



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





*Ao Hugo*  
*Ao Francisco*  
*À Margarida*



## **Agradecimentos**

Gostaria de expressar o meu agradecimento a todos os que tornaram este trabalho possível, nomeadamente:

À orientadora Professora Doutora Amarilis Rocha pelas preciosas orientações, sugestões, críticas e disponibilidade;

Ao Professor Doutor João Duarte pela colaboração e atenção dispensada;

Um agradecimento especial àqueles a quem roubei muito tempo, a quem não dediquei o que mereciam durante esta etapa da minha vida, em especial ao meu marido e aos meus filhos;

Às "colegas da relação de ajuda", Teresa, Xana e Lena, que estiveram sempre disponíveis e assim contribuíram para a concretização desta dissertação.

À Sónia pela amizade e disponibilidade.

A todos o meu Bem-Haja!



## RESUMO

**Enquadramento:** Cuidar em pediatria baseia-se numa filosofia muito própria, que privilegia a prestação de cuidados em parceria e centrados na família. A relação de ajuda é considerada um instrumento de cuidados de enfermagem fundamental. O conhecimento da percepção que os pais têm acerca da relação de ajuda estabelecida pelos enfermeiros dos serviços de pediatria é indispensável para a busca de conhecimento e aquisição de competências para conseguir estabelecer uma relação de ajuda com a criança/adolescente/família, baseada no respeito, congruência e empatia.

**Objetivos:** Avaliar a perspetiva da família das crianças/adolescentes acerca do desempenho da relação de ajuda dos enfermeiros que as cuidam; Verificar a influência das variáveis sociodemográficas dos pais na percepção que têm sobre a relação de ajuda estabelecida pelos enfermeiros.

**Métodos:** Estudo de natureza quantitativa, transversal, descritivo, correlacional, realizado numa amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 203 pais que acompanharam os filhos nos serviços de pediatria. O instrumento de recolha de dados utilizado inclui questões para a caracterização sociodemográfica da amostra e o inventário de relações interpessoais de Barrett-Lennard, versão OS-40 que avalia a relação de ajuda nas suas quatro dimensões: nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade e congruência.

**Resultados:** O nível de respeito e incondicionalidade são percecionados pelas mães de forma muito positiva, enquanto que pelos pais é mais valorizada a compreensão empática e congruência. Obtiveram-se ordenações médias superiores nos pais com idades compreendidas entre 29-35 anos em todas as dimensões, exceto na congruência. Os pais que residem em meio urbano obtiveram scores superiores na relação de ajuda. Na unidade de neonatologia observaram-se ordenações médias mais elevadas para todas as dimensões da relação de ajuda e na pediatria, ordenações médias mais baixas.

**Conclusões:** Os pais das crianças/adolescentes internados têm uma percepção positiva da relação de ajuda. Nas dimensões nível de respeito e compreensão empática apresentaram scores mais elevados, seguidos da congruência e, com score mais baixo, a incondicionalidade do respeito. Sugere-se a implementação de formação contínua na equipa de enfermagem acerca da relação de ajuda e a continuidade da investigação nesta área.

**Palavras-chave:** Relação de ajuda, família, enfermeiro, pediatria.



## ABSTRACT

**Context:** Taking care in paediatrics is based on a very specific philosophy which privileges partnership and family-centred care. Help Relationship is considered a fundamental instrument for nursing. Knowing the perception that parents have on the Help Relationship set up by nurses on the paediatrics service is indispensable in the search for knowledge and to acquire the skills to establish a Help Relationship with the child/adolescent/family, based on regard, congruence and empathy.

**Objectives:** To evaluate the perspective of the children/adolescents' family on the role of Help Relationship with the nurses that take care of them; to verify the influence of socio-demographic variables in the parents' perception on the Help Relationship established by nurses.

**Methodology:** A study of quantitative, transversal, descriptive and co-relational nature, carried out in a non-probabilistic sample, by convenience, formed by 203 parents that accompanied their children to the paediatrics service. The instrument for collecting data included a questionnaire for socio-demographic characterisation of the sample and the Barrett-Lennard Interpersonal Relationships Inventory, version OS-40, which evaluates Help Relationship in its four dimensions: level of regard, empathic understanding, unconditionality and congruence.

**Results:** Level of regard and unconditionality are perceived by mothers in a very positive way, whereas fathers value empathic understanding and congruence. Higher average scores were obtained by parents between the ages 29-35 in all dimensions, except for congruence. Parents living in urban areas got higher scores in what respects Help Relationship. In the newly-born unit higher average scores were observed in all dimensions of Help Relationship and in the paediatrics unit the average scores were lower.

**Conclusions:** The parents of hospitalised children/adolescents have a positive perception on Help Relationship. Level of regard and empathic understanding got higher scores, followed by congruence and, with the lowest score, unconditionality. We suggest implementing continuous training for nurses on the subject and further investigation in this area.

**Keywords:** Help Relationship, family, nurse, paediatrics.



<b>ÍNDICE</b>	<b>página</b>
<b>1 – INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2 - RELAÇÃO DE AJUDA E A ENFERMAGEM</b> .....	25
2.1 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO .....	26
2.2 - MODELOS DE RELAÇÃO DE AJUDA EM ENFERMAGEM.....	28
<b>3 - PAPEL PARENTAL E A ENFERMAGEM EM PEDIATRIA</b> .....	35
3.1 - CUIDADOS EM PARCERIA .....	36
3.2 - RELAÇÃO DE AJUDA NO CUIDADO EM PEDIATRIA.....	38
<b>4 – METODOLOGIA</b> .....	45
4.1 - CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	45
4.2 – OBJETIVOS .....	46
4.3 - TIPO DE ESTUDO .....	46
4.4 - VARIÁVEIS .....	47
4.4 - PARTICIPANTES.....	47
4.5 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	48
4.6 - PROCEDIMENTOS .....	53
4.7 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	54
<b>5 - ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	59
<b>6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	67
<b>7 - CONCLUSÕES</b> .....	71
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	75
 <b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS</b>	
<b>ANEXO II - AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS</b>	
<b>ANEXO III - DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO BLRI</b>	



## INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos elementos da amostra por sexo .....	48
Tabela 2 – Correlação de Pearson entre as dimensões da relação de ajuda .....	53
Tabela 3 - Estatística relativas à idade .....	59
Tabela 4 - Descritiva das variáveis demográficas em função do sexo .....	61
Tabela 5 - Estatísticas relativas ao tempo de internamento .....	61
Tabela 6 - Estatística relativa às dimensões da relação de ajuda .....	62
Tabela 7 - Teste U-Mann-Whitney para as dimensões da relação de ajuda e o sexo .....	63
Tabela 8 – Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e a idade .....	63
Tabela 9 - Análise da variância entre as dimensões da relação de ajuda e as habilitações literárias .....	64
Tabela 10 - Teste de U-Mann-Whitney para as dimensões da relação de ajuda e área de residência .....	64
Tabela 11 - Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e o tempo de internamento .....	65
Tabela 12 - Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e o serviço de internamento .....	65



## INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Forma OS-40: dimensões e afirmações que lhes correspondem .....	49
Quadro 2 – Classificação possível para cada afirmação do inventário .....	50
Quadro 3 – Consistência interna do inventário .....	52



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

BLRI – Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DL – Decreto Lei

Dp – Desvio Padrão

M – Média

MO – Myself to the Other

OE – Ordem dos Enfermeiros

OS – Other to Myself

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração







## 1 – INTRODUÇÃO

Desde o início da humanidade que existe o conceito de cuidar, uma vez que é imprescindível para manter e sustentar a vida do ser humano. Considera-se que foi esta atividade inata que esteve na origem da profissão de enfermagem. Atualmente a enfermagem é entendida como uma arte, uma ciência de cuidar englobando conhecimentos humanos e científicos baseados nas relações interpessoais (Ferreira; Pontes & Ferreira, 2009).

Os cuidados de enfermagem quando prestados no contexto de uma relação de ajuda contribuem necessariamente para a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde que se prestam à pessoa, à família ou à comunidade. Os cuidados de enfermagem, porque se centram nas relações interpessoais, necessitam de um conjunto de referências de suporte (Mendes, 2006). Nos últimos anos, a tendência dos profissionais de saúde dirige-se para o desenvolvimento de habilidades sociais que permitam que a comunicação enfermeiro/utente seja eficaz, nunca descurando a família (Cortés, 2011).

No caso da pediatria, o papel parental é central na relação de ajuda. O papel dos pais tem sido estudado em diversas perspetivas. Atualmente os estudos realizados nesta área têm visado as necessidades de apoio aos pais das crianças hospitalizadas, verificando-se assim uma preocupação crescente relativamente à participação dos pais nos cuidados (Santos, 2011).

Os pais não exercem somente o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afetivo da criança, são também conciliadores entre a criança e o mundo externo, conforme afirma Mano (2002). As crianças são particularmente vulneráveis às mudanças, tanto no seu ambiente como nas rotinas habituais, o que acontece num episódio de internamento. Também para os pais esta situação é causadora de angústia e insegurança, tornando-se fundamental a união da família, onde a díade criança/família encontre um ambiente terapêutico que promova o melhor interesse da criança.

Os enfermeiros de saúde infantil e pediatria devem ter a preocupação de desenvolver capacidades que lhes permitam trabalhar com a família, traduzindo uma filosofia de cuidados contribuindo, inevitavelmente para a mudança de esquemas tradicionais em enfermagem pediátrica (Mano, 2002).

Os estudos revistos no decorrer desta pesquisa centram-se essencialmente na vertente da relação de ajuda entre profissionais e família e a percepção do utente, apresentam resultados e sugestões complementares e, a maioria, aponta para a necessidade da continuidade da investigação (Frade, 1999; Rocha, 2008; Santos, 2011; Paula, 2012; Loureiro, 2012).

As propostas de investigação decorrentes dos estudos consultados consolidam a ideia de que a investigação científica proporcionada pela construção de conhecimento facilita a criação de uma teoria coerente e eficaz para a reorganização dos cuidados de enfermagem em pediatria no desenvolvimento de competências relacionais de ajuda. Enfatizam a importância da implementação de estratégias promotoras do envolvimento dos pais e das próprias crianças/adolescentes nos seus cuidados de saúde e de formação contínua dos profissionais para fomentar o desenvolvimento das competências na relação de ajuda (Rocha, 2008; Mano, 2002; Santos, 2011).

Este estudo pretende dar o mote para a pesquisa na avaliação do desenvolvimento de competências relacionais de ajuda dos enfermeiros que trabalham nos serviços de pediatria, mediante a avaliação da percepção dos pais acerca dessa relação.

O estudo foi intencionalmente direcionado para a instituição onde a autora exerce funções de enfermeira especializada na área de saúde infantil e pediatria, investigando, neste contexto específico, como resultado das preocupações já expostas e da percepção de que a relação de ajuda pode ser melhorada nos serviços de pediatria. Por outro lado, os resultados a obter refletirão uma realidade diária na pediatria do CHTV, proporcionando contributos essenciais e direcionados para a melhoria dessa realidade, não tendo como pretensão generalizar para outras áreas ou instituições.

Delineou-se a problemática através das seguintes questões de investigação:

- Como percebe a família da criança internada o desempenho de "relação de ajuda" dos enfermeiros que a cuida?
- De que modo as variáveis sociodemográficas se relacionam com a percepção que os pais têm acerca da relação de ajuda?

Para dar resposta a estas questões enunciaram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a perspetiva da família das crianças/adolescentes internados em pediatria acerca do desempenho da relação de ajuda dos enfermeiros;
- Verificar a influência das variáveis sociodemográficas na percepção da família da criança/adolescente acerca da relação de ajuda estabelecida pelos enfermeiros.

Da revisão teórica sobre o tema afigura-se bastante clara a importância da relação de ajuda nas relações interpessoais, mais especificamente na relação enfermeiro/criança/família.

O estudo da relação de ajuda no âmbito da especialidade de pediatria constitui um desafio para os enfermeiros da área. Mediante a temática, as questões de investigação e objetivos delineados estruturou-se o trabalho em duas partes fundamentais. Na primeira fundamenta-se o estudo com os constructos teóricos. A segunda parte consiste na investigação empírica.

Assim, na primeira parte aborda-se a relação de ajuda como instrumento essencial no processo de cuidados de enfermagem; as competências do enfermeiro enquanto prestador de cuidados; a relação de ajuda abordando a especificidade do cuidar em pediatria, em que cuidar envolve a criança e são abordados modelos de relação de ajuda em enfermagem, enfatizando o modelo de relação de ajuda de Barrett-Lennard, autor do inventário utilizado para mensurar a relação de ajuda.

Fundamenta-se ainda o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro de pediatria, abordando o papel parental e a enfermagem, onde se foca a presença da família em contexto de parceria de cuidados e a relação de ajuda na especificidade do cuidar em pediatria, em que cuidar envolve a criança e, não menos importante, a família, destacando os cuidados especializados do enfermeiro especialista na saúde da criança e do adolescente.

A segunda parte deste estudo constitui a contribuição pessoal, através de um estudo que se inicia com as considerações metodológicas seguido das estratégias para a avaliação da perceção parental sobre a relação de ajuda em pediatria numa população de pais de crianças/adolescentes que necessitaram de cuidados nos serviços de pediatria do CHTV. São definidos o tipo de estudo, o modelo concetual, os participantes no estudo, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos adotados. Segue-se a análise dos resultados e a discussão dos mesmos.

Por fim apresentam-se as principais conclusões e propõem-se algumas sugestões para o desenvolvimento de competências relacionais, fundamentais para a prática de cuidados de enfermagem de excelência.



## I PARTE - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



## 2 - RELAÇÃO DE AJUDA E A ENFERMAGEM

*"Precisamos uns dos outros para mais e melhor nos conhecermos a nós próprios. À luz e à sombra que nos faz ser o que somos. (...) É através dos relacionamentos que, ao longo da vida, nos vão sendo proporcionados, que podemos tomar consciência do que já somos e também do que ainda temos de trabalhar em nós."*

*Maria José Costa Félix (2006)*

Etimologicamente, ajuda (*ad + jutare, ad + juvare*) pressupõe o ato de auxiliar, colaborar, amparar, facilitar ou socorrer alguém diante de alguma necessidade (Moreira & Carvalho, 2004).

A relação de ajuda pode ser pensada como um instrumento de extrema utilidade no processo de cuidados de enfermagem. Tem as suas bases constituídas no pensamento de Martin Buber (1977), a partir da filosofia do diálogo que se estabelece na relação "Eu-Tu". Para o autor, a relação de ajuda acontece entre os seres humanos a partir de um encontro onde a relação estabelecida com o outro não deve ser encarada como um meio (pedir ajuda, informação,...), mas também como um fim, existindo reciprocidade e a visibilidade do ser humano como um todo. Tal filosofia influenciou o pensamento de Carl Rogers, um dos pioneiros na apropriação deste conceito, quando formulou a Teoria da Relação de Ajuda, no início da década de 60, no século passado (Moreira & Carvalho, 2004).

A relação de ajuda na conceção rogeriana é concebida como uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida (Chalifour, 2008).

Também a enfermagem abrange uma filosofia de ajuda no decurso da história da profissão. No surgimento da enfermagem moderna, as "proposições nightingaleanas" destacam a característica reparadora do cuidado de enfermagem, a partir de atitudes que auxiliem os utentes a se manterem nas melhores condições possíveis. Quase um século depois, enfermeiras norte-americanas iniciaram suas proposições teóricas para sistematizar a prática, como contribuição à ciência da enfermagem. Presentemente, as teorias de enfermagem propostas, conferem algumas similaridades e diferenças relativas ao significado da *ajuda*, tal como ela é entendida neste estudo.

*Elsa Margarida Magalhães Simões de Almeida*

Faye Glenn Abdellah foi a primeira das teóricas da época mais recente a reconhecer na enfermagem o propósito da análise dos problemas e intervenções necessárias para ajudar os utentes a alcançar suas metas, como um dos elementos básicos da prática da enfermagem.

Em outras propostas teóricas, a conceção de ajuda apresenta um sentido de apoio ou auxílio. Esse sentido surge nas descrições conceituais dos *Princípios Básicos do Cuidado de Enfermagem*, de Virgínia Henderson; nas proposições da *Teoria do Autocuidado*, de Dorothea Orem; no *Modelo de Adaptação*, de Callista Roy; na *Teoria das Necessidades Humanas Básicas*, de Wanda Horta, entre outros. Contudo, um destaque maior à relação de ajuda, em que pese a teorização do saber-fazer da prática baseada em modelos interacionistas, é dado nas proposições encontradas no *Relacionamento Interpessoal em Enfermagem* de Hildegard Peplau, e na *Teoria da Relação Interpessoal* de Joyce Travelbee (Moreira & Carvalho, 2004).

De uma forma geral, os cuidados de enfermagem pautam-se pela sua fundamentação científica, enfatizam a interação entre enfermeiro, indivíduo e família, estabelecendo uma relação de ajuda (Phaneuf, 2005). O enfermeiro, como afirma Hesbeen (2000), não pode separar as necessidades do utente das dos seus familiares, sendo importantíssimo estabelecer uma relação de ajuda eficiente ao longo da prestação de cuidados. Esta envolve e exige uma complexidade extrema, pois o objeto dos cuidados de enfermagem é o utente e a família.

Atualmente, o Código Deontológico do Enfermeiro destaca o cuidado como uma finalidade do trabalho de enfermagem. A profissão de enfermagem deve centrar-se nesse conceito de cuidado, que visa "contribuir para o bem-estar e o bem viver a que todas as pessoas têm direito - considerando na promoção de bem viver uma vida digna que tem, como situação limite, uma morte digna" (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 66).

Pressupõe-se então que na base da relação de ajuda está uma habilidade para a relação centrada no outro, integrada num processo de desenvolvimento pessoal e social. Os cuidados de enfermagem devem ser centrados nas relações interpessoais, envolvendo o utente e a família, surgindo como o elemento que melhor caracteriza os cuidados do enfermeiro.

## 2.1 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO

Atualmente a relação de ajuda é a dimensão mais nobre na enfermagem, sendo considerada como componente inquestionável no cuidar. A relação de ajuda é uma

intervenção autónoma e deve ser cada vez mais valorizada no cuidar em enfermagem (Ferreira, 2006).

O enfermeiro, enquanto prestador de cuidados, é um ser com qualidades especiais, que se dedica às pessoas, com o objetivo de as ajudar, orientar e auxiliar nas situações de vida próprias. Exige preocupação, respeito pelo outro e cuidar a pessoa na sua singularidade. (Ferreira; Pontes & Ferreira, 2009).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) reconhece que os cuidados de enfermagem são caracterizados por "estabelecerem um relação de ajuda com o utente" (DL n° 161/1996, capítulo II, Artigo 5°, ponto 2).

Ao enfermeiro compete prestar cuidados de enfermagem que envolva o indivíduo e a família, promovendo um clima de confiança. O enfermeiro promove e realiza intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional (DL n° 248/2009).

Assim, deduz-se que o cuidar em enfermagem tem a sua expressão interpessoal na relação que se estabelece entre o enfermeiro e o indivíduo, sendo esta interação responsável pela compreensão do outro, na sua unicidade. O enfermeiro ao promover a relação de ajuda proporciona apoio emocional à família. Embora a relação enfermeiro/utente se direcione para benefício do utente, esta será mais eficaz se satisfizer em ambas as partes (Riley, 2004).

A necessidade e possibilidade da participação do utente na relação de ajuda exige, segundo Ferreira (2006), uma implicação direta nas atitudes do enfermeiro, no incentivo do utente quanto à sua própria envolvimento na relação.

A Ordem dos Enfermeiros (2003), no Código Deontológico do Enfermeiro, defende que é essencial que o enfermeiro esteja atento aos sentimentos e comportamentos do utente e que tenha em consideração a sua força e limitações. Os cuidados de enfermagem são prestados de forma individualizada quando o enfermeiro tem em conta o impacto que os seus conhecimentos e atitudes têm no utente.

Nessa relação e, no âmbito do seu exercício profissional, a pessoa-enfermeiro distingue-se "pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros (...) num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem" (OE, 2003, p. 145).

O desenvolvimento de uma relação de ajuda plena impõe uma valorização da pessoa como ser único, com especificidades. Os enfermeiros são os profissionais que

cuidam a pessoa em toda a sua globalidade e complexidade (Hesbeen, 2001). Exige também a humildade em reconhecer que a pessoa cuidada possui um conjunto de saberes, vivências e capacidades próprias. Esta valorização e reconhecimento do outro exige aos enfermeiros um conhecimento profundo de si próprios (Ferreira, 2006). Para estabelecer uma relação de ajuda com o outro é necessário todo um conjunto de competências comunicacionais facilitadoras dessa relação.

A relação enfermeiro/utente foi estudada por Cortés (2011) que conclui que esta relação surge com um propósito fundamental: encarar a situação com os meios que o enfermeiro dispõe, com a participação ativa de ambas as partes com a finalidade de recuperar e manter a saúde.

Em suma, e como afirmam Pestana, Pestana e Freitas (2004), o enfermeiro tem a obrigatoriedade de compreender a pessoa no seu todo, em toda a sua dimensão humana, superando todas as suas expectativas, para prestar cuidados individuais, holísticos e de qualidade. Mais especificamente, a performance do enfermeiro especialista traduz-se na "prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao "mundo" da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente" (Regulamento 123/2011, p. 8653).

## 2.2 - MODELOS DE RELAÇÃO DE AJUDA EM ENFERMAGEM

A relação de ajuda assume-se como indispensável na prestação de cuidados de enfermagem, sendo considerada um instrumento válido e útil para os profissionais (Mendes, 2006). Para se estabelecer uma verdadeira relação de ajuda o enfermeiro deve dar atenção à pessoa como ser holístico, atendendo às suas especificidades, características biológicas, cognitivas, emocionais sociais e espirituais. Quando uma destas componentes é perturbada, o todo é afetado (Chalifour, 2008).

Para se desenvolver uma relação de ajuda o enfermeiro deve possuir certas competências, habilidades. Na perspetiva de Lazure (1994) são: a capacidade de escuta; a clarificação, a ajuda na clarificação, ou seja, ser preciso e concreto; o respeito por si e pelos outros; a congruência em relação a si e aos outros; confrontar-se consigo próprio e com os outros; ser empático consigo próprio e com os outros.

Conforme referido anteriormente, são vários os autores que estudaram a relação de ajuda no âmbito da enfermagem. Phaneuf (2005) divide estas características em duas

categorias. Uma em que inclui a aceitação incondicional da pessoa doente, a empatia e a revelação de si próprio, como sendo estas as características mais fortalecedoras, que agem como sendo um bônus para a alma. Outra em que faz parte a autenticidade, a confrontação e a imediação, como sendo características mais estruturadas, que visam a pessoa a responsabilizar-se pelos seus atos. De acordo com a autora, o respeito é uma característica que poderia fazer parte de qualquer uma das categorias.

A reformulação é uma competência muito evidenciada por Rispaill (2002), que consiste em repetir o que o outro diz, com o objetivo de lhe provar que estamos a compreender e a incentivar a continuar o seu discurso. Faz-se um breve resumo da comunicação, realçando-se alguns pontos da mensagem, de modo a que o utente se sinta convidado a continuar. Para além da reformulação, Rispaill, refere como necessárias no estabelecimento da relação de ajuda outras competências e técnicas específicas que englobam também a escuta, o silêncio e a interrogação.

Para Béltran (2007) os requisitos para poder formar um profissional para poder desenvolver uma correta relação de ajuda são o autoconhecimento, a empatia, o respeito, a observação, a escuta ativa e a consciência das próprias habilidades. Corroborando com este, Saraiva (2008) delinea três pontos chave na relação de ajuda: a **verdadeira escuta**, que proporciona ao enfermeiro a identificação das necessidades expressas quer verbal, quer não verbalmente; a **empatia**, que implica a capacidade de compreender o outro, colocando-se no seu lugar, mantendo, no entanto um distanciamento que permita a relação terapêutica; e a **congruência**, que implica autenticidade, que o enfermeiro seja ele próprio.

Baseado em alguns postulados da Escola de Pensamento Humanista e também na corrente interacionista (Peplau e Orlando), Chalifour, em 1989, criou um modelo de relação de ajuda em enfermagem. São três as premissas de base deste modelo e dizem respeito àquele que ajuda, à pessoa ajudada e ao aspeto relacional (Frade, 1999).

É uma perspetiva que assenta nos princípios básicos do modelo rogeriano. Tem subjacente um processo direcional com tendência para a mudança no sentido da maturidade da pessoa. A ideia fundamental de Rogers (2009) é a de que, para que a comunicação entre duas pessoas seja autêntica, deve ocorrer entre pessoas e ser pessoa, isto é, o sujeito é independente, afirma-se por si próprio e revela-se aos outros pela sua experiência subjetiva, não tendo necessidade de recorrer a artefactos que mascarem a sua experiência. O ser humano deve assumir a sua unicidade e diferença, revelando a sua autenticidade, deixando assim de se sentir isolado.

Carl Rogers, em 1957, denominou de *Abordagem centrada na Pessoa* o paradigma de influência filosófica e de princípios que norteiam a intervenção no campo da educação,

da liderança, da família, em grupos de risco, etc. No âmbito desta abordagem centrada na pessoa, o desenvolvimento humano e as relações grupais passam pela ativação de um conjunto de atitudes por parte do facilitador e do desenvolvimento de uma comunicação verdadeira entre os participantes.

Esta autenticidade manifestada num processo relacional exige que estejam presentes algumas atitudes facilitadoras desse mesmo processo: a congruência, a aceitação positiva incondicional e a empatia, como propõe o autor no seu modelo de abordagem centrada na pessoa, que será posteriormente abordado (Rogers, 2009).

Chalifour (2008) realça o valor intrínseco que o enfermeiro deve cultivar pelo ser humano, valorizando-o como um ser holístico, proporcionando um clima de atitudes psicológicas facilitadoras à mudança.

Indo de encontro a tudo o que foi referido, após estudos acerca da relação de ajuda na assistência em enfermagem e, a partir da sua compreensão acerca da totalidade da prática da enfermagem, Moreira e Carvalho (2004) propõem seis princípios para garantir a prática de enfermagem como um processo de ajuda: (i) a assistência de enfermagem é uma situação estruturada e a posição profissional do enfermeiro tem garantia na sua presença constante, na esfera do cuidado ao utente; (ii) a assistência de enfermagem é uma relação de ajuda, na qual as partes envolvidas manifestam-se como pessoas totais; (iii) assistência de enfermagem requer o consentimento mútuo dos participantes; (iiii) a assistência de enfermagem desenvolve-se à medida que está centrada nas necessidades do cliente; (iiiii) a assistência de enfermagem tem sentido nas atividades de colaboração aos programas de saúde e nas atividades diretas, visando promover e apoiar os utentes no autocuidado; (iiiii) a assistência de enfermagem pode significar uma forma de comportamento individual ou coletivo, que se oriente e se objetiva pela mudança.

### **Modelo de Relação de Ajuda de Barrett-Lennard**

A importância da qualidade das relações interpessoais sempre foi de interesse e têm sido extensamente investigadas e verificadas por diversos autores, particularmente Carl Rogers. O tipo de relação estabelecida por um enfermeiro, professor, colega de trabalho, pode ser um fator facilitador em que a pessoa estabelece um modo de funcionamento saudável (Celis, 1999).

Barrett-Lennard, membro honorário da Universidade de Murdoch, Austrália, influenciado pela sua paixão pelo trabalho de Carl Rogers e a terapia centrada na pessoa, desenvolveu um instrumento, o Inventário de Relacionamento Barrett-Lennard (BLRI) (Celis,

1999) que pretende medir as condições da relação entre o terapeuta e o cliente e traduz-se na mensuração de quatro grandes dimensões: o nível de respeito, a compreensão empática, a incondicionalidade e a congruência (Frade, 1999).

Carl Rogers (1985) definiu a compreensão empática, a congruência e o respeito positivo incondicional, como condições essenciais na atitude do terapeuta de ajuda. Barrett-Lennard considerou a dimensão *respeito positivo incondicional* muito complexa e, após tratamento cuidadoso, separou em duas dimensões distintas que nomeou de *nível de respeito* e *incondicionalidade* (Rocha, 2008).

No sentido de clarificar os significados e componentes destas dimensões da relação de ajuda Barrett-Lennard (1986) define-as como:

**Nível de respeito** - significa o "nível global ou a tendência da resposta afectiva de uma pessoa para outra" (Barrett-Lennard, 1986, citado por Frade, 1999).

Esta dimensão refere-se a uma relação particular e situada no momento atual. Os elementos relevantes desta experiência deverão ser apreendidos através dos sentimentos "positivos" e atitudes afetivas (como o respeito, o cuidado, a apreciação,...), assim como dos sentimentos e atitudes "negativas" (como desgostar, desaprovação, indiferença,...), considerados na posição do emissor em relação ao outro (Rocha, 2008).

No lado negativo, os sentimentos de extrema aversão (raiva, ódio,...) não são contemplados no BLRI, assim como também não existe nenhum item que aponte para o amor romântico, filial ou espiritual (Frade, 1999).

**Compreensão empática** - A empatia é reconhecida por Barrett-Lennard como um eixo central na relação de ajuda, embora não constitua por si só uma condição relacional suficiente (Frade, 1999).

Para Rogers (2009), compreensão empática significa a sensibilidade do facilitador para com os sentimentos e reações pessoais que o outro vivencia a cada momento. Quando o facilitador faz compreender ao outro que o entende, sem que haja lugar a análise ou julgamento, este começa a desenvolver-se nesse clima de compreensão. O facilitador centra-se no seu interlocutor, procurando compreendê-lo profundamente.

Também Chalifour (2008) adotou o termo empatia para indicar a capacidade de que o sujeito tem, de se colocar na situação do outro, de forma imaginária, a fim de compreender os sentimentos, atitudes e tendências. No entanto, não basta este reconhecimento, compreensão das vivências, é fundamental informar o utente desta compreensão, utilizando técnicas que a comunicação verbal e não-verbal o permita (Rocha, 2008).

Neste sentido existem um conjunto de elementos relevantes num processo de relação de ajuda: o próprio conteúdo da mensagem e o conjunto de artefactos que a veiculam. Existe sempre uma parte manifesta que é dita e explícita, e outra que não é explícita e que é a que está implícita no discurso (quer seja verbal, quer seja não verbal) do interlocutor, como seja a intensidade da voz, a sonoridade, a postura corporal, mímicas, olhares, silêncio, ocupação do espaço físico, ... (Mendes, 2006)

**Incondicionalidade** - definida por Barrett-Lennard como "o grau de constância de sentimento de respeito de uma pessoa para outra que comunica auto-experiências à primeira" (Rocha, 2008). Refere-se à consideração que a pessoa ajudada merece por parte de quem ajuda e este aceita a pessoa sem preconceitos, sem julgamentos prévios. O que está em causa não são conteúdos veiculados, mas sim a pessoa no seu todo (Bermejo & Carabias, 1988). Este conceito é direccionado para quatro pontos chave: a ausência de juízos moralizantes sobre a pessoa ajudada; confiança e consideração positiva do ajudado; acolhimento da pessoa no seu todo e cordialidade no tratamento.

Na maior parte das relações momentâneas ou que envolvam pouca informação comunicativa, as expectativas dos outros recaem na forma como os outros irão responder e estar numa relação "face a face". Estes aspetos devem estar largamente considerados nas respostas no BLRI (Frade, 1999).

**Congruência** - é a forma como se pode estar no processo relacional. É definida por Barrett-Lennard como "o grau em que uma pessoa está funcionalmente integrada no contexto da sua relação com o outro". O autor centra este conceito na consistência entre a experiência total e a tomada de consciência que é, por sua vez, considerado como a principal determinante para que haja congruência entre essa mesma tomada de conhecimento e a comunicação (Frade, 1999). Esta variável é considerada fundamental, uma vez que cada uma das outras depende dela parcialmente.

Para Bermejo (1988) a congruência é a continuidade entre a consciência de si e a sua manifestação exterior, isto é estar aberto aos seus próprios sentimentos, sem defesas, ou máscaras. A pessoa autêntica tem a coragem de assumir aquilo que não sabe, ou não pode, assumindo as suas próprias dificuldades e limitações.

Do enfermeiro espera-se um comportamento congruente para que os utentes se sintam confiantes, nutram respeito e credibilizem a sua própria intervenção profissional. A congruência deve caracterizar a forma de estar, a expressão e a ação na relação do enfermeiro com cada pessoa, grupo ou comunidade.

Barrett-Lennard sempre teve em mente alargar o seu Inventário ao estudo de outras relações que não a relação terapeuta-cliente, o que se pode verificar através dos seus inventários, onde não é denominado especificamente o terapeuta (Rocha, 2008).

Em suma, estes modelos assentam num corpo de saberes que se centra no desenvolvimento e na mudança. Os autores consideram os intervenientes na relação de ajuda (enfermeiro/utente) como sistemas abertos à grande potencialidade de desenvolvimento da relação de ajuda, assim como às condições ambientais que podem afetar esse potencial. O enfermeiro deve desenvolver o seu saber e a sua forma de estar, tanto consigo próprio como com os outros, de modo a que haja um desenvolvimento pessoal de ambas as partes.



### 3 - PAPEL PARENTAL E A ENFERMAGEM EM PEDIATRIA

A experiência de ser pai/mãe revela-se como um dos principais, importantes e desafiadores papéis na vida de um indivíduo. Atualmente reconhece-se a dificuldade dos pais no desempenho desta missão, que facilmente é reconhecida como árdua. Considera-se então, que conhecer e compreender esta experiência dos pais é especialmente importante para os enfermeiros responsáveis pela saúde da criança, que abrangem, nas suas competências, apoiar os pais na sua parentalidade (Quelhas, 2009).

Papel parental é “um tipo de Interação de Papéis com as seguintes características: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais: expressão dessas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente” (CIPE, 1999, p. 63). Entenda-se "Interação de Papéis" como “um tipo de Acção Interdependente com as características específicas: interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, papéis e normas de comportamento esperados pelos outros” (CIPE, 1999, p. 63).

As funções básicas da família vão para além da alimentação e saúde física, passando pela proteção e o afeto, pois pretende-se o desenvolvimento pessoal de todos os seus membros (crianças, adultos e anciãos) e a sua integração ativa no meio social. Para além de tudo isto, a família tem também como objetivo manter a própria identidade e coesão familiares (Gimeno, 2001).

A primeira, e mais relevante relação estabelecida com o mundo, segundo Soares (1996), surge no desenvolvimento de um vínculo emocional que se estabelecem com as figuras que cuidam, nos primeiros tempos de vida. Os processos de vinculação influenciam vivamente o desenvolvimento da identidade e do autoconhecimento, pois é a partir deste processo que se desenvolve o conhecimento de si próprio e do mundo. Como afirma Marques (2002) esses cuidados são prestados, na sua maioria, pelos pais, construindo as relações precoces com os seus filhos.

### 3.1 - CUIDADOS EM PARCERIA

Cuidar a criança doente, para além do seu corpo biológico doente, implica também o cuidar a sua dimensão psíquica, social e espiritual. A preocupação de englobar todas estas dimensões no cuidado à criança, o enfermeiro esquece, por vezes a família (Amaral, 2009).

Cuidar de alguém implica um conhecimento abrangente do utente e da família. Ao envolvermos a pessoa nos cuidados que lhe são dirigidos estamos a prestar cuidados em parceria com ela e/ou com o seu cuidador (Amaral, 2009).

Parceria de cuidados, em saúde, é definida como um processo de cuidados dinâmico, negociando em conjunto com o binómio utente/família e enfermeiro, recorrendo aos conhecimentos e capacidades de cada um, respeitando os seus sentimentos, crenças e valores, visando a melhoria dos cuidados. Por vezes este comportamento não é imediato, há que conseguir incentivá-lo, isto é, capacitar, dar noção de investimento de poder, empoderamento (empowerment), para que se sintam capazes de agir, de intervir (Dinis, 2005).

Neste conceito de empoderamento reconhece-se os indivíduos como sujeitos ativos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia. De salientar que, mais do que reconhecer a autonomia do outro, pretende-se capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde. Com efeito, a intervenção do enfermeiro deverá ser estruturada numa lógica de parceria, incluindo os utentes no planeamento e prestação de cuidados que se lhes destinam. Tal significa que enfermeiro e criança/família se encontram numa relação de equidade no processo de tomada de decisão. Toda esta nova visão relativa à maior capacitação da criança e família comporta uma maior consciencialização do seu papel no processo de saúde (Sousa, 2009).

Existe um modelo específico sobre a parceria de cuidados entre enfermeiro/criança/família que, segundo Rodrigues (2010), é maioritariamente aceite e defendido pelos enfermeiros dos serviços de pediatria nacionais. Este modelo é orientador da prática de enfermagem e foi proposto por Anne Casey, em 1993, após vários estudos, e defende que para preservar o desenvolvimento harmonioso da criança os cuidados devem ser prestados pelos pais, pois são eles o estímulo de amor e elementos protetores, ao mesmo tempo que são quem melhor a conhece. O modelo proposto pela autora engloba

cinco conceitos principais: criança, saúde, família, ambiente e enfermeiro pediátrico (Casey, 1993).

Estes conceitos definem-se, resumidamente, em:

**Criança:** ser único e com necessidades próprias, que é inicialmente dependente, mas vai adquirindo capacidades, que a torna independente progressivamente até à autonomia;

**Saúde:** estado ótimo de bem-estar físico e mental. Qualquer alteração a este estado não identificada ou corrigida pode condicionar o desenvolvimento físico, psicológico, intelectual e espiritual da criança;

**Família:** responsável pela maioria da prestação de cuidados à criança. É quem exerce maior influência nesta e no seu desenvolvimento. É o seu primeiro espaço de socialização.

**Enfermeiro pediátrico:** profissional habilitado para assumir um conjunto de responsabilidades de forma eficaz, baseando-se nos cuidados de enfermagem, nos cuidados à família, no apoio, ensino e acompanhamento.

Mano (2002) num estudo acerca da predisposição dos enfermeiros e dos pais à adesão a um modelo de cuidados em parceria, demonstra que esta predisposição em enfermeiros é elevada (em 50% dos casos) e moderada para os restantes (valores coincidentes com os obtidos quando questionados os pais). Estes resultados contrariam Amaral (2009), referido anteriormente, em que afirma que a família é por vezes descurada na prestação de cuidados à criança.

A presença da família durante o internamento da criança e o seu envolvimento nos cuidados prestados ao seu filho é tanto uma necessidade como um direito (Jorge; Fonseca & Santos, 2004), sendo necessário reconhecer que também a família se encontra fragilizada também ele necessita de ser cuidada. Atualmente, as próprias diretivas internacionais relativas à criança internada, valorizam a presença dos pais e enfatizam a sua participação nos cuidados prestados (Amaral, 2009).

É fundamental em pediatria que o cuidado seja centrado na família. Os cuidados prestados aos pais são essencialmente, cuidados de atenção, conseguidos através da relação de ajuda, como objetivo de satisfazer as necessidades da criança e da família. O enfermeiro deve colocar os pais à vontade e ouvir as suas preocupações, anotar cuidadosamente as suas observações, ajudando-os a promover recursos emocionais necessários para ajudar o seu filho (Andraus; Minamisava & Murani, 2004).

A família é considerada um conjunto de elementos emocionalmente ligados, capazes de responder às necessidades físicas e psicológicas uns dos outros. Em situação de hospitalização da criança, as atitudes de cada elemento da família são distintas. Assim sendo, os profissionais de saúde devem intervir no sentido de favorecer a adaptação dos membros da família e favorecer a sua interação (Rodrigues, 2010).

O campo de competência de enfermagem nesta área leva a considerar a criança, as suas limitações ou doença, os seus pais, todos os que a rodeiam e o meio envolvente, para que seja possível uma compreensão global e manter o equilíbrio adaptado a cada situação (Sérgio, 2002). No entanto, estudos realizados por Ygge e Arnestz (2004), acerca do envolvimento dos pais na prestação de cuidados, concluíram que os pais valorizam os profissionais de saúde, mas experimentam, durante a hospitalização, a falta de informação, a não negociação do seu papel.

Nunca é demais referenciar a parceria de cuidados centrados na família, como um processo dinâmico e negociado entre criança/família e enfermeiro, considerando os saberes, o querer, o sentir e as crenças de cada uma das partes, com vista a atingir um objetivo comum. É um compromisso em que o enfermeiro, criança/adolescente e família trabalham em comum e possui características como a cooperação, a confiança, o reconhecimento das capacidades do outro, o trabalho de equipa, a sinergia de ações e decisões e o mutualismo (Rodrigues, 2010).

### 3.2 - RELAÇÃO DE AJUDA NO CUIDADO EM PEDIATRIA

Referenciando novamente Casey (1993), o enfermeiro deverá desenvolver estratégias de apoio à família, para que se sintam envolvidos e confiantes nos cuidados a prestar à criança doente.

A relação de ajuda estabelecida entre enfermeiro/utente/família auxilia os pais da criança internada na procura um nível ótimo de saúde (Hesbeen, 2001; Riley, 2004). Esta preocupação está presente na Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Influenciado pelos novos aspetos do desenvolvimento emocional e psicológico da criança e jovem e da evolução do conceito de família, prestar cuidados à criança e jovem tem sido valorizado e tem vindo a evoluir. Ao longo do tempo tem-se abandonado o conceito de criança isolada, de forma a ter em conta a família cuidadora e o ambiente sociocultural em que estão envolvidos (Mano, 2002).

Cuidar em pediatria baseia-se numa filosofia muito própria, que privilegia a prestação de cuidados atraumáticos, em parceria e centrada na família. Estes cuidados são aqueles que são prestados através de intervenções que eliminam, ou pelo menos diminuem o desconforto da criança/família, sendo que o principal objetivo é não causar dano (Hockenberry; Wilson & Winkelstein, 2006).

De realçar que, segundo a OE (2010, p. 1) o enfermeiro especialista em Pediatria "trabalha em parceira com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível (...) e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa".

Baseado no modelo conceptual centrado na criança e família e encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados, a OE (2011) regulamenta as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem:

**a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde** - "considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade";

**b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade** - "mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias";

**c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem** - "considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude" (Regulamento 123/2011, pp 8653-8655).

A família é uma presença contínua na vida da criança e exerce um papel primordial no seu desenvolvimento, sendo o seu suporte afetivo e o mediador entre a esta e o mundo externo (Mano, 2002).

Um dos objetivos do modelo de Anne Casey (1993) é precisamente que a criança e a família satisfaçam as suas próprias necessidades de cuidados de saúde, com a mínima intervenção do enfermeiro. Para que isso seja possível, são necessárias intervenções

técnicas e conhecimentos específicos, consolidadas através do processo de ensino desenvolvido pelo enfermeiro à criança/adolescente e família. Após este processo o enfermeiro supervisiona os cuidados. Estas premissas estão patentes nas funções especializadas do enfermeiro de saúde da criança e do jovem, que enfatizam a promoção da maximização da saúde da criança paralelamente à adequação da parentalidade à situação, mobilizando para tal, recursos de apoio à criança/jovem e família mediante as necessidades manifestadas (OE, 2010).

Pretende-se que a família seja responsável pelo cuidar e que tome decisões, através de um processo de negociação de responsabilidades com o enfermeiro, de forma a encontrarem as respostas e potencialidades para resolver a sua situação específica. A inclusão da família no plano de atuação assegura o êxito a qualquer conduta terapêutica, dando um novo sentido à família e ao cuidar (Molina & Marcon, 2009).

Envolver a família nos cuidados à criança doente é benéfico para ambas as partes, mas exige, por parte do enfermeiro uma boa comunicação, apoio e compreensão. Assim sendo, o enfermeiro deve saber interpretar a linguagem verbal e não-verbal de forma a evitar obstáculo, intervindo com sensibilidade (Rodrigues, 2010). Os resultados obtidos por Santos (2011) acerca das necessidades dos pais revelam um interesse em participarem e envolverem-se nos cuidados de saúde à criança hospitalizada e a necessidade dos profissionais desenvolverem medidas conducentes a uma maior satisfação e independência dos pais.

Colocam-se então dois conceitos básicos: a capacitação, em que o enfermeiro cria oportunidades para que a família ponha em prática as suas competências e adquira outras necessárias para cuidar a criança; e a potencialização, em que a família estabelece alterações positivas, aumentando as suas capacidades e sentido de controlo, através da interação família/enfermeiro (Hockenberry *et al*, 2006).

Os pais sentem-se acolhidos pela equipa quando os profissionais demonstram atitudes de respeito, carinho, compreensão e atenção. O cuidado, para eles, transcende a técnica/procedimentos e a proximidade com a equipa desenvolve elos de confiança e sentimentos de gratidão pelo cuidado prestado e atenção dispensada ao filho (Molina; Fonseca; Waidman & Macon, 2009).

Em síntese, cuidar em pediatria é zelar pelo bem-estar da criança e da família envolvendo-a no processo de cuidados. É da competência do enfermeiro especialista em pediatria planear os cuidados em parceria com a família estabelecendo uma relação de ajuda. Com base nas três competências do enfermeiro especialista é possível capacitar a

família e a criança/jovem para a rentabilização dos seus recursos pessoais para a adoção de comportamentos e atitudes para cuidarem de si próprios.



## II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO



## 4 – METODOLOGIA

A segunda parte deste estudo constitui a contribuição pessoal, que se inicia com as considerações metodológicas. Neste capítulo ir-se-ão abordar as estratégias para se analisar a percepção parental sobre a relação de ajuda em pediatria numa população de pais de crianças/adolescentes internados no CHTV.

Assim, tendo por base o quadro teórico elaborado, definem-se os procedimentos metodológicos que procuram dar resposta às questões formuladas. Deste modo descrevem-se os objetivos, o tipo de estudo, o desenho de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, o instrumento de recolha de dados utilizado, os procedimentos formais e éticos na recolha dos dados e os procedimentos estatísticos que se irão realizar.

### 4.1 - CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Ao longo da revisão bibliográfica deste trabalho tornou-se evidente a importância que os cuidados de enfermagem têm quando são prestados num contexto de relação de ajuda. O enfermeiro deve refletir sobre a sua prática e dotar-se de competências para que os cuidados de enfermagem à criança/adolescente/família primem pela excelência.

Atualmente, o conceito do cuidar em pediatria, está direcionado para o envolvimento e a parceria dos pais, acompanhantes significativos da criança/adolescente no processo assistencial, como forma de assegurar a promoção de competências que permitam respostas adequadas aos problemas das crianças/adolescentes internados (Casey, 1993).

Os enfermeiros devem favorecer a adaptação e interação da família com a criança durante o internamento. A parceria de cuidados centrados na família é um processo dinâmico, de cooperação entre criança/família e enfermeiro, que deve ser desenvolvido num ambiente de trabalho em equipa, confiança, reconhecimento das capacidades do outro, sinergia de ações e decisões e mutualismo (Rodrigues, 2010).

Envolvidos num ambiente de respeito, atenção e carinho, os pais sentem-se acolhidos pela equipa, criam laços de confiança e gratidão pelos cuidados aos filhos, pois também para eles o cuidar ultrapassa a técnica e o procedimento.

É neste contexto que surgem as **questões de investigação**:

- Como percebe a família da criança internada o desempenho de "relação de ajuda" dos enfermeiros que as cuidam?

- De que modo as variáveis sociodemográficas se relacionam com a percepção que têm acerca da relação de ajuda?

#### 4.2 – OBJETIVOS

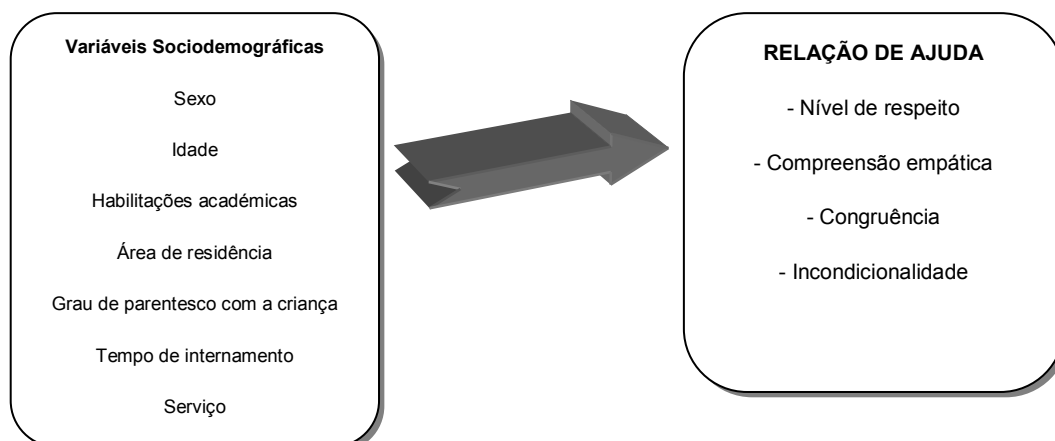
Para dar resposta às questões de investigação formuladas, foram delineados os seguintes **objetivos**:

- Avaliar a perspetiva da família das crianças/adolescentes internados em pediatria acerca do desempenho da relação de ajuda dos enfermeiros;
- Verificar a influência das variáveis sociodemográficas na percepção da família da criança/adolescente acerca da relação de ajuda estabelecida pelos enfermeiros.

#### 4.3 - TIPO DE ESTUDO

O **tipo de estudo** delineado para esta investigação tem as características dos estudos quantitativos. Define-se como estudo descritivo, correlacional, dado que tem como meta a descrição das características de determinada população e a confirmação ou a descoberta de factos, através da determinação da existência, ou não, de relações entre as variáveis em estudo (Fortin, 2009). Quanto ao tempo em que decorre, este classifica-se como de natureza transversal, visto que a recolha de informação foi efetuada num período pré-definido, relativo a um momento presente.

A partir do quadro teórico, objetivos e questões de investigação, estruturou-se um **modelo concetual**, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis. Esquematizando:



#### 4.4 - VARIÁVEIS

No presente estudo foi considerada uma variável endógena e variáveis exógenas.

**Variável endógena:** Relação de ajuda

Para a sua mensuração foi utilizada o Inventário de Relações Interpessoais (BLRI), preconizado por Barrett-Lennard OS - 40, que classifica a relação de ajuda em 4 dimensões: nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência.

**Varáveis exógenas:**

Estas variáveis permitem caracterizar a amostra populacional e obter respostas às questões de investigação inicialmente colocadas:

- Sexo;
- Idade;
- Habilitações académicas;
- Área de residência;
- Grau de parentesco com a criança;
- Serviço no qual está internado;
- Tempo de contacto com o hospital.

#### 4.4 - PARTICIPANTES

A população é constituída pelos familiares das crianças/adolescentes que recorrem aos serviços de pediatria.

A população alvo considerada para o presente estudo foram os familiares das crianças/adolescentes internados/ atendidos pelos enfermeiros dos serviços de pediatria do CHTV.

Para a realização do estudo recorreu-se a uma amostra não probabilística, por conveniência ou acidental, constituída pelos familiares que acompanham as crianças/adolescentes durante o internamento no Serviço de Pediatria (do qual fazem parte a Unidade de Neonatologia, a Unidade de Internamento de Curta Duração da Urgência Pediátrica e o Serviço de Internamento de Pediatria) e na Consulta Externa de Pediatria do CHTV, cujo critério de inclusão para a amostra foram:

- Saberem ler e escrever português;

- Tempo de internamento superior ou igual a 24 horas.

A distribuição dos questionários teve início em 15 de março e terminou a 5 de junho de 2012, tendo respondido aos mesmos 216 pais. Todavia destes foram considerados inválidos 13. A amostra final fez, assim, 203 pais.

A amostra é constituída por 190 elementos do sexo feminino e por 13 elementos do sexo masculino, que correspondem a 93.6% e 6.4% da amostra, respetivamente (cf. tabela 1). De referir que a amostra é constituída por mães e pais, não havendo outros familiares que tenham respondido ao questionário. De referir que foi entregue um questionário por criança, respondendo apenas um dos acompanhantes (ou o pai, ou a mãe).

Tabela 1: Distribuição dos elementos da amostra por sexo

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	190	93.6
<b>Masculino</b>	13	6.4
<b>Total</b>	203	100

#### 4.5 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Definido o tipo de estudo, bem como os objetivos a atingir, foi necessário proceder-se à elaboração do instrumento de recolha de dados, que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que se pretendia estudar.

Assim, utilizou-se o inventário de relações interpessoais de Barrett-Lennard: forma OS-40. Este foi desenvolvido com fins académicos e terapêuticos. Criado por Barrett-Lennard, em 1964, como primeira versão, de 64 itens, que seguidamente reformulou por outra versão com 40 itens, em 1978. Cada um com dois formatos diferentes: "*myself to the other*" - MO, e o formato "*other towards self*" - OS, que eduz as condições relacionais baseadas nas perceções do cliente (Barrett-Lennard, 1986).

O inventário é precedido de duas folhas: uma primeira onde consta a apresentação dos investigadores, descrita a finalidade do seu preenchimento, assim como a garantia de anonimato e confidencialidade, agradecendo, no final, a colaboração dos participantes; a segunda folha é iniciada por um quadro, onde se solicita o preenchimento dos dados sociodemográficos e uma breve explicação do preenchimento do inventário que se segue (anexo I).

Neste estudo foi utilizada a versão OS-40 traduzida para português por Loureiro (2012) e validada para a população portuguesa (com coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach global de 0,786) através de um estudo efetuado com adolescentes.

O inventário utilizado é um conjunto de quarenta afirmações de experiências em relações enfermeiro/pais em idade pediátrica. Nestas quarenta expressões estão percecionadas as quatro dimensões de relação de ajuda de Barrett-Lennard, divididas equitativamente, isto é cada dimensão é percecionada através de um conjunto de dez afirmações, às quais é atribuída uma cotação. Estas são apresentadas de forma dispersa no questionário, tendo sido mantida a mesma ordem na sua apresentação.

Estas declarações estão organizadas sob a forma de afirmações positivas e de afirmações negativas, como se esquematiza no quadro 1:

- Quatro afirmações negativas e seis afirmações positivas para a dimensão **nível de respeito**;
- Cinco afirmações negativas e cinco afirmações positivas para a dimensão **empatia**;
- Seis afirmações negativas e quatro afirmações positivas para a dimensão **incondicionalidade**;
- Cinco afirmações negativas e cinco afirmações positivas para a dimensão **congruência** (Loureiro, 2012).

Quadro 1 – Forma OS-40: dimensões e afirmações que lhes correspondem

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

Cada afirmação é respondida numa escala que é apresentada num *continuum* de seis níveis, em que +3 (*sim*, sentido como uma forte concordância) e -3 (*não*, como uma forte discordância).

A fim de medir o grau de respeito, empatia, incondicionalidade, congruência, em relação às variáveis, cada um dos inquiridos teve de se situar relativamente a cada uma das afirmações, num ponto dos seis níveis apresentados.

Quadro 2 – Classificação possível para cada afirmação do inventário

Respostas afirmativas	<b>+3</b>	- SIM / Sinto fortemente que isso é verdadeiro.
	<b>+2</b>	- Sim / Sinto que é verdadeiro.
	<b>+1</b>	- Sim / Sinto que é provavelmente verdadeiro ou mais verdadeiro do que falso.
Respostas negativas	<b>-1</b>	- (Não) / Sinto que provavelmente é falso ou é mais falso do que verdadeiro.
	<b>-2</b>	- Não / Sinto que não é verdadeiro.
	<b>-3</b>	- NÃO / Sinto fortemente que isso não é verdadeiro.

O score para cada uma das 4 subescalas deste inventário (OS-40) pode variar entre -30 e +30, em que quanto maior for o score obtido, mais elevada é a importância atribuída à dimensão da relação de ajuda. O score total da escala, resultando do somatório das 4 dimensões, pode variar entre -30 e +120.

A presente escala pode também ser usada em cotação positiva (de 1 a 6), em que 1 corresponde ao valor de forte discordância e 6 o valor de forte concordância (Soares, 2010; Loureiro, 2012).

Até à data, a experiência deste Inventário não induziu ao uso de um ponto neutro. Esta categoria média poderia vir a ser usada por razões "erradas". Isto é, facilitaria a tarefa quando uma inclinação para o "*sim*" ou para o "*não*" não fosse imediatamente "óbvia", ou ainda, poderia levar a evitar o sentimento de compromisso ou vulnerabilidade ao registar com relutância uma percepção "*sim*" ou "*não*". A codificação utilizada tem-se mostrado bastante satisfatória sem qualquer transformação, como uma escala de medida (Barrett-Lennard, 1986, cit. por Frade, 1999).

As propriedades psicométricas do Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard, para a amostra em causa, é avaliada através do estudo de fiabilidade. Determina-se, assim, a consistência interna/homogeneidade do inventário através do alpha de Cronbach. O alpha de Cronbach permite avaliar como diversos itens pertencentes a uma escala se correlacionam com os restantes. Segundo Pestana & Gageiro (2005) oscilam entre 0 e 1, sendo a consistência considerada como:

- > 0.90 - muito boa;
- Entre 0.80 e 0.90 - boa;
- Entre 0.70 - 0.80 - razoável;
- Entre 0.60 - 0.70 - fraca;
- < 0.60 - inadmissível.

Os estudos de validade dão apreço a três aspetos fundamentais: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. Dentro destes aspetos a validade de constructo, subordina todas as outras e procura encontrar resposta para a seguinte questão: “em que medida, este instrumento mede realmente o que procura medir?” Neste contexto, “a validade do constructo nunca é provada, é simplesmente aceite, dado que as provas a favor se evidenciam como superiores às provas contrárias”.

Para a determinação dos estudos de validade utiliza-se a análise fatorial dos itens e dos resultados, que é o método que tem revelado maior uso e reconhecimento entre os diversos autores. A análise fatorial é “um conjunto de técnicas cujo objectivo é reduzir um número elevado de variáveis a um conjunto menos numeroso de factores que procurem tanto quanto possível reter a natureza das variáveis iniciais” (Reis & Moreira, 1993, cit. por Duarte, 2011).

Reportados aos resultados da fiabilidade, o quadro 3, mostra as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global.

Verifica-se que os valores de alfa de Cronbach são classificados entre o razoável e o bom, pois variam entre 0.763 e 0.804. Os coeficientes de correlação item-total revelam que o item 17 é o que se apresenta como mais baixo ( $r = -0.328$ ), não se revelando homogéneo face aos outros itens e a correlação máxima é obtida no item 17 ( $r = 0.544$ ).

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades, os valores de alfa de Cronbach obtidos na primeira metade foi de 0.484 e para a segunda de 0.761. De salientar que, o alfa de Cronbach obtido para a globalidade da escala foi de 0.78, podendo-se considerar uma boa consistência (cf. quadro 3).

Quadro 3 – Consistência interna do inventário

AFIRMAÇÕES	Média	Dp	R/item	R <sup>2</sup>	α sem item
1. ___ respeita-me.	2.41	0.594	0.073	0.237	0,780
2. ___ normalmente sente ou compreende o que eu estou a sentir.	1.85	0.815	-0.147	0.271	0,784
3. O interesse do ___ por mim, depende das minhas palavras ou ações (ou da forma como eu atuo).	- 0.82	1.926	0.257	0.391	0,775
4. Eu sinto que o ___ assume um papel diferente quando está comigo.	0.17	1.985	0.290	0.462	0,774
5. ___ gosta verdadeiramente de mim.	1.19	1.461	0.291	0.488	0,774
6. ___ reage às minhas palavras mas não percebe como me sinto.	0.40	1.915	0.380	0.546	0,770
7. Quer eu esteja feliz ou infeliz comigo própria/o, isso não faz qualquer diferença no modo como ___ se sente em relação a mim.	0.05	2.157	-0.328	0.562	0,804
8. ___ não evita nada que seja importante para a nossa relação	0.66	1.990	0.029	0.391	0,786
9. ___ sente indiferença por mim.	1.37	1.785	0.447	0.640	0,767
10. ___ quase sempre percebe exatamente o que eu quero dizer.	1.67	1.280	0.254	0.401	0,776
11. Dependendo do meu comportamento em situações diferentes, ___ tem melhor (ou pior) opinião sobre mim.	-0.22	1.969	0.460	0.483	0,766
12. Eu sinto que ___ é autêntico comigo	1.72	1.311	0.442	0.520	0,769
13. Sinto-me valorizada e apreciada por ___.	1.38	1.285	0.294	0.512	0,774
14. A própria atitude do ___ em relação às coisas que eu faço ou digo interfere com a forma como ele me compreende.	-0.74	1.806	0.246	0.473	0,776
15. Independentemente do que digo sobre mim próprio/a, ___ gosta (ou não gosta) de mim de igual modo.	1.18	1.526	0.160	0.509	0,779
16. ___ mantém-se calado acerca das suas reais impressões e sentimentos.	0.43	1.937	0.155	0.320	0,780
17. ___ acha-me aborrecida e desinteressante	1.49	1.422	0.544	0.545	0,765
18. ___ compreende o que quero dizer mesmo quando eu tenho dificuldade em dizê-lo.	1.93	0.861	0.407	0.494	0,773
19. ___ quer que eu seja uma pessoa especial.	-0.95	1.661	-0.294	0.478	0,796
20. ___ tem vontade de dizer o que pensa sobre mim, incluindo sentimentos acerca de qualquer um de nós ou a forma como nos relacionamos.	0.29	1.903	-0.001	0.501	0,787
21. ___ preocupa-se comigo.	1.99	1.053	0.406	0.470	0,772
22. ___ não ouve e não se apercebe o que eu penso ou sinto.	1.62	1.496	0.463	0.404	0,768
23. ___ gosta de algumas coisas em mim e há outras coisas das quais não gosta.	-0.26	1.754	0.299	0.382	0,773
24. ___ é abertamente ele (ou ela) próprio/a na nossa relação.	1.33	1.392	0.321	0.457	0,773
25. Eu sinto que ___ não aprova a minha maneira de ser.	1.45	1.583	0.491	0.490	0,766
26. ___ normalmente compreende tudo o que quero dizer.	1.90	1.053	0.299	0.459	0,775
27. Mesmo que os pensamentos que eu exprimo sejam «bons» ou «maus» isso não faz qualquer diferença para o que ___ sente por mim.	1.14	1.552	0.089	0.366	0,781
28. Por vezes ___ não se sente nada confortável mas os dois continuamos, aparentemente ignorando essa situação.	0.45	1.883	0.521	0.496	0,763
29. ___ é simpático e carinhoso comigo.	2.01	1.169	0.382	0.428	0,772
30. ___ não me compreende	1.95	0.986	0.503	0.454	0,770
31. ___ aprova algumas das minhas coisas (ou algumas das minhas formas de estar) e manifestamente desaprova outras coisas (ou formas como me expresso).	-0.32	1.760	0.154	0.474	0,780
32. Eu penso que ___ sabe sempre exatamente o que sente em relação a mim; não encobre.	0.99	1.499	0.345	0.477	0,772
33. ___ apenas me tolera.	0.93	1.828	0.489	0.528	0,765
34. ___ aprecia com exatidão o que sinto com as minhas experiências de vida.	1.13	1.487	0.156	0.348	0,779
35. Por vezes sou mais importante e valorizada/o aos olhos de ___ do que outras vezes.	0.09	1.904	0.399	0.555	0,769
36. Por vezes sinto que a resposta exterior de ___ em relação a mim é bastante diferente do que sente interiormente.	0.34	1.840	0.491	0.608	0,765
37. ___ sente afeto por mim	0.84	1.664	0.309	0.552	0,773
38. A reação de ___ em relação a mim é tão automática e fixa que não consigo chegar até ele (ela).	1.04	1.780	0.510	0.562	0,764
39. Eu não penso que alguma coisa que eu diga ou faça mude realmente a forma como ___ se sente em relação a mim.	0.38	1.851	-0.167	0.323	0,793
40. Eu acredito que ___ tem sentimentos que não me diz para que a nossa relação não seja afetada.	0.05	1.846	0.258	0.437	0,775
<b>Coefficiente Split-half</b>	Primeira metade = <b>0.484</b> Segunda metade = <b>0.761</b>				
<b>α Cronbach global</b>	<b>0.780</b>				

Efetou-se também a matriz da Correlação de Pearson entre as dimensões da relação de ajuda. Pela leitura da tabela 2 deduz-se que as correlações são todas positivas o

que consente afirmar que melhores índices de cada dimensão de ajuda correspondem melhores índices da dimensão com a qual se correlaciona.

As correlações mais fortes verificam-se entre as dimensões da empatia e do respeito ( $r=0.633$ ) e as da congruência e do respeito ( $r=0.589$ ), seguidas da correlação entre a congruência e a empatia ( $r= 0.550$ ), o que representem, segundo Pestana e Gageiro (2005) uma associação moderada. As associações muito baixas verificam-se entre a incondicionalidade e o respeito ( $r=0.137$ ) e a incondicionalidade e a empatia ( $r=0.186$ ).

Tabela 2 – Correlação de Pearson entre as dimensões da relação de ajuda

Dimensões	Nível de Respeito	Compreensão Empática	Incondicionalidade
<b>Compreensão Empática</b>	0.633**	----	
<b>Incondicionalidade</b>	0.137	0.186**	----
<b>Congruência</b>	0.589**	0.550**	0.290**

\*\* A correlação é significativa no nível 0.01

#### 4.6 - PROCEDIMENTOS

Precedendo a aplicação dos questionários, foi formalizado o pedido de autorização da aplicação dos mesmos ao Conselho de Administração do CHTV, que foi deferido (anexo II).

Com prévia autorização formal do autor à orientadora deste estudo (anexo III), aplicou-se a Forma OS-40 aos pais das crianças/adolescentes internados/seguidos em Pediatria CHTV, a fim de se conhecer qual a percepção que estes tinham sobre a relação de ajuda estabelecida com o enfermeiro.

O questionário foi entregue e recolhido pessoalmente pela investigadora, a todos os pais que acederam ao preenchimento do questionário, após 24 horas de internamento/contacto hospitalar. O consentimento informado dos participantes no estudo foi obtido através do preenchimento livre e esclarecido do questionário. Todos os participantes o fizeram de forma voluntária, após serem esclarecidos acerca do estudo, da sua importância e da disponibilidade dos dados para futura consulta.

Perante a população envolvida no estudo, bem como a Instituição, houve o compromisso prévio de que todo o trabalho seria desenvolvido de modo a não perturbar o seu normal funcionamento.

#### 4.7 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Após a colheita de dados efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de se eliminarem aqueles que, porventura, se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, seguindo-se o processamento da sua codificação e tabulação, de modo a preparar o tratamento estatístico.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida recorreremos à análise **descritiva e inferencial** dos dados. Os dados obtidos foram analisados com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 20.0, para Windows.

A apresentação dos dados efetuou-se com recurso a tabelas, para melhor visualização, interpretação e análise dos dados mais relevantes. Omitiu-se das mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram obtidos através do instrumento de colheita de dados aplicado aos pais das crianças/adolescentes internadas na Pediatria do CHTV. A descrição e análise dos resultados procurou obedecer à ordem pela qual foi elaborado o questionário.

Em relação à **estatística descritiva**, determinaram-se frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação), as medidas de assimetria e achatamento segundo o valor de Skewness (SK) e curtose (K), respetivamente, e o coeficiente com o coeficiente de Alfa de Cronbach, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria de Skewness obtém-se através do quociente entre SK com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2, a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e, se esse quociente for superior a +2, a distribuição é assimétrica com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2005).

Para as mediadas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão (EP). Se:

- $-2 < K/EP < +2$  - distribuição mesocúrtica;
- $K/EP < -2$  - distribuição platicúrtica;
- $K/EP > +2$  - distribuição leptocúrtica.

Conforme o recomendado os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e curtose foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Para a análise bivariada aplicou-se 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.

Como referem Pestana e Gageiro (2003, p.141) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que (...)“os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...)“os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”. Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1.96$  diferença estatística significativa;
- $< 1.96$  diferença estatística não significativa

**Coefficiente da correlação de Pearson** - mede o grau de relação linear entre 2 variáveis quantitativas e varia entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos de uma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva, a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido; valor 0: não há relação linear (Duarte, 2011).

Este tipo de teste gera correlações, que se utiliza o valor de  $r$  e, por convenção, Pestana & Gageiro (2005) sugerem:

- $r < 0.2$  – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $R^2$ ) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto  $R$  como  $R^2$  não exprimem relações de causalidade.

O **coeficiente de variação** permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados obtidos serem interpretados, segundo Pestana e Gageiro (2005) do seguinte modo:

- $CV \leq 15\%$  - dispersão baixa;

- CV > 15% e ≤ 30% - dispersão moderada;
- CV > 30% - dispersão elevada.

A aplicação da análise inferencial permite obter conclusões e comparar os dados. Recorreu-se a técnicas paramétricas e não paramétricas, evidenciando-se os seguintes testes:

**Teste de U-Mann Whitney (UMW)** - é um teste paramétrico que serve para determinar a diferença entre as médias de duas populações relativamente a uma variável aleatória contínua (Fortin, 2009).

**Análise de variância a um fator (ANOVA)** - consiste na comparação de médias de uma variável quantitativa em 3 ou mais grupos de sujeitos diferentes, isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena testando se as médias dessa variável em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. Este teste é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2005, cit. Duarte, 2011).

**Teste de Kruskal-Wallis** - é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível ordinal para apurar se os resultados são significativamente diferentes para três ou mais grupos de variáveis (Pestana & Gageiro, 2005).

**Teste de qui quadrado ( $X^2$ )** - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados standardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para  $p=0.05$  (Pestana & Gageiro, 2005, cit. por Duarte, 2011).

O **Teste de Wilcoxon** foi utilizado quando se pretendeu analisar a diferença entre duas situações no mesmo grupo de sujeitos. Trata-se de uma alternativa ao teste t para amostras emparelhadas.

No estudo da relação entre as variáveis usaram-se os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0.05$  - diferença estatística não significativa (n.s.);

- $p < 0.05$  - diferença estatística significativa;
- $p < 0.01$  - diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0.001$  - diferença estatística altamente significativa

Colocadas estas considerações metodológicas inicia-se, no capítulo seguinte, a apresentação e análise dos resultados.



## 5 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

### Caracterização sociodemográfica

Nas tabelas 3, 4 e 5 apresentam-se os resultados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra em estudo.

Devido à amplitude de variação das **idades** se situar nos 37 anos procedeu-se ao seu agrupamento em classes homogêneas com base nas frequências absolutas. Foram constituídos 3 grupos:  $\leq 28$  anos; entre 29 e 35 anos e  $\geq 36$  anos. As estatísticas revelam de uma forma global que os pais apresentam uma idade mínima de 16 anos e uma máxima de 55 anos, ao que corresponde uma média de 32.29 anos com um desvio padrão de 7.32 anos. Observa-se a maior percentagem de mulheres (34.5%) têm idades compreendidas entre 29 e 35 anos e dos homens todos têm idade superior a 29 anos.

Para o sexo feminino a idade mínima é de 16 anos e a máxima de 55 anos, enquanto que para o sexo masculino a idade mínima é de 29 anos e máxima de 53 anos. Os pais são em média mais velhos (36.38 anos) que as mães (32.01 anos). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada face às idades médias encontradas. O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando valores de assimetria e curtose, curvas mesocúrticas para ambos os sexos e enviesadas à esquerda para o sexo feminino e totalidade da amostra e de distribuição simétrica para o sexo masculino (cf. Tabela 3)

Realizado U-Mann-Whitney Test para verificar se havia diferenças significativas. O sexo masculino apresenta ordenações médias mais elevadas, no entanto não se revelam diferenças significativas (UMW=861.00;  $p=0.0068$ ).

Tabela 3 - Estatística relativas à idade

	Min.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
<b>Feminino</b>	16	55	32.01	7.24	22.62	2.56	0.8	0.054
<b>Masculino</b>	29	53	36.38	7.59	20.86	1.73	0.38	0.200
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>55</b>	<b>32.29</b>	<b>7.32</b>	<b>22.67</b>	<b>2.81</b>	<b>0.96</b>	<b>0.018</b>

A tabela 4 sintetiza se há diferenças entre as variáveis demográficas da amostra em estudo em função do género.

No que se refere à **idade** denota-se que os valores percentuais diferem em função do género. A maior percentagem é referente ao grupo com idades compreendidas entre os 29 e 35 anos, nas mães 36.8% e os pais 53,8%. Os valores residuais apontam para o sexo feminino com idade  $\leq$  a 28 anos e sexo masculino com idade  $\geq$  a 36 anos.

Analisando a **área de residência** verificam-se maiores valores percentuais na zona urbana para ambos os sexos (75.8% do sexo feminino e 84.6% do sexo masculino). Na área rural apenas residem 24.2% da amostra do sexo feminino e 5.4% do sexo masculino.

Quanto ao **grau de escolaridade**, para facilitar a interpretação dos dados, foram constituídos 3 grupos: até 3º ciclo, secundário e ensino superior.

Da totalidade dos sujeitos 39.4% possuem o ensino secundário, 31.1% o 3º ciclo e 29.5% da amostra possuem curso superior. A percentagem mais elevada das mães têm o ensino secundário (40.5%), enquanto que os pais são, na sua maioria licenciados (53.8%). Detentores do ensino básico (até ao 3º ciclo) encontram-se 30.5% das mães e 23.1% dos pais.

No que concerne aos **serviços** nos quais as crianças/adolescentes estão internados/acompanhados verifica-se que a maioria dos pais que responderam ao questionário está a acompanhar os seus filhos na consulta externa e na pediatria, o que corresponde a uma percentagem de 33.5% cada, seguindo-se a UICD (22.2%) e a neonatologia (10.8%). Nesta unidade a amostra é constituída apenas por mães.

Em níveis percentuais, os valores mais elevados surgiram na consulta externa para o sexo feminino (34.2%) e pediatria e UICD (ambos com 38.5%) para o sexo masculino. No que se refere ao serviço de Neonatologia apenas responderam mães correspondentes a 11.6% da nossa amostra.

Quanto ao **tempo de internamento** e, devido à amplitude de variação se situar nos 1095 dias foram constituídos 5 grupos homogéneos, com base nas frequências absolutas. Grupo1: 1 dia; grupo2: 2-3 dias; grupo 3: 4-8 dias; grupo 4: 9-30 dias; grupo 5:  $\geq$ 31 dias. 29.6% dos indivíduos da amostra acompanham as suas crianças/adolescentes há 2-3 dias, 23.2% entre 9 e 30 dias, 17,7% há 4 - 8 dias, seguindo-se uma percentagem de 17.2% há mais de 31 dias e, em menor número há 1 dia (12.3%).

Analisando por género, surgem valores percentuais iguais (30.8%) do sexo masculino com 1 e com 2-3 dias, seguidos de 23.1% de pais que acompanham os seus filhos há 9-13 dias e, em menor percentagem (7.7%) surge o acompanhamento dos pais

entre 4-7 dias e  $\geq$  a 31 dias. Quanto ao sexo feminino verificam-se a maior percentagem (29.5%) no acompanhamento há 2-3 dias, e a menor percentagem (11.1%) há 1 dia. As diferenças percentuais não são estatisticamente significativas ( $X^2$  n.a.;  $p=0.251$ ).

Tabela 4 - Descritiva das variáveis demográficas em função do sexo

	Feminino		Masculino		Total		Resíduos		$X^2$	p
	N	%	N	%	N	%	Fem	Masc		
	190	93.6	13	6.4	203	100				
<b>Idade</b>										
$\leq 28$ anos	65	34.2	0	0	65	32	2.6	-2.6	n.a.	0.037
29 - 35 anos	70	36.8	7	53.8	77	37.9	-1.2	1.2		
$\geq 36$ anos	55	28.9	6	46.2	61	30	-1.3	1.3		
<b>Área de residência</b>										
Urbano	144	75.8	11	84.6	155	76.4	-0.7	0.7	n.a.	0.469
Rural	46	24.2	2	5.4	48	23.6	0.7	-0.7		
<b>Grau de escolaridade</b>										
Até 3º ciclo	58	30.5	3	23.1	61	30	0.6	-0.6		
Secundário	77	40.5	3	23.1	80	39.4	1.2	-1.2	n.a.	0.037
Superior	55	28.9	7	53.8	62	30.5	-1.9	1.9		
<b>Local de internamento</b>										
C. Ext.	65	34.2	3	23.1	68	33.5	0.8	-0.8		
Neo.	22	11.6	0	0	22	10.8	1.3	-1.3	n.a.	0.293
Pediatria	63	33.2	5	38.5	68	33.5	-0.4	0.4		
UICD	40	21.1	5	38.5	45	22.2	-1.5	1.5		
<b>Tempo de internamento</b>										
1 dia	21	11.1	4	30.8	25	12.3	-2.1	2.1		
2-3 dias	56	29.5	4	30.8	60	29.6	-0.1	0.1		
4-8 dias	35	18.4	1	7.7	36	17.7	1	-1	n.a.	0.251
9-13 dias	44	23.2	3	23.1	47	23.2	0	0		
$\geq 31$ dias	34	17.9	1	7.7	35	17.2	0.9	-0.9		

Ainda quanto ao tempo de internamento e, através da análise da tabela 5, os valores mínimos e máximos obtidos oscilam entre 1 dia e 1095 dias para o sexo feminino e 1 dia e 90 dias para o sexo masculino. A média situa-se nos 56.3 dias com desvio padrão de 273.57 dias e um coeficiente de variação de 485.91%, o que sugere uma dispersão muito elevada. Os valores de assimetria e curtose indiciam curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda para ambos os sexos e amostra global. Constata-se que no sexo feminino a média é mais elevada (59.24 dias e 13.31 dias para o sexo masculino) e as diferenças encontradas nas divergências de tempo de internamento entre os sexos, obtidas pelo teste UMW, não é significativa ( $U=897.0$ ;  $p=0.097$ ).

Tabela 5 - Estatísticas relativas ao tempo de internamento

	Min.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Feminino	1	1095	59.24	158.69	267.88	22.01	45.89	0.00
Masculino	1	90	13.31	24.83	186.55	4.63	7.30	0.001
Total	1	1095	56.3	273.57	485.91	23.49	51.22	0.00

Como se observa na tabela 6 em relação à dimensão **nível de respeito** obteve-se um score mínimo de -6 e um máximo de 29, com respetiva média de 15.06, com um desvio padrão de 7.69.

No que diz respeito à dimensão **compreensão empática** verificou-se um score mínimo de -9 e máximo de 26, com média de 12.73 e desvio padrão de 6.5.

Em relação à **incondicionalidade** obteve-se score médio de 0.27, com mínimo de -17 e máximo 18, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 6.34.

Na dimensão **congruência** verifica-se score mínimo de -13 e máximo de 25, ao que corresponde uma média de 6.44 e um desvio padrão de 7.42.

Os coeficientes de variação revelaram uma dispersão elevada/ muito elevada para todas as dimensões da relação de ajuda e valor global. Os valores de assimetria e curtose indicam curvas de distribuição mesocúrtica de distribuição simétrica para todas as dimensões e valor global. Quanto ao teste de Kolmogorov-Sminov (K/s) apresenta diferenças estatísticas o que indica que a distribuição não é normal nas dimensões nível de respeito, compreensão empática e incondicionalidade. No que diz respeito à dimensão congruência e valor global a distribuição é normal ( $p > 0.05$ ).

Tabela 6 - Estatística relativa às dimensões da relação de ajuda

	Mín.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
<b>Nível de Respeito</b>	-6	29	15.06	7.69	51.06	-1.84	-1.74	0.007
<b>Compreensão Empática</b>	-9	26	12.73	6.5	51.06	-1.24	-0.91	0.015
<b>Incondicionalidade</b>	-17	18	0.27	6.34	2348	0.65	-0.7	0.017
<b>Congruência</b>	-13	25	6.44	7.42	115.22	1.30	-0.65	0.051
<b>Valor global</b>	-17	87	34.5	20.89	60.55	0.95	-0.91	0.20

Em síntese:

- A amostra em estudo é constituída por 203 pais que apresentam uma idade mínima de 16 anos e uma máxima de 55, sendo a idade média de 32.29, com desvio padrão de 7.32 anos. O grupo etário mais prevalente é o de 29-35 anos. As mães surgem em maior percentagem (93.6%) que os pais.

- As habilitações literárias dos progenitores são semelhantes, no entanto a posse de curso superior é mais evidente nos pais.

- A família habita sobretudo no meio urbano.

- O tempo de internamento varia entre 1 dia e 1095 dias, sendo o tempo médio de 56.3 dias com desvio padrão de 273.57 dias. O grupo mais prevalente é o correspondente a 2-3 dias de internamento. As mães são as que acompanham os filhos durante mais tempo.

▪ Na relação de ajuda obteve-se um score que oscilou entre -17 e 87, sendo o score médio de 34.5, com desvio padrão de 20.89. A dimensão da relação de ajuda com média mais elevada é o nível de respeito e, com score médio mais baixo é a incondicionalidade.

▪ As dimensões nível de respeito, compreensão empática e incondicionalidade não apresentam distribuição normal.

### Análise inferencial

Procurando saber em que medida o género discriminava a importância de cada dimensão da relação de ajuda realizou-se o teste UMW e verificou-se que as ordenações médias eram maiores no sexo feminino nas dimensões nível de respeito e incondicionalidade e, no sexo masculino as ordenações médias maiores obtiveram-se para as dimensões compreensão empática e congruência, com diferença estatística não significativa (cf. tabela 7).

Tabela 7 - Teste U-Mann-Whitney para as dimensões da relação de ajuda e o sexo

	Fem. OM	Masc. OM	UMW	p
<b>Nível de Respeito</b>	103.41	81.35	966.5	0.190
<b>Compreensão Empática</b>	100.56	123.12	960.5	0.180
<b>Incondicionalidade</b>	102.08	100.81	1219.5	0.940
<b>Congruência</b>	101.19	113.88	1080.5	0.450
<b>Valor global</b>	<b>101.7</b>	<b>106.42</b>	<b>1177.5</b>	<b>0.779</b>

Realizado o teste de Kruskal-Wallis, conforme tabela 8, observam-se pelas ordenações médias que são superiores em todas as dimensões no grupo com idade compreendida entre 29-35 anos, exceto na dimensão congruência, em que se obtiveram ordenações médias superiores no grupo  $\geq 36$  anos. Contudo não se encontraram diferenças estatísticas significativas entre os grupos.

Tabela 8 – Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e a idade

	$\leq 28$ anos OM	29-35 anos OM	$\geq 36$ anos OM	X <sup>2</sup>	P
<b>Nível de Respeito</b>	101.45	105.17	98.58	0.437	0.804
<b>Compreensão Empática</b>	100.13	104.4	100.96	0.214	0.898
<b>Incondicionalidade</b>	94.25	113.00	96.37	4.402	0.111
<b>Congruência</b>	99.68	102.82	103.43	0.153	0.927
<b>Total</b>	<b>99.76</b>	<b>107.64</b>	<b>97.26</b>	<b>1.202</b>	<b>0.542</b>

Analisando os resultados por habilitações literárias (tabela 9), a análise da variância a um fator, revelou que os pais, independentemente das habilitações literárias, obtiveram ordenações médias mais elevadas na dimensão nível de respeito. Registam-se significâncias estatísticas entre as habilitações literárias e a compreensão empática, ou seja, as habilitações literárias estabelecem relação de dependência com esta variável. Após realização de teste Post Hoc de Tukey, verifica-se que as diferenças situam-se entre os elementos que possuem o 3º ciclo e os que possuem o ensino superior ( $p=0.020$ ).

Tabela 9 - Análise da variância entre as dimensões da relação de ajuda e as habilitações literárias

	Até 3º ciclo		Secundário		Superior		F	p	% VE
	M	Dp	M	Dp	M	Dp			
<b>Nível de Respeito</b>	13.6	7.64	15.53	7.59	15.89	7.77	1.614	0.202	1.59
<b>Compreensão Empática</b>	11.3	5.65	12.53	6.88	14.42	6.5	3.718	0.026	3.72
<b>Incondicionalidade</b>	0.62	5.21	0.31	6.68	0.13	6.96	0.217	0.805	0.22
<b>Congruência</b>	5.39	6.53	7.38	8.28	6.26	7.03	1.262	0.285	1.25
<b>Valor global</b>	<b>30.91</b>	<b>18.60</b>	<b>35.75</b>	<b>21.85</b>	<b>36.43</b>	<b>21.63</b>	1.310	<b>0.272</b>	<b>1.29</b>

Através da tabela 10 procurou-se saber em que medida a área de residência discriminava a importância dada a cada uma das dimensões da relação de ajuda. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram menores nos residentes em meio rural em todas as dimensões. Todavia as diferenças encontradas só apresentam significância estatística entre os grupos na dimensão compreensão empática.

Tabela 10 - Teste de U-Mann-Whitney para as dimensões da relação de ajuda e área de residência

	Urbano OM	Rural OM	UMW	P
<b>Nível de Respeito</b>	104.63	93.50	3312	0.251
<b>Compreensão Empática</b>	106.81	86.48	2975	0.036
<b>Incondicionalidade</b>	102.26	101.16	3679.5	0.909
<b>Congruência</b>	102.67	99.82	3615.5	0.769
<b>Valor global</b>	<b>104.32</b>	<b>94.51</b>	<b>3360.5</b>	<b>0.312</b>

Realizado teste de Kruskal-Wallis, conforme tabela 11, observando-se pelas ordenações médias que são superiores no internamento de 9-30 dias nas dimensões nível de respeito e congruência. Nas outras dimensões encontram-se ordenações médias superiores em 1 dia de internamento na dimensão compreensão empática e de 2-3 dias de internamento na dimensão incondicionalidade do respeito. Contudo não se encontraram diferenças estatísticas significativas entre os grupos.

Tabela 11 - Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e o tempo de internamento

	1 dia OM	2-3 dias OM	4-8 dias OM	9-30 dias OM	≥31 dias OM	X <sup>2</sup>	P
<b>Nível de Respeito</b>	102.20	97.46	98.26	114.84	96.24	3.092	0.543
<b>Compreensão Empática</b>	120.40	100.79	108.53	100.24	86.57	5.392	0.249
<b>Incondicionalidade</b>	89.26	110.38	99.50	99.86	102.17	2.532	0.639
<b>Congruência</b>	106.88	99.03	97.01	110.05	97.93	1.641	0.801
<b>Valor global</b>	<b>106.44</b>	<b>102.91</b>	<b>100.46</b>	<b>105.44</b>	<b>94.24</b>	<b>0.953</b>	<b>0.917</b>

Uma das questões colocadas respeita à percepção da relação de ajuda face aos serviços em que as crianças/adolescentes estão internados/vigiados. Do resultado obtido com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis ressalta que é na unidade de neonatologia que se observam ordenações médias mais altas para todas as dimensões, por sua vez a pediatria foi a que obteve ordenações médias mais baixas para todas as dimensões em estudo. As diferenças entre os grupos apenas são significativas para o nível de respeito ( $X^2=14.203$ ;  $p=0.003$ ), a compreensão empática ( $X^2=12.852$ ;  $p=0.005$ ) e total ( $X^2=12.533$ ;  $p=0.006$ ), conforme tabela 12. Realizou-se de teste Post Hoc de Tukey, verificando-se que as diferenças se situam para a dimensão nível de respeito entre a neonatologia e a pediatria ( $p=0.002$ ), para a dimensão compreensão empática entre pediatria e UICD ( $p=0.036$ ), entre a neonatologia e a pediatria, com diferença significativa marginal ( $p=0.05$ ) e, no total verificaram-se diferenças significativas entre neonatologia e pediatria ( $p=0.015$ ) e pediatria e UICD ( $p=0.025$ ).

Tabela 12 - Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e o serviço de internamento

	C. Ext OM	Neo OM	Ped. OM	UICD OM	X <sup>2</sup>	P
<b>Nível de Respeito</b>	106.72	134.68	83.63	106.64	14.203	0.003
<b>Compreensão Empática</b>	92.62	127.23	90.83	120.72	12.852	0.005
<b>Incondicionalidade</b>	99.20	112.43	94.95	111.79	3.086	0.379
<b>Congruência</b>	108.60	117.32	87.99	105.72	6.418	0.093
<b>Valor global</b>	<b>100.69</b>	<b>127.70</b>	<b>85.31</b>	<b>116.63</b>	<b>12.533</b>	<b>0.006</b>

Em síntese:

- Nas dimensões nível de respeito e incondicionalidade observaram-se ordenações médias superiores para o sexo feminino e nas dimensões compreensão empática e congruência obtiveram-se ordenações médias superiores no sexo masculino.
- No que diz respeito à idade dos pais, obtiveram-se ordenações médias superiores no grupo com idade compreendida entre 29-35 anos em todas as dimensões, exceto na dimensão congruência, em que se auferiram ordenações médias superiores no grupo ≥36

anos. No entanto, não se observaram diferenças significativas para as dimensões da relação de ajuda.

- Obtiveram-se ordenações médias superiores na dimensão nível de respeito, independentemente das habilitações literárias. Esta variável estabelece relação de dependência com a dimensão compreensão empática. Essa diferença situa-se entre o 3º ciclo e o ensino superior.

- Os pais que residem em meio rural obtiveram menor ordenação média para todas as dimensões.

- Quanto ao tempo de internamento não se encontraram diferenças significativas para cada dimensão.

- Na unidade de neonatologia observaram-se ordenações médias mais elevadas para todas as dimensões da relação de ajuda e, por outro lado, o serviço que obteve ordenações médias mais baixas foi a pediatria.

## 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão de resultados permite refletir sobre a investigação realizada, enfatizar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura científica, comparando-os em simultâneo com o quadro conceitual que deu suporte à investigação, com os objetivos e questões de investigação enunciadas e com os resultados de outros estudos publicados acerca da problemática em estudo. Os resultados obtidos foram sujeitos a uma reflexão crítica, com base na experiência e conhecimentos das investigadoras acerca dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria.

O estudo decorreu no serviço de pediatria do CHTV (constituído pelas unidades de internamento, UICD, consulta externa e neonatologia), englobando uma amostra de 203 pais da criança/adolescente hospitalizado.

A colheita de dados foi realizada através de um questionário das relações interpessoais de Barrett-Lennard na versão OS-40.

Na população estudada este questionário revelou características psicométricas adequadas, quer de fiabilidade quer de produtividade.

Verificou-se que as crianças/adolescentes são acompanhadas essencialmente pelas mães (93.6%) e poucas vezes pelos pais (6.4%). O que evidencia o papel maternal na assistência à criança doente. Embora o papel de cuidador seja partilhado pela mãe e pelo pai (Marques, 2002), o predomínio da função cuidadora da criança continua a ser maternal, conforme corroboram outros estudos semelhantes como o de Molina e Marcon (2009) e Santos (2011).

Um dos propósitos do estudo foi saber **como percebe a família da criança internada o desempenho de "relação de ajuda" dos enfermeiros que as cuidam?**

Em resposta a esta questão de investigação os resultados globais obtidos nas dimensões da relação de ajuda revelaram médias mais elevadas na dimensão nível de respeito e compreensão empática, com score mínimo de -6 e máximo de 29 para a primeira e -9 e 26 para a segunda. As médias mais baixas encontraram-se na dimensão incondicionalidade, com score mínimo de -17 e máximo de 18, o que vai de encontro aos resultados obtidos por Rocha (2008); Paula (2012) e Loureiro (2012).

Também Barrett-Lennard (1986) refere que níveis mais elevados de empatia tendem a acompanhar níveis relativamente altos de respeito. Contrariamente o autor refere também que a congruência se associa àquelas duas dimensões e raramente aqueles scores estão associados a baixa incondicionalidade, o que não se verifica neste estudo.

Os valores médios obtidos para cada uma das dimensões oscilaram entre 0,27 na incondicionalidade, 6.44 na congruência, 12,73 na compreensão empática e 15.06 na dimensão respeito. Na totalidade das dimensões obteve-se um desvio padrão de 20.89, o que corrobora Barrett-Lennard: é muito improvável encontrar resultados semelhantes nas diferentes dimensões, uma vez que refletem sentimentos distintos, sendo normalmente o respeito o fator que apresenta médias mais elevadas (Frade, 1999).

Barrett-Lennard, cit. por Rocha (2008) refere que numa relação muito casual ou superficial, o conceito de incondicionalidade do respeito poderia ser tão discreto, que poderia não ser percebido pelo outro como sentimento. O que se revela, por vezes, em relações passageiras ou que envolvem pouca comunicação informativa.

As dimensões nível de respeito, compreensão empática e incondicionalidade não apresentaram distribuição normal nesta amostra, assim como os resultados obtidos por Loureiro (2012).

A empatia é considerada por vários autores como fundamental na relação enfermeiro/utente (Frade, 1999), neste estudo obteve-se um score máximo de 26 para esta dimensão e uma média de 12.73.

Quanto à segunda questão de investigação colocada:

**- De que modo as variáveis sociodemográficas se relacionam com a percepção que têm acerca da relação de ajuda?**

Entre mães e os pais obtiveram-se ordenações médias totais semelhantes (101.7 e 106.42 respetivamente). No estudo realizado por Rodrigues (2010) verificaram-se resultados análogos: entre os progenitores do sexo feminino e masculino, os valores em média da totalidade das dimensões são muito idênticos.

No entanto, nas dimensões nível de respeito e incondicionalidade observaram-se ordenações médias superiores para o sexo feminino e nas dimensões compreensão empática e congruência obtiveram-se ordenações médias superiores no sexo masculino.

Dos estudos consultados estes resultados diferem em todos eles. Pode afirmar-se que a percepção da relação de ajuda não apresenta diferenças segundo o género.

As ordenações médias mais baixas para o nível de respeito foram obtidas no grupo de idade mais elevada, o que confirma os resultados obtidos por Rocha (1998), num estudo realizado entre professores e alunos em que conclui que o nível de respeito diminui com a idade. Assim como se verificaram ordenações médias mais elevadas, para este grupo etário, na dimensão congruência.

No que concerne às habilitações literárias, obtiveram-se ordenações médias superiores na dimensão nível de respeito, independentemente das habilitações literárias detidas pelos participantes. Esta variável estabelece relação de dependência com a dimensão compreensão empática.

As famílias que residem em meio urbano obtiveram maior ordenação média para todas as dimensões, assim como os resultados obtidos por Paula (2012) que revelam que os residentes numa localidade urbana apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões da relação de ajuda.

Relativamente à associação entre o tempo de internamento e as dimensões da relação de ajuda não se encontraram diferenças significativas.

Estes resultados parecem corroborar os de Rodrigues (2010) em que também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, assim como os de Saunders *et al.* (2003), cit. por Mendes (2010), em que verificaram que o sucesso dos cuidados centrados na família depende mais das atitudes dos prestadores de cuidados e da relação entre pais e profissionais de saúde, do que do tempo de internamento.

Foi na unidade de neonatologia que se observaram ordenações médias mais elevadas para todas as dimensões da relação de ajuda e, por outro lado, o serviço que obteve ordenações médias mais baixas foi a pediatria.

Conner e Nelson (1999), num estudo acerca da parceria de cuidados em neonatologia, cit. por Rodrigues (2010) consolidam os resultados encontrados na unidade de neonatologia ao afirmarem que fatores como o cuidar, a comunicação, o acompanhamento, a proximidade e o apoio foram mencionados como fundamentais pelos pais para a satisfação com os cuidados neonatais. Este facto revela também que quando os cuidados de enfermagem são humanizados e a supervisão é desenvolvida atenta às particularidades dos pais e RN, desenvolve-se uma relação de confiança e segurança entre profissionais e utentes que os pais reconhecem e valorizam.

Quanto à UICD, obtiveram-se ordenações médias mais elevadas na dimensão da compreensão empática, assim como as obtidas na urgência pediátrica no estudo realizado por Loureiro (2012). A empatia é considerada por vários autores como fundamental na

relação enfermeiro/utente, sendo uma característica que traduz um sentimento de reconhecimento pelo doente, pela pessoa que é (Frade, 1999).

É também de esclarecer que os valores obtidos, segundo o autor da escala, não têm a finalidade de classificar níveis de relação de ajuda mas, sobretudo, de conhecer onde existe maior ou menor "carência" de uma determinada qualidade (empatia, coerência, respeito, incondicionalidade) no sujeito ou no grupo, como é o caso no presente estudo (Frade, 1999).

## 7 - CONCLUSÕES

Findo este estudo, impõe-se a necessidade de uma reflexão sobre o caminho percorrido, os obstáculos encontrados e analisar como é que à luz do cuidar em enfermagem se contribuiu para o aperfeiçoamento da prática de tão nobre profissão.

Ao elaborar conclusões existe a convicção de que não se referem a um término, mas a um ponto de partida para a reflexão e investigação mais aprofundada na área da relação de ajuda em pediatria.

Os modelos atuais de assistência à criança preconizam o envolvimento direto e a participação dos pais nos cuidados e em todo o processo de vida da criança, reforçando assim o papel parental.

Do enfermeiro de pediatria espera-se que a congruência caracterize o seu estar, a sua ação na relação com cada pessoa, um comportamento equitativo, responsável para que a criança/adolescente e família se sintam confiantes, nutram respeito e credibilizem a sua própria intervenção profissional.

O presente estudo procurou verificar qual a percepção que os pais das crianças/adolescentes internados têm acerca da relação de ajuda estabelecida pelos enfermeiros das respetivas unidades da pediatria e identificar a presença de algumas variáveis que os pudessem influenciar.

Com o objetivo de melhor compreender quais os fatores que influenciam a percepção da relação de ajuda, no presente estudo investigou-se a percepção das diferentes dimensões que compõem a relação de ajuda, segundo Barrett-Lennard, bem como algumas variáveis sociodemográficas dos pais, pois acredita-se que interagem com as mesmas.

Procurou-se assim responder às questões de partida:

- Como percebe a família da criança internada o desempenho de "relação de ajuda" dos enfermeiros que as cuidam?
- De que modo as variáveis sociodemográficas se relacionam com a percepção que têm acerca da relação de ajuda?

A partir dos resultados obtidos e, no que se refere à primeira questão, o estudo leva a considerar-se que:

- A dimensão da relação de ajuda com média mais elevada é o nível de respeito e, com score médio mais baixo é a incondicionalidade. Obteve-se um score que oscilou entre -17 e 87, sendo o score médio de 34.5, com desvio padrão de 20.89.

- As dimensões nível de respeito, compreensão empática e incondicionalidade não apresentam distribuição normal.

No que diz respeito à segunda questão observou-se que:

- As mães percebem um bom desempenho dos enfermeiros com níveis mais elevados nas dimensões nível de respeito e incondicionalidade e os pais nas dimensões compreensão empática e congruência.

- No que diz respeito à idade dos pais, não se observaram diferenças significativas para as dimensões da relação de ajuda, se bem que os pais com idades compreendidas entre os 29 e 35 anos obtiveram ordenações médias superiores em todas as dimensões, exceto na dimensão congruência, em que se auferiram ordenações médias superiores no grupo  $\geq 36$  anos.

- Quanto às habilitações literárias obtiveram-se ordenações médias superiores na dimensão nível de respeito. Esta variável estabelece relação de dependência com a dimensão compreensão empática. Essa diferença situa-se entre o 3º ciclo e o ensino superior.

- Os pais que residem em meio rural são os que menos valorizaram cada uma das dimensões da relação de ajuda.

- Quanto ao tempo de internamento não se encontraram diferenças significativas para cada dimensão.

- Na unidade de neonatologia, a percepção dos pais sobre a relação de ajuda, obteve valores mais elevados em todas as dimensões, por outro lado, o serviço de pediatria foi o que obteve scores mais baixos para as dimensões estudadas.

Apreciando as variáveis e os resultados parece legítimo considerar que a percepção da relação de ajuda é influenciada por variáveis como a idade, habilitações literárias, área de residência e serviço no qual a criança/adolescente está internado.

Ao chegar ao fim deste trabalho e tendo atingido os objetivos propostos, cabe destacar que foi apresentada uma visão sobre o tema de investigação escolhido e que outras pesquisas poderão ampliar o conhecimento nesta área.

Identificaram-se algumas **limitações no estudo**:

- A escassez de bibliografia para fundamentar a discussão dos resultados obtidos, visto que existem poucos estudos que sirvam de comparação. No entanto, esta escassez também revela inovação e reafirma a necessidade de novos estudos.

- O preenchimento dos questionários foi efetuado pelos pais no ambiente dos serviços, junto da criança/adolescente, tendo sido interrompido por diversas vezes (por a criança chorar, por ser necessário prestar algum cuidado, por ser chamado para a consulta, ...), o que pode ter condicionado a motivação para responder.

- Salienta-se também o facto de não ter sido possível a colaboração mais alargada dos pais que acompanharam as crianças/adolescentes.

### **Implicações para a prática e sugestões**

Os resultados apresentados destacam a importância dos enfermeiros no cuidar da criança, do adolescente e da família. Para tal os enfermeiros de saúde infantil e pediatria devem ser entendidos como peritos na conceção, gestão e prestação de cuidados à criança e família e que devem, como tal:

- incorporar na sua prática clínica a avaliação das necessidades dos pais durante a hospitalização da criança através de instrumentos formalizados na equipa;

- elaborar projetos de investigação na área da relação de ajuda no local de trabalho;

- promover momentos de reflexão acerca da temática;

- implementar métodos de organização dos cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência;

- realizar formações de carácter obrigatório no âmbito da relação de ajuda e relações interpessoais;

- realizar estudos de carácter qualitativo, permitindo que os pais expressem livremente a sua opinião e clarificando alguns aspetos, constituindo também momentos de reflexão para os investigadores.

O enfermeiro do presente e do futuro deve ser um profissional de alta competência técnica, científica, mas fundamentalmente que saiba estabelecer a ponte com a humanização dos seus cuidados, através da potencialização da relação de ajuda, ao encontro da criança/adolescente e família, satisfazendo as suas próprias expectativas.



## BIBLIOGRAFIA

Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

Amaral, N. M. F. (2009). *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados: visão das enfermeiras*. Dissertação de mestrado em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Acedido em 28 maio 2012 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20148/2/Dissertao%20mestrado%20Parceria%20de%20cuidados%20entre%20enfermeiras%20e%20pais%20de%20recm-nascidos%20prematuros%20internados.pdf>

Andraus, L. M. S., Minamisava, R. & Munari, D. B. (2004). Desafios da enfermagem no cuidado à criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 3. (2), 203-208.

Béltran, C. R. (2007). *Comunicación y Continuidad de Cuidados. El sistema de las tres "C". Temperamentvm*, 6.

Bermejo, J. C. (1988). *Apuntes de relacion de ayuda*. Madrid: Sal Terrae.

Bermejo, J. C. & Carbias, R. (1998). *Relacion de ayuda y enfermeria*. Madrid: Sal Terrae.

Casey, A. (1993). Development and use of the Partnership Model of Nursing Care. In Gasper, E.; Tucher, A. (Eds). *Advances in Child health Nursing*. Middtesex: Scutari Press.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Volume I. Loures: Lusodidacta.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Cortés, M. M. D. (2011). *Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda*. Revista Espanola de Comunicación en Salud. Acedido a 12 fevereiro 2012 em <http://www.aecs.es>.

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril. *Diário da República nº 93 - 1ª Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Dinis, R. (2005). *Parceria: circunscrevendo um conceito que nos é próximo ?!* Revista Portuguesa de Enfermagem. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem.

Duarte, J. C. (2011). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Portugal. Acedido a 9 junho 2012 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>.

Ferreira, M. A. G.; Pontes, M. & Ferreira, N. (2009) *Cuidar em Enfermagem - Percepção dos utentes*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Acedido a 12 fevereiro 2012 em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-66\\_FCS\\_06\\_.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-66_FCS_06_.pdf).

Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência;

Frade, J. M. F. V. (1999). *Relação de ajuda em enfermagem: perspectivas sobre a prática e a formação*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem (não publicada). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade do Porto. Acedido em 20 fevereiro 2012 em <http://hdl.handle.net/10216/9975>.

Gimeno, A. (2001) *A Família. O Desafio da Diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J.; Wilson & Winkelstein (2006). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (7ª ed). São Paulo: Elsevier.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.

Loureiro, H. M. C. L. (2012). *Cuidar em Enfermagem: Percepção do Adolescente*. Tese de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal. Não publicado

Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Referência: revista de formação e educação em enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. (8), 53-61;

Mendes, J. M. G. (2006). *A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem*. Acedido a 12 fevereiro 2012 em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3163/1/Artigo%20Rev.%20Informar%20%202006.pdf>

Molina, R. C. M.; Fonseca, E. L.; Waidman, M. A. P. & Marcon, S. S. (2009). *A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal*. *Revista Escola Enfermagem USP*. Acedido a 8 maio 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a19v43n3.pdf>

Molina, R. C. M. & Marcon, S. S. (2009). *Benefícios da permanência de participação da mãe nos cuidados ao filho hospitalizado*. Revista Escola Enfermagem USP. Acedido a 8 maio 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a17v43n4.pdf>

Moreira, M. C. & Carvalho, V. (2004). Relação de ajuda: reflexões sobre a sua aplicabilidade no processo assistencial em enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, dezembro. pp 354-360. Acedido a 10 julho 2012 em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127718062005>

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Paula, T. M. F. L. C (2012). *A relação de ajuda em Pediatria*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal. Não publicado

Pestana, C. M.; Pestana, F. A. N. & Freitas, M. L. S. A. (2004). *Vivências dos Utentes face ao Primeiro Internamento*. Pensar Enfermagem, vol.8/nº2/2º semestre. pp 14-20.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). 4ª ed. *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Quelhas, I (2009). *O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria*. I Jornadas ICU F. Acedido em 12 julho 2012 em [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3779/1/Comunicacaonac\\_2009\\_ICS\\_1526\\_Quelhas\\_Isabel\\_01.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3779/1/Comunicacaonac_2009_ICS_1526_Quelhas_Isabel_01.pdf)

Riley, J. B. (2004). *Relação Enfermeiro/Cliente: uma relação de ajuda. Comunicação em Enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.

Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Rocha, A. P. (2008). *A Relação de Ajuda no ensino de Enfermagem*. Tese de doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Acedido em 12 fevereiro 2012 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3315/1/2009000631.pdf>

Rodrigues, S. P. F. (2010). *Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Acedido em 20 fevereiro 2012 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1416/1/2010000487.pdf>

Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Santos, O. M. J. C. (2011). *Necessidades dos pais das crianças hospitalizadas - perspectiva dos pais*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal. Não publicado

Saraiva, D. M. R. F. (2008). *Reflectir o Cuidar em Enfermagem*. Nursing, nº 230/Fevereiro. pp 14-20

Sérgio, M. (2002). *Acolhimento da criança e da família no bloco operatório. AESOP revista*. III (7) 21 – 26.

Soares, I. (1996). *Vinculação: questões teóricas, investigação e implicações clínicas*. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria. 11.

Soares, J. I (2010). *Exaustão emocional dos cuidadores de doentes oncológicos - Eficácia de uma intervenção de grupo*. Dissertação Doutoramento em Psicologia. Universidade do

Porto, Porto, Portugal. Acedida em 20 fevereiro 2012 em <http://hdl.handle.net/10216/35090>

Sousa, F. (2009). *Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12 julho 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>

Wong, D. (1999). *Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ygge, B. & Arnetz, J. E, (2004). *A study of parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice*. *Journal of Pediatric Nursing*. 19. pp 217-223

**ANEXOS**



**ANEXO I - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**





Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Investigadora: **Elsa Margarida Magalhães Simões de Almeida**

Orientadora: **Professora Doutora Amarilis Rocha**

Curso: **2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

## **A Relação de Ajuda em Pediatria: perspetiva dos pais**

Exmos Pais/familiares da criança/adolescente:

Este inventário pretende descrever aspetos ligados à experiência relacional com os enfermeiros que cuidam da sua criança/adolescente.

O presente estudo insere-se numa investigação sobre a percepção que a família tem sobre os cuidados prestados pelo Enfermeiro.

Gostaria de pedir a sua colaboração através do preenchimento de algumas questões.

Responda, por favor, de forma honesta e de acordo com a sua opinião.

Os resultados são anónimos e confidenciais e destinam-se apenas à elaboração de uma tese de mestrado, no âmbito do 2º Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria.

Muito Obrigada

Viseu, 2012

*Elsa Margarida Magalhães Simões de Almeida*

Sexo: Feminino  Masculino

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Área de residência: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com a criança/adolescente internado: \_\_\_\_\_

Serviço no qual está internado: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo a criança/adolescente está no serviço? \_\_\_\_\_ horas/dias

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

Antes do preenchimento considere os seguintes aspetos:

- Não existem respostas certas ou erradas;
- As afirmações descrevem reações ou comportamentos que uma pessoa pode ter em relação a outra;
- Comece por reportar-se ao último contacto que teve (juntamente com a sua criança) com os cuidados de um enfermeiro;
- Responda ao itens de acordo com a relação estabelecida com esse enfermeiro especificamente;
- Responda a cada um dos itens na coluna do lado direito. Registe quanto cada uma das afirmações tem de verdadeira ou falsa no sentido experienciado nessa relação com esse enfermeiro;
- Considere cada uma das afirmações como estando relacionadas consigo (e com o seu filho/familiar) e com \_\_\_\_\_ (imagine o nome do enfermeiro neste espaço). Se, por exemplo, o nome do enfermeiro for "Manuel" deverá ler a primeira afirmação como "O Manuel respeita-me";
- Deverá classificar cada afirmação e deve escrever o sinal + se a resposta for afirmativo e - se a resposta for negativa, tendo em conta os seguintes graus:

Respostas afirmativas	<b>+3</b>	- SIM / Sinto fortemente que isso é verdadeiro;
	<b>+2</b>	- Sim / Sinto que é verdadeiro.
	<b>+1</b>	- Sim / Sinto que é provavelmente verdadeiro ou mais verdadeiro do que falso.
Respostas negativas	<b>-1</b>	- (Não) / Sinto que provavelmente é falso ou é mais falso do que verdadeiro.
	<b>-2</b>	- Não / Sinto que não é verdadeiro.
	<b>-3</b>	- NÃO / Sinto fortemente que isso não é verdadeiro.

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

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

*Respondeu a todas as questões? Por favor verifique para que não haja lapsos.*

Muito obrigada pela sua colaboração!

**ANEXO II - AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS**





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. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração do  
**Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE**  
Av. Rei D. Duarte  
3504-509 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	157
Data:	09/02/2012
Processo:	70

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, enfermeira do Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, Elsa Margarida Magalhães Simões de Almeida, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A relação de ajuda em Pediatria: perspectiva dos Pais".

O objectivo principal deste estudo é analisar a perspectiva da família da relação de ajuda dos enfermeiros que cuidam as suas crianças/adolescentes.

Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados durante o período de 1 de Março a 30 de Abril de 2012, nos Serviços de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria, Consulta Externa de Pediatria e Neonatologia da Instituição a que preside.

Em anexo, enviamos o Projecto de Investigação; o Instrumento de Colheita de Dados; a Declaração de Consentimento Informado; e o Curriculum Vitae do Investigador.

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 Amarílis Rocha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

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

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

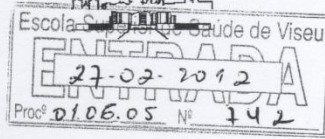
AR/NC



Ministério da Saúde

CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE

P. Almeida



Ex. Senhor:  
 Presidente da Escola Superior de Saúde  
 Prof. Doutor Carlos Pereira  
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102  
 3500-843 Viseu

007352 12FEB24

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Ofício n.º 157 Processo: 70			24/02/2012

Assunto: **Pedido de autorização para efectuar Colheita de Dados**

Com referência ao assunto mencionado em epígrafe, e após audição dos responsáveis dos serviços, somos a informar V.ª Ex.ª que **se autoriza** a realização da referida colheita de dados para o estudo subordinado ao tema "A relação de ajuda em Pediatria: perspectiva dos Pais". No entanto a mestrandia deverá responsabilizar-se pela aplicação do questionário e o utente deverá assinar o consentimento informado.


Com os melhores cumprimentos, *Pessoa*

A Enf.ª Diretora

(Cassilda Neves)

**ANEXO III - DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO BLRI**



Godfrey T. Barrett-Lennard  Ph.D.

6 Dover Crescent, Wembley Downs, WA, Australia 6019

8th May, 2004

Marlis Pereira Rocha  
 Quinta do Sendão,  
 160-451 5. Miguel do Outeiro  
 Portugal

Dear Amarlis

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

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

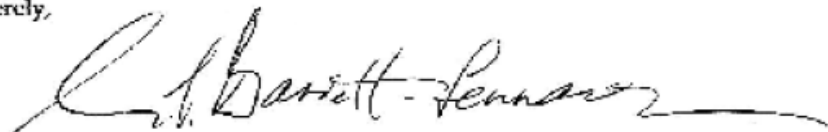
(b) This permission also covers your own subsequent uses (including uses by collaborating colleagues or students working under your supervision) of the translated instrument *in research and training-educational contexts* but *not* in private fee-paying practice for diagnostic or similar purposes.

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

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

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

Sincerely,




---

Email: G.Barrett-Lennard@murdoch.edu.au Telephone: International +61 8 9245 1200