





“Não importa o quanto fazemos, mas quanto amor colocamos naquilo que fazemos”

MADRE TERESA DE CALCUTÁ



## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste relatório resultou da minha dedicação mas, também da colaboração e apoio de muitas pessoas que nele participaram.

A todos manifesto a minha gratidão e reconhecimento.

À professora Doutora Ernestina, pela honra que me concedeu ao aceitar orientar este relatório, pela confiança e ensinamentos durante todo o percurso.

Ao professor Doutor João Duarte pelo tratamento estatístico e importantes orientações.

Aos pais das crianças hospitalizadas pela disponibilidade no preenchimento do questionário.

Aos amigos que sempre estiveram presentes, pela ajuda nos momentos mais difíceis. Eles sabem quem são.

Ao meu filho Salvador pela sua alegria constante e pelas horas da minha ausência.

Ao meu marido pelo amor e dedicação ao longo desta fase.

À minha mãe e irmãs pelo seu apoio incondicional.



## **RESUMO**

O internamento de uma criança é um acontecimento muito stressante e acompanhado por muito sofrimento, mas quanto maior capacitação for transmitida aos pais, mais facilmente conseguirão ultrapassar este período difícil e os ganhos não serão só dos pais/criança, mas também da equipa de saúde.

Definimos como objectivos analisar de que forma o nível do poder parental dos pais das crianças hospitalizadas os capacitam para prestar cuidados aos seus filhos; verificar se as variáveis sócio-demográficas dos pais e as clínicas da criança, influenciam o poder parental e compreender a perspectiva dos pais sobre o poder parental de modo a dar contributos para a melhoria da prática de cuidados.

Desenvolvemos um estudo descritivo-correlacional de cariz quantitativo, com uma amostra de 125 pais de crianças hospitalizadas no serviço de pediatria do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE. A colheita de dados foi efectuada pela aplicação do questionário da Escala de Empoderamento Familiar.

Os resultados encontrados indicam que durante a hospitalização as crianças são acompanhadas maioritariamente pela mãe, o que leva a realçar o papel da mãe na família. Em relação à saúde dos filhos a maioria dos pais considera-a como boa/muito boa. A percepção da maioria dos pais sobre o controlo da doença dos filhos é que controla completamente, a nível das atitudes e comportamentos face à família, referiram ter muitas oportunidades para decidir e cuidar do filho, apresentando maior empoderamento nos comportamentos face aos cuidados. Nas atitudes os pais apresentam maior empoderamento no envolvimento e família; nos conhecimentos têm maior percepção face ao envolvimento nos cuidados e os comportamentos percebem maior poder ao nível do envolvimento da família.

Face aos resultados encontrados podemos inferir que a prática de enfermagem dos dias de hoje desenvolve a sua prestação na capacitação dos pais, levando a que eles consigam cuidar da melhor forma os seus filhos.

**Palavras-chave:** pais, criança, hospitalização, poder parental



## **ABSTRACT**

The admission of a child is a very stressful and accompanied by much suffering but how much more training to parents is transmitted more easily able to overcome this difficult period and the gains are not the only parent / child, but also the health care team.

We define aims to examine how the level of parental parents of hospitalized children enable them to provide care for their children; verify that the socio- demographic variables of parents and children's clinics, parental influence and understand the perspective of parents on parental power to give contributions to improving the practice of care.

We develop a descriptive-correlational in nature quantitative, with a sample of 125 parents of children hospitalized at the pediatric service of the Centre Hospitalier Tondela Viseu, EPE. Data collection was carried out by the questionnaire of the Family Empowerment Scale.

During hospitalization, children are mostly accompanied by her mother, which leads to emphasize the role of mother in the family. Regarding the health of children, most parents consider it as good / very good. The perception of most parents about the disease control of the children is that completely controls the level of attitudes and behaviors towards the family, said they had many opportunities to choose and care for the child, giving greater empowerment on attitudes towards care. Attitudes parents have greater involvement and family empowerment, knowledge has increased awareness in relation to involvement in the care and behavior perceive more power at the level of family involvement.

Given the results we can infer that the nursing practice of today develops their provision in the training of parents, but they get the best care for their children.

**Keywords:** Parents, Child, Hospitalization, Parental



## **INDICE**

### **INDICE DE FIGURAS**

### **INDICE DE TABELAS**

### **ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 – O PAPEL PARENTAL .....</b>	<b>23</b>
2.1 – A CRIANÇA HOSPITALIZADA .....	24
2.2 – EXPECTATIVAS DOS PAIS FACE AO PAPEL PARENTAL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO .....	27
2.3 – PARTICIPAÇÃO PARENTAL .....	28
<b>2.3.1 – Modelos de participação parental .....</b>	<b>30</b>
2.4 – EMPODERAMENTO DOS PAIS NOS CUIDADOS DE SAÚDE .....	32
<b>II PARTE- INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA .....</b>	<b>35</b>
<b>3 – METODOLOGIA DO ESTUDO .....</b>	<b>37</b>
3.1– MÉTODOS.....	37
3.2 – PARTICIPANTES .....	40
3.3 – INSTRUMENTOS .....	41
3.4 – PROCEDIMENTOS .....	43
3.5 – ANÁLISE DE DADOS .....	43
<b>4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA .....	47
4.2 – ANÁLISE INFERENCIAL .....	57
<b>5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>69</b>
<b>6 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES .....</b>	<b>75</b>

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO     QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU     EPE .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO III – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>97</b>

**INDICE DE FIGURAS**

**Figura 1 – Desenho de Investigação .....39**



## INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura conceptual da Escala de Empoderamento Familiar .....	42
Tabela 2 – Estatísticas da idade dos pais .....	47
Tabela 3 – Distribuição dos pais por grupos etários.....	48
Tabela 4 – Distribuição dos pais segundo o sexo das crianças .....	48
Tabela 5 – Estatísticas dos elementos que compõem o agregado familiar .....	49
Tabela 6 – Caracterização do estado civil dos pais .....	49
Tabela 7 – Caracterização da escolaridade dos pais.....	50
Tabela 8 – Caracterização da situação profissional e rendimento familiar.....	50
Tabela 9 – Caracterização do apoio familiar .....	51
Tabela 10 – Estatística da idade da criança.....	51
Tabela 11 – Caracterização da idade e sexo da criança.....	52
Tabela 12 – Caracterização das experiências anteriores no hospital .....	52
Tabela 13 – Tempo de duração do internamento anterior em dias .....	53
Tabela 14 – Percepção dos pais sobre a doença dos filhos .....	53
Tabela 15 – Percepção dos pais sobre problemas de desenvolvimento.....	54
Tabela 16 – Percepção dos pais sobre a saúde dos filhos .....	54
Tabela 17 – Controlo dos pais face à situação de doença dos filhos.....	55
Tabela 18 – Oportunidades dadas pelos enfermeiros para decidir e cuidar do filho hospitalizado .....	55
Tabela 19 – Estatísticas relativas à escala de poder parental expresso nas atitudes.....	56
Tabela 20 – Estatísticas relativas à escala de poder parental expresso nos conhecimentos .....	56
Tabela 21 – Estatísticas relativas à escala de poder parental expresso nos comportamentos.....	56

Tabela 22 – Matriz de correlação da escala de poder parental expresso nas atitudes, conhecimentos e comportamentos e as suas dimensões.....	57
Tabela 22 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e as experiências anteriores.....	58
Tabela 23 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e o tempo de internamento.....	59
Tabela 24 – Teste de U Mann-Whitney entre a escala do poder parental e a saúde dos filhos.....	60
Tabela 25 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e o controlo da situação de doença dos filhos .....	61
Tabela 26 – Post Hoc entre a escala do poder parental e o controlo da situação de doença dos filhos .....	62
Tabela 27 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e as oportunidades para decidir e cuidar do filho .....	63
Tabela 28 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e a idade dos pais .....	64
Tabela 29 – Teste de U Mann-Whitney entre o poder parental e a situação profissional dos pais .....	65
Tabela 30 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e apoio familiar .....	66
Tabela 31 – Análise de variância entre a escala do poder parental e a idade da criança .....	67

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

CHTV- EPE – Centro Hospitalar Tondela Viseu - Entidade Pública Empresarial

Cv – Coeficiente de variação

Dp – Desvio padrão

K – kurtosis

k/S – Kolmogorod-Smirnov

M – Média

N – Frequências absolutas

n – Frequência

OM – Ordenação Média

SK – Skewness

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

Vs – versus



## 1 – INTRODUÇÃO

Ao longo da história da enfermagem pediátrica tem havido uma procura e trabalho no sentido da humanização da hospitalização das crianças. “O impacto da doença e da hospitalização na criança e família, bem como, as estratégias para a gestão da doença constituem áreas emergentes no âmbito da enfermagem pediátrica” (MELO, 2011, p.16).

Sem dúvida que a partir dos finais do século XIX, as transformações nas várias temáticas conduziram a uma visualização diferente da criança, foi-lhe atribuído outro significado e logicamente o estabelecimento de relações mais fortes com os pais, logo a uma participação activa nos cuidados.

Não podemos negar que a hospitalização de um filho é isenta de preocupações e *stress*. Os pais e crianças são obrigados a arranjar estratégias adaptativas de uma forma rápida, nem sempre as melhores, mas é aquilo que no momento conseguem, pelo que a equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental neste aspecto. Segundo Ausloos citado por Jorge (2004, p.46) “todas as famílias têm competências, mas, em certas situações, ou não as sabem utilizar actualmente, ou não sabem que as têm, ou estão impedidas de as utilizar, ou impedem-se elas próprias de as utilizar por diferentes razões”.

Perante a hospitalização da criança/pais o enfermeiro de pediatria tem de estar atento ao seu comportamento para que possa identificar quais os pontos a intervir e dar as devidas respostas.

A criança é vulnerável a tudo o que conduza a modificações do seu ambiente e rotinas. A hospitalização da criança, logicamente vai ser uma situação que engloba momentos de *stress* e ansiedade. E aqui estão os profissionais de saúde e os pais como parceiros nos cuidados, para intervir de modo a minimizar os seus efeitos.

A hospitalização da criança, a sua vivência e o seu impacto são temas que têm de ser trabalhados no sentido do bem-estar da criança e capacitar os pais para cuidar da criança. Sabemos que a presença e participação dos pais nos cuidados ao seu filho, actualmente, fazem parte da realidade daqueles que cuidam da criança. No entanto, a partilha de cuidados à criança nem sempre é concretizada do melhor modo pelos pais.

Assim, iniciamos o nosso estudo definindo como questões de investigação: Qual a percepção dos pais das crianças hospitalizadas sobre o poder parental? Como será que os pais das crianças hospitalizadas expressam o poder parental nas atitudes, conhecimentos e comportamentos face à família, aos cuidados prestados à criança e ao envolvimento na

comunidade? Será que as variáveis socio-demográficas dos pais (idade, situação profissional, apoio familiar), e a idade da criança influenciam o poder parental? Será que as variáveis clínicas da criança (percepção sobre a doença, experiências anteriores, tempo de internamento) influenciam o poder parental?

Para dar resposta às nossas questões de investigação definimos como objectivos:

- Analisar de que forma o nível do poder parental dos pais das crianças hospitalizadas os capacitam para prestar cuidados aos seus filhos;

- Verificar se as variáveis sócio-demográficas dos pais e as clínicas da criança, influenciam o poder parental;

- Compreender a perspectiva dos pais sobre o poder parental de modo a dar contributos para a melhoria da prática de cuidados.

Optamos por um estudo não experimental, quantitativo, de corte transversal e do tipo descritivo-correlacional.

Estrutturamos este trabalho em duas partes. Na primeira, procedemos à revisão da literatura, sendo abordados aspectos relativos à hospitalização da criança e da participação dos pais nos cuidados. A segunda parte refere-se à investigação empírica.

Consideramos que é um estudo pertinente e com potencial para o avanço da capacitação dos pais e da parentalidade, beneficiando as crianças e famílias, contribuindo para o aumento de ganhos em saúde. Temos consciência que o aumento dos conhecimentos dos pais de toda a situação que rodeia a hospitalização do seu filho os torna efectivos parceiros dos cuidados e os conduz a uma prestação de cuidados adequados às necessidades da criança. Por outro lado, com este estudo ao ouvir e compreender os pais em relação às atitudes, conhecimentos e comportamentos relacionados com o episódio de hospitalização do seu filho e também com a gestão das situações do dia-a-dia, obtemos evidências científicas que se poderão reverter na melhoria das práticas de cuidados.

## **I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**







## 2 – O PAPEL PARENTAL

As alterações na assistência à criança hospitalizada foram sofrendo modificações acompanhadas com o significado que a sociedade foi atribuindo à criança ao longo dos tempos. “O século XX foi marcado pela evolução tecnológica e por um grande número de movimentos na área social, que privilegiaram sobretudo questões ligadas aos direitos humanos e direitos da criança” (CURADO, 2006, p.22).

O papel parental dos dias de hoje está completamente diferente do que era há alguns anos atrás. Todas as evoluções que ocorreram nas várias áreas conduziram a uma fantástica e inovadora relação parental. Os pais progressivamente foram adquirindo um papel cada vez mais activo e protector relativamente ao bem-estar dos seus filhos.

Podemos referir que “todos os pais querem que o seu filho seja saudável e cresça feliz. Por isso, é natural que se preocupem com o bem-estar das suas crianças” (BEDFORD e ELLIMAN, 2002, p.8).

A interacção com os pais de forma adequada fomenta as relações parentais eficazes, dentro da realidade que os envolve, proporcionando uma melhor compreensão dos pais, cada vez mais exigentes sobre o crescimento e desenvolvimento dos filhos. No sentido de identificar necessidades de forma a conduzi-los ao máximo do seu potencial.

Cunha (2000) refere que a sensibilidade dos pais é bastante aguçada, valorizam a forma maternal com que alguns profissionais cuidam do seu filho, dando muita importância à humanização dos cuidados. Muitos pais sentem-se sós e vivem a hospitalização do filho em silêncio, no entanto este silêncio tem um significado do qual é necessário compreender por parte do enfermeiro pediátrico.

“A família não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afectivo da criança, como também é a mediadora entre ela e o mundo externo” (MANO, 2002, p.53).

A hospitalização da criança é um episódio traumático porque ela tem de se separar do ambiente familiar e integrar-se no ambiente hospitalar. A presença da família nos cuidados à criança é extremamente importante, permitindo que a criança desenvolva mecanismos para suportar o sofrimento da hospitalização.

O foco de atenção do enfermeiro pediátrico é a criança e a família, não deve ser esquecido que a criança está inserida na família, que pertence a um grupo social com influências culturais e históricas.

“A resposta dos pais que sentem ou sabem estar em risco de perder o filho por doença, ou o filho imaginado perfeito, passa por várias fases, desde o diagnóstico até ao tipo de terapêutica” (JORGE, 2004, p.14).

É neste pensamento que toda a prática de enfermagem nos dias de hoje desenvolve a sua prestação, na capacitação dos pais, para que cada vez mais eles consigam cuidar da melhor forma os seus filhos.

Jorge (2004) acrescenta que quando os pais se deparam com a hospitalização, o seu papel de protector desaparece aos seus olhos, perante a necessidade de aceitar as decisões dos profissionais. Daqui emerge a importância da integração dos pais nas unidades de saúde, sendo hoje um novo desafio à prática de enfermagem, nomeadamente pela compreensão e valorização do papel parental (MELO, 2011).

A família tem um papel fundamental nos cuidados à criança, visto ser nela que a criança vai buscar carinho e atenção necessários ao seu desenvolvimento e crescimento. Por isso, advogamos que “os pais devem ser parceiros da equipa de saúde, sentindo que têm um papel activo na gestão dos cuidados e nas decisões clínicas associadas” (MELO, 2011, p.17). Consideramos também fundamental que os pais permaneçam ao lado da criança durante a sua hospitalização, mas acima de tudo que se promova uma presença activa e negociada.

## 2.1 – A CRIANÇA HOSPITALIZADA

Quando não é possível evitar o internamento, o mesmo deve ocorrer em unidades de pediatria e sempre que possível com redução do tempo de hospitalização. Não podemos falar em saúde infantil sem enfatizar a fantástica evolução da humanização nos cuidados à criança. Há 30 anos, Emídio Sancho prescrevia na papeleta das crianças internadas no Hospital Pediátrico de Coimbra “carinhos 3id” de acordo com a comissão nacional de saúde da criança e do adolescente, 2004-2008 (PORTUGAL, 2004). Felizmente nos dias de hoje não é necessário este tipo de prescrições porque a atenção e o relacionamento empático com a criança/pais estão intrínsecos nos cuidados que o enfermeiro pediátrico presta.

O documento elaborado pela comissão nacional de saúde da criança e do adolescente, 2004-2008 (Portugal, 2004) traçou linhas orientadoras para a prestação de cuidados, centrados na família e na garantia da segurança e qualidade dos cuidados, contribuindo deste modo para a melhoria e aperfeiçoamento dos cuidados prestados à criança hospitalizada. Houve uma evolução no aperfeiçoar das competências do enfermeiro pediátrico desenvolvendo uma sensibilidade para cuidar da criança.

Foi de extrema importância os direitos consagrados na Carta da Criança Hospitalizada, aprovada em Leiden por várias associações europeias e divulgadas em Portugal pelo Instituto de Apoio à Criança, onde podemos encontrar os princípios bases que regem a prestação de cuidados do enfermeiro pediátrico, desde o incentivo da família à participação, decisão e colaboração dos cuidados, humanização, assim como o respeito pelos direitos culturais, de acordo com a comissão nacional de saúde da criança e do adolescente, 2004-2008 (PORTUGAL, 2004).

O contacto com o sistema de saúde ao longo da idade pediátrica, acaba por ser frequente, pelo que é fundamental que ele decorra de uma forma saudável e que promova o desenvolvimento e crescimento da criança. Como nos refere Jorge (2004, p.38) “a tendência actual é a de evitar a hospitalização, recorrendo-se a estruturas intermédias como hospital de dia, hospitalização no domicílio e unidades de internamento de curta duração”.

No entanto, “quando o internamento da criança se torna necessário, a díade criança/família deve encontrar um ambiente terapêutico que mantenha o mais possível a união da família, os papéis familiares e, promova o melhor interesse da criança” (MANO, 2002, p.53).

É reconhecido que o internamento de uma criança é um acontecimento muito stressante e acompanhado por muito sofrimento, mas sem dúvida que quanto maior capacitação for transmitida aos pais, mais facilmente conseguirão ultrapassar este período difícil e os ganhos não serão só dos pais/criança, mas também da equipa de saúde.

Não podemos descorar que “as crianças tendem a ficar transtornadas quando enfrentam a separação dos pais, cuja ausência provoca sentimentos de angústia” (MOLINA e MARCON, 2009, p.857). E, “falar em hospitalização dum criança no contexto da família, significa falar em separação em sentido lato, pois, mesmo que essa separação não se verifique fisicamente em relação à figura maternal (ou paternal), ela ocorre, necessariamente, em relação ao ambiente familiar físico e afectivo” (JORGE, 2004, p.24). Todos os elementos da família são afectados, sofrendo várias mudanças nas diferentes dinâmicas do dia-a-dia.

Porém, como refere Cavaco (2006, p.56) “são os vínculos já existentes que irão permitir que a hospitalização não seja tão traumática”.

O sofrimento da hospitalização da criança é uma realidade que nem os pais nem o enfermeiro pediátrico conseguem evitar. Contudo, para além do sofrimento que a norteia, pode também representar uma oportunidade para a criança aprender a lidar com o *stress* e sentir-se competente na sua capacidade para enfrentar situações (ALGREN, 2006).

Assim, podemos encontrar um conjunto de estratégias facilitadoras para minorar os efeitos da hospitalização. Um dos aspectos que consideramos fundamental para evoluir nos cuidados pediátricos, baseia-se em compreender a resposta dos pais, o que eles pensam, sentem e precisam nesta fase por vezes muito difícil. Os pais da criança sentem-se bloqueados e com dificuldade de reagir, e é nestas situações que o enfermeiro de pediatria tem obrigatoriamente de reforçar a qualidade dos cuidados que presta. Promover a presença dos pais reveste-se de extrema importância para que o efeito da hospitalização seja o menos traumático possível quer para a criança, quer para os pais.

Concordamos com Curry (1995) citado por Jorge (2004) que é fulcral a presença dos pais durante a hospitalização porque, vai evitar que a criança sofra o traumatismo da separação, e só eles conseguem transmitir a afectividade e segurança que a criança precisa. Por outro lado, quando são prestados cuidados à criança é fundamental reconhecer a sua família como sendo a base estrutural da criança, ou seja os membros da família são também reconhecidos como foco de cuidados e não apenas a criança. Assegurar a autonomia parental e o manter dos laços afectivos durante este período é uma boa prática.

A família perante a hospitalização normalmente faz um esforço para utilizar um conjunto de estratégias para lidar com a situação, no entanto nem sempre decorre da melhor forma. “Muitas famílias encontram dificuldades em lidar com os desafios trazidos pela situação de doença, por perceberem o evento como uma mudança negativa, que causa trabalho e pesar na família e não conseguem restabelecer um funcionamento familiar adequado” (SILVEIRA, ANGELO E MARTINS, 2008, p. 213).

Martins (1991) citado por Jorge (2004, p.14) identifica várias fases pelas quais os pais passam perante a hospitalização do filho, sendo “primeiro o choque, a sensação de irrealidade, uma espécie de adormecimento, alternando com períodos de pânico e de extremo sofrimento, revolta e agressividade contra os responsáveis pelo desgosto”. Também o sentimento de culpa nos pais pode ser manifesto. Açam que como não conseguiram impedir o internamento, o seu papel de pais falhou e as expectativas deles próprios também falhou, o que poderá conduzir a uma dificuldade no apoio ao filho (JORGE, 2004). Importa, pois, perceber e valorizar o papel parental e os pais como parceiros no cuidar para atingir a partilha de cuidados.

## 2.2 – EXPECTATIVAS DOS PAIS FACE AO PAPEL PARENTAL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

A ansiedade e preocupação dos pais perante a hospitalização do filho são lógicas e já tivemos ocasião de evocar. Os pais sentem que o seu ninho foi “atacado” e que têm de reagir para que o mesmo sofra o menos possível.

Este sentimento sofrido não está apenas relacionado com a doença, mas também com os medos e ansiedade que advém da participação nos cuidados e da capacidade em lidarem com as suas emoções.

Num estudo realizado por Cunha (2000, p.75) sobre vivência de pais e mães com recém-nascidos hospitalizados, concluiu que os pais “evidenciam que a hospitalização é algo inesperada. Os pais mostraram-se surpresos com a necessidade de hospitalização de seus filhos, pois até então, desconheciam a possibilidade de terem filhos doentes”. Com este estudo, também podemos verificar que “os pais percebem a hospitalização do filho através da interação com os membros da equipe de saúde e do cuidado prestado ao bebé. Valorizaram as atitudes de respeito e consideração, julgando-as indispensáveis na relação interpessoal. Também valorizaram a tecnologia e a dedicação dos médicos e enfermeiros”.

As vivências encontradas neste estudo levam-nos a reflectir sobre as reais expectativas dos pais face ao papel parental durante o período de hospitalização, pois é evidente que os pais desejam, acima de tudo, atitudes de confiança e partilha de informação acompanhada pela tecnologia e dedicação dos profissionais. Sem dúvida, os pais necessitam disto para se sentirem preparados para a real partilha dos cuidados atingindo deste modo o tão desejado poder parental.

Ao longo dos últimos anos também a expectativa dos pais perante a hospitalização do filho mudou. Enquanto antes, os pais permaneciam separados dos filhos, agora é esperado que eles permaneçam ao lado da criança e que sejam parceiros nos cuidados, colaborando com o enfermeiro e participando na negociação dos cuidados.

Lemos (2006, p.49) afirma que “os pais esperam dos profissionais de saúde uma boa comunicação, que seja considerado o conteúdo e a forma como é transmitida, sobretudo em situações mais delicadas. É preciso tempo para que as dúvidas dos pais sejam esclarecidas e para que a informação seja bem assimilada”.

No entanto “a situação emocional, associada às diferenças culturais e experiências anteriores, pode tornar incompreensível a informação mais simples”. (JORGE, 2004, p.13).

“É indispensável disponibilidade dos enfermeiros para ouvir os pais e a criança, para que as questões possam ser reformuladas e a família se reorganize dentro da nova situação e contexto” (JORGE, 2004, p.14).

Soares (2008, p.4) num estudo realizado sobre o acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade fundamenta que “é importante conhecer a perspectiva dos pais sobre a forma como a parentalidade é vivenciada para que se conheçam as verdadeiras necessidades dos clientes e, conseqüentemente se desenvolvam intervenções ajustadas”.

Os pais esperam que os profissionais de saúde os recebam no serviço de uma forma individual e completa. Como fundamenta Cunha (2000) o modo como os pais são recebidos faz confiar ou não na equipe de profissionais que cuida do seu filho. Por isso, os pais necessitam ser bem recebidos pelas pessoas a quem confiarão a vida do seu filho, pois isto os manterá seguros e próximos da equipe.

As autoras Silveira, Ângelo e Martins (2008, p.213) realizaram um estudo sobre as habilidades da família face à doença e hospitalização da criança e verificaram que “a habilidade de adquirir segurança para cuidar da criança é manifesta na experiência da família como uma necessidade constante de especializar-se no cuidado da criança e de incorporar a dependência da criança no padrão de funcionamento familiar”.

Num estudo realizado por Jorge (2004) em que pretendeu avaliar as expectativas de resposta da família à hospitalização da criança, destaca-se que os pais sentem grande mágoa quando o filho tem de ser sujeito aos cuidados dos outros, sentem-se impotentes para continuar a responder às necessidades da criança e revelaram esperar muito dos enfermeiros ao apresentarem elevados pedidos em cuidados de enfermagem.

### 2.3 – PARTICIPAÇÃO PARENTAL

Fundamentalmente não podemos esquecer que “os pais são os verdadeiros prestadores de cuidados de saúde primários dos seus filhos. São eles que passam mais tempo com a criança, são eles quem mais sofre com a doença ou a falta de saúde dos filhos, e são eles os principais interessados em manter a saúde da criança” (ABECASIS, 2002, p.20).

De facto, quando ocorre a doença os pais também sentem as dores de um filho como se fossem deles próprios ou até maior que as deles, e ao mesmo tempo sentem-se impotentes para os aliviar e proteger. Os pais sentem-se desprotegidos como os filhos, sentem que lhes foi retirada a capacidade de responderem a tudo o que se espera deles,

uma atitude tranquila, uma colaboração activa com os profissionais de saúde e uma presença constante, independentemente das condições que lhe são oferecidas (GONÇALVES, 2006).

Silveira, Ângelo e Martins (2008, p.215) referem que os aspectos da hospitalização da criança que mais impacto provoca na família é o sofrimento físico da criança causado pelos procedimentos terapêuticos.

Assim, para que seja possível uma participação parental é fundamental que se reconheça o impacto da hospitalização na criança e nos pais. “A participação dos pais no cuidar do seu filho, durante a hospitalização, parte de toda a dinâmica do processo de relação interpessoal entre a equipa e os pais” (REIS e SANTOS, 1996, citado por JORGE, 2004,p.79).

Pais mais esclarecidos e satisfeitos, conseguem perceber como ajudar os seus filhos durante esta fase da hospitalização, conduz a uma maior confiança e segurança, e torna-os mais capazes de prestar os cuidados ao seu filho.

Só é possível a participação parental quando os pais recebem informação completa, apurada e clara sobre os cuidados prestados ao filho hospitalizado. Não é possível os pais terem tranquilidade perante o desconhecido, pelo que é um dever dos profissionais de saúde garantir a informação e o esclarecimento dos pais.

Num estudo realizado por Cardoso (2010) sobre as experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda refere que as tarefas parentais realizam-se em função das necessidades dos filhos, mas também para responder às expectativas dos enfermeiros, estando satisfeitos com esse nível de participação. No entanto referem também que experimentam muitas dificuldades de informação

Collet e Rocha (2003) referem que os pais quando têm os filhos hospitalizados referem receber poucas informações relacionadas com procedimentos diagnósticos e terapêuticos decorrentes do período de hospitalização. Neste estudo sobre participação e autonomia da mãe, concluíram que elas se sujeitam às condições que são impostas pelos profissionais, não sabem a quem recorrer, nem participam da tomada de decisões da conduta terapêutica médica, quando muito, apenas recebem uma explicação superficial sobre o estado de saúde do filho.

Um estudo realizado por Sabatés e Borba (2005) sobre as informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho inferiram que quando a comunicação entre enfermeiro e pais é eficiente, reduz a ansiedade e aumenta a aceitação, facilitando os tratamentos e favorecendo todo o processo de hospitalização, contribuindo para o aumento das competências parentais.

Os pais informados conseguem adquirir algum poder e deste modo reduzir a ansiedade durante a hospitalização. Por outro lado, a hospitalização proporciona também excelentes momentos de aprendizagem permitindo aos pais aprenderem e compreenderem o crescimento e desenvolvimento do filho. Os pais são ajudados a compreender as respostas do filho a determinadas situações de *stress*, conseguindo deste modo apoiar melhor o seu filho (ALGREN, 2006).

Jorge (2004, p.80) refere que “o reforço positivo durante e no final da actuação, aumenta a relação de confiança terapêutica e favorece a aceitação por parte da criança de outros procedimentos”.

São várias as evidências científicas que nos levam a confirmar que o reforço positivo é das melhores atitudes e, o enfermeiro pediátrico, não deve esquecer que este aspecto faz parte dos cuidados que presta.

É fundamental esta interacção pais/criança/enfermeiro para que seja possível ajudar no processo de hospitalização. Mas acima de tudo é necessário desenvolver a capacidade de cada um na responsabilização da sua saúde. Como nos define na Carta de Ottawa de 1986 em que “a saúde não se produz nas pessoas pelos serviços de saúde, mas resulta da capacidade e iniciativas individuais em interacção com os profissionais de saúde, a sua rede social de apoio e o seu ambiente físico e social” OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2003) citado por MELO (2011, p.15).

“Actualmente, reconhece-se a importância dos pais no hospital, contudo, mostra-se igualmente importante a discussão da sua participação no cuidado ao filho hospitalizado” (COLLET e ROCHA, 2004, p. 192).

Com todas as evoluções a nível dos cuidados, o enfermeiro de pediatria mantém o desafio em tornar o ambiente hospitalar mais tranquilo e adaptado à idade pediátrica, criando um ambiente mais próximo do familiar, transmitindo confiança e segurança à criança e pais.

### **2.3.1 – Modelos de participação parental**

A grande maioria dos modelos e teorias em enfermagem apenas focam a sua atenção no indivíduo, ou seja na criança, não sendo muito aplicável à idade pediátrica porque não incluem os pais ao mesmo nível do foco de cuidados que a criança.

Com a evolução da enfermagem foi-se procurando modelos e teorias adaptadas à pediatria. Surge em 1988 Anne Casey, que apresenta um modelo de cuidados pediátricos “cuidados em parceria” em que define de uma forma clara a importância da participação dos

pais nos cuidados à criança hospitalizada. Neste modelo a criança é o alvo dos cuidados, a família a prestadora de cuidados e tem como filosofia base o sentimento de negociação e respeito pelos pais (MANO, 2002).

Neste modelo “a participação dos pais nos cuidados, implica uma relação de parceria entres estes e a equipa que cuida da criança” (FERREIRA e COSTA, 2004, 56).

“O modelo de parceria, constitui então uma filosofia de cuidados de enfermagem que reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar presente e futuro da criança” (FERREIRA e COSTA, 2004, p.57).

A filosofia dos cuidados centrados na família e criança tem como base a parceria dos cuidados e a negociação dos mesmos. Contribui para uma reorganização da dinâmica familiar (MELO, 2009).

A autora acrescenta que esta forma de organização de cuidados processa-se sempre que necessário, através da implementação do enfermeiro de referência. Este sistema de trabalho implica uma forma sistemática de organizar os cuidados, em que o enfermeiro é responsável por realizar toda a avaliação dos cuidados e a sua supervisão.

Consideramos que este modelo de prestação de cuidados contribui de grande modo para a integração plena dos pais nos cuidados, tornando-os parceiros nos cuidados, integrando a criança numa reorganização familiar, com ganhos no seu bem-estar.

A integração dos pais nos cuidados à criança permite manter o lugar da criança na família, promovendo o sentimento de segurança e diminuindo a ansiedade.

Casey (1988, citado por MANO, 2002) refere que mesmo as mães inexperientes podem contribuir com conhecimentos e interesse pela criança, o qual não se poderia esperar apenas dos profissionais.

O modelo de parceria nos cuidados baseia-se numa enfermagem negociada com os pais e criança, com respeito pelas necessidades dos pais. Os pais são os que mais se preocupam com a criança e estão dispostos à partilha e negociação dos cuidados para que juntos alcancem a satisfação das necessidades da criança.

Este modelo permite dar respeito e poderes à criança e pais, partilhando informação e conhecimentos para os capacitar na tomada de decisões e nos cuidados à criança (MANO, 2002).

Hutchield (1999) citado por Melo (2011) valoriza a cooperação e comunicação entre os pais e enfermeiros, considera que os pais são detentores de forças, que muitas das vezes desconhecem, e reconhece o papel dos profissionais na maximização das capacidades dos pais e no estímulo à participação nos cuidados.

## 2.4 – EMPODERAMENTO DOS PAIS NOS CUIDADOS DE SAÚDE

A partir da segunda metade do século XX os cuidados de saúde evoluíram de uma forma fabulosa, associados também à evolução da tecnologia. Conduziram a uma melhoria da prestação de cuidados, à diminuição da mortalidade infantil e a um controlo de algumas doenças que até então eram mortíferas.

“Actualmente, o foco de cuidados de saúde em pediatria não se reduz a uma perspectiva individual, abrange a criança doente, os pais, outras pessoas significativas, e o respectivo contexto social e cultural” (MELO, 2011, p.39).

“Todos os profissionais ligados à pediatria deveriam aprender a brincar com a criança para poder comunicar com ela, respeitando o seu ritmo” (JORGE, 2004, p.25).

O caminho a percorrer no sentido da capacitação dos pais nos cuidados é sem dúvida a base dos cuidados centrados na família, e do modelo em parceria. Só assim é possível obtermos pais confiantes e capazes de cuidados completos e adequados aos seus filhos. O que significa mais capacidades, mais responsabilidades e também mais poder para os pais que têm os filhos hospitalizados.

O empoderamento dos pais conduz a um patamar em que se adquire maior poder e controlo sobre os cuidados, conduzindo a um ganho de conhecimentos e ao desenvolvimento de competências, que permite tomar decisões e serem parceiros nos cuidados.

Sem dúvida e como nos refere Carvalho (2004), o conceito de empoderamento dos pais nos cuidados constitui um eixo central da promoção da saúde.

Hutchfiels (1999) citado por Melo (2011) refere que no final da década de noventa, preconizou os cuidados centrados na família, como o elemento fundamental nos cuidados. Considerou estar ligada a conceitos como envolvimento, participação parental e parceria.

Cada criança e família têm as suas necessidades no que se refere à hospitalização. Assim, tem o direito a uma intervenção individualizada, para deste modo atingir estabilidade neste episódio de doença do filho (JORGE, 2004).

“Para que a criança e família se adaptem à hospitalização e a aceitem, é necessário que se faça um acolhimento eficaz, que lhes traduza confiança e os faça sentir únicos. O acolhimento é uma atitude que promove a confiança dos pais na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua” (JORGE, 2004, p.73).

Quando a família/criança sente-se “acolhida” tem liberdade para transmitir os seus medos, receios, não tem vergonha de os sentir. Sente abertura com o enfermeiro e isso conduz ao estabelecimento de pais mais capacitados nos cuidados ao seu filho.

Num estudo realizado por Reis (2007) em que fez uma abordagem sobre as expectativas dos pais durante a hospitalização da criança mostrou que os pais têm um grau de satisfação maior quando confiam nos profissionais de saúde. No entanto, sentem-se menos satisfeitos com as respostas dos enfermeiros em relação às necessidades da criança doente e outros membros da família.

“A informação aos pais é também um direito, de que aos profissionais de saúde não se devem demitir, pelo que deve ser orientada, clara, precisa e adequada ao seu nível de linguagem favorecendo a sua compreensão” (JORGE, 2004, p.74).

Estudo realizado por Jorge (2004, p.175) em que pretende avaliar as expectativas de resposta da família à hospitalização da criança refere que “as respostas dos pais à hospitalização dependem da gravidade e eminência de ameaça ao filho doente, capacidade de mobilização dos recursos familiares, experiências anteriores, crenças e valores. A culpa é uma resposta quase universal para os pais”.

Para que seja possível o empoderamento dos pais nos cuidados de saúde é fundamental a informação e comunicação, para que deste modo os pais sintam mais confiança e conhecimento da situação, logo inevitavelmente mais capacitação nos cuidados. É normal que os pais que não têm conhecimento dos cuidados, que os profissionais vão prestar, fiquem mais ansiosos, logo a criança também fica com medo, triste e não colabora nos cuidados.

A hospitalização da criança pode representar também um momento excelente para que a criança e pais reforcem os seus conhecimentos sobre determinada patologia, fundamentalmente em situações crónicas, contribuindo para fortalecer e desenvolver competências, permitindo uma maior capacitação nos cuidados (ALGREN, 2006).

Como nos fundamenta Casey (1988) citado por Ferreira e Costa (2004, p.51) “para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor”. Ninguém melhor que os pais para os prestar, mas para que isso aconteça de uma forma saudável é fundamental que os pais estejam informados e integrados e sem dúvida parceiros dos cuidados, para atingir o interesse comum que é a recuperação da saúde da criança.

É urgente que o enfermeiro de pediatria considere a sua prática no sentido da partilha dos cuidados à criança com os pais, para que o bem-estar da criança seja a primeira prioridade. Como nos refere Pereira (2003) na pedagogia aquele que orienta está

no mesmo nível de importância daquele que é orientado, assim ambos participam desta relação de aprendizagem, sendo activos e participantes, isto conduz-nos a uma realidade que se tem implementado e que força a muitas mudanças na prestação dos cuidados dos profissionais de saúde.

“Reflectir sobre o impacto da doença representa para a família uma possibilidade para o alívio do sofrimento e do sentimento de culpa, bem como para o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento efectivo, entre as quais se destaca as habilidades de partilhar preocupações e sentimentos, o apoio mútuo e a flexibilidade para revezar o cuidado da criança” concluíram as autoras Silveira, Ângelo e Martins (2008, p.216) ao realizarem um estudo sobre doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família.

Oliveira (2008, p.5) realizou um estudo sobre procedimentos de enfermagem dolorosos: respostas de mães e enfermeiras numa unidade de pediatria em que concluiu que as “mães e enfermeiras respondem à dor provocada pelos procedimentos nas crianças”. Conhecendo como as mães lidam com estes procedimentos e reflectindo sobre as suas práticas, podemos implementar estratégias adequadas.

O enfermeiro de pediatria tem de primar por prestar cuidados que vise o bem-estar físico psicológico e social da criança, promovendo deste modo a confiança dos pais e da criança. Assim o profissional constrói uma relação baseada na confiança e sinceridade, obtendo pais parceiros nos cuidados.

## **II PARTE- INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**







### 3 – METODOLOGIA DO ESTUDO

Neste capítulo descrevemos os procedimentos realizados, as suas justificações, no sentido de respondermos às perguntas de investigação.

#### 3.1– MÉTODOS

A hospitalização de uma criança é uma experiência que conduz a um conjunto de sentimentos, por vezes difíceis de lidar.

Nem os pais nem o enfermeiro de pediatria conseguem evitar a hospitalização da criança, pelo que é necessário trabalhar no sentido da partilha de cuidados, negociando-os, para encontrar o equilíbrio da criança, minimizando os efeitos da hospitalização.

A hospitalização da criança conduz a um sentimento sofrido dos pais, relacionado com os seus medos e ansiedades com a participação nos cuidados e com a capacidade em lidarem com as suas emoções.

Nestes últimos anos as expectativas dos pais em relação ao cuidado à criança foi-se modificando, os pais esperam do enfermeiro disponibilidade para eles e criança. Cunha (2000) refere que o modo como os pais são recebidos faz confiar ou não no enfermeiro que cuida do seu filho.

Melo (2011) afirma que os pais são considerados peritos nos cuidados à criança, detentores de conhecimentos e habilidades que permitem cuidar da criança e o papel do enfermeiro é de consultor e conselheiro, assumindo os pais a autonomia dos cuidados.

Reflectindo nestes aspectos, e para responder às nossas inquietações abraçamos este estudo sobre o empoderamento dos pais e a forma como expressam a sua participação na parceria de cuidados com os seus filhos internados, no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE.

Assim, definimos as seguintes questões de investigação:

- Qual a percepção dos pais das crianças hospitalizadas sobre o poder parental?

- Como será que os pais das crianças hospitalizadas expressam o poder parental nas atitudes, conhecimentos e comportamentos face à família, aos cuidados prestados à criança e ao envolvimento na comunidade?

- Será que as variáveis socio-demográficas dos pais (idade, situação profissional, apoio familiar), e a idade da criança influenciam o poder parental?

- Será que as variáveis clínicas da criança (percepção sobre a doença, experiências anteriores, tempo de internamento) influenciam o poder parental?

Para dar resposta às nossas questões de investigação, definimos como objectivos:

- Analisar de que forma o nível do poder parental dos pais das crianças hospitalizadas os capacitam para prestar cuidados aos seus filhos;

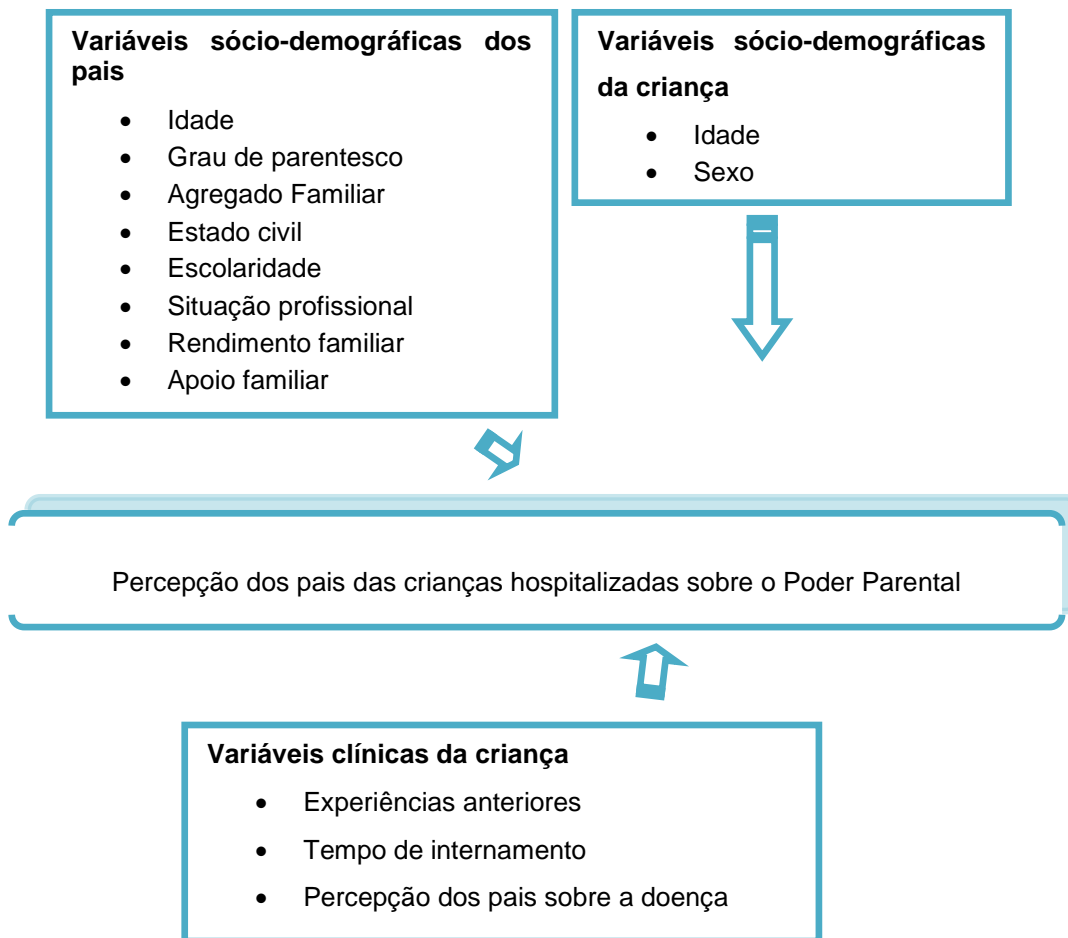
- Verificar se as variáveis sócio-demográficas dos pais e as clínicas da criança, influenciam o poder parental.

- Compreender a perspectiva dos pais sobre o poder parental de modo a dar contributos para a melhoria da prática de cuidados.

De forma a atingir os objectivos a presente investigação insere-se num estudo não experimental, de análise quantitativa e corte transversal, do tipo descritivo-correlacional, dado que pretende descrever e analisar a relação existente entre determinadas características dos pais e das crianças e o poder parental dos pais das crianças hospitalizadas no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE.

Face às questões e objectivos definidos, a representação do estudo pode ser esquematizada no seguinte desenho conceptual:

**Figura 1 – Desenho de Investigação**



A figura 1 procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes e a **variável dependente**, que no presente estudo é *percepção dos pais das crianças hospitalizadas sobre o Poder Parental*.

As **variáveis independentes** relativas à caracterização sócio-demográficas da **criança** são: idade, género. Em relação às variáveis sócio-demográficas dos **pais** são: idade, grau de parentesco, agregado familiar, estado civil, escolaridade, situação profissional, rendimento familiar e apoio familiar. Em relação às variáveis **clínicas da criança** são: as experiências anteriores, o tempo de internamento e a percepção dos pais sobre a doença.

### 3.2 – PARTICIPANTES

Para este estudo recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, sendo a amostra em estudo constituída por pai/mãe de crianças internadas no serviço de Pediatria do CHTV-EPE no período de Julho a Novembro de 2011, no total de 125 pais, dos quais 96 são mãe e 29 pai.

Para a selecção da amostra considerámos os seguintes critérios de inclusão: pais que estavam a acompanhar as crianças com idade compreendida entre os 29 dias e os 18 anos durante a hospitalização e saberem escrever e ler português.

Os elementos que fazem parte da nossa amostra foram inquiridos no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, pelo que iremos fazer uma breve caracterização do mesmo.

No serviço de internamento da pediatria são acolhidas crianças e jovens dos 29 dias de vida até aos 18 anos completos, dispondo para isso de 39 camas. São internados em função da idade, tendo também em consideração a sua patologia.

Está dividida por sectores, sendo o sector 1 (pré-escolar) reservado para o internamento das crianças até aos 6 anos de idade e dispõe de 16 camas de grades, distribuídas por 4 enfermarias e dois quartos. Cada cama tem ao lado um cadeirão articulado para o descanso dos acompanhantes.

Os tratamentos às crianças são realizados preferencialmente em salas equipadas com material adequado. Existe ainda uma sala para a preparação e conservação de leites, denominada de copa de leites.

No sector 2 (escolar) ficam internados as crianças dos 6 aos 10 anos, dispõe de 7 camas de grades, distribuídas por 3 enfermarias, igualmente com cadeirões articulados para os pais.

Para apoio lúdico e educativo existe uma sala de brincar, onde as crianças podem brincar acompanhadas pelos pais e apoiadas por educadoras e outros animadores.

Nesta sala existe uma variedade de recursos, como sejam TV, vídeo, computadores com acesso à internet, *playstation*, livros, jogos, entre outros. Os trabalhos realizados, vão sendo expostos, sinalizando sempre que possível as festividades e épocas do ano, no sentido da humanização do serviço.

O serviço de pediatria dispõe de um espaço que é denominado de Hospital de Dia, destinado a tratamentos e intervenções cirúrgicas que não exigem permanência da criança por tempo superior a 24 horas.

Ainda podemos encontrar a Unidade de Adolescentes, que funciona como uma unidade autónoma e dispõe de 16 camas, distribuídas por 8 enfermarias, com instalações sanitárias próprias. São internados os adolescentes dos 10 aos 18 anos com patologia médica ou cirúrgica. Esta unidade tem como objectivo adequar os serviços de saúde às necessidades específicas dos adolescentes, respeitando as características próprias desta faixa etária, mas também às características individuais do jovem.

De apoio a este serviço de internamento existem várias salas de trabalho de enfermagem e uma sala de refeições. Dispõe também de um espaço lúdico e educativo que é denominado de clube de jovens, sob a orientação da professora e equipa de professores ao abrigo do protocolo entre o Hospital e a Escola Secundária Alves Martins.

Os pais também têm ao seu dispor um espaço que é denominado de instalações para os pais, que vai de acordo com a declaração dos direitos da criança, que prevê o acompanhamento pelos pais durante o internamento, composto por 16 quartos duplos (32 camas) devidamente equipados para que os pais possam descansar. Seis quartos são destinados às mães de recém-nascidos internados na unidade de neonatologia e os restantes ao internamento de pediatria. Estas instalações dispõem de um regulamento próprio.

Todas as crianças e adolescentes internadas no serviço de pediatria utilizam uma pulseira eletrónica que serve para a sua identificação e segurança contra fugas ou raptos.

### 3.3 – INSTRUMENTOS

Para o nosso estudo utilizamos um questionário constituído por duas partes sendo uma composta por questões relacionadas com a caracterização da amostra com dados referentes aos pais e aos filhos hospitalizados, e outra parte pela Escala de Empoderamento Familiar do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, e cedida por Ferreira (2005). Trata-se da Escala de Empoderamento Familiar (Family Empowerment Scale- FES) já validada para a população portuguesa e que foi desenvolvida por investigadores do Research and Training Center on Family Support and Children's Mental Health, da Universidade de Portland, nos Estados Unidos da América (KOREN, DECHILLO, FRIESEN, 1992).

A estrutura da escala inclui duas dimensões: **o nível de empoderamento** e **a forma como o empoderamento é expresso**.

Em relação à **primeira dimensão**, o empoderamento pode ocorrer em três **níveis**:

- Familiar; relacionado com a gestão dos pais nas situações do dia-a-dia;
- Cuidados prestados ao filho; inclui os cuidados de saúde, profissionais de saúde e o papel activo dos pais pela procura dos serviços;
- Envolvimento na comunidade; engloba a participação dos pais na política, legislação e comunidade.

Em relação à **segunda dimensão**, o empoderamento pode ser **expresso** de três formas:

- Atitudes;
- Conhecimentos;
- Comportamentos.

As atitudes são relativas ao que os pais acreditam e sentem. Os conhecimentos são o que os pais sabem e os comportamentos são as acções, ou seja aquilo que os pais fazem.

A escala do empoderamento familiar é constituída por 34 itens, cada um pode ser pontuado numa escala de tipo Likert, com as opções de resposta nunca (1), raramente (2), às vezes (3), frequentemente (4) e muito frequentemente (5). Os níveis de empoderamento parental, a forma como ele é expresso e como se traduzem em cada uma das frases, podem observar-se na tabela 1.

**Tabela 1 – Estrutura Conceptual da Escala de Empoderamento Familiar**

Forma como o empoderamento é expresso	Níveis de empoderamento	Frases
<b>Atitudes</b>	Face à família	2,4,6,12
	Nos cuidados prestados ao filho	13,19,24
	No envolvimento com a comunidade	25,30,34
<b>Conhecimentos</b>	Face à família	3,5,7,11
	Nos cuidados prestados ao filho	14,16,17,21,23
	No envolvimento com a comunidade	27,28,32
<b>Comportamentos</b>	Face à família	1,8,9,10
	Nos cuidados prestados ao filho	15,18,20,22
	No envolvimento com a comunidade	26,29,31

### 3.4 – PROCEDIMENTOS

Para que fosse possível a concretização da nossa investigação, em primeiro lugar foi realizado a estruturação do nosso estudo, posteriormente foi necessário escolher o nosso instrumento de colheita de dados e efectuado o seu respectivo pedido de autorização ao autor. De seguida definimos o local para a recolha dos dados onde iríamos aplicar o questionário.

Após este processo elaboramos o pedido de autorização formal ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela Viseu – EPE (Anexo I), no sentido da autorização para aplicar o instrumento de colheita de dados no serviço de Pediatria. Após uma resposta positiva da instituição iniciamos a recolha de dados através do questionário e que decorreu no período entre Julho e Novembro de 2011 (Anexo II).

Efectuámos um contacto prévio com o Enfermeiro chefe para dar conhecimento do nosso estudo e para sensibilizar os profissionais de saúde para colaborarem na recolha dos dados.

Todos os participantes do nosso estudo fizeram-no de uma forma voluntária, após o devido esclarecimento. Foi assegurado o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados. Durante todo o período de aplicação de questionários e posterior realização do trabalho foram preservadas as questões éticas e morais.

### 3.5 – ANÁLISE DE DADOS

Após a recolha dos questionários, efectuou-se uma primeira análise, no sentido de verificar se havia alguns incompletos ou mal preenchidos, de modo a serem eliminados, o que não se verificou.

Para sistematizar e dar maior ênfase à informação recolhida procedemos à análise e interpretação dos resultados, através da análise estatística descritiva e inferencial.

Na estatística descritiva utilizamos as frequências absolutas (N), percentuais (%), medidas de tendência central (médias e o limite mínimo e máximo), medidas de variabilidade ou dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação), as medidas de assimetria e achatamento segundo o valor de Skewness e Kurtosis, e os coeficientes como coeficiente de Alfa de Cronbach.

A medida de assimetria (SK) obtém-se através do quociente entre SK com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e +2, a distribuição é simétrica, enquanto se SK/EP

for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada á direita e se SK/EP for superior a +2, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada á esquerda (PESTANA e GAGEIRO 2005). Para medidas de achatamento curtose (k), o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão. Se o valor K/EP oscilar entre -2 e +2 a distribuição é mesocúrtica, mas se K/EP for inferior a -2, a distribuição é platicúrtica e para K/EP superior a +2, a distribuição é leptocúrtica (PESTANA e GAGEIRO, 2005).

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

O coeficiente de variação permitiu-nos comparar a variabilidade entre duas variáveis e os resultados obtidos foram interpretados de acordo com a classificação de Pestana e Gageiro (2005):

- $CV \leq 15\%$  - Dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$  - Dispersão Média;
- $CV > 30\%$  - Dispersão Elevada.

Relativamente à análise inferencial, e tendo como objectivo o estabelecimento de relações entre variáveis, foram aplicados vários testes estatísticos, referidos por PESTANA e GAGEIRO (2005):

- **Test t de Student ou Teste de Mann-Whitney** - para amostras independentes, para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais.

Teste de *Mann-Whitney*- é um teste alternativo ao teste T de Student para duas amostras independentes, comparando o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes. Este teste é de utilização preferível ao teste T quando há violação da normalidade, ou quando os n's são pequenos, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal.

**Teste ANOVA** (Analysis of Variance) One-Way ou **Teste Kruskal-Wallis** - é uma extensão do teste T de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se habitualmente ao teste Post Hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si.

Teste Kruskal-Wallis - é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, e é também uma alternativa ao One-Way Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que são a normalidade e igualdade de

variâncias. Este teste usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização.

**Teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )** - para o estudo de relações entre variáveis nominais, aplicando-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 (PESTANA E GAGEIRO, 2005).

Para a análise inferencial utilizamos os seguintes níveis de significância (PESTANA e GAGEIRO, 2005):

- $p < 0.05^*$  Estatística significativa
- $p < 0.01^{**}$  Estatística bastante significativa
- $p < 0.001^{***}$  Estatística altamente significativo
- $p \geq 0.05$  n.s. não significativo

Os dados obtidos foram tratados informaticamente, utilizando o IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 20.0, ambiente Windows, para de base de dados, da folha de cálculo.

A apresentação dos dados foi feita através de tabelas de modo a facilitar a sua compreensão, com omissão das fontes em virtude de estes se referirem sempre ao presente estudo. A descrição e análise dos dados foram realizadas com base na orientação do instrumento de colheita de dados.

Após estas considerações metodológicas, irá ser abordado, no capítulo seguinte a apresentação dos resultados.



## 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a definição dos métodos vamos proceder neste capítulo à apresentação dos resultados obtidos. Este será dividido em dois grupos, a apresentação dos resultados através da análise descritiva e a análise inferencial, recorrendo aos testes estatísticos adequados.

### 4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo pretendemos através da análise descritiva dos resultados decompor os diversos dados numéricos procedendo à sua interpretação, resumindo as características dos participantes no estudo.

#### Variáveis sócio-demográficas dos pais

##### Idade

Como já referimos a nossa amostra é constituída por 125 pais. Pela tabela 2 verificamos que destes 96 são mãe e 29 são pai.

Quanto à caracterização da amostra e no que se refere à idade dos pais das crianças, verificamos que estes têm uma média de idades de 33,45 anos ( $Dp=8,48$ ), oscilando entre o mínimo de 17 anos e máximo de 57 anos. Nesta distribuição o pai tem uma média de idades de 35,79 anos ( $Dp=10,09$ ) com um mínimo de 19 e máximo de 57 anos. A média de idade da mãe é de 32,74 anos ( $Dp=7,86$ ) oscilando entre 17 e 51 anos. O coeficiente de variação (CV) é moderado tanto no global da amostra (25,35%) como entre os dois grupos. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) revela uma distribuição normal ( $p > 0,005$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2 – Estatísticas da idade dos pais**

Pais	n	Min.	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	K/erro	K-S
Pai	29	19	57	35.79	10,09	28,19	1,00	-0,63	0,067
Mãe	96	17	51	32.74	7,86	24,00	-0,39	-0,68	0,064
<b>Total</b>	125	17	57	33,45	8,48	25,35	0,94	-0,18	0,073

Face à dispersão nas idades dos pais foram constituídos grupos etários. Pela análise da tabela 3 e para o global da amostra verificamos que a maioria dos pais tem entre 33-39 anos (35,2%) seguidos do grupo etário dos 25-32 anos (28,8%) e o menos representativo é o grupo dos  $\geq 48$  anos (6,4%). O grupo etário dos 25-32 anos é o mais representativo do grupo pai (34,5%), enquanto no grupo mãe o mais representativo é o dos 33-39 anos (38,5%). As diferenças entre os grupos revelam-se estatisticamente significativas ( $\chi^2=10,595$ ;  $p=0,032$ ) (tabela 3).

**Tabela 3 – Distribuição dos pais por grupos etários**

Grupo etário	Mãe		Pai		Total	
	n	%	n	%	n	%
≤ 24 Anos	17	17,7	2	6,9	19	15,2
25-32 Anos	26	27,1	10	34,5	36	28,8
33-39 Anos	37	38,5	7	24,1	44	35,2
40-47 Anos	13	13,5	5	17,2	18	14,4
≥ 48 Anos	3	3,1	5	17,2	8	6,4
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

### Grau de parentesco

Dos pais 39,2% são acompanhantes de filhos do sexo feminino e 60,8% do sexo masculino. É a maioria das mães que acompanha as crianças no internamento, correspondendo a 41,7% crianças do sexo feminino e 58,3% do sexo masculino (Tabela 4).

**Tabela 4 – Distribuição dos pais segundo o sexo das crianças**

Sexo crianças	Mãe		Pai		Total	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	40	41,7	9	31	49	39,2
Masculino	56	58,3	20	69,0	76	60,8
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

### Agregado Familiar

O agregado familiar da amostra em estudo é composto em média por 3,65 elementos ( $Dp=0,85$ ), oscilando entre 2 e 6 pessoas. Esta distribuição coincide com a dos grupos das

mães e dos pais. Os valores de assimetria e Kurtosis indiciam uma distribuição normal (Tabela 5).

**Tabela 5 – Estatísticas dos elementos que compõem o agregado familiar**

Pais	n	Min.	Max.	Média	Mediana	Dp	CV %	SK/erro	K/erro	K-S
<b>Pai</b>	29	2	6	3,76	4	0,95	25,26	1,20	0,99	0,000
<b>Mãe</b>	96	2	6	3,61	4	0,82	22,71	1,03	2,15	0,000
<b>Total</b>	125	2	6	3,65	4	0,85	23,39	1,63	2,65	0,000

### Estado Civil

A análise da variável estado civil foi reagrupada considerando as opções “casado com registo” e “casado sem registo” numa única opção “casado” e as opções “divorciado” e “separado” na opção “divorciado/separado”.

Através da análise da tabela 6, verifica-se que dos 125 acompanhantes, a grande maioria são casados (86,4%), sendo em menor percentagem os solteiros (5,6%) e 8,0% são divorciados /separados. Dos 108 casados 81 são mãe e 27 são pai, não se verificando diferença estatística significativa ( $\chi^2 = 2,368$ ;  $p = 0,306$ ) (tabela 6).

**Tabela 6 – Caracterização do estado civil dos pais**

Estado Civil	Pais		MÃE		PAI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Casado</b>	81	84,4	27	93,1	108	86,4		
<b>Solteiro</b>	7	7,3	0	0,0	7	5,6		
<b>Divorciado/separado</b>	8	8,3	2	6,9	10	8,0		
<b>Total</b>	96	100,0	29	100,0	125	100		

### Escolaridade

Relativamente à escolaridade dos pais e para o global da amostra ( $n = 123$ ) verifica-se que a maioria (35,0%) tem o 2º e 3º ciclo do ensino básico, enquanto 26,0% completou o ensino secundário e 16,3% ensino superior. Analisando pelos grupos são as mães que revelam escolaridade mais baixa, dado que 36,2% completaram o 2º e 3º ciclo e em igualdade de circunstâncias 24,5% completaram o ensino básico e secundário enquanto

apenas 14,9% tem o ensino superior. Dos pais, 31% têm o ensino secundário e o 2º e 3º ciclo e 20,7% o ensino superior, contudo as diferenças entre os grupos não se revela estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 1,501$ ;  $p = 0,682$ ) (tabela 7).

**Tabela 7 – Caracterização da escolaridade dos pais**

Escolaridade dos pais	Pais		MÃE		PAI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ensino Superior	14	14,9	6	20,7	20	16,3		
Secundário	23	24,5	9	31,0	32	26,0		
2º e 3º ciclo	34	36,2	9	31,0	43	35,0		
Ensino Básico	23	24,5	5	17,2	28	22,8		
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>		

### Situação profissional e Rendimento familiar

Analisando as características profissionais dos pais verificamos que para o global da amostra a maioria são trabalhadores activos (74,4%) enquanto 25,6% são trabalhadores não activos, sobretudo as mães (24,0%). Contudo sem significância estatística ( $\chi^2 = 1,140$ ;  $p = 0,565$ ).

Relativamente ao rendimento das famílias verificamos que a maioria, ou seja 45,6% tem um rendimento médio, seguido de 42,4% com um rendimento baixo, sobretudo as mães (45,8%). No global apenas 12% dos pais que responderam ao questionário têm rendimento alto, contudo as diferenças não revelam significância estatística ( $\chi^2 = 5,791$ ;  $p = 0,055$ ) (tabela 8).

**Tabela 8 – Caracterização da situação profissional e rendimento familiar**

Situação Profissional	Pais		MÃE		PAI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trabalho activo	66	52,8	27	21,6	93	74,4		
Trabalhador não activo	30	24,0	2	1,6	32	25,6		
<b>Rendimento Familiar</b>								
Baixo	44	45,8	9	31,0	53	42,4		
Médio	44	45,8	13	44,8	57	45,6		
Alto	8	8,4	7	24,2	15	12,0		
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>		

### Apoio familiar

Em relação ao apoio familiar podemos verificar que a maioria dos pais (69,4%) refere não possuir esse tipo de auxílio. Daqueles que usufruem de apoio, 20,2% reportam sobretudo o apoio da família e 10,5% do serviço social. O apoio familiar é mencionado por 21,9% do grupo mãe e 14,3% do grupo pai, enquanto o serviço social é referido por 14,3% do grupo pai e 9,4% do grupo mãe, contudo as diferenças não revelam significância estatística ( $\chi^2= 1,140$ ;  $p= 0,565$ ) (tabela 9).

**Tabela 9 – Caracterização do apoio familiar**

Apoio Familiar	Pais		MÃE		PAI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhum	66	68,8	20	71,4	86	69,4		
Família	21	21,9	4	14,3	25	20,2		
Serviço Social	9	9,4	4	14,3	13	10,5		
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>		

### Variáveis sócio demográfica da criança

#### Idade e Sexo

Em relação às crianças hospitalizadas obtivemos uma amostra composta por 76 crianças do sexo masculino (60,8%) e 49 do sexo feminino (39,2%). A média de idades para o total da amostra é de 6,24 anos ( $Dp=5,72$ ), enquanto a média do sexo masculino é de 6,67 anos ( $Dp=5,56$ ) e no feminino de 5,66 anos ( $Dp=5,95$ ). Estes valores médios oscilam tanto para o total da amostra como entre os sexos, entre <1 ano (0,08 meses) e 18 anos numa dispersão elevada (Tabela 10).

**Tabela 10 – Estatística da idade da criança**

Sexo crianças	n	%	Min.	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	K/erro	K-S
Masculino	76	60,8	0,08	18,00	6,67	5,56	83,35	1,77	-1,77	0,000
Feminino	49	39,2	0,08	18,00	5,66	5,95	105,12	2,83	-0,84	0,000
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>	<b>0,08</b>	<b>18,00</b>	<b>6,24</b>	<b>5,72</b>	<b>91,66</b>	<b>3,04</b>	<b>-2,08</b>	<b>0,000</b>

Face aos valores obtidos nas estatísticas da idade das crianças, foram estabelecidos quatro grupos etários. Pela análise da tabela 11 e para o global da amostra verificamos que a maioria das crianças tem idade inferior a 2 anos (36,0%) seguidos do grupo etário dos 7-12 anos (25,6%) e o menos representativo é o grupo dos 2-6 anos (17,6%), porém as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $\chi^2= 4,127$ ;  $p= 0,248$ ) (tabela 11).

**Tabela 11 – Caracterização da idade e sexo da criança**

Idade da criança	Sexo		Total			
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino		
	n	%	n	%	n	%
≤2 Anos	21	42,9	24	31,6	45	36,0
2-6 Anos	10	20,4	12	15,8	22	17,6
7-12 Anos	8	16,3	24	31,6	32	25,6
≥13 Anos	10	20,4	16	21,1	26	20,8
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

### Variáveis clínicas da criança

#### **Experiências anteriores**

Relativamente às experiências anteriores da criança e tanto para o global da amostra como entre os pais e mães que responderam ao questionário, verifica-se que a maioria indica a urgência pediátrica (26,4%), para o global da amostra 31,0% para o grupo pai e 25,0% grupo mãe, seguindo-se as experiências no internamento 24,8% para o global da amostra, 27,6% para o grupo pai e 24,0% para o grupo mãe. As diferenças entre os grupos não se revelaram estatisticamente significativas ( $\chi^2= 2,081$ ;  $p= 0,721$ ) (tabela 12).

**Tabela 12 – Caracterização das experiências anteriores no hospital**

Experiências no hospital	Pais		MÃE		PAI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Internamento	23	24,0	8	27,6	31	24,8		
Consulta Externa	5	5,2	2	6,9	7	5,6		
Urgência	24	25,0	9	31,0	33	26,4		
Nenhum	21	21,9	3	10,3	24	19,2		
Outros	23	24,0	7	24,1	30	24,0		
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>76,8</b>	<b>29</b>	<b>23,2</b>	<b>125</b>	<b>100</b>		

### Tempo de internamento

Em relação ao período de internamento, verifica-se que tanto para o global da amostra (56,7%) como entre os progenitores, a maioria dos pais referiu um período igual ou inferior a 7 dias de internamento, enquanto 31,7% de crianças estiveram hospitalizadas entre 8-15 e apenas 11,7% permaneceram para além de 16 dias. Das crianças acompanhadas pelos progenitores do sexo masculino, nenhuma delas permaneceu para além dos 16 dias, não apresentando as diferenças significância estatística ( $\chi^2=2,888$ ;  $p=0,236$ ) (tabela 13).

**Tabela 13 – Tempo de duração do internamento anterior em dias**

Tempo de Internamento	Pais		MÃE		PAI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤7 Dias	24	52,2	10	71,4	34	56,7		
8-15 Dias	15	32,6	4	28,6	19	31,7		
≥16 Dias	7	11,7	0	0,0	7	11,7		
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>76,7</b>	<b>14</b>	<b>23,3</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		

### Percepção dos pais sobre a doença e saúde dos filhos

#### Percepção de doença crónica

Em relação à percepção de doença crónica da criança verifica-se que 80,8% dos pais negam a presença de doença crónica, 16,0% assume esse problema e 3,2% não têm a certeza, porém as diferenças não se revelam estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,460$ ;  $p=0,482$ ) (tabela 14).

**Tabela 14 – Percepção dos pais sobre a doença dos filhos**

Doença Crónica	Sexo		MÃE		PAI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	2	4,1	18	23,7	20	16,0		
Não	45	91,8	56	73,7	101	80,8		
Não tenho a certeza	2	4,1	2	2,6	4	3,2		
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>39,2</b>	<b>76</b>	<b>60,8</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>		

### Problemas no desenvolvimento

Analisando a tabela 15 verifica-se que 90,4% dos pais não percepciona problemas no desenvolvimento dos filhos, sobretudo os progenitores do sexo masculino (93,1%), porém sem significância estatística ( $\chi^2 = 0,318$ ;  $p = 0,573$ ) (tabela 15).

**Tabela 15 – Percepção dos pais sobre problemas de desenvolvimento**

Desenvolvimento	Pais		MÃE		PAI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	10	10,4	2	6,9	12	9,6		
Não	86	89,6	27	93,1	113	90,4		
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>76,8</b>	<b>29</b>	<b>23,2</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>		

### Saúde dos filhos

Tal como é possível verificar no questionário, a variável da percepção dos pais sobre a saúde dos filhos permitia cinco opções de resposta, mas para facilitar a análise as opções “boa”, “muito boa” e “ótima” foram agrupadas numa única opção “boa/muito boa”.

Face aos resultados verifica-se que essa percepção é maioritariamente boa/muito boa (80%) e apenas uma minoria dos pais refere que a saúde do seu filho é má (2,4%), contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 4,175$ ;  $p = 0,124$ ) (tabela 16).

**Tabela 16 – Percepção dos pais sobre a saúde dos filhos**

Saúde	Pais		MÃE		PAI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Má	3	3,1	0	0,0	3	2,4		
Regular	20	20,8	2	6,9	22	17,6		
Boa/Muito boa	73	76,0	27	93,1	100	80,0		
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>		

### Controlo da situação de doença

Em relação à percepção que os pais têm sobre o facto de controlar a situação de doença do seu filho 52% dos pais referem que controlam completamente, no entanto

consideramos que é importante referir que 41,6% tem pouco controlo e apenas 6,4% referiram que não têm controlo sobre a situação (tabela 17).

**Tabela 17 – Controlo dos pais face à situação de doença dos filhos**

Controlo	Pais		MÃE		PAI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não tenho controlo	7	7,3	1	3,4	8	6,4		
Pouco controlo	39	40,6	13	44,8	52	41,6		
Controlo completamente	50	52,1	15	51,7	65	52,0		
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>76,8</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>		

### Oportunidade para decidir e cuidar

Os pais quando inquiridos sobre as oportunidades criadas pelos profissionais de saúde para decidir e cuidar do filho, 60,8% referiram que têm muitas oportunidades. No entanto 33,6% relatam ter poucas oportunidades e apenas 5,6% mencionaram não ser lhes dadas oportunidades para decidir e cuidar do seu filho durante o internamento com diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2 = (10,933; p = 0,004)$ ) (tabela 18).

**Tabela 18 – Oportunidades dadas pelos enfermeiros para decidir e cuidar do filho hospitalizado**

Decidir e Cuidar	Pais		MÃE		PAI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	2	2,1	5	17,2	7	5,6		
Poucas	31	32,3	11	37,9	42	33,6		
Muitas	63	65,6	13	44,8	76	60,8		
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>76,8</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>		

**Resultados estatísticos da escala do poder parental e a forma como é expresso em atitudes, conhecimentos e comportamentos face à família, nos cuidados prestados ao filho e no envolvimento com a comunidade.**

Na tabela 19 podemos observar os dados referentes ao poder parental expresso nas **atitudes** face à família, nos cuidados prestados ao filho e no envolvimento. Os valores médios oscilam entre 10,94 (Dp=2,51) nas atitudes face ao envolvimento e 16,88 (Dp=2,27)

nas atitudes face à família. O coeficiente de variação apresenta dispersões moderadas (Tabela 19).

**Tabela 19 – Estatísticas relativas à escala de poder parental expresso nas atitudes**

Atitudes	Min.	Max.	Média	Mediana	Dp	CV %	SK/erro	K/erro
Face à família	10	20	16,88	17	2,27	12,02	2,67	0,25
Face aos cuidados	5	15	12,01	12	1,81	15,07	1,92	1,31
Face ao envolvimento	4	15	10,94	11	2,51	22,94	1,31	0,38

Em relação ao poder parental expresso nos **conhecimentos** face à família, nos cuidados prestados ao filho e no envolvimento. Os valores médios oscilam entre 8,10 (Dp=3,08) nos conhecimentos face ao envolvimento e 20,32 (Dp=4,38) nos conhecimentos face aos cuidados. O coeficiente de variação apresenta dispersões moderadas (tabela 20).

**Tabela 20 – Estatísticas relativas à escala de poder parental expresso nos conhecimentos**

Conhecimentos	Min.	Max.	Média	Mediana	Dp	CV %	SK/erro	K/erro
Face à família	8	70	16,17	16	5,49	33,95	35,1	174,6
Face aos cuidados	12	58	20,32	20	4,38	21,55	23,2	101,2
Face ao envolvimento	3	15	8,10	8	3,08	30,02	0,22	0,85-

De seguida analisámos o poder parental expresso nos **comportamentos** face à família, nos cuidados prestados ao filho e no envolvimento com a comunidade. Os valores médios oscilam entre 7,69 (Dp=3,25) nos comportamentos face ao envolvimento e 16,74 (Dp=3,35) nos comportamentos face à família. O comportamento face ao envolvimento apresenta um coeficiente de variação elevado (CV=42,26) (tabela 21).

**Tabela 21 – Estatísticas relativas à escala de poder parental expresso nos comportamentos**

Comportamentos	Min.	Max.	Média	Mediana	Dp	CV %	SK/erro	K/erro
Face à família	10	44	16,74	16	3,35	20,01	19,7	79,9
Face aos cuidados	8	20	16,04	16	2,49	15,52	2,95-	1,29
Face ao envolvimento	3	15	7,69	7	3,25	42,26	1,74	1,69-

Efectuou-se uma correlação de Pearson entre as Atitudes, Conhecimentos, Comportamentos e os três níveis de empoderamento: face à família, face aos cuidados prestados ao filho e face ao envolvimento na comunidade, no intuito de determinar o tipo de associação existente entre as variáveis. Pelos valores apresentados notámos que as correlações são positivas e significativas, sendo que a mais elevada se observa nos conhecimentos e comportamentos face envolvimento ( $r=,854^{**}$ ). Podemos também referir que encontrámos uma correlação positiva e significativa nas atitudes face ao envolvimento e comportamentos face aos cuidados ao filho ( $r=,616^{**}$ ) (tabela 22).

**Tabela 22 – Matriz de correlação da escala de poder parental expresso nas atitudes, conhecimentos e comportamentos e as suas dimensões**

	AtF	AtC	AtE	ConhF	ConhC	ConhE	CompF	CompC
Atitude face aos cuidados	,266**	---						
Atitude face ao envolvimento	,380**	,514**	----					
Conhecimentos face à família	,410**	,064	,228*	----				
Conhecimentos face aos cuidados	,298**	,254**	,250**	,166	----			
Conhecimentos face envolvimento	,271**	,382**	,477**	,223*	,361**	----		
Comportamentos face à família	,426**	,217*	,215*	,237**	,184*	,105	----	
Comportamentos face aos cuidados	,541**	,536**	,616**	,365**	,412**	,590**	,345**	----
Comportamentos face envolvimento	,218*	,418**	,501**	,179*	,289**	,854**	,093	,593**

**Legenda:** AtF- Atitude face à família, AtC- Atitude face aos cuidados, AtE- Atitude face ao envolvimento, ConhF- Conhecimento face à família, ConhC- Conhecimentos face aos cuidados, ConhE- Conhecimentos face ao envolvimento, CompF- comportamentos face à família, CompC- Comportamentos face aos cuidados, CompE- comportamentos face ao envolvimento.

## 4.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após conhecermos os aspectos referentes à caracterização da amostra procurámos de seguida descobrir o significado estatístico das respostas dos pais às nossas questões de investigação.

De seguida vamos analisar se as variáveis clínicas, como as experiências anteriores, o tempo de internamento e a percepção dos pais sobre a doença influenciam o poder parental, para deste modo dar resposta à seguinte questão de investigação:

## Será que as variáveis clínicas da criança influenciam a percepção dos pais sobre o poder parental?

### Experiências Anteriores

Face aos resultados obtidos com a realização do teste Kruskal-Wallis relativo à influência das experiências anteriores na percepção dos pais sobre o poder parental, verificámos que quando as crianças estão internadas os pais apresentam uma percepção do papel parental mais elevada ao nível das atitudes face ao envolvimento (OM=67,08) e nos conhecimentos face aos cuidados (OM=60,54), enquanto que os pais que tiveram experiências anteriores na consulta externa apresentam valor médio de 68,14 nas atitudes face aos cuidados.

Os pais das crianças que referiram o serviço de urgência como experiência anterior apresentaram valores médios mais elevados nos conhecimentos face ao envolvimento (OM=65,68) e comportamentos face ao envolvimento (OM=67,05). Podemos inferir que há diferença significativa nas atitudes face ao envolvimento ( $p=0,036$ ) e nos comportamentos face à família ( $p=0,015$ ). Dado que existem diferenças estatísticas significativas realizamos o teste Post Hoc, no entanto verificamos que entre eles não há diferenças (Tabela 22).

**Tabela 22 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e as experiências anteriores**

Experiências Anteriores	Internamento	Consulta Externa	Urgência	Nenhum	Outros	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM	OM	OM		
Atitude face à família	59,33	49,00	54,86	65,32	93,75	5,898	0,207
Atitude face aos cuidados	56,68	68,14	58,50	67,38	59,25	1,825	0,768
Atitude face ao envolvimento	67,08	48,43	48,45	66,38	32,75	10,281	0,036
Conhecimentos face à família	58,46	42,07	59,55	69,65	61,25	3,426	0,489
Conhecimentos face aos cuidados	60,54	43,36	60,20	58,44	71,75	2,183	0,702
Conhecimentos face envolvimento	60,75	46,29	65,68	59,00	16,00	8,805	0,066
Comportamentos face à família	54,70	50,79	55,27	78,74	96,25	12,404	0,015
Comportamentos face aos cuidados	60,37	46,57	56,42	62,47	82,50	3,323	0,505
Comportamentos face envolvimento	60,18	50,86	67,05	55,79	18,50	8,106	0,088

### Tempo de Internamento

Da aplicação do teste Kruskal-Wallis, no sentido de inferir sobre a influência do tempo de internamento na percepção dos pais sobre o poder parental, verificámos que quando o internamento ocorre num período  $\leq 7$  dias os pais apresentam mais poder parental ao nível das atitudes face à família (OM=34,06), no entanto quando o internamento se prolonga por um período  $\geq 16$  dias, apresentam mais poder parental ao nível dos conhecimentos face ao envolvimento na comunidade (OM=35,64).

Contudo, as diferenças entre o tempo de internamento e a relação parental não são estatisticamente significativas (tabela 23).

**Tabela 23 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e o tempo de internamento**

Tempo Internamento	$\leq 7D$	8-15D	$\geq 16D$	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM		
Atitude face à família	34,06	25,61	26,50	3,347	0,188
Atitude face aos cuidados	31,53	33,63	17,00	5,091	0,078
Atitude face ao envolvimento	31,87	31,34	21,57	2,125	0,346
Conhecimentos face à família	31,84	28,11	30,50	0,568	0,753
Conhecimentos face aos cuidados	28,32	33,24	33,64	1,243	0,537
Conhecimentos face envolvimento	25,97	36,71	35,64	5,394	0,067
Comportamentos face à família	34,04	25,03	28,14	3,536	0,171
Comportamentos face aos cuidados	28,88	33,42	30,43	0,856	0,652
Comportamentos face envolvimento	27,90	36,18	22,71	2,997	0,223

### Percepção dos pais sobre a doença

#### Saúde dos filhos

No que concerne à relação entre o poder parental e a saúde dos filhos, foi utilizado o teste U Mann-Whitney. Os pais quando inquiridos sobre a sua percepção da saúde dos

filhos demonstraram considerar que os filhos que com saúde regular manifestaram um valor médio mais elevado nas atitudes face ao envolvimento (OM=74,57) e nas atitudes face aos cuidados (OM=72,23). Dos pais que consideraram que os filhos têm uma saúde boa/muito boa apresentaram valores médios elevados ao nível dos comportamentos face ao envolvimento (OM=60,93) e conhecimentos face à família (OM=60,91).

Também verificamos que as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas (tabela 24).

**Tabela 24 – Teste de U Mann-Whitney entre a escala do poder parental e a saúde dos filhos**

Saúde dos filhos	Regular	Boa/Muito Boa	UMW	p
	OM	OM		
Atitude face à família	63,61	61,04	1053,500	0,754
Atitude face aos cuidados	72,23	59,14	864,000	0,110
Atitude face ao envolvimento	74,57	58,63	812,500	0,053
Conhecimentos face à família	64,20	60,91	1040,500	0,690
Conhecimentos face aos cuidados	68,50	59,96	946,000	0,302
Conhecimentos face envolvimento	68,00	60,07	957,000	0,337
Comportamentos face à família	67,61	60,16	965,500	0,364
Comportamentos face aos cuidados	68,57	59,95	944,500	0,294
Comportamentos face envolvimento	64,04	60,93	1043,000	0,703

### **Controlo da situação de doença dos filhos**

Analisamos em primeiro lugar a relação entre a percepção dos pais sobre o poder parental e o controlo da situação de doença dos filhos, utilizando o teste Kruskal-Wallis. Pela análise da tabela 25, podemos verificar que, os pais que responderam não ter controlo na doença dos filhos apresentaram maior percepção do poder parental ao nível das atitudes face aos cuidados (OM=91,25). Os pais que referiram um controlo completo da situação de doença dos filhos, detêm maior percepção do poder parental nas atitudes face à família (OM=76,12) e comportamentos face à família (OM=76,52).

Podemos inferir que existem diferenças altamente significativas para as atitudes face à família ( $p=0,000$ ), conhecimentos face à família ( $p=0,000$ ), comportamentos face à família ( $p=0,000$ ) e comportamentos face aos cuidados ( $p=0,000$ ) (Tabela 25).

**Tabela 25 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e o controlo da situação de doença dos filhos**

Controlo dos pais	Não tenho controlo	Pouco controlo	Controlo Completamente	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM		
Atitude face à família	56,06	47,66	76,12	18,568	0,000
Atitude face aos cuidados	91,25	58,88	62,82	5,714	0,057
Atitude face ao envolvimento	77,44	58,15	65,10	2,461	0,292
Conhecimentos face à família	75,38	45,97	75,10	19,957	0,000
Conhecimentos face aos cuidados	79,56	50,84	70,69	10,597	0,005
Conhecimentos face envolvimento	65,06	51,36	72,06	9,605	0,008
Comportamentos face à família	66,31	45,59	76,52	21,668	0,000
Comportamentos face aos cuidados	84,63	47,51	72,73	17,466	0,000
Comportamentos face envolvimento	67,44	51,76	71,45	8,745	0,013

No sentido de identificar quais as médias que se diferenciam entre si aplicámos o Teste Post Hoc, que nos revela que as diferenças se situam ao nível das atitudes face aos cuidados, exactamente na relação não controlo vs pouco controlo, e nas atitudes face à família, conhecimentos face à família, cuidados, envolvimento e nos comportamentos face à família, cuidados e envolvimento na relação pouco controlo vs controlo completamente (Tabela 26).

**Tabela 26 – Post Hoc entre a escala do poder parental e o controlo da situação de doença dos filhos**

Controlo dos pais	Não Control o Vs Pouco control o	Não Control o Vs Control o Comple /	Pouco Control o Vs Não Control o	Pouco Control o Vs Control o Complt e/	Control o Complt e/ Vs Não Control o	Controlo Comple/ Vs Pouco controlo
Atitude face à família	n.s	n.s	n.s	0,000	n.s	n.s
Atitude face aos cuidados	0,044	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Atitude face ao envolvimento	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Conhecimentos face à família	n.s	n.s	n.s	0,000	n.s	0,000
Conhecimentos face aos cuidados	n.s	n.s	n.s	0,007	n.s	0,007
Conhecimentos face envolvimento	n.s	n.s	n.s	0,005	n.s	0,005
Comportamentos face à família	n.s	n.s	n.s	0,000	n.s	0,000
Comportamentos face aos cuidados	0,011	n.s	0,011	0,000	n.s	0,000
Comportamentos face envolvimento	n.s	n.s	n.s	0,009	n.s	0,009

### **Oportunidade para decidir e cuidar**

Na tabela 27 procuramos verificar se as oportunidades criadas aos pais para decidir e cuidar do filho influênciam a percepção dos pais sobre o papel parental. Para isso utilizamos o teste Kruskal Wallis.

Os pais quando inquiridos responderam que em relação às atitudes face ao envolvimento não eram criadas nenhuma oportunidade para decidir e cuidar do filho apresentando valor médio de 84,57, no entanto no que se refere aos comportamentos face aos cuidados consideram ter muitas oportunidades para decidir e cuidar do filho apresentando valor médio de 74,41.

Tendo-se constatado que existe diferença estatística altamente significativa no que respeita aos comportamentos face à família ( $p=0,001$ ) e comportamentos face aos cuidados ( $p=0,000$ ).

Como existem diferenças significativas foi realizado o teste Post Hoc no sentido de identificar onde se encontram as diferenças. Verificamos que em relação aos comportamentos face à família é mais significativa na relação muitas vs poucas ( $p=0,000$ ) e nos comportamentos face aos cuidados encontra-se na relação muitas vs nenhuma ( $p=0,001$ ) (Tabela27).

**Tabela 27 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e as oportunidades para decidir e cuidar do filho**

Decidir e Cuidar	Nenhuma	Poucas	Muitas	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM		
Atitude face à família	56,64	53,51	68,83	5,183	0,075
Atitude face aos cuidados	68,21	56,02	66,38	2,438	0,296
Atitude face ao envolvimento	84,57	48,40	69,08	11,635	0,003
Conhecimentos face à família	53,57	53,99	68,85	5,127	0,077
Conhecimentos face aos cuidados	48,64	49,90	71,56	10,967	0,004
Conhecimentos face envolvimento	37,93	53,15	70,75	10,080	0,006
Comportamentos face à família	22,07	57,01	70,08	13,309	0,001
Comportamentos face aos cuidados	53,79	43,88	74,41	20,180	0,000
Comportamentos face envolvimento	37,93	52,83	70,93	10,402	0,006

Por último, também quisemos saber se as variáveis idade dos pais, a situação profissional, o apoio familiar e a idade da criança influenciam o poder parental, procurando desta forma responder à seguinte questão de investigação:

**Será que as variáveis sociodemográficas dos pais (idade, situação profissional, apoio familiar) e a idade da criança influenciam o poder parental?**

### Idade dos pais

Procuramos verificar se a idade dos pais influencia o poder parental. Para isso utilizamos o teste de Kruskal-Wallis. Verificamos que os pais com idade  $\leq 24A$  revelaram apresentar maior percepção do poder parental ao nível dos conhecimentos face ao envolvimento (OM=66,58) e nos comportamentos face ao envolvimento (OM=70,82). De salientar que em pais com idade  $\geq 48A$  demonstraram apresentar maior percepção em relação aos conhecimentos face à família (OM=79,75) e comportamentos face à família (OM=82,00).

Tendo-se constatado que apenas há diferença estatística significativa em relação às atitudes face ao envolvimento ( $p=0,045$ ).

Como existe diferença significativa realizou-se o test Post Hoc que revelou que as diferenças se situam entre os pais com idade  $\leq 24A$  e 33-39A ( $p=0,040$ ) e entre os pais com idade 25-32A e  $\leq 24A$  ( $p=0,040$ ) (Tabela 28).

**Tabela 28 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e a idade dos pais**

Idade dos Pais	$\leq 24 A$	25-32A	33-39A	40-47A	$\geq 48A$	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM	OM	OM		
Atitude face à família	57,29	59,25	70,64	58,33	61,94	3,192	0,526
Atitude face aos cuidados	50,66	66,15	67,60	55,19	70,38	4,494	0,343
Atitude face ao envolvimento	45,68	59,43	73,13	69,19	50,56	9,761	0,045
Conhecimentos face à família	50,21	62,03	69,65	54,75	79,75	6,613	0,158
Conhecimentos face aos cuidados	50,47	59,63	71,97	60,11	65,13	5,490	0,241
Conhecimentos face envolvimento	66,58	56,51	67,07	65,17	56,44	2,254	0,689
Comportamentos face à família	50,13	68,00	61,69	61,33	82,00	5,514	0,239
Comportamentos face aos cuidados	52,00	64,76	71,52	53,75	55,13	5,967	0,202
Comportamentos face envolvimento	70,82	60,53	64,94	62,86	45,19	3,144	0,534

### Situação profissional

Pela análise da tabela 29 procuramos verificar se a situação profissional influencia o poder parental. Por isso utilizamos o teste Mann-Whitney. Constatamos que são os trabalhadores no activo que apresentam maior percepção do poder parental em relação às atitudes face ao envolvimento na comunidade (OM=66,99) e ao nível dos comportamentos face à família (OM=65,18). Em relação aos pais que estão em situações profissionais não activas demonstraram maior percepção de poder parental ao nível dos conhecimentos face ao envolvimento (OM=70,92) e comportamentos face ao envolvimento (OM=68,91).

Tendo-se constatado que existe diferença significativa a 10% no que respeita às atitudes face ao envolvimento ( $U=1117$ ;  $p=0,034$ ) (Tabela 29).

**Tabela 29 – Teste de U Mann-Whitney entre o poder parental e a situação profissional dos pais**

Situação Profissional	Trabalhador Activo	Trabalhador Não Activo	UMW	p
	OM	OM		
Atitude face à família	66,10	54,00	1200,000	0,099
Atitude face aos cuidados	62,42	64,69	1434,000	0,756
Atitude face ao envolvimento	66,99	51,41	1117,000	0,034
Conhecimentos face à família	63,34	62,02	1456,500	0,858
Conhecimentos face aos cuidados	63,03	62,92	1485,500	0,989
Conhecimentos face envolvimento	60,27	70,92	1234,500	0,149
Comportamentos face à família	65,18	56,66	1285,000	0,245
Comportamentos face aos cuidados	63,16	62,55	1473,500	0,934
Comportamentos face envolvimento	60,97	68,91	1299,000	0,283

### Apoio Familiar

Também quisemos saber se o apoio familiar influencia a percepção do poder parental, para isso utilizamos o teste Kruskal-Wallis. Pela tabela 30 verificamos que dos pais

que referiram ter apoio da família apresentam maior percepção do poder parental no que refere às atitudes face ao envolvimento (OM=73,52) e conhecimentos face aos cuidados (OM=71,96). No entanto, alguns pais referiram que não têm nenhum apoio familiar, revelaram que detêm uma percepção do poder parental mais elevado ao nível das atitudes face aos cuidados (OM=63,63) e conhecimentos face ao envolvimento (OM=63,60). Ainda podemos inferir que dos pais que dispõem de apoio serviço social apresentam maior percepção do poder parental ao nível das atitudes face à família (OM=69,08) e comportamentos face à família (OM=62,15).

Podemos inferir que não se verifica diferença estatística significativa (Tabela 30).

**Tabela 30 – Tabela de Kruskal-Wallis entre a escala do poder parental e apoio familiar**

Apoio familiar	Nenhum OM	Família OM	Serviço Social OM	$\chi^2$	p
Atitude face à família	62,13	60,34	69,08	0,547	0,761
Atitude face aos cuidados	63,63	67,28	45,85	3,427	0,180
Atitude face ao envolvimento	60,29	73,52	55,92	3,164	0,206
Conhecimentos face à família	63,40	64,82	52,08	1,270	0,530
Conhecimentos face aos cuidados	61,64	71,96	50,00	3,397	0,183
Conhecimentos face envolvimento	63,60	67,32	45,96	3,333	0,189
Comportamentos face à família	59,98	71,36	62,15	1,994	0,369
Comportamentos face aos cuidados	62,67	71,08	44,88	4,665	0,097
Comportamentos face envolvimento	63,23	65,80	51,35	1,513	0,469

### Idade da criança

Por último e com a finalidade de avaliar a relação existente entre a idade da criança e a percepção do poder parental, utilizou-se o teste ANOVA.

Pela análise da tabela 31, observa-se que os conhecimentos face aos cuidados à criança apresentam médias mais elevadas, respectivamente, ≤ 2A (OM=21,11), 2-6A (OM=19,40), 7-12A (OM=19,90) e ≥13A (OM=20,23).

Constatámos no entanto que não há diferença estatística significativa (Tabela 31).

**Tabela 31 – Análise de variância entre a escala do poder parental e a idade da criança**

Idade da criança	≤2A	2-6A	7-12A	≥13A	F	p
	OM	OM	OM	OM		
Atitude face à família	17,26	15,95	16,87	17,00	1,701	0,170
Atitude face aos cuidados	12,08	11,86	11,81	12,26	0,372	0,774
Atitude face ao envolvimento	10,68	10,77	11,46	10,88	0,653	0,582
Conhecimentos face à família	15,93	15,45	17,25	15,88	0,582	0,628
Conhecimentos face aos cuidados	21,11	19,40	19,90	20,23	0,901	0,443
Conhecimentos face envolvimento	7,95	7,31	8,06	9,07	1,385	0,251
Comportamentos face à família	17,17	15,45	16,59	17,26	1,590	0,195
Comportamentos face aos cuidados	16,33	15,81	19,93	15,88	0,312	0,817
Comportamentos face envolvimento	7,48	8,09	7,46	8,00	0,291	0,831







## 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretendemos proceder à discussão dos resultados. Vamos destacar os resultados mais pertinentes e proceder à sua confrontação com a fundamentação teórica que foi apresentada na primeira parte do trabalho e com os resultados que apresentamos de outros estudos.

A par disso e face aos resultados obtidos procurámos realizar uma reflexão partindo do nosso quadro conceitual e da nossa experiência como enfermeiras de pediatria.

O nosso estudo foi direccionado no sentido de identificar a percepção dos pais das crianças hospitalizadas sobre o poder parental e analisar a forma como os pais expressam o poder parental em termos de atitudes, conhecimentos e comportamentos.

Nesse sentido, utilizamos a Escala de Empoderamento Familiar, desenvolvida por Koren, Dechillo e Friesen (1992), já validada para a população portuguesa (Ferreira, 2005).

O estudo decorreu no serviço de pediatria do CHTV-EPE, englobando uma amostra constituída por 125 pais de crianças hospitalizadas, dos quais 96 pertencem ao grupo mãe e 29 ao grupo pai.

Verificámos que durante a hospitalização as crianças são acompanhadas maioritariamente pelo grupo mãe correspondendo a 41,7% criança do sexo feminino e 58,3% do sexo masculino, o que nos leva a realçar o papel da mãe na família. No entanto, consideramos importante referir, que embora o papel da mãe continue a estar presente, tem ocorrido uma evolução muito positiva ao nível do papel do pai, que cada vez mais está presente e activo no cuidar da criança.

A criança perante uma situação de hospitalização necessita da presença activa da mãe, mas também do pai, verificamos que é nesta complementaridade de cuidados que podemos obter crianças tranquilas e felizes, mesmo perante experiências difíceis como é a hospitalização.

O papel parental dos dias de hoje está completamente diferente do que era há alguns anos atrás. Todas as evoluções que ocorreram nas várias áreas conduziram a uma fantástica e inovadora relação parental. Os pais progressivamente foram adquirindo um papel cada vez mais activo e protector relativamente ao bem-estar dos seus filhos.

Podemos referir que “todos os pais querem que o seu filho seja saudável e cresça feliz. Por isso, é natural que se preocupem com o bem-estar das suas crianças” (BEDFORD e ELLIMAN, 2002,p.8).

Consideramos importante referir que dos resultados encontrados a maioria dos pais não dispõe de qualquer tipo de apoio familiar, o que vem demonstrar a realidade dos dias de hoje. Os pais encontram-se mais isolados, porque muitas das vezes as pessoas significativas, como avós ainda exercem actividade profissional.

Os pais com idade inferior ou igual a 24 anos apresentam maior percepção do poder parental ao nível dos conhecimentos e comportamentos face ao envolvimento enquanto os pais com idade superior ou igual a 48 anos apresentam maior empoderamento nos conhecimentos e comportamentos face à família.

Os pais que têm uma actividade profissional activa apresentam maior percepção do poder parental em relação às atitudes face ao envolvimento e os comportamentos à família, no entanto quando não trabalham têm maior empoderamento ao nível dos conhecimentos e comportamentos face ao envolvimento na comunidade.

Trabalhamos com uma amostra composta por 76 crianças do sexo masculino e 49 do sexo feminino. A maioria das crianças pertence ao grupo etário de idade inferior ou igual a 2 anos e já teve experiências anteriores, como na urgência pediátrica e no internamento. O contacto com o sistema de saúde ao longo da idade pediátrica acaba por ser frequente, pelo que é fundamental que ele decorra de uma forma saudável e que promova o desenvolvimento e crescimento da criança.

A maioria das crianças apresentou internamento anterior num período inferior ou igual a 7 dias. O que vai de encontro com o que cada vez mais se defende que quando o internamento é fundamental deva ocorrer no menor tempo possível. Como nos refere Jorge (2004, p.38) “a tendência actual é a de evitar a hospitalização, recorrendo-se às estruturas intermédias como hospital de dia, hospitalização no domicílio e unidades de internamento de curta duração” e também acima de tudo que a criança/pais encontrem “um ambiente terapêutico que mantenha o mais possível a união da família, os papéis familiares e, promova o melhor interesse da criança” (MANO, 2002, p.53).

Os pais das crianças com internamentos anteriores apresentam maior empoderamento nas atitudes face ao envolvimento e nos conhecimentos face aos cuidados.

Em relação à saúde dos filhos a maioria dos pais considera-a como boa/muito boa. O que consideramos ser um bom sinal. Significa que os pais estão presentes e confiantes nos cuidados. Apresentando maior empoderamento nos comportamentos face ao envolvimento e conhecimentos face à família.

A percepção da maioria dos pais sobre o controlo da situação de doença dos filhos é que controla completamente, a nível das atitudes e comportamentos face à família. O que consideramos ser muito positivo, porque significa que os pais estão presentes durante a hospitalização, evitando que a criança sofra com a separação, porque só os pais conseguem transmitir a afectividade e segurança que a criança precisa. Por outro lado, quando são prestados cuidados à criança é fundamental reconhecer a sua família como sendo a base estrutural da criança, ou seja os membros da família são também reconhecidos como foco de cuidados e não apenas a criança. Assegurar a autonomia parental e o manter dos laços afectivos durante este período é uma boa prática CURRY (1995) citado por JORGE (2004).

Podemos basear estes conceitos num estudo realizado por Silveira, Ângelo e Martins (2008, p.213) sobre as habilidades da família face à doença e hospitalização da criança e verificaram que “a habilidade de adquirir segurança para cuidar da criança é manifesta na experiência da família como uma necessidade constante de especializar-se no cuidado da criança e de incorporar a dependência da criança no padrão de funcionamento familiar”.

O empoderamento dos pais conduz a um patamar em que se adquire maior poder e controlo sobre os cuidados, conduzindo a um ganho de conhecimento e ao desenvolvimento de competências, que permite tomar decisões e serem parceiros nos cuidados.

Sem dúvida e como nos refere Carvalho (2004), o conceito de empoderamento dos pais nos cuidados constitui um eixo central da promoção da saúde.

A maioria dos pais inquiridos referiram ter muitas oportunidades para decidir e cuidar do seu filho, apresentando maior empoderamento dos comportamentos face aos cuidados, no entanto em relação às atitudes face ao envolvimento não têm oportunidades nenhuma para decidir e cuidar.

O que vai de encontro com o que é defendido na actualidade, ou seja que a família tem um papel fundamental nos cuidados à criança, visto ser nela que a criança vai buscar carinho e atenção necessários ao seu desenvolvimento e crescimento. Por isso, advogamos que “os pais devem ser parceiros da equipa de saúde, sentindo que têm um papel activo na gestão dos cuidados e nas decisões clínicas associadas” (MELO, 2011, p.17). Consideramos também fundamental que os pais permaneçam ao lado da criança durante a sua hospitalização, mas acima de tudo que se promova uma presença activa e negociada.

O que nos leva a inferir que os profissionais de saúde estão lado a lado com os pais no trabalho da capacitação e da partilha de cuidados.

“Reflectir sobre o impacto da doença representa para a família uma possibilidade para o alívio do sofrimento e do sentimento de culpa, bem como para o desenvolvimento de

habilidades de enfrentamento efectivo, entre as quais se destaca as habilidades de partilhar preocupações e sentimentos, o apoio mútuo e a flexibilidade para revezar o cuidado da criança” concluíram as autoras Silveira, Ângelo e Martins (2008, p.216) ao realizarem um estudo sobre doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família.

Num estudo realizado por Jorge (2004) em que pretendeu avaliar as expectativas de resposta da família à hospitalização da criança, destaca-se que os pais sentem grande mágoa quando o filho tem de ser sujeito aos cuidados dos outros, sentem-se impotentes para continuar a responder às necessidades da criança e revelaram esperar muito dos enfermeiros ao apresentarem elevados pedidos em cuidados de enfermagem.

Assim, para que seja possível uma participação parental é fundamental que se reconheça o impacto da hospitalização na criança e nos pais. “A participação dos pais no cuidar do seu filho, durante a hospitalização, parte de toda a dinâmica do processo de relação interpessoal entre a equipa e os pais” (REIS e SANTOS, 1996, citado por JORGE, 2004,p.79).

É fundamental esta interacção pais/criança/enfermeiro para que seja possível ajudar no processo de hospitalização. Mas acima de tudo é necessário desenvolver a capacidade de cada um na responsabilização da sua saúde. Como nos define na Carta de Otawa de 1986 em que “a saúde não se produz nas pessoas pelos serviços de saúde, mas resulta da capacidade e iniciativas individuais em interacção com os profissionais de saúde, a sua rede social de apoio e o seu ambiente físico e social” OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2003) citado por MELO (2011,p.15).

Como podemos verificar num estudo realizado por Cunha (2000, p.75), “os pais percebem a hospitalização do filho através da interacção com os membros da equipa de saúde e do cuidado prestado ao bebé. Valorizaram as atitudes de respeito e consideração, julgando-as indispensáveis na relação interpessoal. Também valorizaram a tecnologia e a dedicação dos médicos e enfermeiros”.

No que concerne aos conhecimentos os pais inquiridos referem que têm maior percepção dos conhecimentos face ao envolvimento e aos cuidados. Lemos (2006, p.49) afirma que “os pais esperam dos profissionais de saúde uma boa comunicação, que seja considerado o conteúdo e a forma como é transmitida, sobretudo em situações mais delicadas. É preciso tempo para que as dúvidas dos pais sejam esclarecidas e para que a informação seja bem assimilada”.

---

“É indispensável disponibilidade dos enfermeiros para ouvir os pais e a criança, para que as questões possam ser reformuladas e a família se reorganize dentro da nova situação e contexto” (JORGE, 2004, p.14).

Em relação aos comportamentos os pais percebem maior poder parental ao nível do envolvimento da família. Verificamos que existe uma relação positiva e significativa em relação aos conhecimentos e comportamentos face ao envolvimento e também nas atitudes face ao envolvimento e comportamentos face aos cuidados.

Soares (2008, p.4) num estudo realizado sobre o acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade fundamenta que “é importante conhecer a perspectiva dos pais sobre a forma como a parentalidade é vivenciada para que se conheçam as verdadeiras necessidades dos clientes e, conseqüentemente se desenvolvam intervenções ajustadas”.



## 6 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O poder parental e a forma como os pais o percebem têm sofrido muitas evoluções ao longo dos tempos, fundamentalmente no caminho da melhoria dos cuidados prestados à criança hospitalizada.

Consideramos que o nosso estudo apresentou algumas limitações, que não nos permitem extrapolar mas sim entender estes resultados no contexto a que reportam. Assumimos como uma dificuldade o facto de os pais terem preenchido o questionário quando estavam a acompanhar os seus filhos e serem interrompidos várias vezes, conduzindo a nosso ver a alguma descontinuidade no preenchimento. Um outro aspecto prende-se com o questionário ser constituído também por questões abertas, no entanto pelo baixo número de respostas e pouca descrição, não permitiu o tratamento qualitativo dessa parte e o aprofundar de algumas questões em estudo, o que suscita interesse para futuras investigações.

Acreditamos que o nosso estudo vem reforçar as evidências no sentido da necessidade da capacitação dos pais e do caminho que o enfermeiro tem de percorrer. Torna-se primordial que os cuidados prestados sejam no sentido da dinamização das oportunidades criadas aos pais para cuidar da criança hospitalizada e deste modo aumentar o controlo sobre os cuidados.

Face aos resultados encontrados podemos inferir que a prática de enfermagem nos dias de hoje desenvolve a sua prestação na capacitação dos pais, levando a que eles consigam cuidar da melhor forma os seus filhos.

Sugerimos promover a formação em serviço sobre esta temática considerando um aspecto de fundamental importância para a melhoria dos cuidados à criança hospitalizada. Toda uma atitude solícita, atenciosa e preocupada com o bem-estar da criança não deve descurar os pais. Promover a humanização dos cuidados e dos espaços que constituem a unidade de saúde, são também práticas a melhorar.

Apontamos também para a necessidade de continuar a investigar esta temática que emerge como uma prioridade do presente, mas também projecta o futuro do enfermeiro de pediatria.

Podemos referir que o nosso estudo constitui um contributo para a compreensão da percepção dos pais face ao poder parental aos cuidados à criança hospitalizada e que se reverterá na melhoria da assistência às crianças/famílias.

Estamos cientes que definimos pistas de reflexão individual ou em equipa, no sentido do alargar e fortalecer dos conhecimentos e aumentar a sensibilidade para o poder parental e a efectiva participação dos pais na prestação de cuidados ao seu filho em situação de doença ou saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABECSASIS, Manuel – **Um filho nas vossas mãos**. Cruz Quebrada: Oficina do Livro, 2002.

ALGREN, Chris – Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In HOCKENBERRY, M. J. – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 637-705.

ALMEIDA, Maria Inez [et al.] – O ser mãe de criança com doença crónica: realizando cuidados complexos. Esc Anna Nery R Enferm [Em linha]. 10:1 (Abril 2006), 34-46. [Consult. 10 de Janeiro 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a05.pdf>>.

AMARAL, Nádea Margarida Ferreira – **Parceria de cuidados entre enfermeiros e pais de recém-nascidos prematuros internados, a visão dos enfermeiros** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2009. Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto. [Consult. 18 Dezembro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20148/2/Dissertao%20mestrado%20Parceria%20de%20cuidados%20entre%20enfermeiras%20e%20pais%20de%20recmnascidos%20prematuros%20internados.pdf>>.

BARRADAS, Alexandra Maria Carapito Ramos – **Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro vivências, necessidades e estratégias de intervenção**. [Em linha]. Lisboa, [s.n.], 2008. Mestrado em comunicação em saúde, apresentado à Universidade Aberta, Lisboa. [Consult. 12 de Novembro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/735?mode=full>>.

BEDFORD, Ellen; ELLIMAN, David - **Guia de saúde infantil**. Queluz : Impala, 2002. ISBN 9789727665464.

BRAZELTON, T. B., CRAMER, B. G. – **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

CARDOSO, A.C.A. – **Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda**. [Em linha]. Porto: [s.n.], 2010. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto. [Consult. 11 de Outubro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao%20Ana%20Cristina%20A.pdf>>.

CARVALHO – Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à saúde. Cadernos Saúde Pública. Rio de Janeiro. Nº 20 (2004), p. 1088-1095.

CAVACO – **A presença dos pais num serviço de pediatria: uma opção? Uma obrigação? Que comunicação inter-pares?** Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde. 2006.

COLLET, Neusa; ROCHA, Semiramis – Criança hospitalizada, mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. Revista Latino-am Enfermagem [Em linha]. 12:2 (Março/Abril 2004), p.191-197. [Consult. 20 de Outubro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a07.pdf>>.

COLLET, Neusa; ROCHA, Semiramis – Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. Revista Brasileira Enfermagem [Em linha]. 56:3 (Maio/Junho 2003), p. 260-264. [Consult. 20 de Outubro 2011]. [Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a09v56n3.pdf>>.

COUTINHO, Maria Teresa Brandão – Apoio à família e formação parental. Análise Psicológica. Lisboa. Série XXII, nº 1 (2004), p. 55-64.

CUNHA – Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre. Vol. 21 (2000), p. 70-83.

CURADO – **Acolher...É receber...É dar...É partilhar...** Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde. 2006.

DIAS, Maria Olívia - **Planos de investigação: avançando passo a passo.** [Viseu: Ed. autor, 2010]. 152 p. ISBN 978-989-96786-0-6.

European Association for Children in hospital – **Anotações, carta da criança hospitalizada.** Lisboa: Instituto de apoio à Criança, 2009.

FERREIRA, Manuela; COSTA, Graça – Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. Revista Millenium. Viseu. Ano 8, nº 30 (Outubro 2004), p. 51-58.

FERREIRA, P.L. et all – Validação e análise da precisão da versão em português do needs of parents questionnaire. Jornal de Pediatria [Em linha]. 86:3 (2010), 221-227. [Consult. 10 de Agosto 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n3/a10v86n3.pdf>>.

FERREIRA – **Escala de Empoderamento familiar.** Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2005.

GOMES, C., TRINDADE, G.; FIDALGO, J. – Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. Revista Referência. Coimbra. Série II, nº 11 (2009), p.105-116.

GOMES-PEDRO, João [et al.] – **A criança e a família no século XXI.** Lisboa: Dinalivro, 2005.

GONÇALVES – **O bebé, a criança e o adolescente no hospital.** Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde, 2006.

HALLSTROM I., RUNESSON I., ELANDER G. – Observed parental needs during their child's hospitalization. Journal of Pediatric Nursing. Vol. 17, nº2 (2002), p.140-148.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - **Acolhimento e estadia da criança e do Jovem no hospital**. Lisboa: Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde, 2006.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – **Carta da criança hospitalizada**. 4ª ed. Lisboa: Instituto de Apoio à criança, 2008.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – **Guia dos direitos da criança**. 3ª ed. Lisboa, Instituto de Apoio à Criança, 2009.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - **O superior interesse da criança na perspectiva do respeito pelos seus direitos**. 2ª ed. Lisboa : Instituto de Apoio à Criança, 2009. 21 p. ISBN 978-972-8003-35-7.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU. Escola Superior de Saúde de Viseu – **Guia de elaboração de trabalhos escritos**. Viseu, 2009. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu.

JORGE, Ana Maria – **Família e hospitalização da criança, (re) pensar o cuidar em enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004.

KOREN, P. ; DECHILLO, N. ; FRIESEN, B. – Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*. 37:4 (1992), p. 305-321.

LAVERACK, Glenn – **Promoção de saúde, poder e empoderamento**. Loures: Lusodidacta, 2008.

LEMOS, Luís – **A informação ao doente é um direito**. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde. 2006.

LOPES – Parentalidade positiva e enfermagem, revisão sistemática da literatura. Revista Referência. Coimbra. Série III, nº 1 (Julho 2010), p. 109-118.

LORENZI, Paula Del Corona; RIBEIRO, Nair Regina Ritter – Rede de apoio familiar na hospitalização infantil. Fam. Saúde Desenv [Em linha]. 8:2 (Maio/Agosto 2006), 138-145. [Consult. 10 de Setembro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewArticle/7988>>.

MACHADO, Heloisa Beatriz; SOUZA, Maria Gorete; MACHADO, Carolina; REBELLO, Bárbara – Percepção de familiares de crianças internadas sobre o papel dos cuidadores. Fam. Saúde Desenv [Em linha]. 8:1 (Janeiro/Abril 2006), 49-55. [Consult. 15 de Setembro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/7998/5643>>.

MANO, Maria João – Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos pais. Revista Referência. Coimbra. Nº 8 (Maio 2002), p. 53-61.

MELNYK, B. et al – Creating opportunities for parent empowerment. Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics [Em linha]. 113: 6 (Junho 2004), 597-607. [Consult. 21 de Outubro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://pediatrics.aappublications.org/content/113/6/e597.full.pdf+html>>.

MELO, ELisa et al. – Cuidados centrados na criança e família, o papel do enfermeiro de referência. Linhas de Saúde. Vol. 1, nº1 (2009), p. 24-26.

MELO, Elsa – **Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas** [Em linha]. Aveiro: [s.n.], 2011. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. [Consult. 21 de Junho 2011]. Disponível em WWW: <URL:

[http://www.uc.pt/org/ceisuc/Organ\\_reunioes/201105\\_Envolvimento/4\\_Envolvimento\\_dos\\_pais.pdf](http://www.uc.pt/org/ceisuc/Organ_reunioes/201105_Envolvimento/4_Envolvimento_dos_pais.pdf)>.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto; MARCON, Sónia Silva – Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. Revista Escola Enfermagem USP. São Paulo. Vol. 43,nº 4 (2009), p. 856-864.

OLIVEIRA, C.F.P. – **Procedimentos de enfermagem dolorosos: respostas de mães e enfermeiras numa unidade pediátrica**. Porto: [s.n.], 2008. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto. [Consut. 14 de Dezembro 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7268/2/Dissertao%20procedimentos%20de%20enfermagem%20dolorosos.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: [entrevista ao adolescente: promover o desenvolvimento infantil na criança]**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 134 p. (Guia orientador de boa prática: cadernos OE, vol. 1, nº 3). ISBN 978-989-8444-00-4.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: [diminuir o medo da cirurgia: assistir a criança com diabetes mellitus I : assistir a criança com estoma]**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. 183 p. (Guia orientador de boa prática: cadernos OE, vol. 3, nº 2). ISBN 978-989-8444-01-1.

PEREIRA, ALF – As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Caderno de Saúde Pública. 2003; 19(5).

PESTANA, M.; GAGEIRO,J. – **Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

PIMENTA, Erika Aciolo Gomes; COLLET, Neusa – Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. Revista Escola Enfermagem USP. São Paulo. Vol.43, nº3 (2009), p. 622-629.

PINTO – Cuidado Centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. Revista Brasileira de Enfermagem. REBEn. Brasília. Vol. 63, nº1 (Janeiro/Fevereiro 2010), p. 132-135.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde - **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008**. Lisboa: Ministério da saúde, 2009.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - **Plano nacional de saúde: 2004-2010**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004. ISBN 972-675-109-8.

REGULAMENTO nº 122/2011. Diário da República II Série [Em linha]. (2011-02-18) 8648-8653. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista. [Consult. 10 de Junho 2011]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/0864808653.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf)>.

REGULAMENTO nº 123/2011. Diário da Republica II Série [Em linha]. (2011-02-18) 8653-8655. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. [Consult. 10 de Junho 2011]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ers.pt/uploads/document/file/323/Regulamento\\_123\\_2011\\_18\\_Fev.\\_-competencias\\_especificas\\_Enfermagem\\_de\\_Saude\\_da\\_Crianca\\_e\\_do\\_Jovem.pdf](http://www.ers.pt/uploads/document/file/323/Regulamento_123_2011_18_Fev._-competencias_especificas_Enfermagem_de_Saude_da_Crianca_e_do_Jovem.pdf)>.

REIS, G.M.R. – **Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança** [Em linha. Porto: [s.n.], 2007. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto. [Consult. 20 de Novembro 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7262>>.

RIBEIRO, N.N.R. – A família enfrentando a doença grave da criança. ELSEN, I.; MARCON, S.S., SILVA, M.R.S, orgs. - **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá: EDUEM; 2004. p. 19-28.

ROSSI, Cassiana Silva e RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo – Típico da acção do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. Acta Paul. Enfermagem. Vol. 23, ° 5 (2010), p. 640-650.

SÁ, Eduardo – O dedo de E.T. Pais. Lisboa. (Junho 1992), p.42-45.

SABATÉS, Ana L. ; BORBA, Regina I. H. – As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. Revista Latino-am Enfermagem [Em linha]. 13 (2005, 968-973. [consult. 10 de Dezembro 2011]. Disponível em WWW: [URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a08.pdf)>.

SCHULTZ, Lidiane Ferreira – **A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho**. Em linha]. Coimbra. Centro de pós-graduação, pesquisa e extensão. Universidade Guarulhos. Mestrado em Enfermagem, 2007. [Consult. 20 de Novembro 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://tede.unq.br/tde\_arquivos/2/TDE-2008-01-28T104759Z-13/Publico/Lidiane%20Ferreira%20Schultz.pdf>.

SILVA, Ana Cristina Figueiredo Correia – **Cuidar do recém-nascido: o enfermeiro como promotor das competências parentais**. Lisboa: [s.n.], 2006. Dissertação de mestrado em comunicação da saúde, apresentada à Universidade Aberta de Lisboa. [Consult. 13 de Dezembro 2011] Disponível em WWW: [URL:http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/726](http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/726)>.

SILVA, M.; BARROSO, M.; ABREU, M.; OLIVEIRA, S. – **Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados**. Revista Referência. Coimbra. II Série, nº 11 (2009), p.37-46.

---

SILVEIRA, Aline Oliveira; ANGELO, Margareth e MARTINS, Sabrina Rodrigues – Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. Revista Enferm UERJ. Rio de Janeiro. 16:2 (Abril/Junho 2008), 212-217.

SOARES, H.M. – **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2008. Dissertação de mestrado Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto. [Consult. 03 de Janeiro 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>>.

TEIXEIRA, César [et al.] – Visita domiciliar puerperal. Revista Saúde Colectiva [Em linha]. 28: (Março 2009), 47-53. [Consult. 02 de Janeiro 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84202804.pdf>>.

WRIGHT, Lorraine M. ; LEAHEY, Maureen - **Enfermeiras e famílias : um guia para avaliação e intervenção na família**. 4ª ed. São Paulo : Roca, 2009. 294 p. ISBN 978-85-7241-774-7.







## **ANEXOS**







**ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO  
QUESTIONÁRIO**









Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102  
3500-843 VISEU  
Telf. 232 419 100  
Telem. 961 011 800  
Fax 232 428 343



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

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

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º	801
Data:	28/07/2011
Processo:	70

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

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e duas estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e Enfermeiras do Hospital São Teotónio, Cristina Maria Sousa Figueirinha Rocha e Carla Patrícia Machado Alves, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Stress e Poder Parental". Com este estudo, procuramos conhecer as experiências sobre stress e poder parental dos pais acompanhantes das crianças hospitalizadas no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, e contribuir para melhorar a assistência às crianças hospitalizadas.

Interessados em colaborar nesta matéria, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/questionário, durante os meses de Julho, Agosto e Setembro de 2011 junto dos pais das crianças internadas no serviço de Pediatria do Hospital que dirige.

Em anexo enviamos um exemplar do questionário. Queremos ainda informar que os investigadores estão obrigados ao segredo profissional e será mantida a confidencialidade dos dados.

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

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

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

O Vice-Presidente da ESSV

Professor Doutor Daniel Silva

ES/NC







**ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA  
VISEU EPE**















## **ANEXO III – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**







MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**

Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem da Criança e do Adolescente

*Investigadora:* **Carla Patrícia Machado Alves**

*Orientadora:* **Professora Doutora Ernestina Silva**

*Curso:* **1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**STRESS E PODER PARENTAL**  
**DOS PAIS DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO**  
**CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU, EPE**

**QUESTIONÁRIO**

Exmo.(a) Senhor(a):

Com o presente estudo pretendemos conhecer as experiências sobre stress e poder parental dos pais acompanhantes das crianças hospitalizadas no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, e contribuir para melhorar a assistência às crianças hospitalizadas.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e de verdade, não existem respostas certas ou erradas.

O importante é que responda de acordo com a sua opinião.

As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão efectuadas para outro fim que não o da presente investigação. Neste contexto não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Face a este enquadramento, apelamos à sua participação voluntária, salientando que o seu contributo ao participar neste estudo, é imprescindível para o êxito do mesmo, que pensamos ser também do seu interesse.

Gratas pela sua colaboração,

Viseu, Julho de 2011

Atenciosamente,

---

<b>ESCALA DE PODER DA FAMÍLIA</b>
-----------------------------------

1993 Family Empowerment Scale, Koren, DeChillo, & Friesen, Regional Research Institute, Portland State University, P.O. Box 751, Portland, OR 97207-0751.

Versão Portuguesa, 2005. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Estas perguntas são sobre várias áreas da sua vida – da sua família, dos cuidados prestados ao seu filho, e da sua comunidade. As perguntas incluem muitas actividades diferentes que os pais podem ou não fazer. Para as perguntas que não se aplicam a si, responda, por favor, “Nunca”.

Além disso, sabemos que pode haver outras pessoas envolvidas nos cuidados e nas decisões sobre o seu filho, mas responda, por favor, às perguntas com base na sua própria situação.

<b><i>SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS AO SEU FILHO/À SUA FILHA...</i></b>	Nunca	Raramente	As Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
	1	2	3	4	5
1.Quando surgem problemas com o meu filho/a minha filha, lido bem com eles.	1	2	3	4	5
2.Confio na minha capacidade para ajudar o meu filho/a minha filha a crescer e a desenvolver-se	1	2	3	4	5
3.Sei o que fazer quando surgem problemas com o meu filho/a minha filha.	1	2	3	4	5
4.Sinto que a minha vida familiar está sob controlo.	1	2	3	4	5
5.Tenho possibilidade de obter informações que me ajudem a melhor compreender o meu filho/a minha filha.	1	2	3	4	5
6.Penso que consigo resolver os problemas que surgem com o meu filho/a minha filha.	1	2	3	4	5

<b><i>SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS AO SEU FILHO/À SUA FILHA...</i></b>	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
7.Quando preciso de ajuda para resolver problemas familiares, sou capaz de pedir.	1	2	3	4	5
<sup>5</sup> 8.Esforço-me por aprender novas formas de ajudar o meu filho/a minha filha a crescer e a desenvolver-se.	1	2	3	4	5
9.Quando lido com o meu filho/a minha filha, dou atenção às coisas boas, assim como aos problemas.	1	2	3	4	5
10.Quando me deparo com um problema com o meu filho/a minha filha, decido o que fazer e depois faço-o.	1	2	3	4	5
11.Tenho uma noção clara do problema do meu filho/da minha filha.	1	2	3	4	5
12.Sinto que sou um bom pai/uma boa mãe.	1	2	3	4	5
13.Penso que tenho o direito de aprovar todos os cuidados que o meu filo/a minha filha recebe.	1	2	3	4	5
14.Sei que passos devo dar quando estiver preocupado/a com os cuidados prestados ao meu filho/à minha filha.	1	2	3	4	5
15-Certifico-me de que os profissionais compreendem as minhas opiniões sobre os cuidados que o meu filho/à minha filha.	1	2	3	4	5
16.Sou capaz de tomar decisões acertadas sobre que cuidados é que o meu filho/a minha filha precisa.	1	2	3	4	5

<b><i>SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS AO SEU FILHO/À SUA FILHA...</i></b>	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
17. Sou capaz de colaborar com serviços e profissionais para decidir os cuidados que o meu filho/a minha filha precisa.	1	2	3	4	5
18. Certifico-me de que mantenho um contacto regular com os profissionais que estão a prestar cuidados ao meu filho/a minha filha.	1	2	3	4	5
19. A minha opinião é importante como a dos profissionais quando se decide que cuidados é que o meu filho/a minha filha precisa.	1	2	3	4	5
20. Digo aos profissionais o que penso sobre os cuidados que estão a ser prestados ao meu filho/à minha filha.	1	2	3	4	5
21. Sei quais os cuidados de que o meu filho/ a minha filha precisa.	1	2	3	4	5
22. Quando necessário, tomo a iniciativa de procurar cuidados para o meu filho/a minha filha e para a minha família.	1	2	3	4	5
23. Conheço bem o sistema de prestação de cuidados em que o meu filho/ a minha filha está inserido/a.	1	2	3	4	5
24. Os profissionais devem perguntar-me que cuidado é que eu quero para o meu filho/ a minha filha.	1	2	3	4	5
25. Sinto que posso contribuir para o melhoramento dos cuidados prestados às crianças da minha comunidade.	1	2	3	4	5
26. Entro em contacto com quem faz as leis quando estão em discussão assuntos importantes sobre crianças.	1	2	3	4	5

<b><i>SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS AO SEU FILHO/À SUA FILHA...</i></b>	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
27. Conheço o modo como o sistema de prestação de cuidados às crianças está organizado.	1	2	3	4	5
28. Tenho ideias sobre o sistema ideal de prestação de cuidados a crianças	1	2	3	4	5
29. Ajudo outras famílias a obter os cuidados de que precisam.	1	2	3	4	5
30. Acredito que eu e outros pais temos influência nos cuidados prestados às crianças.	1	2	3	4	5
31. Dou a minha opinião aos responsáveis do ministério como melhorar os cuidados a prestar às crianças.	1	2	3	4	5
32. Sei como fazer para que os responsáveis pelo ministério quem faz as leis me ouçam.	1	2	3	4	5
33. Conheço os direitos dos pais e dos filhos previstos na lei.	1	2	3	4	5
34. Penso que os meus conhecimentos e a minha experiência como pai/mãe podem ser usados para melhorar os cuidados prestados às crianças e às famílias.	1	2	3	4	5

<b>POR FIM AGRADECÍAMOS QUE NOS FORNECESSE ALGUNS DADOS A SEU RESPEITO E A RESPEITO DO SEU/SUA FILHO/A</b>
--

Ponha uma cruz, na resposta que corresponde ao seu caso, ou complete os espaços

**1. Qual é o seu sexo?**  1 Feminino  2 Masculino

**2. Qual é a sua idade?** ..... Anos

**3. Qual o parentesco com a criança?** \_\_\_\_\_

**4. Qual a distância da sua residência ao hospital?** \_\_\_\_\_ km.

**5. O seu agregado familiar é constituído por** \_\_\_\_\_  **pessoas**

**6. Qual é, aproximadamente, rendimento mensal médio do seu agregado familiar, depois dos descontos?**

1 Até 500 Euros

2 De 500 a 750 euros

3 De 750 a 1000 euros

4 De 1000 a 1500 euros

5 De 1500 a 2000 euros

6 Superior a 2000 euros

**7. Qual a sua situação familiar?**

1 Casado/a com registo

2 Casado/a sem registo

3 Solteiro/a

4 Viúvo/a

5 Divorciado/a

6 Separado/a

**8. Qual o apoio familiar de que dispõe?** \_\_\_\_\_

**9. Qual é a sua situação profissional?**

- 1 Trabalhador/a por conta de outrem
- 2 Trabalhador/o familiar não remunerado
- 3 Patrão
- 4 Trabalhador/a por conta própria
- 5 Desempregado/a
- 6 Estudante
- 7 Doméstico/a
- 8 Reformado/a.....Profissão quando no activo .....
- 9 Inválido

**10. Qual o seu nível de instrução?**

- 1 Doutoramento; licenciado e título universitário ou de curso superior; militar da academia; notário
- 2 Instrução secundária completa; bacharelato; instrução universitária incompleta
- 3 Instrução secundária incompleta ou equivalente; militar de baixa patente
- 4 Instrução primária completa
- 5 Instrução primária incompleta; analfabeto

DADOS RELATIVOS AO SEU/SUA FILHO/A
------------------------------------

Ponha uma cruz, na resposta que corresponde ao seu caso e dê a sua opinião

**11. Qual é o sexo do seu/sua filho/a?**

1 Feminino  2 Masculino

**12. Qual a idade do seu/sua filho/a?** \_\_\_\_\_

**13. Qual foi o último ano de escolaridade que o seu/sua filho/a concluiu?**  
\_\_\_\_\_ ano

**14. Se já teve experiências anteriores com o seu/sua filho/a, no hospital, foi em que serviços?**

1 Internamento

2 Consulta externa

3 Urgências

4 Outra \_\_\_\_\_

**15. Se já teve internamentos neste hospital:**

**a) Foram na mesma enfermaria?**

1 Sim  2 Não

**b) Quanto tempo durou o último internamento?** \_\_\_\_\_

**16. O seu/sua filho/a sofre de uma doença crónica ou outra doença há pelo menos 3 meses?**

1 Sim

2 Não

3 Não tenho a certeza

**17. Qual a doença do seu/sua filho/a?** \_\_\_\_\_

**18. O seu filho tem problemas de desenvolvimento?**  1 Sim  2 Não

**19. De uma maneira geral diria que a saúde do seu/sua filho/a é....**

- 1 Má
- 2 Regular
- 3 Boa
- 4 Muito Boa
- 5 Ótima

**20. De que modo sente que está a controlar a situação de doença do seu/sua filho/a?**

- 1 Não tenho controle sobre a situação
- 2 Sinto que tenho pouco controle
- 3 Sinto que controlo completamente a situação

**21. Que oportunidade é que os enfermeiros/profissionais de saúde deste serviço lhe dão para decidir e cuidar do seu/sua filho/a?**

- 1 Nenhuma
- 2 Poucas
- 3 Muitas

**22. O que entende por envolvimento dos pais nos cuidados de saúde quando um/a filho/a está hospitalizado/a**

---

---

**23. O que acha que poderia ser feito para melhorar o seu envolvimento nos cuidados de saúde do seu/sua filho/a?**

---

---

---

**24. O que acha que poderia ser feito para melhorar a assistência às crianças durante e após a hospitalização?**

---

---

---

**25. O seu/sua filho/a está internado no Serviço de \_\_\_\_\_**

**Nº \_\_\_\_\_**

**MUITO OBRIGADO PELO TEMPO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.**

**POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.**