

IPV - ESSV |



# Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





***“Uma das melhores coisas da vida  
é causar um sorriso em alguém”  
(auto desconhecido)***



Dedico este trabalho ao meu marido, Vasco  
e aos filhos, Inês, Carolina e Hugo,  
pelo tempo que lhes "roubei",  
pelo apoio nos bons e maus momentos,  
pela paciência, carinho e,  
principalmente, pelo amor incondicional.

A minha mãe, Maria Teresa, pela sua compreensão e  
pelo seu amor infinito de mãe.

Aos meus irmãos, João e Paulo, pelo amor, força e apoio.



Agradeço:

- À Professora Doutora Amaralís Rocha por ter aceitado ser a minha orientadora, pela atenção dispensada, por acreditar em mim, pelo apoio ao longo deste árduo caminho, com alguns obstáculos que me ajudou a transpor.
- Ao Professor Doutor João Duarte por encontrar sempre um lugarzinho na sua tão preenchida agenda, pela sua disponibilidade e a sua paciência para me ajudar.
- A todos os colegas que, voluntariamente, preencher os meus questionários e respetivos serviço e instituições onde exercem funções.
- À Cristina, à Carla, a todos os amigos mas muito especialmente à Tina, à Lena e à minha Xanita pela força ao longo do Curso, principalmente nesta reta final.



<b>1 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO 2 - A ENFERMAGEM .....</b>	<b>29</b>
2.1 - SER ENFERMEIRO .....	29
2.2 - O ENFERMEIRO EM PEDIATRIA .....	32
<b>CAPÍTULO 3 - RELAÇÃO DE AJUDA.....</b>	<b>39</b>
3.1 - RELAÇÃO DE AJUDA EM ENFERMAGEM .....	39
3.2 - RELAÇÃO DE AJUDA SEGUNDO BARRET-LENNARD .....	44
<b>CAPITULO 4 – METODOLOGIA.....</b>	<b>49</b>
4.1 – PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	49
4.2 - TIPO DE ESTUDO, DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	49
4.3 – OBJETIVOS.....	51
4.4 – VARIÁVEIS.....	51
4.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	52
<b>4.5.1 - Caracterização sócio-demográfica da amostra .....</b>	<b>53</b>
4.6 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	54
<b>4.6.1 - Estudo psicométrico do BLRI.....</b>	<b>57</b>
4.7 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E METODOLÓGICOS .....	59
4.8 – Procedimentos estatísticos .....	60
4.9 – RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	62
<b>4.9.1- Análise inferencial .....</b>	<b>67</b>
<b>5 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS:</b>	
Anexo 1 – Autorização do autor	
Anexo 2 – Inventário original	
Anexo 3 – Inventário: tradução para português	
Anexo 4 – Inventário: retroversão para inglês	
Anexo 5 – Inventário final	
Anexo 6 – Pedido de autorização de aplicação do inventário no CHTV	
Anexo 7 – Pedido de autorização de aplicação do inventário no HIDP	
Anexo 8 – Autorização para a aplicação do inventário no CHTV	
Anexo 9 – Autorização para aplicação do inventário no HIDP	



## INDÍCE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 - Primeira competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria .....	36
Quadro 2 – Segunda competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria .....	37
Quadro 3 – Terceira competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria .....	38
Quadro 4 - Identificação da amostra de Enfermeiros em função da população definida .....	52
Quadro 5 - Forma MO: fatores e números das afirmações que lhes correspondem .....	56
Quadro 6 - Possibilidade de resposta ao inventário .....	56
Quadro 7: Caracterização sócio-demográfica da amostra .....	56
Quadro 8 – Consistência interna do questionário Relação de Ajuda.....	58



## INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos elementos da amostra por sexo .....	53
Tabela 2: Estatística da idade em função do sexo .....	53
Tabela 3 – Distribuição dos elementos da amostra por sexo e grupo de idades .....	54
Tabela 4 – Distribuição dos elementos da amostra por local de residência e sexo .....	54
Tabela 5 – Distribuição dos elementos da amostra por estado civil por sexo.....	54
Tabela 6 – Correlação de Pearson entre as dimensões da Relação de Ajuda.....	59
Tabela 7 – Distribuição dos elementos da amostra por local de trabalho e sexo .....	62
Tabela 8 – Distribuição dos elementos da amostra por serviço e sexo .....	63
Tabela 9 – Distribuição dos elementos da amostra por categoria e sexo .....	63
Tabela 10 – Estatística dos anos de serviço .....	63
Tabela 11 – Distribuição dos elementos da amostra por anos de serviço por sexo .....	64
Tabela 12 – Estatística dos anos de serviço na área .....	64
Tabela 13 – Distribuição dos elementos da amostra por grupos de anos de serviço na área por sexo.....	65
Tabela 14 – Distribuição dos elementos da amostra por vínculo à instituição por sexo .....	65
Tabela 15 – Distribuição dos elementos da amostra por habilitações académicas por sexo	65
Tabela 16 – Distribuição dos elementos da amostra por número de filhos por sexo .....	66
Tabela 17 – Estatística das dimensões da Relação de Ajuda.....	67
Tabela 18 - Teste Mann-Whitney entre as dimensões da relação de Ajuda e o sexo .....	67
Tabela 19 - Teste Mann-Whitney entre as dimensões da Relação de Ajuda e a residência.	68
Tabela 20 - Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da Relação de Ajuda e a idade .....	68
Tabela 21 - Teste Mann-Whitney entre as dimensões da Relação de Ajuda e o local de trabalho.....	69
Tabela 22 - Teste T entre as dimensões da Relação de Ajuda e o serviço .....	69
Tabela 23 - Teste Mann-Whitney entre as dimensões da Relação de Ajuda e a categoria ..	70
Tabela 24 - Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da Relação de Ajuda e os anos serviços .....	71
Tabela 25 - Teste Mann-Whitney entre as dimensões da Relação de Ajuda e o estado civil	71



## INDÍCE DE FIGURAS

Pág.

Fig. 1: Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica (desenho de investigação).....	50
--	----



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

BLRI – Barrett-Lennard Relationship Inventory

MO – Myself to the other

CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu

HIDP – Hospital Infante Dom Pedro

N – frequências absolutas

% - percentuais

CV – coeficiente de variação

SK – Skewness

Min. – Mínimo

Máx. – Máximo

Dp – desvio padrão

K – Kurtosis

KS – Kolmogorov-Sminorv

OS - Other to self

p – nível de significância

$\alpha$  – Alpha

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

EP – erro padrão

$X^2$  – qui quadrado

Cf. - confira

Urg. Ped. – Urgência Pediátrica

OM – ordenações médias

UMW – Mann-Whitney



## RESUMO

**Fundamentação:** A relação de ajuda enfermeiro-utente é considerada um instrumento de cuidados de enfermagem fundamental.

A aquisição de qualidades para conseguir estabelecer uma relação de ajuda baseada no respeito, empatia, incondicionalidade e congruência deverá ser um dos focos de atenção dos enfermeiros, que ficarão cada vez mais aptos para desenvolverem as dimensões da relação de ajuda, pois com a experiência profissional e/ou a especialização numa área de enfermagem as competências para o estabelecimento da relação de ajuda serão perfeccionadas como uma mais-valia.

Em pediatria é com a unidade familiar (criança/jovem e família) que se estabelece a relação de ajuda, com base na parceria de cuidados.

**Objetivos:** Os objetivos deste trabalho são a exploração da importância da relação interpessoal entre o utente pediátrico e os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de pediatria e a verificação da influência das variáveis sócio-demográficas nas relações interpessoais entre o enfermeiro de pediatria e os utentes em idade pediátrica.

**Métodos:** Para o cumprimento dos objetivos realizamos um estudo quantitativo, prospetivo, transversal e descritivo-relacional.

O questionário comporta a caracterização sócio demográfica da amostra e o inventário de relações interpessoais de Barrett-Lennard, elaborado para medir as dimensões de relação de ajuda (respeito, empatia, incondicionalidade e congruência), aplicado a 70 enfermeiros que prestam cuidados em unidades de pediatria. O sexo, a categoria e o estado civil não manifestam influência nas dimensões da relação de ajuda.

**Resultados:** Concluimos que os enfermeiros dão importância à relação de ajuda, porque pontuam acima do valor médio em todas as dimensões consideradas, sendo a média mais elevada para o respeito e a menos elevada para a incondicionalidade.

**Conclusão:** Podemos concluir que os enfermeiros que prestam cuidados em serviços de pediatria perfeccionam o seu desempenho na relação de ajuda que estabelecem com os utentes com idade pediátrica como sendo bom, ou seja consideram que conseguem estabelecer uma relação de ajuda baseada no respeito, na empatia, congruência e incondicionalidade como as define Barrett-Lennard.

**Palavras-chave:** Relação de Ajuda, parceria de cuidados, enfermagem pediátrica



## **ABSTRACT**

**Reasons:** The nurse-patient aid relationship is considered to be a fundamental instrument of nursing care

The acquisition of qualities to succeed in establishing an aid relationship based on respect, empathy, absoluteness and consistency should be one of the focal points of nurses, whom will be able to develop the dimensions of the aid relationship, since with the experience and/or the specialization in a nursing area, the skills for the establishment of the aid relationship will be perceived as an asset.

In pediatrics, it is as a family unit (child/youth and family) that the aid relationship is established, based on the partnership of care.

**Objectives:** The objectives of this study are the exploration of the importance of the interpersonal relationship between the pediatric patient and the nurses who provide care in pediatric units and the verification of the influence of socio-demographic variables in the interpersonal relationships between pediatric nurses and the pediatric aged patients.

**Methods:** To meet the objectives we have conducted a quantitative, prospective, transversal and relational-descriptive study.

The questionnaire consists of the socio-demographic characterization of the sample and the Barrett-Lennard inventory of the interpersonal relationships, developed to measure the dimensions of aid relationship (respect, empathy, absoluteness, and consistency), applied to 70 nurses who practice in pediatric units. Gender, class and marital status did not influence in the dimensions of aid relationship.

**Results:** We have concluded that nurses give more importance to the aid relationship, because they rate above average on all the considered dimensions, the average being higher for respect and less high for the absoluteness.

**Conclusion:** We may conclude that the nurses who practice in pediatric services perceive their performance in the aid relationship that they establish with the pediatric aged patients as being good, i.e. they consider that they can establish an aid relationship based on respect, empathy, consistency and absoluteness as defined by Barrett-Lennard.

**Keywords:** Aid Relationship, partnership of care, pediatric nursing



## 1 - INTRODUÇÃO

Inserido no currículo académico do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surge a disciplina de Relatório Final, que não é mais do que a concretização teórico-prática do Mestrado, com a construção de uma dissertação que reflita a nossa busca pela diferença de atuação do enfermeiro especialista na prestação de cuidados ao binómio criança/ jovem e família, encontrada no decurso de um dos campos de estágio.

Nesse sentido, o estágio em pediatria revestiu-se de uma importância fundamental para compreender o papel do enfermeiro de referência no estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica entre o enfermeiro e o binómio criança ou adolescente e família.

Segundo Melo (2009) o enfermeiro de referência deve olhar as famílias como o centro de cuidados e deve planear a sua atuação seguindo este princípio, para assim conquistar a família estabelecendo uma relação de confiança, dar continuidade aos processos de interação, demonstrando e proporcionando segurança contínua dos seus conhecimentos e competências. Ainda segundo Melo (2009) o regresso a casa e consequente adaptação da família aos novos regimes terapêuticos "... é entendida como o maior ganho da implementação deste método de organização de cuidados."

Desde os anos 50 e 60 do século XX que Joyce Travelbee e Hildegard Peplau introduziram na enfermagem as relações interpessoais como instrumento do cuidado em saúde. Defendiam que a relação de ajuda enfermeiro – utente só seria possível quando o enfermeiro formasse um elo de ligação com os utentes, com o intuito de capacitar o utente para desenvolver habilidade pessoais e a participar de forma ativa nos cuidados a prestar pelos enfermeiros.

Assim as relações interpessoais levam à relação de ajuda/parceria de cuidados, tornando-se "uma ferramenta compreensiva do processo de humanização da assistência" (Pinho e Santos, 2007).

O estudo por nós efetuado justifica-se pela necessidade de contribuir para a sistematização da assistência voltada para a relação de ajuda/parceria à família/criança.

Importante no processo de relação de ajuda é o estabelecimento de relações, ou seja, a interação desenvolvida entre duas ou mais pessoas, baseada na reciprocidade,

tentando aprender o significado das coisas, influenciando e sendo influenciado pelo meio sociocultural.

Nesta relação a predominância de ações individuais, é uma necessidade humana básica, e a diversidade dos modos de comunicar-se determina a dinâmica do processo relacional.

Sendo a enfermagem uma profissão que cuida do ser humano, tentando atender/suprir as suas necessidades, ela deve considerar o processo da relação de ajuda de vital importância para o bom relacionamento entre enfermeiro/família/criança.

Trabalhando nós num serviço de Pediatria, pensamos ser fundamental refletir na problemática da relação de ajuda, pois só desse modo consideramos válida a nossa atuação e impreterível a forma como a criança/família encara um processo de doença associado a um período maior ou menor de hospitalização, foi nesse sentido e tendo por base essa premissa que decidimos realizar este nosso estudo.

Todo o trabalho de investigação passa por várias fases, desde a fase de informação, a fase de preparação e a fase de realização. Nesta última está implicado todo o trabalho escrito que se divide em várias partes. Inicia-se a primeira parte do trabalho com os Fundamentos Teóricos/Científicos, dividida em 2 capítulos.

No capítulo 2 descrevemos o que é a enfermagem, com enfoque no ser enfermeiro e no enfermeiro de pediatria.

O capítulo 3 a ênfase é dada à relação de ajuda na sua vertente global, na sua aplicabilidade à enfermagem e na versão de Barrett-Lennard, o autor do nosso instrumento de avaliação.

. A segunda parte do trabalho é relativa à componente prática do estudo estando inserida num capítulo, dividido em 9 subcapítulos.

Esta comporta o capítulo 4 relativo às Metodologia do estudo em que é abordado o objetivo do estudo e a caracterização dos sujeitos da amostra assim como o modo de investigação e os procedimentos adotados. No subcapítulo 9 descrevemos a Discussão e Apresentação dos resultados, em que está transcrita para o papel toda a parte prática do estudo em que são apresentados os resultados relativos às grelhas de observação Participante aplicadas no contexto de estudo, assim como a sua análise e interpretação dos resultados.

Como qualquer trabalho escrito, não pode deixar de conter uma Conclusão do trabalho assim como a bibliografia consultada para a realização deste.

Com a realização deste trabalho sentimos de certa forma que caminhamos de forma a abrir consciências, despertar novos desafios na forma de cuidar e na maneira como vivemos a relação de ajuda no nosso percurso profissional. Vivendo esta relação de forma plena com a certeza que ser enfermeiro é saber cuidar, ouvir e envolver os pais no processo de reabilitação dos seus filhos



*PARTÉ I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO*



## CAPÍTULO 2 - A ENFERMAGEM

*"Ser enfermeiro é estar presente, mesmo quando se está ausente..."*

*É a palavra dita à pessoa certa, na hora certa.*

*É reparar em tudo, e em mais alguma coisa que ninguém mais repara no paciente."*

(autor desconhecido)

A enfermagem em Portugal tem sofrido várias alterações aos longos dos anos. Nos primórdios era apenas uma atividade exercida por freiras, sem formação profissional ou dedicação, já que auxiliavam os enfermos por "obrigação religiosa", muitas nem sabiam ler ou escrever. Com o decorrer da história e as revoluções operadas na sociedade, a enfermagem passou a ser considerada uma profissão, começaram a surgir as escolas de enfermagem, em que era exigido que os alunos soubessem ler e se forneciam conhecimentos vários, desde a anatomia à enfermagem geral.

Atualmente, com a criação do Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem, a criação da Ordem dos Enfermeiros, a classificação do curso de Enfermagem como licenciatura e consequente ligação ao Ministério de Ensino Superior, a criação dos mestrados em enfermagem, a utilização de uma linguagem universal e comum na enfermagem com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a enfermagem é uma profissão valorizada quer academicamente quer profissionalmente já que os conhecimentos adquiridos, aliados à boa técnica e relacionamento interpessoal respondem cada vez melhor aos cuidados que a nossa população procura quando recorre aos cuidados de saúde.

### 2.1 - SER ENFERMEIRO

Para Gordo (2006) "Ser Enfermeiro é ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é ser aberto para a vida, e ao mesmo tempo envolver-se no compromisso assumido com a Enfermagem, com os utentes."

Silva (2009) relata o papel do enfermeiro como sendo significativo na comunidade científica da saúde, de qualidade e eficaz na prestação de cuidados de saúde. A prestação de cuidados de enfermagem, segundo Carvalho (1996) cit. por Silva e al (2007), são

cuidados de saúde que consistem em intervenções autónomas de enfermagem condicionadas aos diagnósticos de enfermagem relativos às pessoas, grupos e família.

A prestação de cuidados encarna um conjunto de ações envolvendo a promoção da interação, a relação empática, o envolvimento, a responsabilidade e não apenas o cuidar técnico. O cuidar exige formação e preparação técnica, compreensão, aceitação e o reconhecimento do utente como um ser humano numa visão holística e não só de um corpo biológico a necessitar de cuidados técnicos. Cabe ao enfermeiro tratar cada individuo como um ser único, individual pois o utente tem direito a uma assistência digna, imparcial e justa baseada na deontologia, ética e direitos, sendo cuidado como uma totalidade (Alves, 2006 cit por Carvalho e Abreu, s.d.).

Benner (2001) classifica o enfermeiro em 5 categorias: novato, avançado iniciante, competente, proficiente e especialista.

O novato é o enfermeiro sem experiência, a quem se ensinam as regras gerais para que possam executar tarefas e o seu comportamento é regido por essas mesmas regras que são limitadas e inflexíveis.

O enfermeiro que é posicionado na categoria de enfermeiro iniciante é aquele que demonstra um desempenho aceitável, ganhou experiência com situações reais e baseará as suas ações com base nos princípios que adquiriu com a experiência.

Para se considerado um enfermeiro competente terá que ter experiência na mesma área de cuidados de 2-3 anos, ter consciência das metas que terá que atingir a longo prazo e perspetivar os seus planeamentos e ações próprios com base no pensamento abstrato e analítico para alcançar uma maior eficiência e organização.

O enfermeiro proficiente é aquele que percebe e compreende as situações como um todo, a sua compreensão é holística e, conseqüentemente, melhora a tomada de decisões e aprender partindo da experiência o que pode esperar de determinadas situações e como modificar os planos.

Já o enfermeiro que não baseie as suas ações em princípios, regras e orientações mas apresenta um desempenho fluido, flexível e altamente proficiente, tenha muito mais experiência e compreenda intuitivamente as situações clínicas é considerado especialista.

Em Portugal o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, publicado em Diário da Republica no Decreto-lei nº161/96, de 4 de Setembro (com alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº104/98 de 21 de Abril) define o enfermeiro e o enfermeiro especialista. O enfermeiro é “o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um titulo profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerias ao individuo, família, grupos e comunidade (...)”. Já o enfermeiro especialista é aquele que está “(...)habilitado com um curso de especialização ou um curso de estudos superiores

especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

Ainda no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o Artigo 5º, que caracteriza os cuidados de enfermagem, no ponto número 1 refere que os cuidados de enfermagem têm por fundamento uma “(...)interacção entre o enfermeiro e utente, individuo, família, grupo e comunidade” e no ponto número 2 diz, claramente, que os cuidados de enfermagem se caracterizam por estabelecer uma relação de ajuda com o utente. Já aqui se vislumbra a importância da relação de ajuda como cuidado de enfermagem.

Apesar da carreira de enfermagem em Portugal ter sido alterada pelo decreto-lei nº 248/2009, onde os enfermeiros são posicionados em 2 categorias (enfermeiro e enfermeiro principal), os enfermeiros ainda se regem pela carreira anterior, definida em 1991.

Em 1991 o decreto-lei nº 437/91 de 8 de novembro, devido ao curso de enfermagem passar a ser considerado curso superior, legisla o regime legal da carreira de enfermagem.

Divide a carreira em 3 áreas:

- a de prestação de cuidados, onde se inserem os enfermeiros, enfermeiros graduados e os enfermeiros especialistas
- a da gestão, que comporta os enfermeiros chefes, enfermeiros supervisores e enfermeiros diretores;
- a da assessoria técnica onde se colocam os assessores técnicos regionais de enfermagem e os assessores técnicos de enfermagem.

Por sua vez os enfermeiros são classificados por níveis consoante a sua formação: o nível 1 incorpora o enfermeiro e o enfermeiro graduado, o nível 2 o enfermeiro especialista e o enfermeiro chefe, o nível 3 o enfermeiro supervisor e o assessor técnico regional de enfermagem e o nível 4 o assessor técnico de enfermagem.

O enfermeiro (nível 1) é considerado aquele que possui o título profissional de enfermeiro e compete-lhe a prestação de cuidados com base no modelo teórico de enfermagem utilizado na instituição onde presta cuidados, colaborar na formação da unidade, realizar/colaborar em estudos que visem a melhoria da prestação de cuidados e utilizar os resultados dos estudos e dos trabalhos de investigação para a melhoria da prestação de cuidados.

O enfermeiro acede à categoria de enfermeiro graduado (nível 1) ao fim de 3 anos de serviço efetivo na categoria e com a avaliação de desempenho qualitativa de satisfaz. O enfermeiro graduado executa as funções de enfermeiro e acresce-se a função de orientação e coordenação de equipas de enfermagem na prestação de cuidados.

Para ser classificado como enfermeiro especialista é necessário estar habilitado com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite a prestação de cuidados de enfermagem numa área especialização de enfermagem. Mas só acede à categoria de enfermeiro especialista o enfermeiro graduado habilitado com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, independentemente do tempo de serviço e com classificação de avaliação de desempenho de satisfaz ou o enfermeiro habilitado com um curso de estudos superior especializado em enfermagem e com 3 anos de serviço na categoria e a menção qualitativa de satisfaz na avaliação de desempenho. Ao enfermeiro especialista cabe executar o que compete aos enfermeiros e enfermeiros graduados e todas as competências descritas no ponto 3 do artigo 7º do decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro.

O enfermeiro chefe é aquele que de entre os enfermeiros, enfermeiros graduados e os enfermeiros especialistas, independente do tempo de serviço na categoria desde que sejam enfermeiros, no mínimo, há 6 anos, com avaliação de desempenho de satisfaz e que sejam portadores de curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite para a gestão de serviço de enfermagem ou curso de administração de serviços em enfermagem ou a secção de administração do curso de enfermagem complementar ou um curso de especialização de enfermagem estruturado segundo a decreto-lei nº178/85 de 23 de Maio ou curso de gestão que, por si próprio confira o grau de bacharel. Ao enfermeiro chefe competem as responsabilidades descritas no ponto 1 do artigo 8º do decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro.

Em Portugal existem várias áreas de especialização em enfermagem: médico-cirúrgica; reabilitação, saúde mental e psiquiatria, saúde comunitária, saúde materna e ginecológica e saúde infantil e pediatria.

## 2.2 - O ENFERMEIRO EM PEDIATRIA

O cuidar está implícito no conceito de enfermagem, não só como realização concreta de cuidados de enfermagem (atividades observáveis e mensuráveis) mas também o cuidar do saber ouvir, do carinho. E é aqui que a enfermagem se distingue de outras profissões ligadas à saúde. Segundo Anjos (1998) cit. por Carvalho e Abreu (s.d.), este é o pilar em que a enfermagem se alicerça.

A pediatria é o único serviço específico, existente nos cuidados de saúde em Portugal, que lida diretamente com crianças. Exige a quem lá trabalha um grande esforço pessoal, emocional e psicológico para conseguir equilibrar a vida pessoal e a vida

profissional. A carga emocional pode incapacitar a execução técnica, já que muitas vezes o enfermeiro é a base que transmite segurança e estabilidade aos pais e criança/adolescente. Na ausência dos pais o enfermeiro desempenha o papel paternal, cuidando da criança/adolescente, acarinhando-a e protegendo-a ultrapassando a visão de profissional acabando por se envolver mais pessoalmente na situação clínica e aumentando, ainda mais, a carga emocional.

A enfermagem pediátrica é uma área da enfermagem muito específica e particular, envolvendo teoria, técnica, prática e relações interpessoais com o binómio criança/adolescente e a respetiva família. A exigência deste cenário implica que os enfermeiros de pediatria desenvolvam, não só, habilidades técnicas como competências relacionais, sentimentais e outras, já que todo o cuidado deve ser planeado e implementado com a participação efetiva da família.

Anne Casey (1988) foi a grande impulsionadora da unidade familiar em pediatria e em 1988 criou o modelo de parceria de cuidados. O modelo da parceria de cuidados de Casey (1988), é baseado por crenças e valores que defendem que os pais são os melhores prestadores de cuidados, assim como são os que têm conhecimentos sobre o que a criança está habituada. Logo, os pais devem em momento de doença continuar com o seu papel de prestador de cuidados e inspirar a auto-estima e confiança.

O enfermeiro de pediatria na sua prática do dia-a-dia deve estimular os pais a participarem nos cuidados. Desempenham um papel privilegiado na relação de ajuda que os pais precisam em cada momento de doença do seu filho, devendo entender que para cada pai ou mãe, a situação que motivou a hospitalização é sempre geradora de ansiedade, que o problema que tem o seu filho é único, que os riscos que correm são sempre grandes, e que esperam dos enfermeiros uma atitude de esperança, empatia e disponibilidade.

A prática de enfermagem deve ser baseada em conhecimentos científicos que englobem aspetos físicos, intelectuais, éticos, espirituais e sociais. Mas o cuidar envolve mais do que conhecimentos científicos e competências clínicas. Para atingir a excelência, o cuidar deve compreender e integrar sentimentos como a ternura, a compreensão e a intuição. Este conjunto de competências técnicas, profissionais e pessoais deverá responder às necessidades fisiológicas, emocionais, culturais e espirituais da criança e família. O foco do enfermeiro é a prestação de cuidados excelentes a todos os utentes em idade pediátrica sem conhecer credos, raça ou etnia e nível sócio cultural (Carvalho e Abreu, s.d.).

O grande objetivo de um serviço de pediatria deverá ser a prestação de cuidados hospitalares eficazes ao binómio criança/adolescente e sua família, por enfermeiros que

baseiem a sua prestação de cuidados em conhecimentos em pediatria/saúde infantil (Valladares, s.d. cit. por Carvalho e Abreu, s.d.).

Freitas (s.d.) defende que para trabalhar em pediatria é necessário ter formação especializada na área, já que é imprescindível que o enfermeiro que preste cuidados em pediatria domine os conteúdos específicos inerentes às faixas etárias.

Já Carvalho e Abreu (s.d.) não especificam a formação que deverá possuir um enfermeiro que preste cuidados em pediatria, mas refere que deverá estar capacitado para refletir sobre todos os aspetos relacionados com a infância, compreendendo todos os seus desejos e vontades como elemento essencial para a busca da sua autonomia. Deve também perceber e reconhecer a brincadeira como meio de estabelecimento de uma relação empática e de continuidade do auto conhecimento. O enfermeiro deve brincar com a criança pois assim vai ter mais facilidade em estabelecer uma relação, em conhecer os seus medos e preocupações, os seus desejos e ambições. Esta relação deverá ser significativa mas o enfermeiro terá que se manter afastado o suficiente para poder distinguir os seus sentimentos.

Teixeira e al. (2004) realçam a comunicação como uma competência essencial no relacionamento com a criança e como fator determinante na relação de ajuda e indicador de avaliação da qualidade dos cuidados prestados

Como já vimos anteriormente e aplicando o modelo de parceria de cuidados de Casey (1988), o enfermeiro em conjunto com a família deve identificar metas e necessidades para planear as intervenções que respondam aos problemas identificados, auxiliando a família a optar por escolhas informadas, agindo com o fim último do preservar o melhor interesse para a criança (Carvalho e Abreu, s.d.).

Os pais avaliam a qualidade dos cuidados prestados através do estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na empatia, dedicação, compaixão e sem traumas demonstrada pelos enfermeiros (Hockenberry, 2006 e Alves, 2006 cit. por Carvalho e Abreu, s.d.).

As ações de enfermagem de que o enfermeiro de pediatria se pode socorrer para estabelecer a relação terapêutica passam pelo conhecimento da resposta da criança à hospitalização, chamar a criança pelo nome habitual, permite que a criança expresse seus medos e preocupações, incentivar a presença dos pais, encorajar a criança a ter consigo o brinquedo favorito, identificar e respeitar hábitos e rotinas da criança, explicar todos os procedimentos em linguagem acessível à criança, permitir o máximo de mobilização durante os procedimentos, aceitar as regressões no comportamento, preservar a privacidade e permitir a visita de familiares e amigos significantes para a criança e não para os pais (Carvalho e Abreu, s.d.).

Em Portugal, decorria o ano de 1981, quando é publicado o Decreto-Lei 305/81 que definiu a carreira de enfermagem com diversas categorias, entre as quais a de enfermeiro especialista. Como a única maneira de progredir na carreira era a obtenção do grau de especialista, surgem a necessidade de criar cursos de formação pós básica. Assim, no ano de 1983 são criadas 3 escolas pós básicas em Portugal com o intuito de lecionarem cursos de especialização em enfermagem, que incluíam a especialização em saúde infantil e pediátrica (Quintas e al, 2007).

A Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (2004-2008) realça que a existência de enfermeiros especialista em saúde infantil e pediatria num serviço de pediatria é fundamental para dar resposta à complexidade do cuidar em pediatria, mas a dotação deve ser adequada e deverá existir, pelo menos, um enfermeiro especialista por turno para orientar a restante equipa. Esta dotação adequada é primordial para que sejam prestados cuidados de qualidade e que para haja diminuição da mortalidade e morbilidade. A determinação da dotação procura alcançar índices de qualidade para o doente, atingindo os objetivos organizacionais e assegurar a qualidade de vida dos enfermeiros (Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente, 2004-2008).

Em 20 de Outubro de 2010, a Ordem dos Enfermeiros Regulamento através Regulamento n.º 123/2001 define o perfil das competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria em Portugal. Encontram-se divididos em 3 grandes competências, cada uma subdividida em unidades de competências e seus critérios de avaliação:

1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da saúde – como a criança/jovem dependem da sua família esta competência visa estabelecer uma parceria de cuidados com o binómio criança/jovem e família, otimizando a saúde, adequando a gestão de cuidados e da parentalidade.

Quadro 1 - Primeira competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade de competências	Critérios de avaliação
<p>E.1.1 – Implanta e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</p>	<p>E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à competência e ao bem-estar.  E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.  E1.1.3 – Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.  E1.1.4 – Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovem e família facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.  E1.1.5 – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde.  E1.1.6 – Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.  E1.1.7 – Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte na criança/jovem e família com necessidades de cuidados.  E1.1.8 – Intervêm em programas no âmbito da saúde escolar.  E1.1.9 – Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidade de saúde e educativas especiais.  E1.1.10 – Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>
<p>E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem</p>	<p>E1.2.1 – Demonstra conhecimento sobre doenças às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.  E1.2.2 – Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.  E1.2.3 – Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mau estar psíquico.  E1.2.4 – Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex: maus tratos, negligência e comportamentos de risco).  E1.2.5 – Sensibiliza os pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.  E1.2.6 – Assiste as crianças e jovens em situações de abuso, negligência e maus tratos.  E1.2.7 – Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.  E1.2.8 – Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família</p>

Fonte: Ordem dos enfermeiros

2 – Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade – recorre a abordagens e terapias, mobilizando recursos para responder às necessidades da criança/jovem e família em situações de particular exigência.

Quadro 2 – Segunda competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Unidade de competências	Crítérios de avaliação
E.2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados	E2.1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de situações de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2 – Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3 – Aplica conhecimentos e capacidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto.
E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas	E2.2.1 – Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem. E2.2.2 – Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3 – Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas de alívio da dor.
E2.3 – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados	E2.3.1 – Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 – Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras
E2.4 – Providencia cuidados à criança/jovem promotores de majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas pela evidência	E2.4.1 – Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente à terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 – Demonstra conhecimentos e habilidades em diferentes tipos de terapia a oferecer à criança/jovem. E2.4.3 – Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisões sobre as terapias a utilizar.
E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica e deficiência/incapacidade	E.2.5.1 – Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2 – Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3 – Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada E2.5.4 – Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5 – Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotores de esperança. E2.5.6 – Referencia crianças/jovens com incapacidade e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2010

3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e jovem – promove a maximização do potencial de desenvolvimento da vinculação à juventude.

Quadro 3 – Terceira competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Unidades de competência	Critérios de avaliação
E3.1 – Promove o crescimento e desenvolvimento infantil	E3.1.1 – Demonstra conhecimentos sobre desenvolvimento e crescimento. E3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.
E3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais	E3.2.1 – Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 – Demonstra conhecimentos sobre competências do recém-nascido para promover comportamentos interativos. E3.2.3 – Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 – Utiliza estratégias para promover o contacto físico recém-nascido/pais. E3.2.5 – Promove a amamentação. E3.2.6 – Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido. E3.2.7 – Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenções precoces.
E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura	E3.3.1 – Demonstram conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pela sua crença e valores. E3.3.3 – Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.
E3.4 – Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde	E3.4.1 – Facilita a comunicação expressiva de emoções E3.4.2 – Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3 – Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4 – Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5 – Negoceia contrato de saúde com o adolescente.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2010

Com estas três competências gerais cabe ao enfermeiro especialista planear os cuidados em parceria com a família estabelecendo relação de ajuda com a criança/jovem e família. Desde a vinculação/estabelecimento da parentalidade até à juventude e tendo como base estas três competências é possível auto capacitar a criança/jovem e família para a utilização dos seus recursos pessoais e interiores para adotar comportamentos saudáveis, prevenindo situações que causem risco para a saúde.

## CAPÍTULO 3 - RELAÇÃO DE AJUDA

*“Eu gosto de olhos que sorriem, de gestos que se desculpam,  
de toques que sabem conversar e de silêncios que se declaram”*

(Machado de Assis)

Chagas Moreira e Carvalho (2004) definem ajuda como “ (...) um acto que se dá no âmbito de uma relação e se fortalece no acompanhamento”

A relação de ajuda está associada aos cuidados de enfermagem, ultrapassando as técnicas utilizadas na prestação de cuidados e todos os conhecimentos teóricos aprendidos nos bancos da escola. Esta relação interativa pretende capacitar os utentes para o crescimento pessoal e para a descoberta de recursos que o utente desconhece possuir (Rocha, 2008).

Mas a relação de ajuda, como qualquer relação que envolve no mínimo 2 pessoas, é complexa e o respeito mútuo deve predominar.

A compreensão, a aceitação incondicional sem fazer juízos de valor são, também, elementos necessários e facilitadores para o estabelecimento de uma relação de ajuda (Melo, 2008).

As relações interpessoais associam-se cada vez mais aos cuidados de saúde, representando um importante instrumento de cuidados. Alguns estudos dão força à importância da relação de ajuda na prestação de cuidados de enfermagem, que apesar de provenientes da enfermagem de saúde mental, representam “uma ferramenta compreensiva do processo de humanização da assistência em outras áreas de conhecimento da profissão”, como a enfermagem de saúde infantil e pediatria (Pinho e Santos, 2007).

### 3.1 - RELAÇÃO DE AJUDA EM ENFERMAGEM

A sua utilização na enfermagem já remonta aos anos 50 e 60 do século XX, pelas mãos de Joyce Travelbee e Hildegard Peplau, que defendiam que “(...)a relação de ajuda seria possível quando o enfermeiro formasse um elo entre os pacientes a quem presta cuidado e sua realidade objetiva.”. Isto levava a que cada doente adquirisse iniciativa para desenvolver habilidades pessoais de modo a participar mais ativamente nos cuidados prestados pelos enfermeiros (Pinho e Santos, 2007).

Os mesmos autores desenvolveram um trabalho com vista a sensibilizar as equipas de enfermagem de 3 unidades clínicas de um hospital para a relação interpessoal ser utilizada como cuidado de enfermagem. Basearam o trabalho no referencial teórico de Joyce Travelbee associado às conceções sobre empatia e comprometimento no processo do relacionamento humano de Carl Rogers.

Carl Rogers foi o primeiro, na década de 40 do século XX, a iniciar a investigação empírica sobre a relação de ajuda. Segundo Marques-Teixeira (2004) Carl Rogers rompe com as posturas clássicas, invertendo o vetor que orienta o conhecimento do Outro a partir do terapeuta para começar a depositar no Outro a fonte do seu conhecimento e da sua verdade.

Rogers centra a sua intervenção nas vertentes comunicacionais e relacionais, de modo a estabelecer uma relação de ajuda com o paciente. E define essa relação como um participante mais ativo que procura promover noutro participante a utilização dos seus recursos internos, até aí latentes (Rogers, 1985). Defende, ainda, que esta relação visa facilitar o crescimento da pessoa.

Joyce Travelbee, enfermeira norte americana da área de psiquiatria, tem como pressupostos da sua teoria: 1- o objetivo do cuidado profissional só é conseguido através do contacto pessoal (pessoa a pessoa); 2 – os seres humanos são únicos mas semelhantes na sua natureza; 3 – a maioria das pessoas experimentará, pelo uma vez na vida, a alegria, a felicidade e o amor; 4 – todos os seres humanos viverão a experiência da doença, da dor e da morte; 5 – a qualidade e quantidade de cuidados prestados aos doentes são influenciadas pela perceção dos enfermeiros e dos doentes; 6 – os termos paciente e enfermeiro são estereótipos úteis para facilitar a comunicação; 7 – para o estabelecimento de uma relação terapêutica é necessário ultrapassar os papéis de enfermeiro e doente; 8 – a doença e o sofrimento são experiências espirituais, físicas e emocionais; 9 – o enfermeiro estabelece relação através da comunicação, o que lhe vai permitir cumprir a finalidade dos cuidados; 10 – o enfermeiro pode ajudar o utente a auto capacitar-se da tal situação e a poder lidar com ela; 11 – a bagagem filosófica do enfermeiro auxilia o doente e respetiva família a encontrar um significado na experiência da doença; 12 - o enfermeiro é responsável por ajudar o doente e a família a encontrar significado no sofrimento e na doença (Travelbee, 1979, cit por Waideman e al em 2006).

Travelbee divide o processo de relação interpessoal em 4 fases: Fase 1 – fase de pré-interação, em que o enfermeiro inicia a vinculação com paciente e família, tentando compreender a sua real situação; Fase 2 – fase inicial, que corresponde ao primeiro encontro em que o enfermeiro acolhe o paciente e a família, explanando como os pretende e os objetivos do relacionamento interpessoal; Fase 3 – fase da identidade, o paciente e família poderão apresentar-se um pouco hostis, testando a competência do enfermeiro e

podendo ser manipuladores; é aqui que os envolvidos se entendem como seres humanos e detetam as dificuldades, impotências e incompatibilidades; Fase 4 – fase de término – corresponde ao fim do processo de relacionamento interpessoal, quer seja por alta hospitalar, por agravamento do estado do paciente, por desinteresse da família ou paciente ou por outro motivo; com o finalizar do processo surgem os sentimentos de gratificação, independência ou indiferença (Pinho e Santos, 2007).

As características do enfermeiro para conseguir estabelecer uma relação centrada no paciente passam pela sinceridade, empatia, demonstração de comprometimento com a realidade do paciente, de modo a compreender a vida do paciente e de perceber como o paciente percebe o mundo (Pinho e Santos, 2007).

Para Souza e al (2003), a escuta ativa é um instrumento indispensável à relação de ajuda. No modelo centrado na pessoa de Carl Rogers a escuta é usada para valorizar a pessoa como sujeito que é capaz de se desenvolver, sendo a intervenção do terapeuta no sentido de aumentar a informação do paciente sobre a sua atividade mental para o auxiliar a manifestar-se de tal forma que consiga centrar-se em si mesmo, identificando o que é melhor para si.

Para Manoukian e Masseur (1995) cit. por Phaneuf (2005) a relação de ajuda, na sua vertente mais simples, é o encontro de duas pessoas.

Várias teóricas de enfermagem, Chalifour (1989), Lazure (1994) e Phaneuf (1995), foram influenciadas e baseiam a relação de ajuda em enfermagem concordante com as propostas elaboradas pelos psicólogos para a psicologia clínica (Rocha, 2004).

Chalifour (1989) cit por Rocha (2008) diz-nos que:

*“A relação de ajuda é uma interacção particular entre duas pessoas, a enfermeira e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda apresentada pelo último”*

Já Phaneuf (2005) define relação de ajuda como:

*“ (...) troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceita-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma.”*

Phaneuf (2005) refere que para chegar à relação de ajuda é necessária a existência de condições prévias/preliminares. Essas condições tanto são inerentes à pessoa que ajuda como a qualidades relativas à relação a implementar. Estão divididas em 6:

1 - a presença; definida como a proximidade física e a disponibilidade afetiva e calorosa em que o enfermeiro fica atento às necessidades do cliente;

2 - a vontade de não julgar; é a qualidade de escutar que ajuda o enfermeiro a envolver-se na relação de ajuda, sem preconceitos e sem reservas, pelo que é dito pelo cliente usando a linguagem verbal e não verbal, assentado na aceitação incondicional, no respeito pela dignidade e compreensão profunda dos comportamentos e motivações;

3 - a não diretividade da entrevista; é a vontade do enfermeiro em não usar a autoridade ou poder sobre o cliente, em não convencer o cliente mas dar-lhe conselhos ou propor-lhe soluções para responder às suas dificuldades, baseando-se na aceitação incondicional do cliente e respeitando a sua autonomia;

4 - a centração na pessoa; a primeira preocupação do enfermeiro deve com o cliente como pessoa, com as suas emoções, sentimentos, reações, necessidades e desejos;

5 - a escuta; é um estado de disponibilidade intelectual e afetiva que do enfermeiro demonstram ao cliente para o levar a exprimir-se, muitas vezes pelo silêncio;

6 - a consideração positiva; é um sentimento de respeito e confiança que o enfermeiro demonstra ao cliente para que este perceba o seu valor e dignidade.

Surgem agora habilidades também referenciadas como condições de aplicação da relação de ajuda, que não sendo fáceis de desenvolver é essencial para que o enfermeiro possa criar e reforçar a relação de ajuda com o cliente.

Phaneuf (2005) faz referência a 10 habilidades, para as quais construiu escalas, para as quais o enfermeiro deve aprofundar para conseguir atingir os objetivos pretendidos com a relação de ajuda. Algumas destas habilidades criam e reforçam a relação de ajuda e outras apresentam-se como instrumentos de trabalho.

As habilidades propostas por Phaneuf (2005) são:

1 - a aceitação: é um sentimento de abertura à experiência doente sem exigir mudanças, que Phaneuf classifica como a primeira condição para estabelecer uma relação de ajuda;

2 - o respeito: o enfermeiro reconhece o valor do utente alheando-se da raça, religião, cor da pele, ideologia política, aspeto físico, comportamento e atitudes, estilo de vida;

3 - a empatia: o enfermeiro “encarna” o utente, tentando compreender pelo que ele está a passar, envolvendo-se num clima de total compreensão mas sem viver as emoções do utente;

4 - a autenticidade: o enfermeiro mantém-se como ele próprio é, conseguindo ser espontâneo e aberto, sem recorrer à artificialidade;

5 - a congruência: reside no facto do enfermeiro manter consistência entre o que pensa, sente e faz e o seu comportamento e a sua linguagem verbal e não verbal;

6 - a confrontação: acontece quando o utente, sem agressividade e sem negativismos, toma consciência da diferença entre os seus pensamentos, atos e ações ou a distância que existe entre as suas palavras e os seus atos e entre os objetivos que estabelece para si e o que realmente faz;

7 - o imediatismo: a atenção sustentada do enfermeiro no preciso momento, estando sempre alerta para o que o utente está a vivenciar nesse momento, podendo também representar um momento comum de reflexão;

8 - a revelação de si: o enfermeiro expõe situações que viveu semelhantes à que o utente está a passar, na tentativa de reforçar a relação e de transmitir compreensão;

9 – o humor: esta habilidade é considerada uma aptidão do enfermeiro para criar um ambiente de leveza e prazer para que o utente perceciono uma vida mais aceitável e tranquila;

10 – a comunicação da esperança: é a transmissão verbal enfermeiro – utente, para capacitar o utente para a confiança e esperança na melhoria do seu estado de saúde, em que o enfermeiro adequa a linguagem não verbal ao que está a transmitir verbalmente.

Para Marques (1999) a relação de ajuda é uma das habilidades inerentes à competência do exercício de enfermagem, ocupando um lugar de destaque, assumindo uma filosofia em que a relação de ajuda se sobrepõe à visão humanística dos cuidados.

.Como já vimos a relação de ajuda situa-se na psicologia mas adequa-se às ciências humanas e aos cuidados aos doentes.

Em enfermagem esta relação comporta a filosofia holística mas conservando o respeito e a confiança no homem e reportando todas as suas dimensões. Existem duas personagens: uma que precisa de ajuda (ajudado) porque está a passar por uma experiência negativa ou sofrimento e o enfermeiro (ajudante) que tenta que o individuo se encare e encontre em si recursos necessários para combater o problema ou sofrimento. Esta relação tende a ser particularmente significativa, existindo uma permuta que origina uma envolvência em que o ajudado sente necessidade de reencontrar a sua coragem e tornar-se autónomo para assim evoluir para o bem-estar físico e psicológico. Esta relação passa por diversas fases, todas elas com o objetivo principal de, utilizando várias estratégias, ajudar o doente (Marques, 1999).

### 3.2 - RELAÇÃO DE AJUDA SEGUNDO BARRET-LENNARD

Godfrey T. Barret-Lennard é um psicólogo clínico, australiano que estudou o relacionamento terapêutico, doutor Honoris Causa em Março de 2007 pela Universidade de Murdoch. Estudou com Carl Rogers na Universidade de Chicago em 1950. Distinguido pelo College of Counselling Psychologist da Australian Psychological Society em Setembro de 2008. Presidente honorário do Instituto dell'Approccio sulla Persona em Julho de 2010, em Roma. Prémio Carl Rogers da Society of Humanistic Psychology da American Psychological Association em 2011, membro honorário da Universidade de Murdoch, Perth, Austrália (in [http://psychology.wikia.com/wiki/Godfrey\\_Barrett-Lennard](http://psychology.wikia.com/wiki/Godfrey_Barrett-Lennard)) , considera que as condições da teoria em terapia, propostas por Rogers em 1957, foram um ponto de partida e também um ponto culminante e para a mudança terapêutica, a primeira teoria sistemática, inovadora e testável, produzindo factores de mudança na psicoterapia em geral e não só na Aproximação Centrada no Cliente.

Influenciado por várias teorias, como a psicodinâmica, comportamento humanístico e igualdade, Barret-Lennard quis responder à sua pergunta:

*“ Poderá uma pessoa que também influenciada substancialmente por outra orientação ou sistema de pensamento empenhar-se positivamente em ideias e prática ligadas à abordagem centrada na pessoa?”* (Barret-lennard, 1993)

Mas a teoria que mais o influenciou foi, sem dúvida, a teoria centrada no cliente desenvolvida por Carl Rogers, que Barret-Lennard descreve como o “seu primeiro amor”, já que considerou esta teoria aberta, evolutiva, responsável e um sistema livre sempre vivo e capaz de ser alterado sempre que encontrava uma diferença (Barret-Lennard, 1993).

Com base nas considerações terapêuticas de Carl Rogers Barret-Lennard, em 1962, elaborou um inventário de relações, em quem responde ao inventário é o recetor, o cliente da relação terapêutica, respeitante às condições disponibilizadas pelo terapeuta, o emissor. Este inventário continua a ser estudado desde aí e vai de encontro ao enfoque das tendências atuais estudadas em investigação do processo terapêutico, já que segundo vários autores a contribuição do paciente é mais poderosa que a do terapeuta (versão OS). (Celis H., 2004).

Este inventário pretende medir as condições da relação entre o terapeuta e o cliente e foi construído com base em quatro dimensões, propostas por Carl Rogers, que Barret-Lennard (1986) reorganizou e atualizou ao longo dos anos e que define como (Celis H., 2004):

- (1) – **COMPREENSÃO EMPÁTICA** – é descrita como o grau em que a pessoa está consciente do que a outra pessoa está a sentir internamente nesse momento; ou seja uma pessoa tem que estar ciente do que a outra pessoa sente, esforçando-se por captar o que ela quer comunicar e o significado dessa comunicação, traduzindo a sua linguagem verbal e não verbal para significados experienciais que descrevam o que é mais importante para o outro nesse momento. É o perceber o que realmente vivência o outro por detrás daquilo que comunica explicitamente, mas tendo como referência que esta vivência tem origem e procede do outro. Esta dimensão pretende medir como o cliente se sente compreendido pelo terapeuta, sentindo que este entende com a maior exatidão possível o que o cliente pensa e sente. Barret-Lennard classifica a empatia como um eixo central da relação de ajuda, com uma contribuição fundamental porque altos níveis de empatia refletem altos níveis de respeito e congruência e a baixos níveis de incondicionalidade na relação de ajuda, mas, por si só, não é suficiente para estabelecer uma relação de ajuda (Rocha, 2008).
- (2) - **NÍVEL DE RESPEITO** – aqui o respeito é definido como um componente afetivo da resposta de uma pessoa a outra, que pode incluir diversas qualidades e intensidade de sentimentos positivos (respeito, simpatia, apreço, entre outros) e negativos (desagrado, impaciência, desrespeito, entre outros); o respeito é a tendência geral onde se descrevem as diversas reações afetivas de uma pessoa em relação a outra. Um valor mínimo atribuído a esta dimensão reflete a predominância e intensidade máximas dos sentimentos negativos e não só a ausência de sentimentos positivos.
- O nível de respeito é considerado uma dimensão abstrata já que é o conjunto de reações distintas de sentimentos de uma pessoa por outra, sejam eles negativos ou positivos. (Rocha, 2008).
- (3) – **CONGRUÊNCIA** – define-se como o grau em que uma pessoa está integrada numa relação com outro, de modo a que não existam conflitos ou inconsistência entre a sua experiência total, a sua consciência e a sua comunicação é explícita; a conceptualização teórica da congruência centra-se na consistência entre a vivência total e a tomada de consciência do outro, considerando-as como condições primordiais da congruência entre a consciência e a comunicação. Nesta dimensão pretende-se medir como o cliente percebe que o terapeuta se mostra tal como é, sem se esconder atrás de “máscaras” e a disposição com que o terapeuta mostra ao cliente os seus sentimentos e forma de ser.

A congruência tem sido considerada uma dimensão fundamental, já que todas as outras dependem parcialmente dela. Refere-se à totalidade, integração e consistência interna e implica consistência entre três níveis: pré-verbal da pessoa ou boa experiência, conhecimento interno ou consciência simbólica e o comportamento e comunicação (Rocha, 2008).

- (4) – INCONDICIONALIDADE – esta dimensão relaciona-se especificamente com a variabilidade existente na resposta afetiva de uma pessoa no que diz respeito a outra pessoa, mede o respeito demonstrado pelo terapeuta que está sujeito a várias condições como atitudes ou condutas desejadas; positivamente esta dimensão implica que todas as experiências do cliente afetam o terapeuta como igualmente dignas de consideração positiva, sem diferenciar nenhuma como mais ou menos digna; negativamente o terapeuta impõe ao cliente, inconscientemente ou não, os seu próprios valores, considerando dignas de respeito algumas vivências do cliente e não respeitando outras vivências que considera menos dignas de respeito.

A incondicionalidade do respeito não apresenta significado numa relação casual ou superficial já que o respeito apesar de existir e ser constante torna-se tão discreto que não é revelado ao outro. Quando o respeito é incondicional é estável, não depende de capacidades particulares da pessoa que é respeitada (Rocha, 2008).

Barret-Lennard nunca quis limitar o estudo das relações interpessoais à relação terapeuta – cliente, o que se pode verificar na leitura dos seus inventários que nunca mencionam especificamente o terapeuta. Apesar de não existir nenhuma referencia a estudos de investigação em relações enfermeiro – paciente, Barret-Lennard sempre se mostrou impressionado com a investigação destas relações baseadas no seu inventário (Rocha, 2008).

Vários teóricos da enfermagem realizaram estudos posteriores sobre a relação de ajuda na enfermagem, com base e influência de vários psicólogos que estudaram esta dinâmica na área de psicologia e nas teorias de vários teóricos da enfermagem que classificam a relação de ajuda como instrumento primordial na prestação de cuidados.

A Relação de Ajuda de Barrett-Lennard, com recurso ao Inventário MO versão 64 foi trabalhada por Rocha em 2008 para uma amostra de enfermeiros portugueses recém-formados.

*PARTÉ II - METODOLOGIA*



## CAPITULO 4 – METODOLOGIA

A metodologia constitui “(...)um corpo de conhecimentos onde se interligam, para além das técnicas de uma disciplina científica, elementos teóricos e epistemológicos subjacentes quer àquelas, quer à prática no seu conjunto e investigação, de modo a traçar a lógica de aproximação à realidade.” (Esteves, 1986 cit por Sapeta, 1997).

A investigação é uma das fontes do conhecimento em enfermagem e contribui significativamente para ampliar e fundamentar a prática profissional.

### 4.1 – PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

No enquadramento teórico foi revelada a importância da relação de ajuda como instrumento de prestação de cuidados em enfermagem. Deve o enfermeiro capacitar-se dessa importância para a perceberem como uma mais-valia no seu desempenho.

Desta reflexão surgiram as nossas questões de investigação:

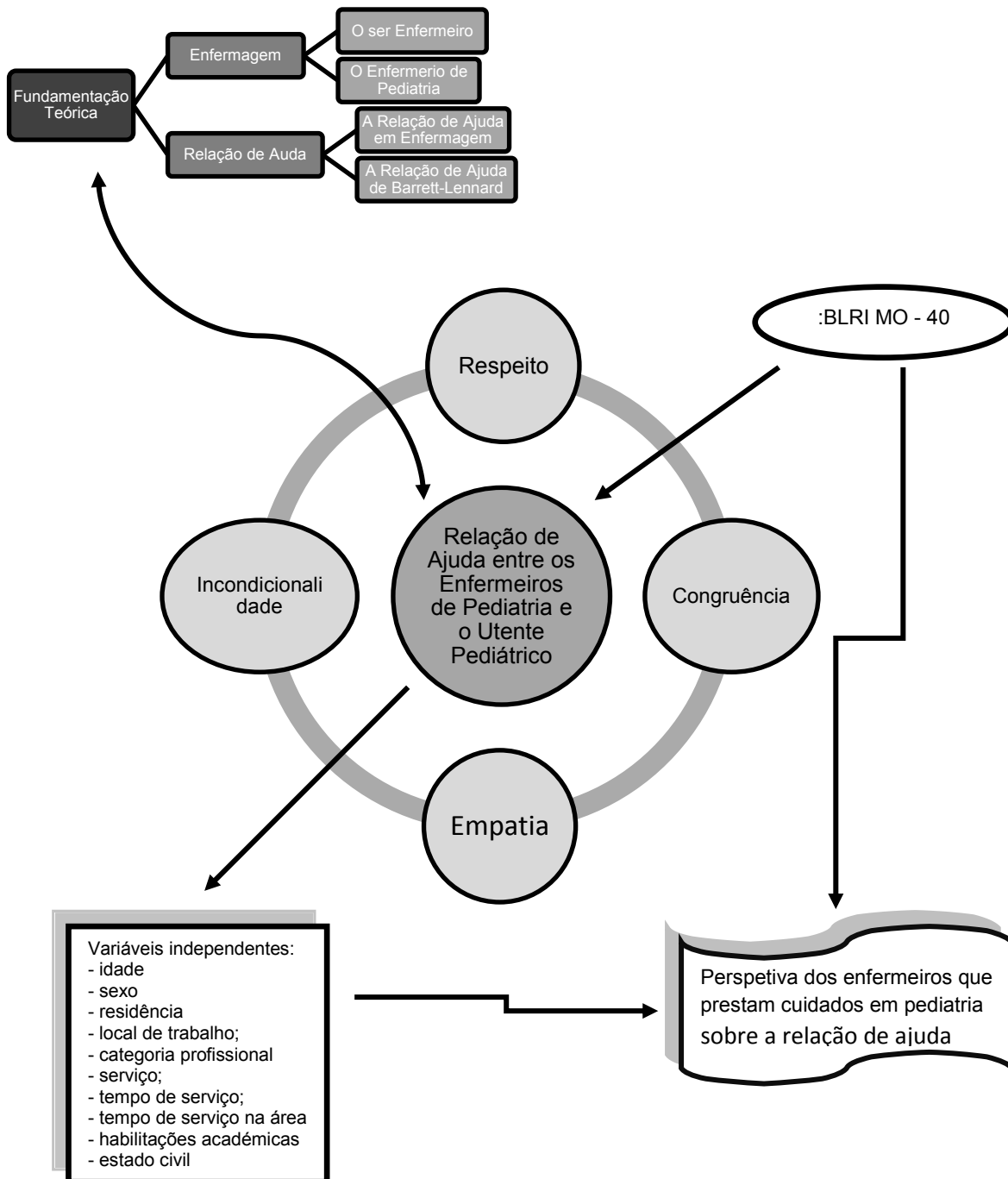
- Como percebem os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de pediatria o seu desempenho na relação de ajuda nos cuidados que prestam ao utente em idade pediátrica?

- Qual a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a percepção dos enfermeiros que prestam cuidados em unidades de pediatria têm acerca da relação de ajuda?

### 4.2 - TIPO DE ESTUDO, DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo será de natureza quantitativa, prospetivo, transversal e descritivo-relacional já que vão ser usados dados numéricos para se obter informação, a colheita de dados inicia-se com o início do estudo, vai ser realizada uma medição transversal, as variáveis vão ser estudadas e vai-se determinar a existência de relação entre elas, com descrição dessas mesmas relações.

**Fig. 1: Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica (desenho de investigação)**



### 4.3 – OBJETIVOS

Tendo em consideração o desenho de investigação os objetivos traçados para este estudo são:

- Descrever a importância da relação interpessoal entre o utente pediátrico e os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de pediatria, na perspetiva dos enfermeiros
- Verificar a influência das variáveis sócio-demográficas nas relações interpessoais que o enfermeiro que presta cuidados em unidades de pediatria estabelece com os utentes em idade pediátrica.

Como o questionário MO 40 de Barret-Lennard ainda não se encontra validado para a população portuguesa, os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de pediatria dos CHTV e HIDP, é também objetivo deste trabalho:

- Validar o Inventário de Relações Interpessoais de Barret-Lennard para a nossa amostra.

### 4.4 – VARIÁVEIS

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

#### **Variável dependente**

- Relação de ajuda

Para medição desta variável foi utilizado o inventário de Barret-Lennard MO-40 (Barret-Lennard Relationship Inventory: form MO-40), que classifica a relação de ajuda em 4 dimensões: nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência.

As variáveis independentes ou de caracterização escolhidas para melhor se conhecer e caracterizar a amostra e para responder as questões de investigação foram:

- Idade;
- Sexo;
- Residência;
- Local de trabalho;
- Categoria profissional;
- Serviço
- Tempo de serviço;

- Tempo de serviço na área de Pediatria;
- Habilitações académicas
- Estado civil;

#### 4.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

No estudo a população considerada foi os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem nos hospitais do Centro Hospitalar Tondela Viseu e Hospital Infante Dom Pedro em Aveiro.

A população alvo consistiu em todos os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de pediatria dos referidos hospitais. Já que o estudo pretendia estudar a relação de ajuda em pediatria não se justificava incluir na amostra enfermeiros que prestam cuidados noutras unidades.

Os critérios de inclusão considerados para a amostra deste estudo foram:

- enfermeiros que prestam cuidados em unidades de pediatria e urgência pediátrica durante o período de recolha de dados.

Como critérios de exclusão foram definidos:

- enfermeiros que por motivo de doença ou licenças não se encontrem a prestar cuidados nas unidades durante a recolha de dados.

A nossa amostra é não probabilística, por conveniência ou acidental, constituída por elementos facilmente acessíveis e que responde aos critérios de inclusão (Fortin, 2006).

A população considerada foi as equipas de enfermagem que prestam cuidados nos serviços de pediatria e urgência pediátrica dos Hospitais acima descritos, sendo a recolha do instrumento de colheita de dados inferior à entrega, como se pode verificar no quadro 4. Podemos também verificar que existiu maior adesão ao preenchimento por parte dos enfermeiros do HIDP.

Quadro 4 - Identificação da amostra de Enfermeiros em função da população definida:

Hospital	Serviço	População		Instrumentos entregues		Amostra/instrumentos recolhidos	
		N	%	N	%	N	%
Centro Hospitalar Tondela Viseu	Pediatria	22	100	22	100	4	18,18
	Urgência pediátrica	22	100	20	90,9	20	90,9
Hospital Infante Dom Pedro	Pediatria	32	100	30	93,75	29	90,62
	Urgência Pediátrica	22	100	20	86,3	17	77,27

A amostra é constituída por elementos do sexo masculino e feminino, sendo 90% do sexo feminino, que corresponde a 63 enfermeiras, e somente 10% do sexo masculino, que corresponde a sete enfermeiros, conforme se pode ver na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos elementos da amostra por sexo

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	7	10
Feminino	63	90
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

#### 4.5.1 - Caracterização sócio-demográfica da amostra

Na tabela 2 podemos observar a distribuição dos elementos da amostra por sexo e idade, onde encontramos uma idade média para a amostra total de 40,84 anos, ( $\pm 9.81$  dp) sendo que a média de idades do sexo feminino é de 41,11 anos e do masculino de 38,43 anos. Já a idade mínima é de 27 anos, coincidente com a feminina, e a idade máxima é de 57, que também é coincidente com a feminina. Como CV se situa entre 15% e 30% estamos perante uma dispersão moderada. A Kurtosis apresenta um valor total de -2,54, logo em apresentação gráfica teremos uma curva platicúrtica (mais achatada que a normal), mas simétrica porque SK/erro total é de 0,92, situando-se no intervalo entre -2 e +2.

Para o sexo masculino e feminino não se observa enviesamentos mas nas enfermeiras a curva é platicúrtica.

Tabela 2: Estatística da idade em função do sexo

<b>Sexo/Idade</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>CV</b>	<b>SK/erro</b>	<b>K/erro</b>
Feminino	27	57	38,43	9,86	25,65	0,771	-2,455
Masculino	28	53	41,11	9,72	23,64	0,857	-0,774
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>57</b>	<b>40,84</b>	<b>9,81</b>	<b>24,02</b>	<b>0,92</b>	<b>-2,54</b>

#### Idade

Por existir uma grande disparidade entre a idade mínima e a idade máxima foram constituídos 4 grupos: Grupo 1 menor ou igual a 31 anos; Grupo 2 entre 32 e 38 anos; Grupo 3 entre os 39 e os 50 anos; grupo 4 maior ou igual a 51 anos.

Como podemos observar na tabela 3 o maior número de elementos do sexo masculino situa-se no grupo 1 ( $\leq 31$  anos) em número de 3 (4,3%) e o maior número de elementos do sexo feminino pertence ao Grupo 4 ( $\geq 51$  anos) com uma percentagem de 24,3%, correspondente a 17 elementos.

Tabela 3 – Distribuição dos elementos da amostra por sexo e grupo de idades

Grupo de idades	≤ 31 anos		32-38 anos		39-50 anos		≥ 51 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	3	4,3	1	1,4	2	2,9	1	1,4	7	10
Feminino	15	21,4	16	22,9	15	21,4	17	24,3	63	90
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>25,7</b>	<b>17</b>	<b>24,3</b>	<b>17</b>	<b>24,3</b>	<b>18</b>	<b>25,7</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Na tabela 4 verificamos que mais de metade dos elementos da amostra (60%) reside em ambiente urbano, com 42 elementos dos quais 38 (54,3%) pertencem ao sexo feminino. No sexo masculino temos 4 (5,7%) elementos a residir em ambiente urbano e 3 em ambiente rural (4,3%). Como  $X^2$  apresenta um valor baixo (0,026) podemos dizer que os resultados observados são próximos dos esperados, nessa perspectiva as variáveis não apresentam significância estatística

Tabela 4 – Distribuição dos elementos da amostra por local de residência e sexo

Sexo Residência	Masculino		Feminino		Total		$X^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
Rural	3	4,3	25	35,7	28	40	0,026	0,871
Urbano	4	5,7	38	54,3	42	60		
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>63</b>	<b>90</b>	<b>70</b>	<b>100</b>		

### Estado civil

Constituímos dois grupos procedendo à recodificação desta variável. O Grupo 1 incorpora os enfermeiros solteiros, divorciados e viúvos, enquanto no Grupo 2 constam os enfermeiros casados e a viver em união de facto.

A leitura da tabela 5 diz-nos que a maioria dos enfermeiros é casada ou vive em união de facto, representando 74,3% da amostra e correspondendo a 65,7% das enfermeiras e 8,6% dos enfermeiros. Cerca de um terço dos enfermeiros, 25,7%, encontra-se solteiro, divorciado ou viúvo, com uma distribuição de 1,4% para os enfermeiros e 24,3% para as enfermeiras.

Tabela 5 – Distribuição dos elementos da amostra por estado civil por sexo

Sexo Estado civil	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Grupo 1</b>	1	1,4	17	24,3	18	25,7
<b>Grupo 2</b>	6	8,6	46	65,7	52	74,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>63</b>	<b>90</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

## 4.6 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados escolhido foi o Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI), ou Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard (1986), que pode ser aplicado no sentido MO (myself to the other, de mim para outro) (anexo 1) que

consegue medir as condições relacionais na sua origem (Barret-Lennard, 1986 cit Rocha, 2008) e no sentido OS (other to self, do outro para mim) que mede as condições relacionais baseadas nas percepções do cliente (Barret-Lennard, 1986 cit por Rocha, 2008). Cada um deles existe em diferentes adaptações: 40 ou 64 itens.

Com a prévia autorização do autor, cedido em nome da orientadora deste estudo, (Rocha, 2004)) foi escolhido a versão MO (myself to the others) na adaptação de 40 itens, porque, segundo Marques-Teixeira e al. “ (...) é mais útil em trabalhos de campo, medindo os mesmos construtos e tem uma confiança aceitável.”

O inventário original encontra-se escrito na língua inglesa (anexo 2).

Segundo Fortin (2009) “ A tradução de uma escala deve permitir a comparação dos conceitos entre respondentes pertencentes a culturas diferentes”.

Por isso, o inventário foi traduzido para português (anexo 3) e efectuada a retroversão (anexo 4) para inglês, procedendo-se à comparação das duas versões inglesas, não apresentando diferenças.

Como já referido anteriormente este inventário foi elaborado para ser aplicado na psicoterapia mas tem sido utilizado em outras áreas do saber para estudar as relações interpessoais, já que Barret-Lennard deixou em aberto quem seriam os intervenientes da relação. O inventário mede as quatro dimensões que Barret-Lennard considera essenciais para estabelecer a relação de ajuda.

O inventário utilizado (MO-40) é um conjunto de quarenta afirmações pré-selecionadas de experiências em relações particulares Enfermeiro/utente. Estas quarenta afirmações vão realçar os níveis de empatia, congruência, respeito e incondicionalidade que constituem as dimensões da relação de ajuda.

As percepções sentidas entre os dois intervenientes da relação de ajuda são, também, medidas mas só na resposta de um em relação ao outro, neste caso do enfermeiro em relação ao utente em idade pediátrica.

Cada uma das quatro dimensões é percebida através de um conjunto de dez afirmações, às quais é atribuída uma cotação. Destas, dez afirmações estão organizadas em afirmações negativas e afirmações positivas, sendo quatro afirmações negativas e seis afirmações positivas para o nível de respeito, cinco afirmações negativas e cinco afirmações positivas para a empatia, seis afirmações negativas e quatro afirmações positivas para a incondicionalidade e cinco afirmações negativas e cinco afirmações positivas para a congruência (quadro 5). No inventário são apresentadas de forma dispersa, constituindo um total de 40 afirmações, tendo sido mantida a mesma ordem de apresentação em relação ao original.

Quadro 5 - Forma MO: fatores e números das afirmações que lhes correspondem

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

Cada afirmação é respondida numa escala de -1 a +3, conforme se apresenta no quadro 6, e cada um dos elementos da amostra situa a sua resposta no nível mais adequado à sua percepção.

Quadro 6 - Possibilidade de resposta ao inventário

Respostas Afirmativas	<b>+3</b>	Sim, sinto fortemente que isso é verdadeiro
	<b>+2</b>	Sim, sinto que é verdadeiro
	<b>+1</b>	Sim, que provavelmente é verdadeiro ou mais verdadeiro do que falso
Respostas negativas	<b>-1</b>	Não, sinto quem provavelmente não é verdadeiro ou é mais falso que verdadeiro
	<b>-2</b>	Não, sinto que não é verdadeiro
	<b>-3</b>	Não, sinto fortemente que não é verdadeiro

O score atribuído pelo autor varia entre -30 e +30 de acordo com a possibilidade de resposta Mas, por sua sugestão trabalhámos com números positivos.

Assim *score* total da escala do nosso inventário varia entre 10 e 60, para cada dimensão, já que os valores foram por nós tratados de 1 a 6 em substituição do -3 a +3 descrito anteriormente, sendo o 1 o valor de forte discordância e o 6 o valor de forte concordância para cada resposta, indicando que quanto mais elevado o *score*, mais elevada a importância atribuída às dimensões da Relação de Ajuda

O inventário final (anexo 5) é precedido de duas folhas: na primeira é feita a nossa apresentação e descritos os objetivos do trabalho, agradecendo a colaboração e referenciando a manutenção do anonimato e confidencialidade; na segunda folha existe um quadro, a preencher pelo elemento, onde são pedidos os dados sócio-demográficos, para melhor caracterização da amostra (quadro 7), e é dada uma breve explicação sobre o preenchimento do inventário.

Quadro 7: Caracterização sócio-demográfica da amostra

SEXO	IDADE	
RESIDÊNCIA:	RURAL:	URBANA:
LOCAL DE TRABALHO:	SERVIÇO:	
CATEGORIA:	ANOS DE SERVIÇO:	ANOS DE SERVIÇO NA ÁREA
VINCULO À INSTITUIÇÃO:		
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:		
Nº DE FILHOS	IDADE DOS FILHOS	

#### 4.6.1 - Estudo psicométrico do BLRI

Avaliamos as propriedades psicométricas do Inventário de Relação de Ajuda de Barrett-Lennard, para a amostra em causa, através do estudo da fiabilidade para determinarmos a consistência interna/homogeneidade do inventário. Para isso encontramos o coeficiente de alpha de Cronbach

O alpha de Cronbach permite-nos avaliar como os diversos itens pertencentes a uma escala se correlacionam com os restantes. Os valores do coeficiente de alpha de Cronbach, segundo Pestana e Gageiro (2005) oscilam entre 0 e 1, sendo a consistência considerada > 0,9 muito boa, entre 0,8 e 0,9 boa, entre 0,7 e 0,8 razoável, entre 0,6 e 0,7 fraca e < 0,6 inadmissível.

Considerando os resultados obtidos que se configuram no quadro 8, onde são apresentados estatísticas, como a média e o desvio padrão, e os valores de alpha de Cronbach, observamos que os valores médios oscilam entre 1,83 do item 33 e 5,94 do item 1, permitindo-nos afirmar que os itens não se encontram bem centrados. Com efeito, o item 33 pode tornar-se como o mais problemático para a validação da escala. Os itens 3,4,6,7,8,11,14,15,16,17,19,20,23,25,27,28,31,32,36,38,39 e 40 revelam elevada variabilidade tendo em consideração a dispersão encontrada. Quanto ao coeficiente de alpha de Cronbach global dos 40 itens o valor mínimo encontrado foi de 0,796, e o máximo de 0,870 o que representa uma boa consistência interna de acordo com a classificação adoptada por Pestana e Gageiro (2005)

Quadro 8 – Consistência interna do questionário Relação de Ajuda

P n°	Pergunta	Média	Dp	$\alpha$ sem item
1	Eu respeito _____ como pessoa	5,94	0,234	0,813
2	Costumo sentir ou perceber como _____ se está a sentir.	5,24	0,600	0,812
3	O interesse que sinto em relação a _____ depende das suas palavras e ações	4,19	1,618	0,808
4	Costumo assumir um papel diferente na presença de _____.	4,44	1,451	0,806
5	Eu gosto de _____	5,21	0,778	0,809
6	Eu escuto as palavras de _____ mas não sei como se sente realmente.	3,73	1,350	0,803
7	Mesmo que _____ se sinta feliz ou triste consigo próprio, não me faz sentir mais ou menos positivo em relação a ele/ela	2,91	1,622	0,837
8	Não evito ou deixo para depois nada que seja importante para a nossa relação	4,81	1,365	0,819
9	Sinto-me indiferente em relação a _____.	5,61	0,597	0,809
10	Quase sempre percebo o que _____ está a dizer	4,79	0,778	0,870
11	Dependendo das ações de _____ algumas vezes tenho melhor opinião dele/dela do que tenho outras vezes.	3,99	1,291	0,800
12	Sinto que sou autêntico com _____.	5,54	0,674	0,809
13	Dou valor e admiro _____ como pessoa.	5,51	0,654	0,809
14	Os meus sentimentos e atitudes por vezes interferem na minha compreensão de _____.	3,56	1,400	0,804
15	Gostar ou não gostar de _____ sofre alterações por algo que ele/ela diz acerca dele/dela próprio/própria.	2,40	1,356	0,833
16	Não mostro as minhas impressões ou sentimentos a _____.	3,34	1,413	0,816
17	Penso que _____ seja uma pessoa pouco interessante	5,30	1,108	0,807
18	Percebo o que _____ quer dizer mesmo quando esta a ter dificuldade em se expressar	4,76	0,770	0,811
19	Gostaria que _____ fosse uma pessoa especial	3,07	1,322	0,812
20	Estou disposto a dizer o que penso a _____, inclusive sentimentos que tenho em relação a qualquer um de nós, ou como vejo a nossa relação.	3,43	1,399	0,822
21	Eu preocupo-me com _____.	5,64	0,591	0,808
22	Abstraio-me e não me apercebo dos sentimentos de _____.	5,29	0,870	0,808
23	Eu gosto ou respeito certas coisas em relação a ele/ela e há outras coisas que me repugnam.	4,59	1,148	0,800
24	Eu posso ser eu mesmo abertamente na nossa relação	4,46	0,964	0,807
25	Eu desaprovo _____.	5,00	1,090	0,803
26	Normalmente sintonizo e compreendo todos os significados do que _____ diz	4,76	0,892	0,806
27	Mesmo que _____ esteja a ter bons ou maus pensamentos e sentimentos, isso não afeta o que sinto por ele/ela.	4,41	1,367	0,811
28	Por vezes não me sinto confortável com _____ mas continuamos aparentemente a ignorar isso	4,11	1,368	0,805
29	Sinto que sou amigável e caloroso com _____.	5,46	0,695	0,807
30	Não compreendo mesmo o/a _____.	5,30	0,823	0,805
31	Por vezes estou realmente agradado com _____ por outras vezes ele/ela desaponta-me.	4,19	1,344	0,797
32	Sei exatamente como me sinto em relação a _____. Não me sinto com dificuldade em encarar e admitir algo.	4,69	1,110	0,804
33	Tolero _____ como ele/ela é.	1,83	0,978	0,826
34	Dou valor ao quanto as experiências de _____ significam para ele/ela.	5,44	0,605	0,808
35	Por vezes _____ parece ser uma pessoa com mais valor do que noutras vezes	3,93	1,365	0,801
36	Existem alturas em que a minha resposta externa quanto a _____ é diferente do que eu sinto interiormente	3,67	1,293	0,797
37	Sinto afeto por _____.	5,20	0,754	0,805
38	Respondo a _____, muitas vezes de forma automática, nem sempre percebendo o que ele/ela está a sentir.	4,41	1,148	0,804
39	Não acho que certas coisas que _____ diz ou faz alterem o que eu sinto por ele/ela.	4,57	1,234	0,808
40	Sinto que há coisas, das quais não falamos, que estão a causar dificuldades na nossa relação	4,06	1,361	0,796
Coeficiente de Cronbach global = 0,841				

Da leitura da tabela 6 deduzimos que as correlações mais forte se verificam entre as dimensões da empatia e da congruência ( $r=0,596$ ) e as do respeito com a congruência

( $r=0,551$ ). As correlações mais baixas verificam-se entre a incondicionalidade e o respeito ( $r=0,268$ ) e a empatia e a incondicionalidade ( $r=0,287$ ). As correlações são todas positivas e significativas o que nos permite afirmar que ao aumento de uma das dimensões de ajuda corresponde um aumento da dimensão com a qual se correlaciona.

Tabela 6 – Correlação de Pearson entre as dimensões da Relação de Ajuda

<b>Dimensões</b>	<b>Respeito</b>	<b>Empatia</b>	<b>Incondicionalidade</b>
<b>Empatia</b>	0,477***	--	
<b>Incondicionalidade</b>	0,268**	0,287**	--
<b>Congruência</b>	0,551***	0,596***	0,330***

\*\* A correlação é significativa no nível 0,05

\*\*\* A correlação é significativa no nível 0,01

#### 4.7 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E METODOLÓGICOS

A ética durante um trabalho de investigação é primordial. A manutenção da confidencialidade e anonimato, assim como a garantia do princípio da autonomia em que a participação voluntária na colheita de dados é garantida deverá ser um foco de preocupação do investigador.

Com o intuito de principiar a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, nas instituições e serviços previamente selecionadas formalizamos por escrito os pedidos de autorização ao CHTV (anexo 6) e ao HIDP (anexo 7), de forma a procedermos legalmente à aplicação dos inventários.

Após a receção das autorizações do CHTV (anexo 8) e do HIDP (anexo 9) dirigimo-nos aos serviços de pediatria e urgência pediátrica das respetivas instituições e contactamos com os enfermeiros responsáveis pelas equipas no sentido de os informar acerca dos objetivos do nosso trabalho e solicitar a sua colaboração na entrega e recolha dos inventários à restante equipa. Demonstramos a nossa disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida que surgisse no preenchimento do inventário, facilitando os nossos contactos.

Iniciamos a distribuição dos questionários no CHTV em 24 de Janeiro e a recolha a 31 de Março.

No HIDP a distribuição dos questionários iniciou-se mais tarde após reunião com a comissão de ética da respetiva instituição, no dia 14 de Março, para esclarecermos os seus elementos sobre os objetivos e finalidades do nosso trabalho. Por este motivo o início da aplicação do inventário data do dia 26 de Março e o terminus no dia 31 de Março.

#### 4.8 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

A interpretação de dados quantitativos torna-se mais facilmente analisável através do tratamento estatístico, com o recurso a tabelas para a sua apresentação e compreensão. Nas tabelas do nosso trabalho far-se-á a omissão das fontes em virtude das mesmas projetarem os resultados do presente estudo.

Após a recolha dos instrumentos de colheita de dados preenchidos até 31 de Março de 2012, procedeu-se à análise dos mesmos para verificação do correto preenchimento. Estando todos os instrumentos de colheita de dados recolhidos corretamente preenchidos criamos uma base de dados e procedemos ao tratamento estatístico, desses mesmos dados, recorrendo ao programa informático de estatística SPSS Statistics 20.

Prosseguimos com a análise e interpretação dos resultados, recorrendo à estatística descritiva e inferencial.

A estatística inferencial dá lugar à determinação da confirmação ou infirmação das hipóteses de investigação e se é possível deduzir a existência de relações entre as variáveis. Já a estatística descritiva revela-se de grande utilidade para a caracterização da amostra (Fortin, 2009).

Com a construção das tabelas estatísticas analisamos as frequências absolutas (N) e percentuais (%), mediadas de tendência central (médias, limites mínimos e limites máximos), medidas de variabilidade ou dispersão (desvio padrão – dp e coeficiente variação – CV), as medidas de assimetria (Skewness – Sk) e achatamento (Kurtosis - K) e coeficientes.

A assimetria (Skeewness) é o quociente entre Sk e o erro padrão (EP). Quando o resultado encontrado (Sk/EP) se situa entre -2 e +2 a distribuição é classificada como sendo simétrica. Mas se Sk/EP se situar abaixo de -2 a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita. Se se situar acima +2 a distribuição é igualmente assimétrica mas positiva e enviesada à esquerda. (Pestana, Gagueiro 2005)

Para classificarmos o achatamento (Kurtosis) calculamos o quociente de Kurtosis com o erro padrão (K/EP). Para K/EP oscilantes entre -2 e +2 a distribuição é mesocúrtica. Se o quociente de K/EP for inferior a -2, a distribuição é platicúrtica e se for superior a +2, a distribuição é leptocúrtica (Pestana, Gagueiro2005).

Aplicamos testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis a todas as varáveis de natureza quantitativa

A variabilidade entre duas variáveis é comparada pelo coeficiente de variação e, em concordância com Pestana e Gageiro (2005), os dados obtidos são interpretados de acordo com a seguinte escala:

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

Para estabelecermos relações entre as diversas variáveis recorreremos à análise inferencial, aplicando os testes sugeridos por Pestana e Gageiro (2005):

- ✓ Teste T de Student – utiliza-se sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em 2 grupos diferentes de sujeitos e se desconhece as respetivas variâncias populacionais;
- ✓ Teste de Mann-Whitney – é alternativo ao teste T, sendo preferível quando há violação da normalidade ou quando as variáveis são de nível ordinal e compara o centro de localização de 2 amostras como forma de detetar diferenças entre as 2 populações correspondentes
- ✓ Teste de Kruskal-Wallis – utilizado em alternativa ao One-Way Anova quando não se encontram reunidos os pressupostos como a normalidade e a igualdade de variância, é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, testa a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização, é uma extensão do teste de Mann-Whitney quando necessitamos de utilizar 3 ou mais situações;
- ✓ Teste d Qui-Quadrado – utiliza-se para encontrar um valor de dispersão para 2 variáveis nominais, avalia a associação existente entre 2 variáveis qualitativas, compara possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um certo evento verificando se a frequência observada se desvia significativamente ou não da frequência esperada, quando as frequências observadas são próximas às esperadas  $X^2$  é pequeno, mas se se verificam grandes divergências as frequências também são grandes e  $X^2$  assume valores altos;
- ✓ Coeficiente de correlação de Pearson – mede o grau de relação linear entre 2 variáveis quantitativas, varia entre -1 e +1 (valor 0 – não há relação linear; valor 1 – relação linear perfeita; valor -1 – relação linear perfeita negativa mas inversa, ou seja uma variável aumenta e a outra diminui) e quanto mais próxima de 1 ou -1 mais forte é a associação linear entre 2 variáveis.

Ainda dentro da análise inferencial definimos os níveis de significância segundo D´ Hainaut (1992) cit por Pestana e Gageiro (2005):

- ✓  $p < 0,05^*$  estatística significativa
- ✓  $p < 0,01^{**}$  estatística bastante significativa
- ✓  $p < 0,001^{***}$  estatística altamente significativa
- ✓  $p \geq 0,05$  n.s., sem significado

#### 4.9 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

Neste capítulo começaremos por caracterizar a amostra através das variáveis sócio-demográficas (variáveis independentes) e de seguida iremos relacionar a variável dependente (Relação de Ajuda) com as várias variáveis independentes.

A tabela 5 mostra-nos que os questionários aplicados nas duas instituições seleccionadas, num total de 70 questionários corretamente preenchidos, 46 foram preenchidos por enfermeiros do HIDP (65,7%), sendo 43 preenchidos por elementos do sexo feminino (61,4%) e 3 do sexo masculino (4,3%). No CHTV os questionários levantados dentro do prazo estabelecido e corretamente preenchidos foram 24 (34,3%), sendo 4 preenchidos por elementos do sexo masculino (5,7%) e 20 por elementos do sexo feminino (28,6%).

Tabela 7 – Distribuição dos elementos da amostra por local de trabalho e sexo

Sexo Local de trabalho	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
HIDP	3	4,3	43	61,4	46	65,7
CHTV	4	5,7	20	28,6	24	34,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>63</b>	<b>90</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

#### Local de trabalho

Dos participantes no estudo, 52,9% são enfermeiros a prestar cuidados nos serviços de Urgência Pediátrica e 47,1% nos serviços de Pediatria (cf. tabela 6). Dos elementos do

sexo masculino 7,1% pertencem à urgência pediátrica e 2,9% na pediatria. Do sexo feminino 45,7% trabalham na urgência pediátrica e 44,3% na pediatria.

Tabela 8 – Distribuição dos elementos da amostra por serviço e sexo

Sexo Serviço	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Urg. Ped.	5	7,1	32	45,7	37	52,9
Pediatria	2	2,9	31	44,3	33	47,1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>63</b>	<b>90</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

### Categoria profissional

Para melhor tratamento dos dados foram constituídos dois grupos, sendo o Grupo 1 composto pelos enfermeiros e enfermeiros graduados e o Grupo 2 composto pelos enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes. Na tabela 7 o Grupo 1, com 56 elementos (80%), tem uma representatividade superior ao Grupo 2 que compreende 14 elementos (20%). Como  $p \geq 0,05$  as variáveis são independentes já que os resultados não apresentam significância estatística.

Tabela 9 – Distribuição dos elementos da amostra por categoria e sexo

Sexo Categoria dos enfermeiros	Masculino		Feminino		Total		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
Grupo 1	4	5,7	52	74,3	56	80	2,540	0,111
Grupo 2	3	4,3	11	15,7	14	20		
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>63</b>	<b>80</b>	<b>70</b>	<b>100</b>		

### Anos de serviço

Analisando a tabela 8 os enfermeiros apresentam como tempo mínimo de serviço 4 anos e máximo de 39 anos. De salientar que um elemento não foi considerado para a estatística dos anos de serviço por apresentar tempo de serviço <1 ano. A média é de 18,38 anos de serviço. O CV mostra uma dispersão elevada 58,21%, Como a Kurtosis se situa no intervalo compreendido entre -2 e +2 a representação gráfica será de uma curva de frequência mesocúrtica (normal) com distribuição simétrica, já que SK/erro também se localiza no mesmo intervalo sendo igual a 1,41.

Tabela 10 – Estatística dos anos de serviço

	Min.	Max.	Média	Dp	CV	K/erro	SK/erro
Anos de serviço	4	39	18,38	10,17	58,21	-1,97	1,41

Como podemos observar na tabela anterior, existe uma amplitude de variação de 35, relativamente à variável anos de serviço. Por isso para uma melhor interpretação dos dados efectuamos o seu agrupamento em classes com frequências homogêneas. Foram organizados 3 grupos, correspondendo o Grupo 1 aos enfermeiros com  $\leq 11$  anos de

serviço, o Grupo 2 aos enfermeiros com anos de serviço compreendidos entre os 12 e os 22 anos e o Grupo 3 onde estão inseridos os enfermeiros com  $\geq 23$  anos de serviço.

Nesta tabela 9 verificamos que após a criação de grupos cada um contém o mesmo número de enfermeiros (23 correspondente a 33,3%). Mesmo em relação à distribuição por sexo, o número de enfermeiros apresenta pouca variação, diferindo em um elemento do Grupo 1 para o Grupo 2 e 3 em ambos os sexos.

Tabela 11 – Distribuição dos elementos da amostra por anos de serviço por sexo

Sexo Anos de serviço	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Grupo 1	3	4,3	20	29,0	23	33,3
Grupo 2	2	2,9	21	30,4	23	33,3
Grupo 3	2	2,9	21	30,4	23	33,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10,1</b>	<b>62</b>	<b>89,9</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

### Anos de serviço na área

Em relação aos anos de serviço observamos na tabela 10 que o tempo mínimo é de 1 ano e o tempo máximo é de 37 anos. Seis elementos da amostra não foram contabilizados para esta estatística por apresentarem menos de um ano de serviço na área.

A média de tempo de serviço é de 14,19 anos, com um Dp de 10,40 e CV de 73,29%, que nos indica uma dispersão elevada. Verifica-se a mesma situação que nos anos de serviço, com uma Kurtosis de -1,38, mas com uma distribuição ligeiramente assimétrica positiva ou à direita porque SK/erro é de 2,04.

Tabela 12 – Estatística dos anos de serviço na área

	Min.	Max.	Média	Dp	CV	K/erro	SK/erro
Anos de serviço na área	1	37	14,19	10,40	73,29	-1,38	2,04

Dada a amplitude de variação verificada nos anos de serviço se centrar nos 36 anos, para uma melhor visualização dos dados efectuamos o seu agrupamento em classes com frequências homogêneas. O Grupo 1 é formado pelos enfermeiros com  $\leq 6$  anos de serviço, o Grupo 2 pelos enfermeiros com anos de serviço entre os 7 e 17 anos e o Grupo 3 para os enfermeiros com  $\geq 18$  anos de serviço na área. Os dados que se apresentam na tabela 11 revelam que o grupo dos 7 aos 17 anos de serviço na área é o que apresenta maior valor percentual (34,4%) contribuindo para este valor apenas os elementos do sexo feminino. Os homens da amostra pontuam no Grupo 1 em maior percentagem (7,8%).

Tabela 13 – Distribuição dos elementos da amostra por grupos de anos de serviço na área por sexo

Sexo Grupo de anos de serviço na área	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Grupo 1	5	7,8	16	25,0	21	32,8
Grupo 2	0	0,0	22	34,4	22	34,4
Grupo 3	2	3,1	19	29,7	21	32,8
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10,9</b>	<b>57</b>	<b>89,1</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

### Vínculo à instituição

Como podemos observar na tabela 12 a diferença de vínculo à instituição não é representativa, já que 33 (47,1%) enfermeiros estão vinculados à instituição e, 34 (52,9%) estão vinculados à função pública.

Tabela 14 – Distribuição dos elementos da amostra por vínculo à instituição por sexo

Sexo Vínculo à instituição	Masculino		Feminino		Total		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
CTI	3	4,3	30	42,9	33	47,1	0,057	0,811
Quadro	4	5,7	33	47,1	34	52,9		
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>63</b>	<b>90</b>	<b>70</b>	<b>100</b>		

### Habilitações académicas

Para as habilitações académicas recodificamos esta variável constituindo dois grupos. O Grupo 1 comporta os enfermeiros como grau de bacharelato e licenciatura e o Grupo 2 os enfermeiros os enfermeiros com grau de mestre e doutor.

Pela tabela observamos que a grande maioria dos enfermeiros possui o grau académico de bacharelato/licenciatura 85,7%, dos quais 78,6% pertencentes ao sexo feminino e 7,1% ao sexo masculino.

Tabela 15 – Distribuição dos elementos da amostra por habilitações académicas por sexo

Sexo Habilitações académicas	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Grupo 1	5	7,1	55	78,6	60	85,7
Grupo 2	2	2,9	8	11,4	10	14,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>63</b>	<b>90</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

### Número de filhos

Na amostra existem 21 elementos sem filhos e por esse motivo não foram contabilizados na tabela 15.

Dos enfermeiros com filhos notamos que a maior percentagem ocorre nos que só têm um filho, com 49%, representados por 42,9% enfermeiras e 6,1% enfermeiros. A percentagem mais baixa, 10,2%, corresponde aos enfermeiros com 3 filhos.

Tabela 16 – Distribuição dos elementos da amostra por número de filhos por sexo

Sexo Número de filhos	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	3	6,1	21	42,9	24	49
2	1	2,0	19	38,8	20	40,8
3	1	2,0	4	8,2	5	10,2
<b>Total</b>	5	10,2	44	89,8	49	100

### Relação de Ajuda

Relembramos que por sugestão do autor trabalhámos com números positivos, sendo que o *score* total da escala do nosso inventário varia entre 10 e 60, para cada dimensão.

As estatísticas relativas à relação de ajuda revelam valores mínimos e máximos a oscilarem entre 26 na incondicionalidade e 60 na empatia com índices médios respectivamente de 38,24 ( $\pm 6,24$  Dp) e de 47,27 ( $\pm 5,18$  Dp) que estão em consonância com o número de itens que constituem cada subescala. Os valores de assimetria e curtose indiciam curvas gaussianas e o teste de kolmogorov smirnov revela que a distribuição é normal apenas no respeito e na congruência. Quanto aos coeficientes de variação os mesmo indicam dispersões situadas entre a moderada na incondicionalidade e o baixo nos restantes domínios da escala.

Os resultados por nós encontrados vão de encontro aos obtidos por Rocha (2004) em que os enfermeiros classificaram a dimensão do respeito com a média mais elevada. Barrett-Lennard, cit por Celis (1998) refere que valores mínimos no respeito refletem a predominância de sentimentos negativos e não só a ausência de sentimentos positivos, logo poderemos depreender que a nossa amostra apresenta predominância de sentimentos positivos.

Já os valores resultantes do nosso estudo para a congruência não são concordantes com os estudos de Rocha (2004), que apresentam médias mais baixas do que as nossas. A autora dá ênfase à importância da dimensão da congruência, já que defende que todas as outras dimensões dependem dela. Segundo Barrett-Lennard cit por Celis (1998) esta dimensão pretende medir como o utente percebe o enfermeiro tal como ele é, sem “máscaras”. Como o valor da nossa média, associado a CV considerado como dispersão fraca podemos concluir que a nossa amostra se mostra tal como é.

A dimensão incondicionalidade surge com a média mais baixa. O autor do inventário considera que valores elevados nesta dimensão sugerem que o enfermeiro considere todas

as experiências do utente como dignas de consideração positiva. Além de apresentar a média mais baixa, também apresenta um CV que lhe atribui uma dispersão média.

A empatia, considerada pelo autor do Inventário como eixo central da Relação de Ajuda é pontuada pelos enfermeiros da nossa amostra com uma média razoável, com uma dispersão fraca. Poderemos aferir que os enfermeiros da nossa amostra reconhecem a empatia como fundamental na relação de ajuda.

Tabela 17 – Estatística das dimensões da Relação de Ajuda

Dimensões	Min.	Max.	Média	Dp	CV	K/erro	SK/erro	KS
Respeito	43	59	50,71	3,55	7,00%	-0,696	-0,581	0,172
Empatia	37	60	47,27	5,18	10,95%	-0,199	1,874	0,005
Incondicionalidade	26	55	38,24	6,24	16,31%	-0,657	-0,080	0,026
Congruência	29	54	42,74	5,79	13,54%	-0,812	-0,592	0,200

#### 4.9.1- Análise inferencial

##### Relação de ajuda e o sexo

Procuramos saber em que medida o sexo se relacionava com a Relação e Ajuda, pelo que procedemos à realização do teste de U-Mann-Whitney. Os valores da tabela 18 revelam que o sexo feminino apresenta ordenações mais elevadas em relação ao respeito, empatia e congruência, enquanto os homens pontuam com ordenações mais elevadas a incondicionalidade. Olhando para os valores de p, verificamos porém que não existem significâncias estatísticas o que nos leva a afirmar que as variáveis em estudo são independentes.

No estudo de Rocha (2004) todas as dimensões apresentam valores de média maiores para o sexo feminino.

Na nossa amostra a única dimensão que não pontua mais no sexo feminino é a incondicionalidade.

Tabela 18 - Teste Mann-Whitney entre as dimensões da relação de Ajuda e o sexo

Sexo	Masculino	Feminino	UMW	p
Dimensões	O.M.	O.M.		
Respeito	22,14	36,98	127	0,066
Empatia	29,21	36,20	176,5	0,388
Incondicionalidade	36,00	35,44	217	0,945
Congruência	24,14	36,76	141	0,119

##### Relação de ajuda e a residência

Quando relacionamos as dimensões da Relação de Ajuda com a residência, através do Teste de Mann-Whitney verificamos, na tabela 19, que quem habita numa localidade

urbana apresenta ordenações mais elevadas em todas as dimensões da Relação de Ajuda mas verificamos somente que a dimensão respeito é estatisticamente significativa o que confirma a relação de dependência para esta variável e de independência para as restantes

Tabela 19 - Teste Mann-Whitney entre as dimensões da Relação de Ajuda e a residência

<b>Residência</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbana</b>	<b>UMW</b>	<b>p</b>
<b>Dimensões</b>	<b>O.M.</b>	<b>O.M.</b>		
<b>Respeito</b>	29,63	39,42	423,5	0,048
<b>Empatia</b>	31,43	38,21	474	0,171
<b>Incondicionalidade</b>	30,18	39,05	439	0,073
<b>Congruência</b>	33,20	37,04	523,5	0,439

### Relação de ajuda e a idade

Na tabela 20 expomos o Teste Kruskal-Wallis uma vez que possuímos 4 grupos de idade. Quando a relacionamos com a relação de ajuda, observamos que o grupo com idade superior ou igual a 51 anos revela ordenações mais elevadas nas dimensões respeito, empatia e incondicionalidade. Já na dimensão da congruência pontua mais o grupo dos 39 aos 50 anos. O grupo  $\leq 31$  anos pontua menos nas dimensões empatia e congruência. A incondicionalidade apresenta ordenação mais baixa no grupo dos 32 aos 38 anos e a dimensão respeito no grupo dos 39 aos 50 anos O teste de qui quadrado resultante do teste aplicado, revela que apenas a empatia é explicativo, ou seja a empatia influencia a relação de ajuda.

Tabela 20 - Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da Relação de Ajuda e a idade

<b>Idade</b>	<b><math>\leq 31</math> anos</b>	<b>32-38 anos</b>	<b>39-50 anos</b>	<b><math>\geq 51</math> anos</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Dimensões</b>	<b>O.M.</b>	<b>O.M.</b>	<b>O.M.</b>	<b>O.M.</b>		
<b>Respeito</b>	33,89	32,35	31,38	43,97	4,377	0,224
<b>Empatia</b>	23,78	39,79	38,44	40,39	8,167	0,043
<b>Incondicionalidade</b>	36,78	29,00	36,79	39,14	2,462	0,482
<b>Congruência</b>	28,61	35,44	39,59	38,58	3,172	0,366

### Relação de ajuda e o local de trabalho

Na tabela 21 procuramos saber em que medida as dimensões da Relação de Ajuda se relaciona com a instituição onde os enfermeiros prestam cuidados e, mais uma vez, utilizamos o Teste de Mann-Whitney. Com os resultados obtidos verificamos que no HIDP as dimensões mais valorizadas são a empatia e a congruência. Já as dimensões do respeito e da incondicionalidade pontuam mais no CHTD com pequenas diferenças. No caso do respeito a diferença é de 0,26 pontos e na incondicionalidade é de 0,79 pontos. Analisando

os valores de p, estes revelam-nos que não existem significâncias estatísticas o que nos leva a afirmar que a empatia influencia a relação de ajuda.

Tabela 21 - Teste Mann-Whitney entre as dimensões da Relação de Ajuda e o local de trabalho

Local de trabalho Dimensões	HIDP O.M.	CHTV O.M.	UMW	p
Respeito	35,59	35,33	548	0,960
Empatia	32,50	41,25	414	0,087
Incondicionalidade	35,77	34,98	539,5	0,887
Congruência	33,07	40,17	440	0,165

### Relação de ajuda e o serviço

Como pretendemos comparar as médias de uma variável quantitativa em 2 grupos diferentes de sujeitos, utilizamos o Teste t para amostras independentes. Aferimos que são os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de pediatria que apresentam médias mais elevadas para todas as dimensões mas as diferenças são somente explicativas na empatia.

Como observamos todas as dimensões apresentam médias mais elevadas para os enfermeiros que prestam cuidados nos serviços de pediatria em relação aos enfermeiros que prestam cuidados nas urgências pediátricas. Este facto poderá ser justificado pelo contacto temporário que se estabelece com a criança/jovem nos serviços de urgência, onde os internamentos nas unidades de curta duração são, no máximo, de 48 horas e a permanência da criança/jovem se limita ao tempo em que a criança permanece no serviço desde a entrada até à alta médica. Não se consegue estabelecer uma relação de ajuda num período tão curto de tempo pois, como defende Chagas Moreira e Carvalho (2004) a relação de ajuda fortalece-se no acompanhamento. Já Travelbee e Peplau cit por Pinho e Santos (2007) referem que a relação de ajuda só é possível quando o enfermeiro estabelece um elo com o paciente. E Travelbee divide o processo da relação interpessoal, a criação desse elo, em 4 fases que compreendem um timing de decorre desde o acolhimento do utente numa unidade de internamento até ao momento da alta.

Tabela 22 - Teste T entre as dimensões da Relação de Ajuda e o serviço

Serviços Dimensões	Pediatria		Urg. Ped.		Levene	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Respeito	51,15	3,11	50,32	3,91	1,430	0,970	0,236
Empatia	47,81	6,18	46,78	4,11	4,194	0,832	0,044
Incondicionalidade	39,06	6,61	37,51	5,89	0,769	1,035	0,384
Congruência	44,33	5,69	41,32	5,57	0,232	2,231	0,632

### Relação de ajuda e a categoria profissional

Procurámos avaliar em que medida a categoria profissional em que os enfermeiros se enquadram se relaciona com as dimensões da Relação de Ajuda e na leitura da tabela 23 verificamos que o Grupo 2, que contempla os enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes, apresentam maiores ordenações nas 4 dimensões. Como os valores de  $p$  são todos  $\geq 0,05$  não existem significâncias estatísticas logo podemos afirmar que as variáveis em estudo são independentes.

Os resultados desta tabela poderão ser justificados pela aquisição de competências específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica durante os cursos de especialização e pelo que é descrito no Regulamento n.º 123/2001, da Ordem dos Enfermeiros,, onde a relação de parceria/ajuda com o binómio criança/jovem e família é descrita como uma grande competência da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Tabela 23 - Teste Mann-Whitney entre as dimensões da Relação de Ajuda e a categoria

<b>Categoria</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>UMW</b>	<b>p</b>
<b>Dimensões</b>	<b>O.M.</b>	<b>O.M.</b>		
<b>Respeito</b>	33,67	42,82	289,5	0,130
<b>Empatia</b>	34,79	38,36	352	0,556
<b>Incondicionalidade</b>	35,36	36,07	384	0,906
<b>Congruência</b>	34,51	39,46	336,5	0,414

### Relação ajuda e os anos de serviço na área

Mais uma vez recorremos ao Teste Kruskal-Wallis devido ao facto de termos dividido a variável anos de serviço em quatro grupos. Relacionamos as dimensões da Relação de Ajuda com os anos de serviço e verificamos que o Grupo 3, que comporta os enfermeiros com  $\geq 23$  anos de serviço, exhibe valores mais elevados para todas as dimensões. A dimensão do respeito, da empatia e da congruência pontuam mais baixo no Grupo 1, que compreende os enfermeiros com  $\leq 6$  anos de serviço. A dimensão da incondicionalidade apresenta valores mais baixos no Grupo 2, em que os enfermeiros apresentam entre 7 e 22 anos de serviço. A empatia é a única dimensão que apresenta significância estatística.

Como verificamos os enfermeiros com mais anos de serviço apresentam ordenações médias mais elevadas para todas as dimensões, com a exceção da congruência. Estes valores podem ser justificados pela teoria de Benner (2001) que classifica o enfermeiro especialista como aquele que tem mais experiência e compreende intuitivamente as situações clínicas, logo, teoricamente, conseguirá estabelecer uma relação de ajuda baseada na empatia, no respeito e na incondicionalidade como Barrett-Lennard (1986) as define.

Tabela 24 - Teste Kruskal-Wallis entre as dimensões da Relação de Ajuda e os anos serviços

Anos na área Dimensões	Grupo 1 O.M.	Grupo 2 O.M.	Grupo 3 O.M.	X <sup>2</sup>	P
Respeito	27,71	31,77	38,05	3,316	0,191
Empatia	23,05	36,09	38,19	8,231	0,016
Incondicionalidade	33,07	28,32	36,31	2,019	0,364
Congruência	26,79	35,73	34,83	2,979	0,225

### Relação de ajuda e o estado civil

Para a relação das dimensões da Relação de Ajuda com o estado civil recorremos, ao Teste Mann-Whitney. As ordenações mais elevadas para as dimensões respeito, empatia e congruência pertencem ao grupo 2, que engloba os enfermeiros casados e a viver em união de facto. Já a dimensão incondicionalidade pontua mais no grupo 1, que representa os enfermeiros solteiros, divorciados e viúvos. Nesta relação todas as dimensões apresentam  $p \geq 0,05$ , o que nos permite afirmar que não existem significâncias estatísticas.

Tabela 25 - Teste Mann-Whitney entre as dimensões da Relação de Ajuda e o estado civil

Estado civil Dimensões	Grupo 1 O.M.	Grupo 2 O.M.	UMW	p
Respeito	31,61	36,85	398	0,345
Empatia	31,39	36,92	394	0,319
Incondicionalidade	37,25	34,89	436,5	0,671
Congruência	27,58	38,24	325,5	0,055



## 5 – CONCLUSÃO

Percorreremos um longo caminho de descobertas, onde as dificuldades foram muitas e o caminho um pouco sinuoso, devido à pouca experiência em trabalhos desta dimensão, à limitação de tempo e disponibilidade, quando se exerce em simultâneo outras atividades curriculares e ainda circunstâncias pessoais e familiares, que exigem esforço de modo a que tudo suceda com êxito. Conseguimos, no entanto, ultrapassar todos os obstáculos e atingir os objetivos propostos, contribuindo não só para a realização pessoal e profissional, mas também para a evolução do cuidar em enfermagem.

Seja como for, recordando que um empreendimento investigativo, muitas vezes, vale mais pelos contributos que dá para salientar obstáculos e dificuldades, não totalmente antecipáveis, que se interpõem entre os problemas e as soluções procuradas, do que pelas respostas que disponibilize, justificar-se-á que se realcem um ou dois aspetos em que o ponto de chegada da pesquisa efetuada se afasta mais de convicções disseminadas no senso comum ou até de explicações propostas na literatura académica.

Surge desta forma a necessidade, premente, de tirar as respetivas conclusões.

Na sociedade quotidiana o aceitar o outro sem condicionalismos é quase uma utopia. Os juízos de valor acerca do outro começam logo no primeiro contacto. Ou porque não se veste consoante o que nós depreendemos como sendo o aceitável ou porque não sorri ou, simplesmente porque é reservado. Logo aqui erguemos a primeira barreira para o estabelecimento da relação.

O enfermeiro tem que se munir de estratégias para que ao iniciar uma relação de ajuda, não cair na tentação de julgar o utente pela sua aparência ou postura. Deve adaptar-se ao utente, respeitando a sua singularidade, compreendendo-o no seu todo, querendo entender o porque da sua aparência e postura, para conseguir planear a sua assistência respondendo às suas necessidades individuais mas tendo em consideração que todo o indivíduo está inserido numa família e numa sociedade com valores e crenças já definidos.

A revisão bibliográfica realizada, na primeira parte deste trabalho, além de ter permitido clarificar alguns conceitos básicos para a compreensão da temática explorada, facultou o delineamento de um quadro global, relativo à maneira como a relação de ajuda é vivenciada e percebida pelos profissionais de saúde.

E como concluímos, após a busca de literatura académica, a enfermagem é hoje uma ciência humana que baseia o seu conhecimento em dados científicos e nas evidências que a prática nos mostra.

O cuidar é, desde há muitos anos, a essência da enfermagem.

Mas a enfermagem moderna não se encerra no cuidar técnico, envolvendo outras dimensões/ações de cariz relacional, relativas à promoção da saúde. Todas estas vertentes exigem formação e preparação técnica e pessoal, com o intuito de aceitarmos e compreendermos o utente como um ser único, dentro de uma visão holística, prestando-lhe cuidados de enfermagem dignos, imparciais e justos com base na ética e deontologia definida pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses em 2009.

Vários teóricos da enfermagem classificaram os enfermeiros em categorias definidas pelo tempo de exercício de atividade e experiência profissional. A lei portuguesa classifica os enfermeiros consoante as suas habilitações profissionais, tempo de serviço e avaliação de desempenho.

Uma das especializações em enfermagem existentes em Portugal é a de Enfermagem Infantil e Pediatria, que capacita os enfermeiros, que enveredam por esta especialidade, com competências específicas para a prestação de cuidados especializados à criança/jovem, contemplando sempre o binómio criança/jovem e família.

Como refletimos na fundamentação teórica, a pediatria é o único serviço de saúde que lida diretamente com crianças/jovens. Exige aos seus profissionais uma grande capacidade de equilíbrio emocional, psicológico e pessoal entre a vida profissional e a vida pessoal. Muitas vezes, o enfermeiro é quem transmite segurança aos pais e à criança/jovem e na ausência dos pais desempenha um papel parental que pode influir no cuidar técnico, ultrapassando a visão profissional invadindo as emoções e os sentimentos pessoais.

A parceria de cuidados proposta por Anne Casey em 1988 é, ainda hoje, muito atual, e defende a unidade familiar como o cerne do cuidar em pediatria. Parte do princípio que os pais são os melhores cuidadores do seu filho. O enfermeiro deve definir as ações de enfermagem envolvendo os pais nos cuidados, dentro do seu desejo de participação sem obrigatoriedade.

Logo aqui se abre uma porta para implementar a relação de ajuda com a criança/jovem, como primeira abordagem à unidade familiar, já que estes são o foco principal dos cuidados de enfermagem.

A relação de ajuda compreende sempre um mínimo de duas pessoas e um acompanhamento mais ou menos prolongado. Considerada como um importante

instrumento de cuidados de saúde, a sua utilização na enfermagem remonta ao século XX, anos 50 e 60, pela mão de Joyce Travelbee e Hildegard Peplau. Estas teóricas defendiam que a relação de ajuda estaria estabelecida quando o enfermeiro e o doente estabelecessem um elo.

Em 1999, Marques definiu a relação de ajuda como uma habilidade inerente à competência do enfermeiro, atribuindo-lhe uma filosofia que se sobrepõe à visão humanística dos cuidados.

Em 2005, Phaneuf redefine a relação de ajuda em enfermagem e diz-nos que existem condições prévias inerentes ao enfermeiro e às qualidades que se estabelecem para a relação a implementar. Após a aquisição dessas condições é necessário alcançar habilidades/condições de aplicação essenciais para a relação de ajuda, em número de 10 para as quais Phaneuf construiu escalas. Entre estas habilidades encontramos definições que Barrett-Lennard já tinha identificado e agrupou entre quatro grandes dimensões em 1986.

Barrett-Lennard identificou o nível de respeito, a compreensão empática, a incondicionalidade do respeito e a congruência. Baseou-se na teoria centrado no cliente de Carl Rogers, que considera uma teoria aberta, evolutiva, responsável e capaz de ser alterada sempre que se encontrar uma diferença.

Com o apoio da fundamentação teórica elaboramos esta dissertação com a intenção de compreender se os enfermeiros que prestam cuidados em unidades pediátricas encerram características intrínsecas a um relacionamento interpessoal com os utentes em idade pediátrica.

Uma das constatações a que se chegou trouxe à luz a problemática da relação de ajuda, quando esta é percebida em toda a sua extensão e segundo o seu sentido mais genuíno, ou seja, como humanização permanente.

Partimos, então para a questão de investigação:

- Como percebem os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de pediatria o seu desempenho na relação de ajuda nos cuidados que prestam ao utente em idade pediátrica?

Com o designio de compreender a importância da relação de ajuda na prática dos enfermeiros que prestam cuidados em pediatria, colaboradores do nosso estudo, avaliamos os resultados do preenchimento do BLRI, versão MO-40, que aglomera as dimensões de nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência,

empreendido por Barrett-Lennard em 1986. O autor considera estas dimensões como subescalas que poderão ser analisadas em separado.

### **Principais conclusões**

A população foi definida de acordo com a área de enfermagem abrangida pela nossa especialização, sendo a amostra constituída por enfermeiros a prestar cuidados de enfermagem nos serviços de pediatria, incluindo os enfermeiros chefes, enfermeiros a praticar horário fixo e enfermeiros a prestar cuidados em consulta externa.

É uma amostra maioritariamente feminina, com idade compreendida entre os 31 e 51 anos, em que um quinto da amostra vive em meio rural, 69 enfermeiros trabalham há mais de um ano e, dentro desses, 64 prestam cuidados em unidades de pediatria há mais de um ano

Analisando o alpha de Cronbach global deste inventário aplicado à nossa amostra, podemos concluir que manifesta uma boa consistência interna, permitindo-nos declarar que a escala é válida para a população em estudo.

Atendendo que os scores mínimos e máximos considerados para cada dimensão são de 10 e 60, respetivamente, consideramos bons os resultados globais obtidos. O score máximo é atingido para a empatia e classifica-se acima dos 50 para as restantes dimensões. O score mínimo mais baixo localiza-se na incondicionalidade. As dimensões da Relação de ajuda apresentam médias que variam entre os 38,24% e os 50,71%. Tendo em atenção estes resultados podemos concluir que os enfermeiros que prestam cuidados nos serviços de pediatria estudados percecionam o seu desempenho na relação de ajuda que estabelecem com os utentes com idade pediátrica como sendo bom, ou seja consideram que conseguem estabelecer uma relação de ajuda baseada no respeito, na empatia, congruência e incondicionalidade como as define Barrett-Lennard (1986).

Concluimos que a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a relação de ajuda é a seguinte:

- O sexo, a categoria e o estado civil não manifestam influência nas dimensões da relação de ajuda;
- A residência expõe uma relação de dependência com o respeito
- A idade, o local de trabalho, o serviço, quer internamento quer urgência, e os anos de serviço na área manifestam relação de dependência com a empatia

Os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, têm um papel importante e preponderante na relação de ajuda são eles que estabelecem um elo de ligação entre os

pais e a criança tornando esta ligação tanto mais vinculada quanto mais, respeitadora empática, incondicional e congruente for.

### **Limitações**

Uma das limitações deste trabalho foi a demora da autorização para a aplicação do inventário nos serviços de pediatria do Hospital da Cova da Beira na Covilhã, contribuindo para que a amostra tenha sido só de 70 elementos.

De salientar o número reduzido de inventários preenchidos pelos enfermeiros do serviço de pediatria do CHTV, com uma percentagem de 18,18%.

### **Implicações para a prática**

No que diz respeito às implicações para a prática, embora fosse necessário ter acesso a mais estudos clínicos sobre esta intervenção, esta revisão concluiu que:

- Sendo a relação de ajuda o âmago do cuidar em enfermagem, portadores de proficiências relacionais de ajuda fomentam cuidados de enfermagem de qualidade, contribuindo para ganhos em saúde
- Estabelecendo a relação de ajuda tendo como suporte a visão holística do utente procedendo à leitura da linguagem verbal, não verbal e corporal, do entendimento dos sentimentos do outro nesse determinado momento, respeitando os afetos e a intensidade dos sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, suportando a consistência entre o que se considera e o modo como se age evitando os conflitos, garantindo a manutenção do respeito pelas atitudes e conduta do utente sem impor os nossos valores, seremos bem sucedidos.
- Conseguindo que o utente se auto capacite dos seus recursos através da relação de ajuda, promovemos a sua aplicação na prática, com a consecução de um procedimento de enfermagem.

### **Sugestões**

No que atenta às implicações para a investigação, podemos dizer que como resultado da experiência deste estudo, e atendendo a que todo o processo de investigação é um dado potencial para uma análise mais abrangente, sugerimos:

- ✓ Que o mesmo estudo seja realizado novamente em outros campos de investigação e noutras vertentes da relação de ajuda em pediatria.

- ✓ Desenvolver um conjunto de recomendações acerca da eficácia da relação de ajuda, que figurem nos Manuais das boas práticas dos serviços.
- ✓ Relatar esta avaliação para uma tomada de conhecimento acerca da necessidade da relação de ajuda nas relações entre profissionais pais e familiares.
- ✓ Iniciar a relação de ajuda no acolhimento da criança/jovem e família na unidade, sem preconceitos, respeitando a diferença, sabendo ouvir, “ler nas entrelinhas”, evitando as expressões faciais que transmitem impaciência, escassez de tempo e, acima de tudo, manter a visão global do meio social, cultural, religioso, educacional e familiar da criança/jovem

No final do nosso trabalho de investigação podemos afirmar como Jacob Riis:

*“Quando nada parece dar certo, vou ver o cortador de pedras a martelar numa rocha talvez 100 vezes, sem que uma única rachadura apareça. Mas na centésima primeira martelada a pedra abre-se em duas e eu sei que não foi aquela que conseguiu isso, mas todas as que vieram antes.”*

Talvez este trabalho tenha sido apenas uma pequena “martelada”, talvez quem sabe a centésima primeira que faz com que a relação de ajuda se propague e abra uma grande brecha no despertar de algumas consciências.

Esperamos que este trabalho sirva de motivação a todos os seus leitores e que seja igualmente um ponto de partida para outros trabalhos de investigação, uma incrementação cada vez mais marcada real e visível da relação de ajuda nos profissionais de saúde



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ⇒ Acedido em março de 2012 em :<http://forumenfermagem.org/forum/index.php?topic=5543.0>.
- ⇒ Acedido em março de 2012 em: [http://psychology.wikia.com/wiki/Godfrey\\_Barrett-Lennard](http://psychology.wikia.com/wiki/Godfrey_Barrett-Lennard).
- ⇒ Acedido em março de 2012 em: <http://www.unisinos.br/especializacao/enfermagem-pediatria/apresentacao>.
- ⇒ Alves, C. et al.(2007). Parceria de cuidados: uma forma emergente de cuidar. *Ecos da Enfermagem ano XXXVII, n°262*. pp.15-17.
- ⇒ Andrade, Luísa M.C. (2001). *A satisfação profissional nos enfermeiros de pediatria*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem – Pediatria. Faculdade da Medicina do Porto – Universidade do Porto, Porto. 136p.
- ⇒ Barrett-Lennard, G. T. (1986) – The relationship inventory now: issues and advances in theory, method, and use. IN *The psychotherapy process: a research handbook*. New York: Guilford. pp. 439- 475.
- ⇒ Barrett-Lennard, G.T. (2003). *Measuring experienced Relationship: An Odyssey. Steps on a mindful journey-UK*: PCCS Books. pp 93-112.
- ⇒ Barrett-Lennard, G.T.(1993). *Understanding the Person-Centered Approach to Therapy: A Reply to Questions and Misconceptions*. Acedido em 4 de agosto de 2003 em: <http://signs.potents.com/~matt/cct.criticisms.html>.
- ⇒ Benner, Patrícia (2001). *De iniciado a perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- ⇒ Campos, Ana P.S.; Cury, Vera E. (2009). Atenção psicológica clínica: encontros terapêuticos com crianças em uma creche. *Padeia Vol.19 n°42*. Pp.115-121. Acedido em janeiro de 2012 em: [www.scielo.br/padeia](http://www.scielo.br/padeia).
- ⇒ Campos, Antônia C. S.; Cardoso, Maria V.L.M.L.; Sousa, Rosiléa A. (s.d.). *Vivenciando um grupo de encontro com mães de recém-nascidos internados*. pp 1-6. Acedido em dezembro de 2011 em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100033&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100033&script=sci_arttext).
- ⇒ Carrondo, Ezequiel M.(2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento das Crianças: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Tese de Doutoramento em Currículo e Supervisão em Educação

- Básica, Ramo estudos da criança. Instituto de Estudos da Criança – Universidade do Minho, Braga. 299p.
- ⇒ Carvalho, António; Abreu, Marily. (s.d.). Acedido em março de 2012 em: <http://www.webartigos.com/artigos/cuidar-a-crianca/14211/>.
- ⇒ Casey, Anne (1988) – A partnership with child and family. *Senior Nurse. Vol. 8, nº 4.*
- ⇒ Celis,H. Alejandro (1998). *Proceso de Adaptacion del Inventario de la Relacion de Ayude de G.T. Barrett-Lennard.* Acedido em 30 de abril de 2004 em: <http://www.transformacion.cl/relaciondeayuda.htm>.
- ⇒ Chagas Moreira, Marléa; Carvalho, Vilma. (2004). Relação de ajuda: reflexões sobre a sua aplicabilidade no processo assistencial em enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem vol. 8 nº3.*Rio de Janeiro. pp 354-360. Acedido em março de 2012 em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127718062005.pdf>.
- ⇒ Chistóforo, Berendina E. B.; Zagonel, Ivete P. S.; Carvalho, Denise S. (2006). Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de joyce travelbee. *Cogitare Enferm* 11(1). pp55-60. Acedido em março de 2012 em: [http://www.faculdadespequenoprincipe.org.br/publicacoes/arquivos/20080919050909\\_Artigo%20relacionamento%20enfermeiro%20paciente.pdf](http://www.faculdadespequenoprincipe.org.br/publicacoes/arquivos/20080919050909_Artigo%20relacionamento%20enfermeiro%20paciente.pdf).
- ⇒ Decreto-Lei nº 122/2010 de 11 de Novembro. Ordem dos Enfermeiros - Regulamento nº122/2011. D.R. 2ª série. 35 (2011-02-18). Regula as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas.
- ⇒ Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro *Diário da República, 1.ª série — N.º 184.* Ministério da Saúde. Lisboa.
- ⇒ Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro. *Diário da República nº n257 – 1ª Série.* Ministério da Saúde. Lisboa.
- ⇒ Dini, Ariane Polidoro; Fugulin, Fernanda Mª T.; Verissimo, Marai De La Ó Ramalho; Guillardello, Edinêis B. (2011). Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. *Rev. Esc.Enferm..* pp 575-580. Acedido em janeiro de 2012 em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a04.pdf>.
- ⇒ *Enfermeiro.* Acedido em janeiro de 2012 em: <http://psicologia.esc-joseregio.pt/wp-content/uploads/2008/10/enfermeiro.pdf>.
- ⇒ ESBA (2003). *Normas para apresentação de referências bibliográficas.*
- ⇒ Escola Secundária Dr. Francisco Fernandes Lopes. (s.d.). *Guião – Como fazer referências bibliográficas e citações.* Olhão.
- ⇒ Fernandes, Manuel Agostinho Matos (2009). *Dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes.* Coimbra.

- ⇒ Fortin, Marie Fabienne (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta. Loures. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- ⇒ Gordo, Pedro Miguel (2006). Ser Enfermeiro. *Lisboa: Enfermagem XXI*, Acedido em 27 junho. 2011 em: <http://www.enfermagem21.blogspot.com>.
- ⇒ Grilo, Ana M.; Pedro, Helga.(2005). Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, saúde e doenças*. Pp69-89.
- ⇒ Jorge, Ana M.(2004). *Família e Hospitalização da Crianças - Repensar o Cuidar em Enfermagem*. ISBN 972-8383-797.Lusociência.
- ⇒ Macedo, Ana P. (2006). “Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia*. pp10-16. Acedido em março de 2012 em: <http://pt.scribd.com/doc/79385389/DPR4628bb4a557a5-1>.
- ⇒ Marques, Maria E. B. V.(1999). *A Percepção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários acerca dos Maus Tratos Infantis*. Tese de Mestrado em ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Porto. 200p.
- ⇒ Marques-Teixeira (1995). ECOLOGIA E CUIDADOS DE SAÚDE. *Relação de Ajuda* (vol.170) (pp573-587).Brotéria.
- ⇒ Marques-Teixeira, J. (2004). Investigação em Psicoterapia. O exemplo da Terapia Centrada no Cliente. *Artigos/Articles vol VI nº1*. pp30-35.
- ⇒ Marques-Teixeira, J; Carvalho, M. Manuela P.C.; Moreira, Ana M<sup>a</sup>; Pinho, Clara (s.d.).”Group effect”? *Implementation of the Barrett-Lennard Inventory on 5 individual group types*.
- ⇒ Martins, Maria Manuela (2004). Visita e parceria de cuidados. *Nursing Ano16, nº184*. Lisboa. pp. 8-14.
- ⇒ Melo, Rosa P. (2008). Relação de Ajuda: Uma experiência vivenciada. *Pensar Enfermagem vol. 12 nº2*. pp. 85-87. Acedido em fevereiro de 2012 em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_85-87.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_85-87.pdf).
- ⇒ Mendonça, Victor S. (2009). Sofrendo entre quatro paredes: relato de mães acompanhantes dos filhos hospitalizados. *Revista Electrónica de Psicología Política Año 7 nº19*.pp 12-29. Acedido em dezembro de 2011 em: [http://www.psicopol.unsl.edu.ar/marzo09\\_notas2.pdf](http://www.psicopol.unsl.edu.ar/marzo09_notas2.pdf).
- ⇒ Oliveira, Maria C. O.; Almeida, Cristiana B.; Araújo, Thelma L.; Galvão, Marli T. G. (2005). Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em unidade neonatal. *Ver. Esc. Enfer. USP*. pp430-436. Acedido em março de 2012 em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/08.pdf>.

- ⇒ Pestana, Maria Helena; Gageiro, João Nunes (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5ª ed. rev. e corrigida. Edições Sílabo. Lisboa. 692p.
- ⇒ Phaneuf, Margot (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures : Lusociência, cop. 2005. 633 p. ISBN 972-8383-84-3.
- ⇒ Pinho, Lendro B.; Santos, Silvia M.A. (2007). O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. *Cogitara Enferm* 12(3). pp377-385.
- ⇒ Poles, Kátia; Bousso, Regina S. (2004). A enfermeira e a família no processo de morte da criança: evidências do conhecimento. *Ver. Soc. Bras. Enferm. Ped.* V4 n1. Pp 11-18.
- ⇒ Prieto, Maria A. S. (2010). *A influência do treino de controle do stress nas relações interpessoais no trabalho*. Tese Doutoramento em Psicologia. Centro de Ciências da Vida – Pontifícia da Universidade Católica de Campinas. Campinas. 207p.
- ⇒ Quelhas, Isabel. (2009). O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. *1ª Jornadas CUF*.
- ⇒ Quintas, Cláudia; Farto, João; Rosa, Maria C.; Santos, Maria J. (2007). História da enfermagem. Década de 80. *Percursos Ano2 Edição Especial*. pp21-23. Acedido em março de 2012 em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per\\_esp\\_dia\\_enf.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf).
- ⇒ Ramos, Sílvia E.B. (2007). *Os familiares cuidadores da criança com doença de mau prognóstico. Fundamentos para uma intervenção no âmbito dos cuidados paliativos*. Tese de mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina de Lisboa – Universidade de Lisboa. Lisboa. 197p. Acedido em março de 2012 em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1084/1/16633\\_Tese%2520Silvia%2520Ramos.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1084/1/16633_Tese%2520Silvia%2520Ramos.pdf).
- ⇒ Reis, Maria da Luz; Oliveira, Cristina; Silvestre, Teresa (2011). Programa dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o cuidador informal em parceria nos cuidados. *Ordem dos Enfermeiros nº38* pp 58-59.
- ⇒ Rocha, Amarilís P. (2004). *Relação de Ajuda em Enfermagem*. Dissertação para concurso a Professor Coordenador da carreira do pessoal docente do Ensino Superior Politécnico do quadro de pessoal da Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu. Viseu.185p.(não publicado).
- ⇒ Rocha, Amarilís P. (2008). *A Relação de Ajuda no Ensino de Enfermagem*. Tese de doutoramento em Ciências da Saúde. Secção Autónoma de Ciências da Saúde – Universidade de Aveiro. Aveiro. 343p.(não publicado)
- ⇒ Rogers, Carls (1985). *Tornar-se pessoa*. 7ª edição .Moraes editores. Lisboa

- ⇒ Sapeta, Ana P.G.A. (1997). A família face ao doente terminal hospitalizado. O caso particular do HAL. Tese de Mestrado em sociologia variante família e população. Universidade de Évora. Acedido em fevereiro de 2012 em: [165phttp://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/498/1/Tese%20Mestrado%20Sociologia%20PSapeta.pdf](http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/498/1/Tese%20Mestrado%20Sociologia%20PSapeta.pdf).
- ⇒ Silva, Ana P.; e al. (2007). História da enfermagem. Década de 80. *Percursos Ano2 Edição Especial*. pp7-11. Acedido em março de 2012 em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per\\_esp\\_dia\\_enf.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf).
- ⇒ Simões, Rosa M. P.; Rodrigues, Manuel A. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Esc. Anna Nery* 14 (3). pp485-489. Acedido em fevereiro de 2012 em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- ⇒ Soares, Joana I. (2010). *Exaustão emocional dos cuidadores de doentes oncológicos. Eficácia de uma Intervenção de grupo*. Tese de doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do porto. Porto. 303p.
- ⇒ Sousa, Paula C.M.M.; Sousa, Paulino, Artur F.(2007).Bases para desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. *Enfermagem Oncológica Ano 10, nº40*. Porto. pp.11-27.
- ⇒ Souza, Rozemere C.; Pereira, Maria A.; Kantorski, Luciane P. (2003). Escuta Terapêutica: Instrumento essencial do cuidado de enfermagem. *R. Enferm. UERJ*. pp 92-97. Acedido em dezembro de 2011 em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a15.pdf>.
- ⇒ Teixeira, Ana Lina et al. (2004). A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro. *Revista Nascer e Crescer. Volume XIII, nº3*.
- ⇒ Universidade do Porto (1995). *Tendência formativa e Tendência actualizante: 1995*. Porto: Marques-Teixeira, J.. Acedido em 20 de abril de 2004 em: <http://www.terravista.pt/BaiaGatas/1133/tendem.html>.
- ⇒ Waidman, Maria A. P.; Elsenz, I.; Marcons, Sónia S. (2006). Possibilidades e limites da teoria de Joyce travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. *Revista Electrónica de Enfermagem v.80 n.02*.pp 282-291. Acedido em março de 2012 em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7043>.




ANEXOS



## ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO INVENTÁRIO



Godfrey T. Barrett-Lennard  Ph.D.

6 Dover Crescent, Wembley Downs, WA. Australia 6019

8th May, 2004

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

Dear Amarflis

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

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

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

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

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

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

Sincerely,



---

Email: G.Barrett-Lennard@murdochedu.au Telephone: International +61 8 9245 1700

FAX International +61 8 9245 5875



## ANEXO 2 – INVENTÁRIO ORIGINAL



Name or code: .....

Answer date: .....

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

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

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

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

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

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

(Continues... Page 2)

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

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

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

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

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

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

## ANEXO 3 – INVENTÁRIO: TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS



Nome ou Código:.....

Data da resposta:.....

## QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO BARRETT-LENNARD: Formulário MO-40 (ver. 2)

Abaixo encontra uma lista de formas que uma pessoa pode reagir e o modo de como se poderá sentir perante outra.

Por favor considere cada afirmação relativamente à presente relação que tem com \_\_\_\_\_, adicionando mentalmente o nome dessa pessoa no espaço fornecido. Se, por exemplo, o nome da outra pessoa for João, poderia ler a primeira afirmação como “Eu respeito o João como uma pessoa”.

Assinale cada afirmação na margem esquerda de acordo com o quanto sente que é verdade, ou não verdade, neste relacionamento. Por favor tenha o cuidado de assinalar cada um. Escreva um número menos (-3, -2, ou -1) quando a sua resposta é negativa, e um número mais (+1, +2, ou +3) quando a sua resposta é positiva. Aqui está o verdadeiro sentido de cada resposta numérica:-

-3: NÃO, sinto fortemente que não é verdade.

-2: Não, sinto que não é verdade.

-1: (Não) sinto que provavelmente não é verdade, ou mais falso que verdade.

+1: (Sim) sinto que provavelmente é verdade, ou mais verdade que falso.

+2: Sim, sinto que é verdade.

+3: SIM, sinto fortemente que é verdade.

---

1. Eu respeito \_\_\_\_\_ como pessoa.
2. Costumo sentir ou perceber como \_\_\_\_\_ está a sentir-se.
3. O interesse que sinto em relação a \_\_\_\_\_ depende nas suas palavras e acções.
4. Costumo representar com \_\_\_\_\_ .
5. Eu gosto de \_\_\_\_\_ .
6. Eu escuto as palavras de \_\_\_\_\_ mas não sei como se sente realmente.
7. Mesmo que \_\_\_\_\_ se sente feliz ou triste consigo próprio, não me faz sentir mais ou menos positivo em relação a ele/ela.

## Inventário de relacionamento – Formulário MO-40 (v.2) Página 2

Por favor continue a escrever a vossa resposta para cada afirmação na margem esquerda.

Aqui está novamente o verdadeiro sentido de cada resposta numérica:-

-3: NÃO, sinto fortemente que não é verdade.

-2: Não, sinto que não é verdade.

-1: (Não) sinto que provavelmente não é verdade, ou mais falso que verdade.

+1: (Sim) sinto que provavelmente é verdade, ou mais verdade que falso.

+2: Sim, sinto que é verdade.

+3: SIM, sinto fortemente que é verdade.

---

8. Não evito ou deixo para depois que seja importante entre nós.
9. Sinto-me indiferente em relação a \_\_\_\_\_ .
10. Quase sempre percebo o que \_\_\_\_\_ está a dizer.
11. Dependendo das acções de \_\_\_\_\_ , tenho uma melhor opinião de ele/ela algumas vezes do que tenho noutras.
12. Sinto que sou mesmo eu com \_\_\_\_\_ .
13. Dou valor e admiro \_\_\_\_\_ como pessoa.
14. Os meus sentimentos e atitudes por vezes interferem na minha compreensão de \_\_\_\_\_ .
15. O eu gostar ou não gostar de \_\_\_\_\_ não é alterado por algo que ele/ela diz acerca dele/dela próprio/a..
16. Eu não mostro as minhas impressões ou sentimentos a \_\_\_\_\_ .
17. Eu encontro que \_\_\_\_\_ seja uma pessoa pouco interessante.
18. Eu percebo o que \_\_\_\_\_ quer dizer mesmo quando está a ter dificuldade em expressar-se.
19. Gostaria que \_\_\_\_\_ fosse um certo tipo de pessoa.

20. Estou disposto a dizer o que estiver a pensar a \_\_\_\_\_, inclusive sentimentos que tenho em relação a qualquer um de nós, ou como vejo o nosso entendimento.
21. Eu tenho sentimentos em relação a \_\_\_\_\_ .
22. Eu abstraio-me e não me apercebo dos sentimentos de \_\_\_\_\_ .

Inventário de relacionamento – Formulário MO-40 (v.2) Página 3

Por favor continue a escrever a vossa resposta para cada afirmação na margem esquerda.

Aqui está novamente o verdadeiro sentido de cada resposta numérica:-

-3: NÃO, sinto fortemente que não é verdade.

-2: Não, sinto que não é verdade.

-1: (Não) sinto que provavelmente não é verdade, ou mais falso que verdade.

+1: (Sim) sinto que provavelmente é verdade, ou mais verdade que falso.

+2: Sim, sinto que é verdade.

+3: SIM, sinto fortemente que é verdade.

---

23. Eu gosto ou respeito certas coisas em relação a ele/ela e há outras coisas que me repugnam.
24. Eu posso ser eu mesmo abertamente na nossa relação.
25. Eu desaprovo \_\_\_\_\_ .
26. Costumo poder sintonizar e compreender todos os sentidos do que \_\_\_\_\_ diz.
27. Mesmo que \_\_\_\_\_ está a ter “bons” pensamentos e sentimentos, ou “maus”, isso não afecta o que eu sinto por ele/ela.
28. Por vezes não me sinto confortável com \_\_\_\_\_ mas continuamos aparentemente a ignorar isso.
29. Sinto-me amigável e caloroso em relação a \_\_\_\_\_ .
30. Não compreendo mesmo o/a \_\_\_\_\_ .
31. Estou agradada com \_\_\_\_\_ por vezes, e depois ele/ela desaponta-me por outras.
32. Eu sei exactamente como me sinto em relação a \_\_\_\_\_. Não sinto que haja algo difícil de encarar e admitir a mim próprio.

33. Eu tolero \_\_\_\_\_ como ele/ela é.

34. Eu dou valor a quanto as experiências de \_\_\_\_\_ significam a ele/ela.

Inventário de relacionamento – Formulário MO-40 (v.2) Página 4

---

Por favor continue a escrever a vossa resposta para cada afirmação na margem esquerda.

Aqui está novamente o verdadeiro sentido de cada resposta numérica:-

-3: NÃO, sinto fortemente que não é verdade.

-2: Não, sinto que não é verdade.

-1: (Não) sinto que provavelmente não é verdade, ou mais falso que verdade.

+1: (Sim) sinto que provavelmente é verdade, ou mais verdade que falso.

+2: Sim, sinto que é verdade.

+3: SIM, sinto fortemente que é verdade.

---

35. Por vezes \_\_\_\_\_ parece ser uma pessoa com mais valor do que outras vezes.

36. Existem alturas em que a minha resposta externa quanto a \_\_\_\_\_ é diferente do que eu sinto por dentro.

37. Sinto afecto por \_\_\_\_\_ .

38. Respondo a \_\_\_\_\_ automaticamente, nem sempre percebendo o que ele/ela está a sentir.

39. Não acho que certas coisas que \_\_\_\_\_ diz ou faz altera o que eu sinto por ele/ela.

40. Sinto que há coisas, das quais não falamos, que estão a causar dificuldades na nossa relação.

Já respondeu a todos os itens? Por favor verifique novamente e tenha a certeza de que não há espaços em branco.

Por favor indique a relação da outra pessoa consigo, ex. amigo pessoal, cônjuge/companheiro, mãe ou outra pessoa da família, professor ou supervisor, conselheiro, etc.

---

## ANEXO 4 – INVENTÁRIO: RETROVERSÃO PARA INGLÊS



Name or code: ... .. Response date: .....

<b>SEX:</b>	<b>AGE:</b>		
<b>RESIDENCE</b>	<b>RURAL:</b>	<b>URBAN:</b>	
<b>WORKPLACE:</b>		<b>SERVICE:</b>	
<b>CATEGORY:</b>	<b>YEARS OF SERVICE:</b>		<b>YEARS OF SERVICE IN THE AREA:</b>
<b>LINK TO THE INSTITUTION:</b>			
<b>EDUCATIONAL QUALIFICATIONS:</b>			
<b>CIVIL STATE:</b>			
<b>Nº Of Children:</b>	<b>AGES OF CHILDREN:</b>		

Below there is a list of the various ways a person can react and how might feel towards each other.

Please consider each statement regarding the relationship you have with children adding mentally the name of that child in the space provided. For example if the child's name is John, you will read the first statement as "I respect John as a person".

Check each statement in the left margin according to how much that you feel is true or false in this relationship. Please take care to mark each phrase.

Type a number less than ( -3, -2, or -1) when your answer is negative, and a lower number (+1, +2, or +3) when your answer is positive.

Here is the true meaning of each numeric response:

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

- 1-I respect \_\_\_\_\_ as a person.
- 2-I usually can feel or realize as \_\_\_\_\_ is feeling.
- 3-The interest that I feel for \_\_\_\_\_ depends on his/her words and actions.
- 4 – I use to put on a different role in the presence of \_\_\_\_\_.
- 5 – I like \_\_\_\_\_
- 6-I listen to \_\_\_\_\_ ' words but I don't know how he/she really feels.
- 7-Whether \_\_\_\_\_ feels happy or sad, it doesn't make me feel more or less positive in respect of him/her.
- 8- I don't avoid or leave for after anything that is important for our relationship.
- 9 – I feel indifferent to\_\_\_\_\_.
- 10 – Almost always I understand what \_\_\_\_\_ is saying.
- 11 – Depending on the actions of \_\_\_\_\_ I sometimes have better opinion on him/her than I have other times.
- 12 – I feel that I'm authentic with \_\_\_\_\_.
- 13 – I appreciate and admire \_\_\_\_\_ as a person.
- 14 – My own feelings and attitudes sometimes interfere in my understanding of\_\_\_\_\_.
- 15 – My liking or disliking \_\_\_\_\_ isn't changed by anything that he/she says about himself/herself
- 16 – I don't show my impressions or feelings with \_\_\_\_\_.
- 17- I think that \_\_\_\_\_ isn't an interesting person.
- 18 – I understand what \_\_\_\_\_ means even when he/ she is having difficulty in expressing himself/herself.
- 19 –I 'd like that \_\_\_\_\_ was a kind person.
- 20 – I'm willing to say whatever I think to \_\_\_\_\_, including feelings that come up in me about either one of us, or how I see our relationship.
- 21 – I worry about \_\_\_\_\_.
- 22 – I screen out myself and I don't realize \_\_\_\_\_ ' feelings.

- 23-I like or respect certain things in respect of him/her and there are other things that disgust me.
- 24 – I honestly can be myself in our relationship.
- 25 – I disapprove \_\_\_\_\_.
- 26 –I usually can tune and understand all the meanings of that \_\_\_\_\_ says.
- 27 – Even though \_\_\_\_\_ is having good or bad thoughts and feelings, this does not affect what I feel for him/her.
- 28 – Sometimes I don't feel comfortable with \_\_\_\_\_ but we still apparently ignoring that.
- 29 – I feel friendly and warm with \_\_\_\_\_.
- 30 – I really don't understand \_\_\_\_\_.
- 31 – Sometimes I really feel glad with \_\_\_\_\_ but other times he/she disappoints me.
- 32 – I Know exactly how I feel about \_\_\_\_\_. I don't feel I have difficulties to face and admit something.
- 33 – I support \_\_\_\_\_ as he/she is.
- 34 – I appreciate what \_\_\_\_\_' experiences mean for him/her.
- 35 – Sometimes \_\_\_\_\_ seems to be a person with more value than other times.
- 36 – There are times when in my outward response to \_\_\_\_\_ is quite different from what I feel inside.
- 37 – I feel affection for \_\_\_\_\_.
- 38 – I often answer automatically to \_\_\_\_\_ even sometimes I'm not conscious about what he/she is feeling.
- 39 – I don't think that certain things \_\_\_\_\_ says or does change what I feel towards him/her.
- 40-I feel that there are things, which we do not speak about, that are causing difficulties in our relationship.



## ANEXO 5 – INVENTÁRIO FINAL





Instituto Politécnico de Viseu  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Caro colega:

O meu nome é Teresa Maria de Figueiredo Lopes de Carvalho Paula e encontro-me a frequentar o 1º Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Sou enfermeira desde Outubro de 1993, neste momento a exercer funções no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E.

Estou a elaborar a minha dissertação de mestrado sobre “A Importância da Relação de Ajuda em Pediatria”.

Na enfermagem a importância do toque e do contacto é primordial para o estabelecimento de uma relação de ajuda/confiança e as relações interpessoais levam à relação de ajuda/parceria de cuidados, tornando-se “uma ferramenta compreensiva do processo de humanização da assistência” (Pinho e Santos, 2007).

Os objetivos do meu trabalho são:

- Explorar a importância da relação interpessoal entre o utente pediátrico e os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de pediatria;
- Verificar a influência das variáveis sócio-demográficas nas relações interpessoais que o enfermeiro que presta cuidados em unidades de pediatria e os utentes em idade pediátrica.
- Validar do Inventário de Relações Interpessoais de Barret-Lennard para os enfermeiros que prestam cuidados na área de pediatria;

O questionário que se segue é o meu instrumento de colheita de dados. É anónimo e confidencial.

Agradeço desde já a sua colaboração.

<b>SEXO:</b>	<b>IDADE:</b>		
<b>RESIDÊNCIA RURAL:</b>	<b>URBANA:</b>	<b>SEMI RURAL:</b>	
<b>LOCAL DE TRABALHO:</b>		<b>SERVIÇO:</b>	
<b>CATEGORIA:</b>	<b>ANOS DE SERVIÇO:</b>	<b>ANOS DE SERVIÇO NA ÁREA:</b>	
<b>VINCULO À INSTITUIÇÃO:</b>			
<b>HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:</b>			
<b>ESTADO CÍVIL:</b>			
<b>Nº DE FILHOS:</b>	<b>IDADES DOS FILHOS:</b>		

Teresa Maria Paula

Abaixo encontra uma lista das várias formas como uma pessoa pode reagir e o modo como se poderá sentir perante outra.

Por favor considere cada afirmação relativamente à presente relação que tem com as crianças adicionando mentalmente o nome dessa criança no espaço fornecido. Se, por exemplo, o nome da criança for João, poderia ler a primeira afirmação como “Eu respeito o João como uma pessoa”.

Assinale cada afirmação na margem esquerda de acordo com o quanto sente que é verdadeiro, ou falso neste relacionamento. Por favor tenha o cuidado de assinalar cada frase.

Escreva um número menos (-3, -2, ou -1) quando a sua resposta é negativa, e um número mais (+1, +2, ou +3) quando a sua resposta é positiva. Aqui está o verdadeiro sentido de cada resposta numérica:

**Este é o significado exacto de cada número nas respostas**

Respostas Afirmativas	<b>+3</b>	Sim, sinto fortemente que isso é verdadeiro
	<b>+2</b>	Sim, sinto que é verdadeiro
	<b>+1</b>	Sim, que provavelmente é verdadeiro ou mais verdadeiro do que falso
Respostas negativas	<b>-1</b>	Não, sinto quem provavelmente não é verdadeiro ou é mais falso que verdadeiro
	<b>-2</b>	Não, sinto que não é verdadeiro
	<b>-3</b>	Não, sinto fortemente que não é verdadeiro

**INVENTÁRIO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE BARRETT-LENNARD. FORMA SO-40**

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

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

ANEXO 6 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE APLICAÇÃO DO  
INVENTÁRIO NO CHTV





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

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

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

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

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	1352
Data:	22/12/2011
Processo:	70

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

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, enfermeira do Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, Teresa Maria de Figueiredo Lopes Carvalho Paula, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A relação de ajuda em Pediatria".

O objectivo principal deste estudo é analisar a percepção dos Enfermeiros sobre a relação de ajuda que estabelecem com os utentes em Pediatria.

Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados durante o período de 1 de Janeiro a 29 de Fevereiro de 2012, nos Serviços de Pediatria da Instituição a que preside.

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

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

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

A Vice-Presidente da ESSV

  
Professora Doutora Amarilis Rocha

AR/NC



---

ANEXO 7 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO  
INVENTÁRIO NO HIDP





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

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

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

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração do  
**Hospital Infante D. Pedro, EPE**  
Av. da Universidade  
3810-095 AVEIRO

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 1349	Data: 22/12/2011
Processo:		Processo: 70	

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

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, enfermeira do Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, Teresa Maria de Figueiredo Lopes Carvalho Paula, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A relação de ajuda em Pediatria".

O objectivo principal deste estudo é analisar a percepção dos Enfermeiros sobre a relação de ajuda que estabelecem com os utentes em Pediatria.

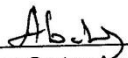
Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados durante o período de 1 de Janeiro a 29 de Fevereiro de 2012, nos Serviços de Pediatria da Instituição a que preside.

Em anexo, enviamos o Projecto de Investigação; o Instrumento de Colheita de Dados; a Declaração de Consentimento Informado; o Curriculum Vitae do Investigador; e Documento de Autorização da Directora do Serviço de Pediatria do Hospital Infante D. Pedro.

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

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

A Vice-Presidente da ESSV

  
Professora Doutora Amarilis Rocha

AR/NC



---

ANEXO 8 – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO NO  
CHTV



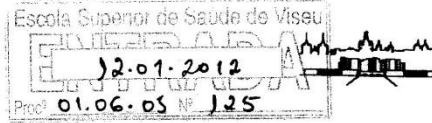


Ministério da Saúde

*Dr. José Pinheiro  
Pelo estudo  
13/01/2012*

000403 12 JAN 10

*Mrs. Amarilis*  
CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE



Ex. Senhor:  
Vice-Presidente da Escola Superior de Saúde  
Prof.ª Doutora Amarilis Rocha  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102  
3500-843 Viseu

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Ofício nº 1352 Processo: 70			10/01/2012

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

Com referência ao assunto mencionado em epígrafe, e após audição dos responsáveis dos serviços, somos a informar V.ª Ex.ª que **se autoriza** a realização da referida colheita de dados. No entanto deverá a autora do estudo responsabilizar-se pela aplicação do questionário.

Com os melhores cumprimentos, *personais*

A Enf.ª Directora

(Cassilda Neves)



---

ANEXO 9 – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO NO  
HIDP

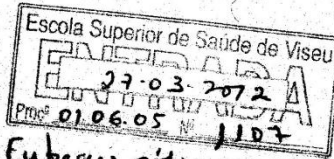




HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, E. P. E.  
AVEIRO

Avenida Artur Ravara - 3814-501 AVEIRO  
Telef. 234 378 300 - Fax 234 378 385  
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt  
Matricula na Conservatória do Registo Comercial  
de Aveiro, n.º 5846  
Capital Social 26.930.000 €  
Pessoa Colectiva n.º 508 381 543

Ex.ma Senhora  
Prof. Doutora Amarilis Rocha  
Vice-Presidente da  
Escola Sup. Saúde de Viseu  
R. Dr. João Crisóstomo Gomes Almeida  
n.º 102  
3500-843 VISEU



Entre que c.º da SAD  
em 27-03-2012

S/Ref.º

S/ Comunicação de

N/Ref.º

Aveiro,

03/03

26/3/2012

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

Na sequência do pedido do V/pedido com a Ref.º 1349 de 22/12/2011, sobre o tema " A relação de ajuda em Pediatria", vimos informar que está autorizado.

Junta-se em anexo fotocópia do parecer da Comissão de Ética e informa-se que a aluna deverá contactar o Director do Serviço quando pretender começar a colheita de dados.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

(Dr. José Afonso)

G.M.

Na respectiva indicar o número e as referências deste documento. Em cada folha trazer só de um assunto.