8	14,0	30	52,6	-1,3	-0,7	1,8
5 dias	29	83,16	13	44,8	6	20,7	10	34,5	0,5	0,6	-1,0
6 - 8 dias	55	86,06	24	43,6	10	18,2	21	38,2	0,6	0,3	-0,8
≥ 9 dias	42	96,98	18	42,9	7	16,7	17	40,5	0,4	-0,1	-0,3
$\chi^2_{KW} = 3,156$; p=0,368			$\chi^2 = 3,717$; p=0,715								

Independência (C)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}=1,309$; p=0,727) relativamente aos graus de independência face ao hospital atribuídos pelos acompanhantes por número de dias que a criança já estava internada. Analisando a relação de independência entre os grupos de corte em função do número de vezes que a criança já tinha sido internada no

serviço, confirmamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=6,518$; $p=0,368$), (Tabela 39).

Tabela 39 - Testes de *Kruskal-Wallis* e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função tempo do internamento da criança

Independência Duração de internamento	N	Ordenação média	Pouco Independente (1)		Independente (2)		Muito Independente (3)		Residuais		
			N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	1	2	3
			57	31	26	14,1	101	54,9			
2 - 4 dias	58	93,08	18	31,0	5	-1,5	35	60,3	0,0	-1,5	1,0
5 dias	29	99,72	8	27,6	3	-0,6	18	62,1	-0,4	-0,6	0,8
6 - 8 dias	55	86,66	21	38,2	10	1,0	24	43,6	1,4	1,0	-2,0
≥ 9 dias	42	94,36	10	23,8	8	1,0	24	57,1	-1,1	1,0	0,3
$\chi^2_{KW}=1,309$; $p=0,727$			$\chi^2=6,518$; $p=0,368$								

GRAVIDADE DA DOENÇA

Neste ponto, procuramos aferir se existe alguma relação significativa entre a gravidade da doença da criança e os níveis de importância e satisfação atribuídos pelos acompanhantes às necessidades sentidas, bem como a independência relativamente ao hospital para as satisfazer.

Importância (A)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($Z=-1,548$; $p=0,122$) dos níveis de importância atribuídos relativamente à gravidade da doença. No entanto, verificamos que os acompanhantes de crianças com doenças com gravidade atribuíram níveis de importância ao ambiente físico e humano ligeiramente inferiores (87,57 vs. 99,99). Analisando a relação de independência entre os grupos de corte em função da gravidade da doença confirmamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=4,063$; $p=0,131$). Verificamos, no entanto, uma maior percentagem de acompanhantes pertencentes a este grupo (45,2% vs. 30,0%) que atribuíram níveis de significância mais baixos (Tabela 40).

Tabela 40 - Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de importância em função da gravidade da doença da criança

Importância	N	Ordenação média	Pouco importante (1)		Importante (2)		Muito importante (3)		Residuais		
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3
Gravidade da doença			68	39,1	22	12,6	84	48,3			
Grave/muito grave	111	87,57	47	45,2	12	11,5	45	43,3	2,0	-0,5	-1,6
Não grave	73	99,99	21	30,0	10	14,3	39	55,7	-2,0	0,5	1,6
Z= 1,548; p=0,122			$\chi^2= 4,063$; p=0,131								

Satisfação (B)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($Z=-1,472$; $p=0,141$) dos níveis de satisfação atribuídos relativamente à gravidade da doença. No entanto, verificamos que os acompanhantes com crianças com doenças sem gravidade atribuíram níveis de satisfação ligeiramente inferiores (85,38 vs. 97,18). Analisando a relação de independência entre os grupos de corte em função da gravidade da doença, confirmamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,965$; $p=0,227$), tendo-se apenas verificado uma maior percentagem de acompanhantes pertencentes ao grupo (grave/muito grave) a atribuírem níveis de significância mais baixos (35,5% vs. 47,9%), (Tabela 41).

Tabela 41- Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de satisfação em função da gravidade da doença da criança

Satisfeito	N	Ordenação média	Pouco satisfeito (1)		Satisfeito (2)		Muito satisfeito (3)		Residuais		
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3
Gravidade da doença			68	39,1	22	12,6	84	48,3			
Grave/muito grave	111	97,18	39	35,5	21	19,1	50	45,5	-1,7	1,0	1,0
Não grave	73	85,38	35	47,9	10	13,7	28	38,4	1,7	-1,0	-1,0
Z= -1,472; p=0,141			$\chi^2= 2,965$; p=0,227								

Independência (C)

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($Z=-0,431$; $p=0,666$) relativamente aos graus de independência face ao hospital atribuídos pelos acompanhantes relativamente à gravidade da doença. Analisando a relação de independência entre os grupos de corte em função da gravidade da doença, confirmamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,460$; $p=0,795$), (Tabela 42).

Tabela 42 - Testes de *U Mann-Whitney* e Qui-Quadrado dos níveis de independência em função da gravidade da doença da criança

Independência	N	Ordenação média	Pouco independente (1)		Independente (2)		Muito independente (3)		Residuais		
Gravidade da doença			Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3
			57	31,0	26	14,1	101	54,9			
Grave/muito grave	111	93,84	35	31,5	17	15,3	59	53,2	0,2	0,6	-0,6
Não grave	73	90,46	22	30,1	9	12,3	42	57,5	-0,2	-0,6	0,6
Z= -0,431; p=0,666			$\chi^2=0,460$; p=0,795								

Com a conclusão do tratamento e apresentação dos dados obtidos na amostra, procederemos, no capítulo seguinte, à sua discussão.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados permite-nos reflectir acerca do estudo realizado, evidenciando os resultados mais significativos. Procuramos fazê-lo confrontando os dados com os encontrados na literatura científica, comparando-os com o quadro conceptual que deu suporte à investigação, assim como com os objectivos e questões de investigação enunciados. Sem dúvida que a nossa experiência e conhecimento acerca dos cuidados de saúde em pediatria foram fundamentais para a nossa discussão e reflexão.

Presentemente, os cuidados de saúde em pediatria não se reduzem a uma perspectiva individual, mas abrange a criança doente, os pais, outras pessoas significativas, e o respectivo contexto social e cultural. Para Kristjánsdóttir (1995), os pais e a família são clientes por direito próprio, e deve ser considerado no âmbito da hospitalização de crianças.

A família é, hoje em dia, uma referência quando se pensa nos cuidados pediátricos, sendo consensual o seu enquadramento no sistema de saúde, que se pretende mais humanizado e capaz de dar respostas em tempo oportuno a situações que variam de simples a bastante complexas (Relvas, 2006), norteados por princípios de equidade, eficácia, eficiência e qualidade.

O interesse crescente pelas necessidades dos pais, preocupações, sentimentos e reacções destes durante a hospitalização, repercutiu-se na estrutura física e humana, organização dos cuidados, de um serviço os quais devem ser sempre centrados na criança e na família (SABATÉS e BORBA, 2005).

Para obtermos melhor clareza e organização deste capítulo, seguimos a mesma ordem de apresentação dos resultados.

Caracterização sócio demográfica

- A amostra em estudo é constituída por 184 acompanhantes (19 homens e 165 mulheres) de crianças internadas que apresentam uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 53, sendo a idade média de 34.22. Este resultado vai de encontro aos obtidos em estudos realizados sobre a satisfação dos pais/acompanhantes quanto aos cuidados prestados

ao seu filho (MACHADO et al., 2010) e sobre as necessidades dos pais da criança hospitalizada (MELO, 2011), em que a média de idades dos participantes na amostra era de 33 anos;

- O grupo etário mais prevalente no estudo tem idade inferior a 29 anos (28,3%), seguido do grupo com idade superior a 39 anos (26,6%). A maior parte dos acompanhantes com idade igual ou inferior a 29 anos é do género feminino. Já a maior parte dos acompanhantes do género masculino se situavam no grupo com idade igual ou superior a 39 anos;

- Relativamente ao estado civil, embora não se tenham verificado diferenças em termos de género, observamos que, relativamente à totalidade da amostra, a maioria dos acompanhantes são essencialmente pessoas casadas ou em união de facto (83,2%), resultado que vai de encontro ao obtido no estudo sobre a temática “Necessidades dos pais das crianças internadas” desenvolvido por Kristjãnsdóttir (1995), Shields, Kristensson-Hallstrom e O’Callaghan (2003), Reis (2007), Machado et al. (2010) e Melo (2011);

- A maior parte dos acompanhantes residem em zonas urbanas (64,7%), tendo-se verificado uma menor incidência de acompanhantes do género masculino residentes nas zonas rurais;

- A maior parte dos acompanhantes tem um ou dois filhos ($\pm 44\%$ para cada categoria), tendo-se verificado uma ligeira diferença encontrada para o grupo de acompanhantes com 2 filhos, onde se encontram mais de metade dos acompanhantes do género masculino;

- Constatamos que os acompanhantes têm essencialmente como habilitações literárias o ensino obrigatório (38%), seguido do ensino profissional (37,5%) e universitário (24,5%). Este resultado está em consonância com os resultados obtidos num estudo desenvolvido por Reis (2007), e Shields, Kristensson-Hallstrom e O’Callaghan (2003), em que os valores aparecem com a mesma sequência ao deste trabalho. Apesar destes valores, estatisticamente não houve diferenças significativas;

- Relativamente à situação profissional dos acompanhantes, estes são maioritariamente “especialistas em actividades intelectuais e científicas” (28,8%), verificando-se, contudo, que o género feminino é o que se encontra em maioria neste tipo de profissão, e o género masculino como “operadores de instalações de máquinas.

Caracterização da criança e hospitalização

- A mãe é o elemento familiar que aparece com maior representatividade na amostra (73,9%) versus o pai (3,0%) como acompanhante da criança hospitalizada, confirmando-se assim o papel preponderante da mãe na assistência à criança doente, principalmente da mãe como cuidadora. Estes resultados evidenciam o papel maternal na assistência à criança doente, ainda que, actualmente, se verifique uma complementaridade das funções maternal e paternal (Relvas, 2006).

Embora o predomínio da função cuidadora da criança doente continue a ser da mãe, Gomes, Trindade e Fidalgo (2009) consideram haver factores que contribuem para que a participação do pai seja reduzida. Num estudo qualitativo desenvolvido por Gomes, Lunardi Filho e Erdmann (2008), sobre a percepção da equipe de enfermagem em relação ao pai como cuidador na unidade de pediatria concluíram que culturalmente, ainda se considera a mãe como elemento fundamental nos cuidados a prestar à criança; a estrutura hospitalar, pouco tem feito para facilitar a presença destes nestes locais (existência de enfermarias colectivas onde é preciso dividir o espaço com as outras mães); e o facto de os pais (género masculino) que acompanham o filho necessitarem de maior apoio que a mãe, porque a maioria não tem experiência prévia como acompanhante e não têm um modelo estabelecido para o exercício de uma paternidade participante. A figura paterna representa na maior parte das vezes a visita temporária e o acompanhamento à criança só acontece quando a mãe se ausenta do serviço.

O resultado deste estudo vai de encontro a estudos realizados por Kristjánsdóttir (1995), Bragadóttir (1999), Shields, Kristensson-Hallstrom e O'Callaghan (2003), Bergan, Santos e Bursztyn (2004), Kyritsy et al. (2005), Reis (2007) e Melo (2011), sobre necessidades dos pais/acompanhante da criança hospitalizada em que a percentagem de mães que acompanham a criança também é significativamente mais elevada que a dos pais;

- Podemos também constatar pela análise dos resultados que a maior percentagem das crianças hospitalizadas tem idades entre os 29 dias e os 2 anos (32,2%) e entre os 3 aos 6 anos de idade (25%). Os acompanhantes que referiram ser a primeira vez que as crianças eram internadas no serviço, são todas do sexo feminino.

Num estudo realizado em unidades pediátricas dos hospitais brasileiros em que se pretendia caracterizar o perfil do acompanhante da criança e conhecer como o acompanhante avalia a assistência obtida durante a hospitalização, concluiu-se que, no que respeita ao grau

de parentesco da acompanhante da criança, 94,8% dos casos era a mãe e todos os acompanhantes eram femininos (mãe, tia, avó, madrinha), confirmando que é o sexo feminino que assume na maioria das vezes o cuidado à criança (FIGUEIREDO, 2009). Não estará fora de contexto a importância da presença do elemento feminino principalmente da mãe como principal prestadora de cuidados nos primeiros anos de vida, e quando existe a primeira hospitalização.

A criança não pode ser compreendida de forma isolada, desconsiderando o todo como ser humano. O laço afectivo entre a criança e a família, e mais objectivamente com a mãe, é nos primeiros anos da sua vida imprescindível para assegurar que as bases de formação psicológica do futuro adulto sejam mantidas (MACHADO et al., 2010). A maioria das mães das crianças hospitalizadas entende assim, pelos resultados obtidos neste estudo. As acompanhantes femininas (principalmente a mãe) aparecem com maior percentagem a acompanhar as crianças entre os 29 dias e dois anos e entre os três e os seis (32,3% e 24,8%), respectivamente, e os pais (homens) a acompanharem as crianças de escalões etárias mais velhas (12-18 anos) com 26,3% versus 15,5%.

- Embora não se verificasse significância estatística para esta variável, constatamos que relativamente ao número de vezes em que a criança esteve hospitalizada, a maioria (52,2%) tinha estado uma vez, seguido de 19% para “ ≥ 3 vezes” e somente 13% era a “primeira vez” que estavam hospitalizados. Estes resultados vão de encontro aos do estudo feito por Shields, Kristensson-Hallstrom e O’Callaghan (2003).

- Embora não havendo significância estatística, constatamos que 57,6% dos acompanhantes cujas crianças se encontram hospitalizadas consideraram grave a doença, 39,7% não era grave e somente 2,7% considerou muito grave. Como excepção, verificamos que 73,7% dos acompanhantes do género masculino considerava grave, em contraponto com 57,6% dos acompanhantes femininos;

- Verificamos que as crianças têm como média de duração de internamento 6,78 dias, sendo o tempo de internamento mais significativo (31,5%) para 2-4 dias, embora não tivesse havido diferenças estatísticas significativas;

- A maioria (88%) das crianças internadas encontrava-se em unidades de internamento pediátrico.

Outro dos propósitos neste estudo foi avaliar a percepção dos pais relativamente à **necessidade de recursos físicos e humanos** durante a hospitalização de um filho, através dos

níveis de **importância**, e **satisfação** que dão às necessidades sentidas, bem como a **independência** relativamente ao hospital para as satisfazer.

Constatamos que para a subescala “**importância**”, a média dos resultados foi de 80,515 (DP 14,173), o que demonstra que os pais das crianças internadas dão muita importância aos recursos físicos e humanos existentes nos serviços. Relativamente à subescala “**satisfação**”, a média 67,068 (DP 16,844) revela que pouco mais de metade dos acompanhantes estão satisfeitos com o ambiente físicos e humanos existentes nos serviços. Pelos valores encontrados para a subescala “**independência**” $M=74,536$ (DP 29,764), poderemos concluir que os acompanhantes são independentes do hospital para a satisfação das necessidades supra citadas. Os resultados obtidos para a subescala importância e satisfação estão em consonância com os obtidos em estudos realizados por Kristjánsdóttir (1995), Bragadóttir (1999), Shields, Hunter e Hall (2004), Kyritsi et al. (2005), Reis (2007) e Melo (2011), em que os pais consideraram importantes quase todas as frases das necessidades em recursos físicos e humanos, embora muitas delas não fossem percepcionadas como satisfeitas. Relativamente à independência, muitos pais reconheceram que precisavam de ajuda dos profissionais do hospital para a satisfação das suas necessidades, ao contrário dos que participaram neste trabalho.

Ao analisarmos as respostas dadas pelos pais e acompanhantes nas questões de resposta aberta do questionário utilizado no estudo, verificamos que as condições logísticas, os recursos profissionais, e a organização de um serviço, são considerados aspectos que os pais valorizam durante a hospitalização do seu filho, corroborando a ideia de que o atendimento aparece como um factor essencial na concepção do ambiente hospitalar (BERGAN, SANTOS e BURSZTYN, 2004).

As condições físicas globais da estrutura hospitalar bem como as condições de acesso ao hospital, são dificuldades sentidas pelos pais que contribuem para a sua insatisfação face à instituição hospitalar. Identificam os seguintes aspectos a melhorar:

“Que haja uma entrada mais acessível no serviço principalmente para os pais” (FU 54);

“Os pais deveriam poder comer junto com os filhos e não ter que se deslocar ao refeitório” (FU 16);

“Melhorar as condições físicas das enfermarias para permitir mais privacidade física. Existência de WC para pais” (FU 89);

“Mudar o tipo de camas para o acompanhante” (FU 59);

“Uma cama para dormir junto do filho” (FT 14);

“Mais higiene no edifício, mais espaço no quarto” (FT 135);

“Tendo em conta o cansaço dos pais de terem o seu filho doente, estar a dormir nos cadeirões não ajuda nada. Era importante algo mais confortável” (FU 137);

“A inexistência de um local próprio onde possam realizar os seus cuidados de higiene, descansar, conviver uns com os outros” (FU 33);

“Acho que está a faltar uma cama para a mãe, as casas de banho serem mais perto e as refeições deviam vir para o quarto da mãe” (FT 43);

“As horas das refeições deveriam ser partilhadas com os nossos filhos, assim como em lugar mais isolado para os pais” (FT 109);

Tal como referido no Relatório da Comissão Nacional da Saúde Infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993) um serviço de pediatria moderno tem exigências específicas que resultam do respeito pelos direitos da criança e famílias, tal como consta da Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, elaborada pela Comunidade Europeia em 1990. Para além de alguns dos objectivos de um serviço de pediatria terem já sido descritos em algumas partes do trabalho, este refere-se especialmente às estruturas hospitalares:

...é imperioso assegurar a adaptação das estruturas e dos serviços a fim de que os direitos da criança internada nomeadamente no que se refere ao seu acompanhamento permanente pelos pais, às actividades lúdicas e escolares, ao bem-estar e ambiente necessário ao desenvolvimento harmonioso, sejam escrupulosamente cumpridos; e que salvo em casos excepcionais, o internamento das crianças e jovens com problemas médicos e/ou cirúrgicos deverá ocorrer sempre em serviços de pediatria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993 p.162).

Nas instituições de saúde, o espaço físico geralmente organiza-se em função da criança, verificando-se falta de condições para acomodar adequadamente os familiares ou acompanhantes, o que pode contribuir para aumentar o seu sofrimento (MOLINA e MARCON, 2009). No entanto, alguns autores constataram que apesar destes constrangimentos, da falta de privacidade e do isolamento familiar que por vezes é vivenciado, a maioria das mães sente-se satisfeita e gratificada pela oportunidade de

permanecer junto da criança e de participar nos cuidados ao seu filho, considerando que não tem direito a fazer mais exigências (BARRERA et al., 2007; MOLINA e MARCON, 2009).

A possibilidade dos pais fazerem as refeições com os filhos na unidade poderia contribuir para que a criança tivesse um sentido de normalidade e, por outro lado, garantia que o acompanhante se alimentava adequadamente, contudo, ainda existem constrangimentos nas organizações que podem ser difíceis de ultrapassar, nomeadamente de espaço e horários. Um estudo realizado por Silva, Santos e Cintra (2009), numa unidade de internamento pediátrico num hospital geral brasileiro, em que se pretendia caracterizar o perfil do acompanhante da criança hospitalizada, encontramos resultados que vão de encontro às opiniões dos pais sobre o ambiente físico encontradas nas questões abertas do questionário. A importância de poder comer ao lado filho, a falta de conforto na acomodação do acompanhante, de privacidade nas enfermarias, de WC, e de espaço e actividades de lazer foram também referenciados no estudo.

Relativamente aos recursos humanos, os pais apontam aspectos a melhorar como: a importância de apoio psicológico para os pais durante o internamento; o aumento da dotação de pessoal na equipa de auxiliares de acção médica e de enfermeiros; identificação de médico e de um enfermeiro responsável pelo acompanhamento da criança doente durante o internamento; aspectos enunciados nas seguintes frases:

“Acho que todo o pai ou mãe que necessite deveria ter ajuda psicológica” (FU 87);

“Ter no hospital um psicólogo disponível para ajudar os pais nas horas de maior desespero devido à doença do seu filho” (FU 56);

“Não há apoio suficiente por parte das auxiliares de acção médica, por não terem mãos a medir a tanto serviço” (FT 4);

“Que haja uma enfermeira e médico responsável por cada criança, que a acompanhe ao longo de todo o internamento” (FU 65);

“A existência de mais recursos humanos na equipa de auxiliares de acção médica iria melhorar a satisfação das necessidades mais básicas dos bebés neste centro hospitalar” (FU 55).

Actualmente, verifica-se uma preocupação constante com a gestão dos recursos humanos, procurando as organizações hospitalares definir estratégias que permitam conciliar eficiência nos cuidados de saúde, redução dos custos, qualidade dos cuidados oferecidos e satisfação dos utilizadores (BARRERA et al., 2007; MOLINA e MARCON, 2009).

Recentemente, o ICN (2006) alertou para a importância da determinação de dotações seguras, como forma de garantir a qualidade dos cuidados aos utilizadores dos serviços de saúde, as condições para o exercício profissional dos enfermeiros e os resultados da organização. Soares e Leventhal (2008) acrescentam que, para um cuidado mais humanizado, o profissional precisa ser aberto, flexível, além de afectuoso, eficiente e eficaz. É preciso que vença resistências e preconceitos e aprenda a dividir tarefas. Para Reis (2007) e Melo (2011), o método de organização de cuidados por enfermeiro de referência é hoje considerado o que melhor representa os novos modelos de filosofia de cuidados pediátricos, assentes na parceria e na negociação de cuidados com os pais, permitindo assim a participação efectiva dos pais nos cuidados e a continuidade do exercício do papel parental.

Um estudo desenvolvido por Quirino e Collet (2009, cit. por MELO, 2011), evidenciou que o modo de organização dos cuidados de enfermagem pode condicionar o modelo assistencial a desenvolver com as crianças e famílias. Um contexto de escassez de recursos humanos, com sobrecarga de trabalho, pode ser desmotivante e levar à insatisfação profissional, desencadeando dificuldades na relação entre os profissionais de enfermagem e a criança e família, podendo causar ansiedade, angústia, medo e sofrimento psicológico. Para estas autoras, os profissionais de enfermagem devem reflectir sobre a sua prática, reorganizando os processos de cuidados de forma partilhada com as famílias. Os resultados deste estudo vão de encontro às opiniões emitidas pelos acompanhantes deste estudo ao pedirem:

“Uma boa flexibilidade de horários para os pais visitar os filhos” (FU 62);

“Entrada e saída dos pais em qualquer parte do dia ou noite ou prolongar o horário para as 23 horas, a entrada dos pais e a abertura do hospital é às 7 horas” (FT 97);

“Criar ao menos 1 dia por semana para a família mais próxima poder visitar o bebé” (FU 32);

“Acho que era muito importante o pai estar presente na hora do banho da filha. Este só pode entrar às 10 horas, mas a essa hora, o banho já foi dado pela mãe. Acho importante a presença deste para poder criar laços, para ver, para perceber” (FT 60).

Durante o internamento hospitalar da criança, normalmente a família quer continuar a prestar cuidados expressos pelo afecto, carinho e atenção, tentando desta forma adaptar-se à nova realidade e reorganizar-se para enfrentar esta experiência e, desta forma, reconstruir a sua identidade como grupo familiar. A oportunidade de ajudar, de forma construtiva, na recuperação da criança, provoca na família um sentimento de competência e realização bem como torna possível mostrar-se física e psicologicamente disponível para ela (GOMES e ERDMANN, 2005; MELO, 2011). Assim, flexibilizar o trabalho dos profissionais de acordo com as necessidades dos pais constitui um incentivo ao envolvimento e à participação, devendo ser previamente negociado com estes. Os horários de prestação de cuidados devem ser tendencialmente livres, ajustados às necessidades de cada criança e família, sem comprometer as intervenções mais importantes no processo terapêutico, e planeados em conjunto com o enfermeiro de referência.

Procuramos também neste estudo aferir se existia alguma relação significativa entre as subescalas “importância”, “satisfação” e “independência”, com as variáveis sócio demográficas e variáveis da criança/hospitalização.

Variáveis sócio demográficas

Idade – Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade dos acompanhantes na importância atribuída, satisfação sentida e independência relativa ao hospital para a satisfação das necessidades em recursos físicos e humanos. Contudo, através das médias de ordens, constatamos que as classes etárias “34-38 anos” e “ ≤ 29 anos” atribuíram mais importância (99,49 e 97,09, respectivamente) e a classe etária “ ≥ 39 anos” é a mais insatisfeita (79,56) com o ambiente físico e humano dos serviços.

Género – Não verificamos diferenças estatisticamente significativas relativas ao género na percepção que os acompanhantes têm da importância atribuída, satisfação percebida e independência relativamente ao hospital para a satisfação das necessidades em recursos físicos e humanos. No entanto, através da ordenação média, os níveis de satisfação atribuídos pelo género feminino foram ligeiramente superiores (94,65) do que os do género

masculino (73,87), confirmando-se este nível de satisfação para o género feminino nos grupos de corte com 44,5% e 57,9% de insatisfeitos no género masculino.

O facto de na maioria das famílias não existir um modelo estabelecido para o exercício e uma paternidade participante leva a que, quando é o pai a acompanhar o filho hospitalizado necessite de um maior apoio da equipe de saúde, podendo assim contribuir para que o nível de satisfação seja inferior ao da mãe (GOMES, LUNARDI FILHO e ERDMANN, 2008).

Estado Civil - Pelos resultados obtidos não há influência da situação familiar na importância sentida, na satisfação percebida e independência relativamente ao hospital das necessidades em recursos físicos e humanos. No entanto, através da ordenação média e das frequências relativas houve diferença nas respostas, com o nível de satisfação mais elevado para os acompanhantes solteiros/divorciados/viúvos (107,40 e 51,6% vs 40,8%), e menos satisfeitos para os casados/união de facto (89,48 e 41,1% vs 32,3%). Estes resultados vão de encontro ao estudo efectuado por Melo (2011) sobre as necessidades dos pais das crianças hospitalizadas.

Zona de residência - Não verificamos diferenças estatisticamente significativas para os níveis de importância e independência atribuídos por acompanhantes que habitam em zonas urbanas e os que habitam em zonas rurais, contudo, constatamos diferenças estatisticamente significativas ($Z = -2,830$, $p = 0,005$) para os níveis da satisfação. Os habitantes de zonas rurais responderam com níveis mais elevados de satisfação (57,8% vs 34,5%) comparativamente com os habitantes de zonas urbanas, que responderam com níveis elevados de insatisfação (47,1% vs 28,1%).

Encontramos estudos que demonstram que nos ambientes rurais existem redes de suporte social constituídas por vizinhos, familiares e amigos, que ajudam na integração social. Estes laços sociais, na opinião de Hespanha (1993, cit. por SEQUEIRA e SILVA, 2002), exercem uma função protectora, com importantes efeitos sobre a estabilidade emocional e o bem-estar das pessoas. Igualmente Rowles (1984, cit. por SEQUEIRA e SILVA, 2002), defende a mesma posição ao afirmar a presença em meios rurais, de uma matriz relacional que dita uma estrutura de apoio, um sentido de obrigação para outros membros da comunidade, principalmente numa situação de doença de alguns dos seus membros.

Número de filhos - A variável número de filhos dos acompanhantes não se revelou uma variável significativa no que diz respeito à importância, satisfação e independência da instituição para a satisfação aos recursos físicos e humanos pelos acompanhantes da criança

hospitalizada. No entanto, pelos valores da ordenação média e frequências relativas, foi possível observarmos que quanto mais filhos têm, mais importância e satisfeitos estão e não dependem do hospital para a satisfação das suas necessidades em recursos físicos e humanos.

Este resultado revela-nos que nas unidades intervenientes no estudo, a organização dos cuidados e rotinas no serviço vão de encontro às necessidades dos acompanhantes ou eventualmente, estes terão outro tipo de apoios externos como por exemplo, ajudas familiares. Silva, Santos e Cintra (2009), referem que os profissionais de saúde precisam de compreender as preocupações que os acompanhantes com mais de um filho têm, com os que estão no domicílio e que também precisam de cuidados. As autoras acrescentam que os filhos que não podem usufruir dos cuidados da mãe sentem-se preteridos em relação à atenção que a mãe dispensa à criança internada.

Habilitações Literárias – Embora não tivéssemos verificado diferenças estatisticamente significativas dos níveis de importância atribuídos relativamente às habilitações literárias dos acompanhantes, constatamos pelos valores dos grupos de corte que os acompanhantes com ensino superior revelaram níveis de importância ligeiramente acima (57,1%) dos restantes grupos. A escolaridade influenciou também o grau de satisfação sentida pelos pais para a necessidade em recursos físicos e humanos ($\chi^2=6,327$; $p=0,042$). Observamos que os acompanhantes com escolaridade superior revelaram-se mais exigentes com o grau de satisfação, atribuindo valores mais baixos (46,7%) do que têm como escolaridade o ensino obrigatório e secundário/profissional (40%). Estes resultados foram também obtidos num estudo efectuado por Reis (2007) sobre as expectativas dos pais da criança hospitalizada, em que os pais com níveis de escolaridade mais baixas revelaram estar mais satisfeitos que os que apresentavam níveis de escolaridade superior.

Para Gameiro (1998), a escolaridade dos indivíduos está associada às suas competências cognitivas-conceituais, admitindo assim que as pessoas com menor nível de escolaridade possuem, em geral, menor capacidade de integração conceptual dos fenómenos perturbadores vividos, sofrendo por isso mais com a situação de doença. Referenciando particularmente à pediatria, Silva, Santos e Cintra (2009) consideram que maior escolaridade propicia um conjunto de acções relacionadas ao cuidado mais adequado com a criança e um maior conhecimento das medidas preventivas de saúde, tornando-se os acompanhantes mais exigentes relativamente à importância e à qualidade de cuidados prestados.

Estes resultados reflectem bem o que se passa no dia-a-dia, porque sabemos que os pais com maior formação académica procuram e exigem mais informações e de forma mais diferenciada, uma vez que o acesso a outras fontes de informação os habilita a perceber mais pormenores sobre a doença do seu filho, os exames complementares, os tratamentos e o prognóstico.

No que diz respeito à subescala “independência”, não verificamos diferenças estatisticamente significativas relativamente às habilitações literárias dos acompanhantes. Constatamos através da ordenação média (102,10) que o maior grau de independência foi atribuído pelo grupo com ensino secundário/profissional.

Variáveis da criança/hospitalização

Quem acompanhou a criança – Relativamente a esta variável, não verificamos diferenças estatisticamente significativas para as subescalas “importância”, “satisfação” e “independência”. Contudo, constatamos através da ordenação média (97,16) que a mãe de uma forma geral respondeu com níveis de satisfação mais elevados que os restantes (79,58 e 79,26). Observamos, através dos valores obtidos nos grupos de corte, que quando o acompanhamento é efectuado pelo pai ou pela mãe estes apresentam níveis de satisfação mais elevados do que quando o acompanhamento é efectuado por outros elementos da família. Estes resultados vão de encontro ao facto de as mães ou os pais serem as pessoas que melhor conhecem o seu filho e, por isso, não necessitarem de tanto apoio dos técnicos de saúde contrariamente ao que acontece com outros elementos da família (MACHADO et al., 2006)

Observamos, no entanto, um grau de independência mais baixo por parte dos pais ou mães sozinhos. O grau de independência foi mais elevado (107,64) quando o acompanhamento da criança é feito por mais do que um familiar (pai e mãe).

Idade da criança internada - Verificamos diferenças estatisticamente significativas dos níveis de importância ($\chi^2_{KW}= 14,826$; $p=0,005$), e independência ($\chi^2_{KW}=21,045$; $p=0,000$), atribuídos relativamente à idade das crianças internadas. Constatamos que os acompanhantes das crianças com idades mais baixas atribuíram graus de importância mais elevados (ordenação média=105,36) aos recursos físicos e humanos. Já os acompanhantes de crianças com idade superior a 12 anos foram quem atribuiu um menor grau de importância (ordenação média 60,98). Os acompanhantes das crianças com idades entre (29 dias-2 anos) são os mais satisfeitos (50,0%); o grupo de acompanhantes com crianças “até aos 28 dias” são os mais

dependentes do hospital (ordenação média=46,86) e os acompanhantes de crianças “dos 29 dias aos 2 anos” registaram o maior grau de independência (ordenação média=104,59).

Número de hospitalizações - Não verificamos significância estatística nesta variável relativamente à importância, satisfação, mas constatamos através das frequências relativas que os acompanhantes de crianças com um internamento foram os mais insatisfeitos (45,35%), ao contrário dos que já acompanhavam a criança “duas, três ou mais vezes”, com valores aproximados de 48%. Relativamente à independência, confirmou-se a existência de significado estatístico com os acompanhantes que acompanhavam a criança pela “primeira vez”, a apresentarem baixos níveis de independência face ao hospital (ordenação média=55,83).

Pela experiência prática, podemos induzir que o nível de insatisfação no primeiro internamento tem como causa o desconhecimento por parte do acompanhante, da organização e rotinas do serviço, bem como dos recursos físicos e humanos, levando a uma maior dificuldade de integração no serviço, e a dependerem da instituição para que isso aconteça, ao contrário do que acontece com internamentos frequentes.

Duração do internamento - Embora não se tenham observado diferenças estatisticamente significativas dos níveis de importância nesta variável, verificamos que os acompanhantes de crianças com internamentos “iguais ou superiores a 9 dias” atribuíram aos recursos físicos e humanos níveis de importância ligeiramente superiores (ordenação média=100,32) aos restantes grupos. Para Machado et al. (2010), quanto maior é o tempo de permanência no hospital mais fragilizado o acompanhante fica, necessitando de mais apoio para lidar com as dificuldades, o que leva a que dê mais importância aos recursos físicos e humanos no serviço. A exigência relativamente ao conforto, ao lazer, passam a ter mais significado porque estes podem funcionar como mediadores e como estímulos positivos para ultrapassar a ansiedade, o stress, o cansaço e o mau-estar que um internamento prolongado provoca (ABDALLA, 2010).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas dos níveis de satisfação atribuídos, no entanto, observou-se através da ordenação média (100,03) que os acompanhantes de crianças com internamentos entre “2 a 4 dias” foram quem atribuiu níveis de satisfação mais elevados, seguindo-se o grupo de acompanhantes com crianças com internamentos superiores a “9 dias” (96,98). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente aos graus de independência face ao hospital, mas através da

ordenação média constatamos que os acompanhantes de crianças com internamentos entre “6-8 dias” apresentam menor grau de independência (38,2%).

Gravidade da doença - A gravidade da doença tem como resposta a forma como os pais a percebem, englobando todos os factores a considerar (REIS, 2007).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas dos níveis de “importância”, “satisfação” e “independência” atribuídos pelos acompanhantes relativamente à gravidade da doença. No entanto, constatamos que os acompanhantes de crianças com doenças consideradas graves/muito graves atribuíram níveis de importância ligeiramente inferiores, ao ambiente físico e humanos de um serviço, com níveis de significância mais baixos (ordenação média =87,57). Constatamos também que os acompanhantes de crianças com doenças sem gravidade atribuíram níveis de satisfação ligeiramente inferiores, tendo-se verificado uma maior percentagem de acompanhantes (47,9%) pertencentes a este grupo a atribuírem níveis de significância mais baixos ao ambiente físico e humano do hospital.

Resumindo, os resultados acerca das necessidades dos pais, pelo nível de importância que eles atribuíram aos recursos físicos e humanos, pela apreciação que fizeram em relação à subescala de satisfação e pela independência do hospital para a concretização das suas necessidades, sustentam, por um lado, o seu interesse para participarem e se envolverem nos cuidados de saúde prestados à criança hospitalizada, e embora não dependam da instituição para a satisfação das suas necessidades, verificamos a necessidade das direcções das instituições de saúde e dos profissionais incrementarem medidas conducentes a uma maior satisfação dos pais, de forma a manterem a sua função de parentalidade.

6. CONCLUSÃO E PROPOSTAS

Ao terminar este trabalho impõe-se reflectirmos sobre o desenvolvimento deste estudo, no que diz respeito à consecução dos objectivos inicialmente traçados, enquadramento teórico, metodologia aplicada, resultados obtidos, limitações e implicações futuras, pelo que enunciamos algumas propostas e sugestões para a melhoria da satisfação dos pais.

A família tem um papel fundamental no desenvolvimento afectivo da criança, independentemente da idade em que esteja inserido, e os pais são os principais cuidadores da criança, sendo assim co-responsáveis pela sua saúde, assumindo um papel progressivamente mais participativo nos cuidados de saúde.

A importância do acompanhamento das crianças doentes pelos seus pais é bem evidenciada na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2009) e é hoje um direito consagrado na Lei Portuguesa.

Para que isto seja uma realidade, é fundamental humanizar o ambiente hospitalar, adequando a estrutura física e a organização dos serviços pediátricos a esta nova filosofia de cuidados em pediatria e profissionais de saúde adaptados a estas mudanças, com conhecimentos, para assim se poder incorporar nas práticas, estratégias promotoras de envolvimento e de participação dos pais nos cuidados.

Este trabalho procurou conhecer a percepção que os pais da criança hospitalizada têm relativamente às necessidades em recursos físicos e humanos no que diz respeito à importância dada, satisfação adquirida e independência relativamente ao hospital para as satisfazer. Foram nossos objectivos identificar alguns factores que influenciassem esta percepção, bem como reflectir sobre estas necessidades sempre com a finalidade de melhoria dos cuidados a prestar à família/criança.

Para irmos de encontro a estes objectivos, construímos o enquadramento teórico, tentando aprofundar conhecimentos sobre a família e a parentalidade, as consequências que a hospitalização trás para a família e a criança, as necessidades que os pais/acompanhantes significativos apresentam quando acompanham a criança hospitalizada, particularmente o ambiente físico e humano.

No enquadramento metodológico, as questões de investigação foram elaboradas para que pudéssemos analisar as necessidades sentidas pelos pais no que diz respeito à importância, satisfação e independência do hospital para as satisfazer; foram considerados alguns factores de caracterização demográfica e hospitalização que pudessem influenciar significativamente a auto percepção que os pais têm relativamente aos recursos físicos e humanos no serviço.

O estudo decorreu em serviços de pediatria/neonatologia de quatro hospitais portugueses do interior e norte de Portugal, englobando uma amostra de 184 pais/acompanhantes significativos de crianças hospitalizadas. De salientar que no estudo, os serviços e os hospitais envolvidos não foram analisados estatisticamente porque não era nosso objectivo fazê-lo.

Para o levantamento de dados, utilizamos dois questionários: o questionário das necessidades dos pais (NPQ) adaptado e validado para a população portuguesa por Ferreira et al. (2010), apresentando neste estudo, características psicométricas adequadas, com valores de fiabilidade e reprodutibilidade considerados apropriados, e um questionário para a caracterização sócio demográfica dos pais/acompanhantes e de caracterização da criança e hospitalização.

O tratamento de dados foi efectuado com grupos de corte de forma a criar grupos homogêneos e aplicado testes não paramétricos para avaliar o nível de significância entre as variáveis e as subescalas.

Após o tratamento de dados, a amostra estudada apresentou as seguintes características sócio demográficas e de contexto hospitalar:

- 165 são do sexo feminino e 19 do sexo masculino;
- Têm como idade mínima 18 anos e uma máxima de 53, sendo a idade média de 34.22. O grupo etário mais prevalente é o grupo com idade inferior a 29 anos, seguido do grupo com idade superior a 39 anos;
- São essencialmente pessoas casadas ou em união de facto;
- Residem em zonas urbanas;
- Têm um ou dois filhos;
- Têm essencialmente como habilitações literárias o ensino obrigatório e secundário/profissional;

- A mãe é o elemento familiar que aparece com maior representatividade na amostra como acompanhante da criança hospitalizada;
- A maioria das crianças hospitalizadas apresenta idades entre os 29 dias e os 2 anos e entre os 3 aos 6 anos de idade;
- Dos acompanhantes que referiram ser a primeira vez que as crianças eram internadas no serviço, todos são do género feminino;
- A maior parte dos acompanhantes consideram grave a doença;
- A média de duração de internamento é 6,78 dias.

Relativamente ao nível de importância, satisfação e independência ao hospital para a satisfação das necessidades em recursos físicos e humanos concluímos:

- Para os pais/acompanhante significativo, as necessidades em recursos físicos e humanos avaliadas pelo questionário das necessidades dos pais são muito importantes; a maioria encontra-se satisfeita e uma grande parte é independente do hospital para as satisfazer.

Na análise de significância estatística e nos grupos de corte entre variáveis, identificamos determinantes na percepção das necessidades dos pais durante a hospitalização da criança. Assim, foi possível verificarmos o seguinte:

- Os pais com mais filhos e os com maior nível de escolaridade atribuem níveis de importância superiores aos recursos físicos e humanos que aos outros;
- Os elementos do género feminino, solteiros, viúvos divorciados, que habitam em zonas rurais, com maior número de filhos, e nível de ensino secundário/profissional foram os que apresentaram níveis de satisfação mais elevados relativamente ao ambiente físico e humano que encontraram no hospital aquando da hospitalização da criança;
- Os pais/acompanhante significativo solteiros/divorciados, viúvos, que vivam em zonas urbanas, com nível de instrução secundário/profissional são os que apresentam níveis de independência mais elevados para a satisfação das necessidades em recursos físicos e humanos.

No que diz respeito às variáveis do contexto de hospitalização:

- Os acompanhantes de crianças com idades mais precoces, com internamentos superiores a 9 dias e os com doenças menos graves foram os que apresentaram níveis de importância mais elevados;

- Os mais satisfeitos relativamente as condições físicas e humanas existentes no serviço são a mãe, os acompanhantes de crianças com idades mais baixas e mais elevada, os que têm internamentos entre 2-4 dias e com doenças sem gravidade;
- Estão mais dependentes do hospital para a satisfação das necessidades em recursos físicos e humanos, os acompanhantes de crianças até aos 28 dias de vida, os que acompanhavam a criança no seu primeiro internamento e com duração de internamento entre 6-8 dias.

Sintetizando os resultados obtidos no tratamento de dados, permite-nos confirmar que, as diferentes subescalas das necessidades em recursos físicos e humanos estão em relação com as seguintes características sócio demográficas da criança e de hospitalização:

Importância: número de filhos, habilitações literárias; idade da criança, tempo de internamento; gravidade da doença;

Satisfação: género, idade dos acompanhantes, situação familiar, zona de residência, número de filhos, habilitações literárias; quem acompanhou a criança, idade da criança tempo de internamento, gravidade da doença;

Independência: situação familiar, zona de residência, habilitações literárias; quem acompanhou a criança, idade da criança, nº de internamentos, tempo de internamento;

Ao chegarmos a esta etapa do trabalho e ao atingirmos os objectivos propostos, importa apresentar algumas limitações no estudo, que foram identificadas ao longo do desenvolvimento deste trabalho:

- O preenchimento dos questionários pelos pais foi efectuado no ambiente da enfermaria, junto da criança, tendo sido interrompido por diversas vezes (ou porque as crianças choraram, ou por ter sido necessário prestar alguns cuidados), o que pode ter condicionado a motivação para responder, particularmente às questões abertas. Foi também percepcionado a dificuldade no preenchimento principalmente na interpretação de algumas frases, e à grande quantidade de respostas a dar, justificadas pelas dimensões do QNP;
- O instrumento da colheita de dados constituído por questões abertas, pelo baixo número de respostas e escassa expressão das suas opiniões, não nos foi possível compreender as

justificações, nomeadamente no que concerne às necessidades em recursos físicos e humanos;

- A análise dos dados quantitativos não permite fazer considerações alargadas sobre a perspectiva dos pais relativamente ao ambiente físico e humano nos serviços de pediatria no que diz respeito aos itens que consideram mais ou menos importantes, satisfeitos e independentes da instituição para os satisfazer;
- O número reduzido da amostra poderá não ter permitido obter resultados mais consistentes no estudo mas, devido aos prazos de entrega, o período de recolha de dados foi condicionado, houve períodos em que não nos foi possível a recolha dos dados ou porque os pais não obedeciam aos critérios de inclusão, previamente definidos, ou porque já tinham preenchido o QNP, anteriormente.
- Os poucos estudos, da análise quantitativa, existentes em Portugal sobre as necessidades dos pais da criança hospitalizada especificamente na área dos recursos físicos e humanos, não permitiram muitas comparações com os resultados obtidos nesta investigação.

O nível de adaptação dos centros hospitalares às necessidades dos doentes pediátricos e familiares é hoje considerado um indicador da qualidade assistencial. Ir de encontro às suas necessidades contribui para que a criança e família enfrentem melhor os problemas associados à doença infantil e à permanência no hospital. Assim, as sugestões que nos parecem mais pertinentes quer para a **área clínica** quer para a **área de investigação**, em função dos resultados obtidos neste estudo, são as seguintes:

- Encontrar formas de consciencializar os nossos governantes para a elaboração de legislação que estabeleça os requisitos mínimos de organização, funcionamento e instalações técnicas, para o exercício de actividade das unidades oficiais de saúde que tenham por objecto a prestação de serviços médicos e de enfermagem em pediatria;
- Informar os Concelhos de Administração, Direcções clínicas e de enfermagem das instituições e serviços envolvidos no estudo, dos resultados obtidos de modo a “despertar consciências” para a importância que um ambiente físico e humano de um serviço tem na participação dos pais nos cuidados de saúde ao filho e recuperação da criança.
- Dotar os serviços pediátricos de um ambiente físico humanizado de forma a proporcionar um acompanhamento efectivo dos pais aos seus filhos hospitalizados;

- Dotar os serviços pediátricos de uma equipa multidisciplinar, especialmente de enfermeiros experientes na área pediátrica e especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria, em número adequado para que possamos, numa perspectiva científica, ética e experiencial, dar uma resposta competente à complexidade do cuidar pediátrico;
- Adequar a organização e funcionamento de um serviço, de forma a constituir um incentivo ao envolvimento e participação dos pais nos cuidados a prestar à criança e decisões a tomar no seu tratamento;
- Organizar os cuidados baseados no modelo de enfermeiro de referência, tendo em conta as diversas vantagens que o modelo oferece, com especial destaque para o facto de os pais e a criança, desde a admissão até a alta, serem o alvo de cuidados de enfermagem realizados pelos mesmos enfermeiros, traduzindo isto numa maior confiança e conhecimento entre uns e outros, privilegiando uma qualidade diferente dos cuidados;
- O desenvolvimento de uma versão mais pequena do “*Questionário das Necessidades dos Pais*”, que permitisse uma avaliação sistematizada das necessidades dos pais de forma mais rápida e simples, que permitisse a adequação de intervenções dos profissionais de saúde, no decurso do internamento, correspondendo às necessidades e expectativas dos pais;
- Incluir no plano de formação em serviço, das instituições envolvidas, acções teóricas e dinamização de grupos de reflexão com técnicos de saúde acerca desta temática, de modo a clarificar conceitos e métodos de intervenção com as famílias, que sejam consensuais na equipa e que possam apoiar a construção de boas práticas.

É primordial lembrar que estudos desta natureza, em que se vislumbra o diagnóstico de uma dada realidade assistencial, têm benefícios extensivos à própria equipa de saúde e instituição investigada, na medida em que fornece indícios para melhor compreender as expectativas e necessidades dos utentes, estabelecendo acções e metas para a qualificação do atendimento hospitalar e a consequente melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas envolvidas neste processo. Assim, seria importante desenvolver:

- Estudos que envolvessem a perspectiva dos técnicos de saúde sobre o ambiente hospitalar e como valorizam as necessidades dos pais, permitiriam uma introspecção dos profissionais sobre as suas práticas resultando numa melhor compreensão entre as partes envolvidas neste processo;

- Aprofundar a temática das necessidades em recursos físicos e humanos dos pais da criança hospitalizada, efectuando estudos que nos possam dar resultados muito concretos e práticos sobre as necessidades em recursos físicos e humanos, porque só assim é possível implementar-se medidas que possam ir de encontro às necessidades da população que cuidamos;
- Estudos noutras valências da área pediátrica, como cuidados intensivos neonatais/pediátricos, porque as necessidades dos pais/acompanhantes significativos serão necessariamente diferentes de um serviço pediátrico, dada a gravidade da situação vivenciada por estes.

A participação das famílias no cuidado traduz-se por estar presente. A presença é vista como estar ali, junto, ao lado da criança, caracterizando a própria presença como um acto de cuidado, minimizando o stress inevitável que a hospitalização acarreta para a criança e sua família.

Como profissionais de saúde, precisamos, através da pesquisa e investigação científica, encontrar meios e estratégias que nos permitam olhar criticamente para a nossa realidade, identificando lacunas e caminhos de transformação. Percebemos a necessidade de estarmos constantemente actualizados, somando à nossa área profissional saberes que nos auxiliem a ampliar a nossa visão sobre o ser cuidado, tentando compreender as suas acções e reacções dentro de cada contexto e sobretudo estarmos sensíveis à dor e sofrimento da criança e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA, Angela Andrade – **Iluminação hospitalar**, 2010. [Em linha]. [Consult. 22 Ago. 2011]. Disponível em <http://angelaabdalla.blogspot.com>.

ALARCÃO, Madalena – **(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica**. Coimbra: Quarteto Editora, 2000. 372 p. ISBN 972-8535-21-X.

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

AURÉLIO, Fernanda S.; TOCHETTO, Tânia M. – Mensuração do ruído em una unidade de terapia intensiva neonatal. Acta Pediátrica Portuguesa. Lisboa. ISSN 0873-9781. Vol. 41, nº 2 (Março/Abril 2010), p. 64-68.

BARRERA Francisco Q. [et al.] - Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: análisis histórico y visión de futuro. Rev Chil Pediatr [Em linha]. Vol. 78, nº 1 (2007), p. 85-94. [Consult. 12 Dez. 2011]. Disponível em http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000100012&script=sci_arttext.

BERGAN, Carla Santos; SANTOS, Mauro César de Oliveira; BURSZTYN, Ivani – Humanização nos espaços hospitalares pediátricos: a qualidade do espaço construído e sua influência na recuperação da criança hospitalizada [Conferência] . In **IV Seminário de Engenharia Clínica**, 2004.

BOLANDER, Verolyn Barnes – **Sorensen e Luckmann enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica**. 3ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1998. 1963 p. ISBN 972-96610-6-5.

BORGES, Elizabete Maria Neves – **O sofrimento dos enfermeiros em pediatria**. Braga: [s.n.], 2004, 150 p. Tese de mestrado em Filosofia-Bioética apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

BRAGODÓTTIR, H. – A descriptive study of the extent to which self perceived needs of parents is met in pediatric units in Iceland. Scandinavian Journal of Caring Sciences. ISSN 0283-9318. Nº 13 (1999), p. 201-207.

CARNEIRO, Sílvia Gonçalves – **As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de pediatria Porto** [Em linha]. Porto: [s.n.]. Dissertação de mestrado em Ciências Sociais apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. 132 p. [Consult. Em 26 Out. 2011]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26868/2/Dissertao.pdf>.

CAVALCANTI, Patriacia Biasi; AZEVEDO, Giselle Arteiro Nielsen; DUARTE, Cristiane Rose – Ambientes de saúde: humanização, imagem e carácter dos espaços de saúde. Cadernos PROARQ (Programa de Pós-Graduação em Arquitectura). Rio de Janeiro. ISSN 1679-7604, (2007), p. 6-11.

CLÉMENT, Elisabeth [et al.] – **Dicionário prático de filosofia**. 5ª ed. Lisboa: Terramar, 2007. 407 p. ISBN 972-710-141-0.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Classificação internacional para a prática de enfermagem**, CIPE versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 205 p. ISBN: 9295040449.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Dotações seguras salvam vidas: Instrumentos de informação e acção** [Em linha]. Genebra: CIE, 2006. 84 p. ISBN 1646-2629. [Consult. 25 Jan. 2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf.

COWAN, Carolyn Pape; COWAN, Philip A. - Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. Family Relations [Em linha]. Vol. 44, nº 4 (Out. 1995), p. 412-423. [Consult. 1 Nov. 2011]. Disponível em <http://www.jstor.org/pss/584997>.

COWLEY, S. [et al.] – A taxonomy of needs assessment elicited from a multiple case study of community nursing education and practice. Journal of Advanced Nursing. Oxford. ISSN 0309-2402. Nº 31 (2000), p. 126-134.

DECRETO-LEI n.º 161/96. D.R. I Série-A. 205(1996-09-04). 2959-2962. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI n.º 26/87. D.R. I Série. 10 (1987-01-13) 175-176. Diploma/ATO (Rectificações).

DESLANDES, Suely Ferreira (Org.) – **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilema e as práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 416 p. ISBN 85-7541-079-2.

DUARTE, João Carvalho – **Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência**. Porto: [s.n.], 2008. 397 p. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE VISEU – **Guia orientador de trabalhos escritos**. Viseu: [s.n.], 2009. 59f. Acessível na biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu.

ESSEN, Louise von.; KARIN, Enskar.; SKOLIN, Inger – Important aspects of care and assistance for parents of children, 0-18 years of age, on or off treatment for cancer. Parent and nurse perceptions. European Journal of Oncology Nursing [Em linha]. Vol. 5, nº 2 (Dez 2001), p. 254-264. [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12849622>.

FERREIRA, Pedro Lopes; MELO, Elsa Maria Oliveira Pinheiro; REIS, Gina Maria Rodrigues; MELLO, Débora Falleiros – Validação e análise da precisão da versão em português do Needs of Parents Questionnaire. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. ISSN 0021-7557. Vol 86, nº 3 (Mai./Jun. 2010).

FIGUEIREDO, Maria do Céu Aguiar Barbieri – Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 10 (Jan. 1997), p. 19-22.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta Jesus Silva – **Enfermagem de família: um contexto do cuidar** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2009. 550 p. Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [Consult. 18 Nov. 2011]. Disponível em <http://repositorioaberto.up/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.

GAMEIRO, M. G. H. - **Experiências subjectivas de sofrimento na doença**. Porto: [s.n.], 1998. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

GEORGE, J. – Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 375 p. ISBN 85-7307-587-2.

GOMES, Cristina; TRINDADE, Graça Paula Gil; FIDALGO, José Manuel Alves – Vivências de pais de crianças internadas na unidade de cuidados intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. Referência. Coimbra. Nº 11, II Série (Dez 2009), p. 105-116.

GOMES, Giovana Calcagno; ERDMANN Alacoque Lorenzini – O Cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a humanização. Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre (RS). Vol. 26, nº 1 (Abr. 2005), p. 20-30.

GOMES, Giovana Calcagno; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini – Percepções da equipe de enfermagem em relação ao pai como cuidador na unidade de pediatria. Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre (RS). Vol. 29, nº 3 (Set. 2008), p. 431- 437.

GRAÇA, L. (1992). *O trabalho em equipa: uma nova lógica de organização do trabalho e participação na gestão*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. Vol. 10, nº 1 (Jan./Mar. 1992), p. 5-18.

HALLSTRÖM, Inger; ELANDER, Gunner – Families' needs when a child is long-term ill: a literature review with reference to nursing research. International Journal of Nursing Practice. Vol. 13, nº 3 (June 2007), p. 193-200.

HALLSTRON, Inger; RUNESON, I.; ELANDER, Gunner – Observed parental needs during their child's hospitalization. Journal of Pediatric Nursing. Nº 17 (2002), p. 141-148.

HENDERSON, Virgínia. – **Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE**. Loures: Lusodidacta, 2007. 78 p. ISBN 978-989-8075-00-0.

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WINKELSTEIN, Wilson – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª ed. São Paulo: Elsevier, 2006. 1303 p. ISBN 10:85-352-1918-8.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Classificação portuguesa das profissões 2010**. Lisboa: INE, 2011. 485 p. ISBN 978-989-25-0010-2.

KRISTJÁNSDÓTTIR, Guðrún. – Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized two-to six-year-olds. Scandinavian Journal Caring Science [Em linha]. Nº 9 (1995), p. 95-103. [Consult.12 Junho 2011]. Disponível em [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Scand%20J%20Caring%20Sci.%201995%3B9\(2\)%3A95-103](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Scand%20J%20Caring%20Sci.%201995%3B9(2)%3A95-103).

KYRITSI, H. [et al.] – Parent's needs during their child's hospitalization. Nursing Gr. Nº 23 (2005), p. 1-9.

LEE, Polly – Partnership. What does it mean today? Journal of Child Health Care. Vol. 3 nº 4, (1999), p. 28-32.

LEI nº 104/98. D.R. I Série-A. 93 (1998-04-21) 1739-1757. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto.

LEI nº 106/2009. D.R. I Série. 178 (2009-09-14) 6254-6262. Acompanhamento familiar em internamento hospitalar.

LEI nº 115/97. D.R. I Série-A. 217 (1997- 09-19). Alteração à Lei nº 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo).

LEI nº 21/81. D.R. I Série. 189 (1981-08-19) 2129. Acompanhamento familiar de criança hospitalizada.

LEI nº 46/86. D.R. Série I. 237 (86-10-14) 3067. Lei de Bases do Sistema Educativo.

LEI nº 49/2005. D.R. I Série-A. 166 (2005-08-30). Segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo e primeira alteração à Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior.

LIMA, Regina A. G. [et al.] – Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169 Vol. 7, nº 2 (1999), p. 33-39.

MACHADO, Cidália; SOUSA, Pedro Jácome – O medo da criança/família perante o internamento numa UCI pediátrica: que intervenção de enfermagem. Servir. Lisboa. ISSN 871-2379. Vol. 55, nº 4 (Jul./Out. 2007), p. 157-164.

MACHADO, Heloisa Beatriz [et al.] – Percepção de familiares de crianças internadas sobre o papel dos cuidadores. Família, Saúde e Desenvolvimento [Em linha]. Curitiba. Vol 8, nº 1 (Jan./Abr. 2006), p. 49-55 [Consult. 12 Novembro 2011]. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/7998/5643>.

MACHADO, Sinéia Santos [et al.] – Caracterizando a assistência prestada pela equipa de saúde às crianças hospitalizadas. Revista de Enfermagem UFPE. ISSN 1981-8963. Nº 4 (Nov. Dez. 2010), p. 1965-1970.

MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo – A estrutura física do hospital. In MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo; PONTÓN LAVERDE, Gabriel – **Administração hospitalar**. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2003. ISBN 85-303-0048-3. p. 117-126.

MARÇAL, Teresa – A criança e o espaço no serviços de saúde. In INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – **Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital**. Lisboa: IL Serviços Gráficos, 2006. Vol. 1º. ISBN 972-8003-23.

MATARAZZO, Anne Ketherine Zanetti – **Composições cromáticas no ambiente hospitalar: estudo de novas abordagens** [Em linha]. São Paulo: [s.n.], 2010. 215 p. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Arquitectura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. [Consult. 1 Nov. 2011]. Disponível em http://pandora.cisc.usp.br/teses/disponiveis/16/16132/tde09112010.111907/publico/Mestrado_Anne_Matarazzo.pdf.

MELLO, Débora Falleiros [et al.] – Cuidados maternos a crianças de baixo peso ao nascer [Em linha]. Revista da Escola Enfermagem da USP. São Paulo. Vol. 26, nº 3 (2002), p. 262. [Consult. 12 Nov. 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a07.pdf>.

MELO, Elsa Maria Oliveira Pinheiro – **Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas**. Aveiro: [s.n.], 2011. 235 p. Tese de doutoramento em Ciências de Saúde apresentada à Universidade de Aveiro.

MEZOMO, João Catarin – **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001. 301 p. ISBN 85-204-1263-7.

MIGUEL, Alberto Sérgio S.R. – **Manual de higiene e segurança no trabalho**. 7ª ed. Porto: Porto Editora, 2004. 527 p. ISBN 972-0-01168-8.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto; MARCON, Sónia Silva. - Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. Revista Escola Enfermagem da USP [Em linha]. Vol. 43, nº 4 (2009), p. 856-864. [Consult.15 Dez.2011]. Disponível em <http://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342009000400017>.

NETHERCOTT, Sarah – A concept for all the family: family centered care. A concept analysis. Professional Nurse [Em linha]. (1993), p. 794-797. [Consult. 03 Jun. 2011]. Disponível em <http://www.mendeley.com/research/concept-family-family-centred-care-concept-analysis/>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **As condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses**. Lisboa: OE, 2004. ISBN: 972-99646-1-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

PEDRO, João José Boeiro – **Parceiros no cuidar: a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2009. 162 p. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Biociências Abel Salazar da Universidade do Porto. 2009. 162 p. [Consult. 23 Jun. 2011]. Disponível em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20171/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20de%20Joo%20Pedro.pdf>.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. 690 p. ISBN 972-618-391-X.

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

PORTARIA nº 615/2010. D.R. I Série. 149 (2010-08-03). Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da actividade das unidades privadas que tenham por objecto a prestação de serviços médicos e de enfermagem em obstetrícia e neonatologia.

PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde – **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008** [Em linha]. Lisboa: ACS, 2009. 176 p. ISBN 978-989-96263-0-0. [Consult. 20 Jun. 2011]. Disponível em http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/06/cnsca_2004-2008.pdf.

PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde. Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente – **Orientações para a Carta Hospitalar de Pediatria em Portugal Continental: O enfermeiro e os cuidados de saúde à criança e adolescente**, 2008. [Em linha]. [Consult. 23 Maio 2011]. Disponível em http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/08/RelatorioCNSCA_2edicao.pdf.

PORTUGAL. INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – **Anotações à Carta da Criança Hospitalizada** [Em linha], 2009. 40 p. [Consult. 23 Julho 2011]. Disponível em <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1993. 183 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **Plano nacional de saúde 2004-2010: orientações estratégicas**. Lisboa: DGS, 2004. Vol. 2, 216 p. ISBN 972-675-110-1.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: DGS, 2004. 88 p. ISBN.972-675-110-1.

REIS, Gina Maria Rodrigues – **Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança**. Porto: [s.n.], 2007. 145 p. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

RELVAS, Ana Paula Pais Rodrigues Fonseca – **O ciclo vital da família: perspectiva sistémica**. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2006. 240 p. ISBN 972-36-0238-5.

ROCHA, Marcia Matos Brandão – **Detalhes arquitectónicos em unidades de internação pediátrica** [Em linha]. Salvador: [s.n.], 2008. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Arquitetura de Sistemas de Saúde. [Consult. 20 Ago. 2011]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/detalhes_arquiteticos_unidades_internacao.pdf.

SABATÉS, Ana Llonch; BORBA, Regina Issuzu Hirooka – As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. Ribeirão Preto. Vol. 13, nº 6 (2005), p. 68-73. [Consult. 12 Jun. 2011]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600008.

SEQUEIRA, Arménio; SILVA, Marlene Nunes – **O bem-estar da pessoa idosa no meio rural**, 2002 [Em Linha]. s.l. [Consult. 20 de Jun. 2011]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a23.pdf>.

SHIELDS, Linda; HUNTER, J.; HALL, J. – Parent's and staff's perceptions of parental needs during a child's admission to hospital: an English perspective. Journal of Child Health Care. Vol. 8, nº 1 (2004), p. 9-33.

SHIELDS, Linda; KRISTENSSON-HALLSTROM, Inger – We have needs, too: parental needs during a child's hospitalization. Brazilian Journal of Nursing [Em linha]. Vol. 3, nº 3 (2004) [Consult. 30 Abril 2006]. Disponível em <http://www.uff.br/nepae/objn303shieldsetal.htm>.

SHIELDS, Linda; KRISTENSSON-HALLSTROM, Inger; O'CALLAGHAN, Michael – An examination of needs of parents of hospitalized children: comparing parent's and staff's perceptions. Scandinavian Journal Caring Science [Em linha]. Nº 17 (June 2003), p. 176-184. [Consult. 12 Jun. 2011]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-6712.2003.00215.x/abstract>.

SILVA, Gabriela de Almeida Pereira Lemes; SANTOS, Juliana Maíse; CINTRA, Sílvia Maira Pereira – A assistência prestada ao acompanhante de crianças hospitalizadas em uma unidade de internação infantil: a opinião do acompanhante, contribuindo para a assistência de enfermagem. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. São Paulo [Em linha]. Vol. 9, nº 1 (Julho 2009), p. 13-18. [Consult. 3 Jun. 2011]. Disponível em http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol9-n1/v.9_n.1-art2.pesq-a-assistencia-prestada-ao-aompanhante-de-criancas.pdf.

SMIT, L.; COLEMAN, V.; BRADSHAW, M. – Family-centred care: using the practice continuum tool. In GLASPER, A.; RICHARDSON, J. A. – **Textbook of Children's and Young People's Nursing**. Churchill Livingstone: Elsevier, 2006.

SOARES Maria de Fátima; LEVENTHAL, Lucila Coca – A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. Ciência Cuidados em Saúde. Vol. 7, nº 3 (Jul/Set 2008), p. 327-332.

SOUSA, Paula C. M.; SOUSA, Paulino A.F. – Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. Enfermagem Oncológica. Porto. Ano 10, nº 40 (2007), p.11-22.

ULLAN DE LA FUENTE, Ana Maria; HERNANDEZ BELVER, Manuel – **Los Niños en los hospitales: espacios, tiempos y juegos en la hospitalización infantil**. Salamanca: Tempora, 2005. 105 p. ISBN 84-95906-74-0.

VALE, Ianê Nogueira do; SOUZA, Sandra Regina; CARMONA, Elenice Valentim – Nursing diagnoses identified during parent group meetings in a neonatal intensive care unit. Internacional Journal Nursing Terminologie and Classifications. Vol 16, nº 3-4 (July 2005), p. 65-73.

VALVERDE, Lima Dayana Dantas; CARNEIRO, Mônica Pollyanna Sales Rios – **O suporte psicológico e a criança hospitalizada: o impacto da hospitalização na criança e em seus familiares**, 2010. [Em linha]. [Consult. 22 Set. 2011]. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0229.pdf>.

VENTURA, Paloma Fernandes Estanislau Vaz – **Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, como critério para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. [Em linha]. [Consult. 1 Dez. 2011]. Disponível em http://dspace.lcc.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-8GSJKX/1/palloma_fernades_estanislau_vaz_ventura.pdf.

VESSEY, J. A. – Children's psychological responses to hospitalization. In FITZPATRICK, J. J. - **Annual Review of Nursing Research**. New York: Springer Publishing Company, 2003. ISBN 082614133. p. 173- 201.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen – **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família**. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002. 312 p. ISBN 9788572413466.

APÊNDICES

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO SOBRE AS NECESSIDADES DOS PAIS

Questionário aos Pais

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

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

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

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

EXEMPLOS:

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

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

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

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

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

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

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

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

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

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

52 – Idade: _____ anos

53 – Sexo:

- Masculino ☐
- Feminino ☐

54 – Estado Civil: _____

- Solteira ☐
- Casada ☐
- Divorciada ☐
- União de Facto ☐
- Viúva ☐

55 – Residência:

- Zona rural ☐
- Zona urbana ☐

56 – Número de filhos: _____

57 – Habilitações Literárias:

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

58 – Profissão:

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

59 – Quem acompanha a criança durante este internamento?

- Mãe ☐
- Pai ☐
- Outro ☐ Quem? _____

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

61 – Nº de vezes que teve um filho internado neste serviço - _____

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

É grave ☐

Não é grave ☐

É muito grave ☐

63 – Tempo de internamento - _____

64 – Por Favor, acrescente alguma observação que não tenha sido apresentada nas frases e que ache que é importante para si, em relação à hospitalização do seu filho.

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

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

- UCERN ☐
- Pediatria ☐

Muito Obrigado pelo tempo dispensado ao preencher este questionário.

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

APÊNDICE II

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (NPQ)



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



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

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

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

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	231
Data:	25/02/2011
Processo:	70

Assunto: PEDIDO DE QUESTIONÁRIO E AUTORIZAÇÃO PARA A SUA APLICAÇÃO

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

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

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

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

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

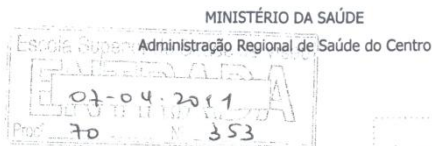
O Presidente da ESSV,

Prof. Doutor João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

EB/AL

APÊNDICE III

AUTORIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO DOS QUATRO HOSPITAIS PARA A APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS



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

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

Sua Referência	Sua comunicação	Nº Ofício - Data
		HAL 01 2361 2011-04-04 09:55:44

Assunto:	Pedido de Autorização para o Desenvolvimento de Estudo
----------	--

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

Com os melhores cumprimentos,

*Dr. Luís Correia
Presidente do Conselho de Administração
da ULS - Castelo Branco*

O Presidente do Conselho de Administração

Dr. Luís Correia
ULS - Castelo Branco
A Directora Clínica

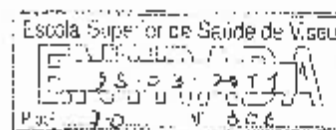
Dra. Maria Eugénia André

R.M

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

 Centro Hospitalar de
Trés-sous-Monts e Alto Douro, EPD

Ref Executive


$$\text{Fxm}^{\circ}(a), \text{SenhQ}_1(a):$$

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

ASSUNTO: **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO**

REFERÊNCIA: Ofício nº. 311 de 15.07.2011
Processo: 20

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

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

Com os melhores cumprimentos,

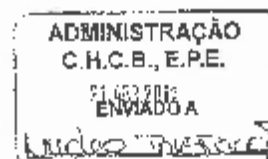
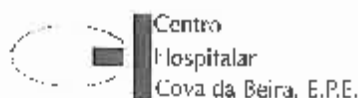
Ao coordenador do Tribunal
 de Investigação para a Corrupção
 25/3/11


File Size 23.03.2011

A ENFERMEIRA DIRETORA A

Autumn 1988

Doc n°: 235/2014 - Dr. Enfermagem



Parecer:	Despacho: 1.568/2011 <i>[Handwritten signatures]</i>
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº33/2011 - "Avaliação da satisfação dos pais e profissionais relativamente às necessidades face à hospitalização das crianças"	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração DE: Núcleo de Investigação	N.º 31/2011 Data 05/04/2011
Em relação ao assunto em epígrafe, justifica-se o pedido de autorização de Rosa Maria Pereira Machado, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola de Superior de Saúde de Viseu para a realização de um estudo subordinado ao tema "Avaliação da satisfação dos pais e profissionais relativamente às necessidades face à hospitalização das crianças", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher deste Centro Hospitalar. Entendo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação. Informo ainda que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta nº 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009. A Comissão de Ética decidiu ainda: ----- Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade. " Com os melhores cumprimentos, <i>[Handwritten signature]</i> Pelo Núcleo de Investigação <i>[Handwritten signature]</i> (D.ª Rosa Samões) Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.	

Excmo. Diretora e Superf. do Serviço de Pediatría
para a informação.

18/03/2011

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

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Prof. Ernestina

29/03/11

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

Envio questionário
para a Tática de um
Serviço.

23/03/2011

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

VOSSA REFERÊNCIA

Ofício nº: _____ Data: _____

Processo: _____

NOSSA REFERÊNCIA

Ofício nº 310 Data: 15/03/2011

Processo: 70

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO

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

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

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

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

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

ES/HC

Site: <http://www.essv.ipv.pt> • E-mail Geral: essv@repositorio.ipv.pt • E-mail Secretaria: secretaria@repositorio.ipv.pt