

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



PENSAMENTO

*“O conhecimento é a ferramenta que precisamos para explorar o
que há de mais raro e profundo em tudo que nos cerca.”*

Roberto Ávila

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles a quem roubei bocadinhos da minha atenção, do meu amor e afecto principalmente ao **Joca** á **kika** e ao **Nelson**.

À restante família por todos os dias de menos paciência e mais rabugice.

À professora Amarílis, pela orientação, dedicação e força dada para que não desistisse.

Ao professor João pela colaboração dada sem a qual não seria possível a realização desta dissertação.

Aos pais e às crianças que colaboraram comigo neste estudo ao preencherem os inventários.

Aos novos colegas de serviço mas não menos importantes, por toda a disponibilidade e paciência demonstrada neste período tão particular e difícil,

Aos meus **amigos de sempre** e às colegas de luta **Tete** e **Nita**.

A todos aqueles que não menciono mas não esqueço.

Bem Hajam

Alexandra João Rodrigues Marques Gil

RESUMO

Fundamentação: A relação de ajuda deve ser considerada como um foco de atenção em enfermagem pediátrica, de forma a definir estratégias adequadas à capacitação da criança/família, em prol do saudável desenvolvimento das crianças. O papel do enfermeiro e a importância da relação de ajuda é definida neste trabalho através das dimensões *de nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade de respeito e congruência*.

Métodos: Tendo como objetivos analisar a percepção das crianças dos 6 aos 10 anos acerca da relação de ajuda estabelecida com os enfermeiros nas diferentes unidades de saúde e analisar a influência das variáveis sócio demográficas nas diversas dimensões da relação de ajuda desenvolvemos um estudo de natureza quantitativa, transversal, descritivo-correlacional, com uma amostra não probabilística por conveniência de 71 crianças (37 meninos e 34 meninas) com uma média de idade de 8,46 anos. Para a colheita de dados utilizámos um instrumento de caracterização sócio demográfica da amostra e o inventário das relações de Barrett-Lennard (1986).

Resultados: No que concerne às dimensões estudadas verificamos que as crianças pontuam com médias mais elevadas a dimensão de respeito e da dimensão compreensão empática apresentando médias mais baixas na dimensão da congruência. Os resultados evidenciaram ainda que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da relação de ajuda e as variáveis sociodemográficas da criança e serviços de saúde. Somente as variáveis residência e motivo de recurso aos serviços é que apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Conclusão: Podemos concluir que as crianças da nossa população independentemente da idade, sexo, residência, número de irmãos e/ou escolaridade, percebem e valorizam as dimensões da relação de ajuda no contato com os enfermeiros.

Palavras-chave: Relação de ajuda; Cuidados enfermagem pediátricos, crianças 6-10 anos

ABSTRACT

Reasons: The aid relationship should be considered as a focal point in pediatric nursing, in order to define appropriate strategies to capacitate the child/family, to support the healthy development of children. The nurse's role and the importance of the aid relationship is defined in this work/study through the dimensions of level of respect, empathy comprehension, unconditional respect and consistency.

Methods: Having as the objective to examine the perception of children aged 6-10 years on the aid relationship established with the nurses throughout the different health facilities and analyze the influence of socio-demographic variables on the various dimensions of the aid relationship, we have developed a quantitative, transversal, correlational descriptive study, with a non-probabilistic sample of 71 children (37 girls and 34 boys) with an average age of 8.46 years. For the collection of data, we used a sample of the socio-demographic characterization instrument and the inventory of the Barrett-Lennard (1986) relations.

Results: Regarding the dimensions studied, we found that the children score higher averages on the respect dimension followed by the empathic understanding dimension, showing lower averages on the consistency dimension. The results showed that there are no statistically significant differences between the aid relationship dimensions and the socio-demographic variables of the child and health services. Only the residence variables and the reason for the use of health services differ.

Conclusion: We can conclude that the children of our population, regardless of age, sex, residence, number of siblings and/or education, perceive and value the aid relationship dimensions when in contact with the nurses.

Keywords: aid relationship, pediatric nursing care, children 6-10 years.

Índice

1-INTRODUÇÃO	21
---------------------------	----

Parte I-Enquadramento teórico

2-O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	25
---	----

2.1. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DA CRIANÇA DOS 6-10 ANOS	25
---	----

2.2. A CRIANÇA UTENTE DOS CUIDADOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM	27
---	----

3-A RELAÇÃO DE AJUDA – CIÊNCIA E ARTE DE CUIDAR NA PEDIATRIA	31
---	----

3.1. O CUIDAR ESSÊNCIA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA	33
--	----

3.2. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICOS E A RELAÇÃO DE AJUDA	35
---	----

3.3. O MODELO DA RELAÇÃO DE AJUDA DE LENNARD-BARRET	36
---	----

Parte II-Metodologia

4-METODOLOGIA GERAL	45
----------------------------------	----

4.1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	45
--	----

4.2. OBJECTIVOS	46
-----------------------	----

4.3. TIPO DE ESTUDO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	46
---	----

4.4. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	47
-------------------------------------	----

4.5. VARIÁVEIS	49
----------------------	----

4.6. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	49
-------------------------------------	----

4.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E METODOLÓGICOS	52
---	----

4.8. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	52
--	----

5-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	56
---	----

6-CONCLUSÃO	69
--------------------------	----

BIBLIOGRAFIA	75
---------------------------	----

ANEXOS

Anexo I- Relatório de Estágio Volume I

Anexo II -Autorização do Autor para utilização do instrumento de colheita de dados

Anexo III- Instrumento de colheita de dados

Anexo IV- Normas de tradução do instrumento de colheita de dados propostas pelo Autor

Anexos V,VI,VII,VIII – Pedidos e Autorizações de aplicação do instrumento de colheita de dados nos diferentes serviços

INDICE DE FIGURAS

Fig. 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica (desenho de investigação).....	47
---	----

INDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1- Participantes no estudo	48
Tabela 2 – Estatística da idade em função do sexo	48
Tabela 3 – Distribuição dos elementos da amostra por grupo de idade e sexo.....	56
Tabela 4 - Distribuição do número de irmãos segundo o sexo dos elementos da amostra.....	57
Tabela 5 - Distribuição dos elementos segundo o nível de escolaridade e o sexo.....	57
Tabela 6 – Estatísticas da idade dos pais	58
Tabela 7 – Distribuição por grupos etários de idade da mãe segundo o sexo da criança	58
Tabela 8- Distribuição por grupos etários da idade do pai segundo sexo da criança..	59
Tabela 9 - Distribuição segundo a residência familiar e o sexo da criança.....	59
Tabela 10- Distribuição dos níveis de escolaridade materna segundo sexo da criança	59
Tabela 11 – Distribuição do nível de escolaridade paterna segundo o sexo da criança	60
Tabela 12 – Distribuição pelo grupo profissional a que pertencem os pais.....	61
Tabela 13 – Distribuição segundo o motivo de recurso aos serviços de saúde segundo o sexo	61
Tabela 14 – Estatística das dimensões da relação de ajuda.....	63
Tabela 15 – Test T entre as dimensões da relação de ajuda e o sexo	63
Tabela 16 – Test T entre as dimensões da relação de ajuda e a idade	64
Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e o número de irmãos.....	65
Tabela 18 – Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e a escolaridade da criança	66
Tabela 19 – Teste de Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e a residência.....	66
Tabela 20 - Teste de Kruskal-Wallis para a relação de ajuda nos diferentes serviços de saúde	67
Tabela 21 – Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e o motivo de ida aos serviços de saúde	68

INDICE DE QUADROS

Quadro 1- Forma OS- 40 (afirmações na negativa ou na positiva que corresponde a cada dimensão).....	51
Quadro 2 – Correlação de pearson entre as dimensões da relação de ajuda	51

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP- Abordagem Centrada na Pessoa

BLRI- Inventário das Relações Interpessoais

cf. – confira

CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu

CV – coeficiente de variação

Dp – Desvio padrão

EP – erro padrão

IAC – Instituto de Apoio á Criança

INE – Instituto Nacional de Estatística

K – Kurtosis

K/S – Kolmogorov- Smirnov

MO – myself to the other (cliente / terapeuta)

OS – other to self (terapeuta / cliente)

Sec.- Século

SK – SKewness

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UICD- Unidade de Internamento de Curta Duração

USF- Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

"Na nossa vida quotidiana mil e uma razões nos impedem de viver e tomar consciência plena das nossas emoções... Mas na segurança da Relação terapêutica, elas podem ser evocadas e vividas por aquilo que elas são.

CARLS ROGERS, 1961

Inserido no primeiro curso de mestrado e especialização em saúde infantil e pediátrica está projetado, para o encerramento do ciclo de estudos a consecução de um relatório final que abrangerá a descrição do desenvolvimento das nossas competências de acordo com o regulamento das competências do enfermeiro especialista, e uma pesquisa acerca de um tema por nós selecionado do decurso de um dos estágios frequentados. O tema em estudo que aqui se desenvolve, a relação de ajuda em contexto pediátrico, foi uma opção que pretende analisar qual a percepção de crianças acerca desta relação. A nossa reflexão sobre o desenvolvimento de competências encontra-se em Anexo I.

O conceito de relação de ajuda não é novo mas só recentemente começa a ser estudado junto à população pediátrica. Esta população só há mais ou menos 40 anos, começa a ter um lugar distinto da população adulta com cuidados diferenciados e específicos á sua faixa etária e ao seu desenvolvimento.

Foi nesta perspectiva e no decurso dos estágios que nos surgiu a ideia de estudar a relação de ajuda tentando saber qual a percepção e valoração que as crianças têm acerca dessa relação, se é que ela existe ou lhes é perceptível.

Relação, na sua definição mais simples, significa "encontro de duas pessoas"; de uma forma mais abrangente, Manoukian (1995) citado por Phaneuf (2005) refere como verdadeira a relação entre dois interlocutores, onde existe uma ideia de comunicação profunda com partilha, de comunicação direccionada por um objectivo, de vontade de evolução, com a presença de duas pessoas que se reconhecessem e respeitam como seres humanos iguais.

Benner (2001) defende nos seus trabalhos que a função de ajuda é um dos domínios dos cuidados de enfermagem e é intrínseca aos mesmos.

Lazure (1994), alegava que “Cuidar é Ajudar”. Para a autora também é verdade que a relação de ajuda é o eixo no qual gravita o conjunto dos cuidados de enfermagem. Uma enfermeira não se pode contentar em aplicar técnicas, de forma automática, junto dos seus clientes, sem que tenha um sentimento de alienação. A prática da relação de ajuda prepara a enfermeira para acompanhar a criança /família durante o seu ciclo de vida e permite a estes o descobrir de recursos pessoais que facilitam a manutenção da sua qualidade de vida, oferecendo-lhes as *armas* para a sua capacitação (empowerment). Sem dúvida que a relação de ajuda é indissociável de intervenções de enfermagem de qualidade.

A qualidade da relação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada é determinante na qualidade do trabalho dos enfermeiros e é condição necessária para que o processo terapêutico tenha êxito (Rocha, 2008).

O enfermeiro com competências relacionais, tem que compreender e aceitar o utente tal como ele é, envolver-se num enlace intenso, sem perder a sua energia e personalidade, facilitando aos utentes que evoluam afirmativamente face às necessidades individuais e universais e conservem o poder decisivo nos cuidados. É através dessa relação significativa que o enfermeiro se deve apresentar, adoptando atitudes de *respeito incondicional, compreensão empática e congruência* (Rogers, 1985).

Ao abordarmos esta temática em contexto pediátrico torna-se imprescindível a obtenção de alguns conhecimentos no que concerne ao desenvolvimento infantil. Tal como é referido por Jorge (2004), os conhecimentos gerais de desenvolvimento infantil, devem estar presentes nos profissionais que prestam cuidados à criança e são fundamentais para que durante a hospitalização se minimizem e evitem os danos.

Para a preparação e concretização da fundamentação teórica recorreremos à pesquisa bibliográfica e eletrónica. A organização do trabalho considera no primeiro capítulo uma breve nota introdutória ao tema, seguido de uma exposição do conhecimento acerca do desenvolvimento infantil e posicionamento das crianças dentro do sistema de saúde. O terceiro capítulo retrata vários conceitos de relação de ajuda, seu enquadramento na pediatria e exposição do modelo da relação de ajuda de Barrett-Lennard por nós trabalhado.

O capítulo quarto refere-se à apresentação metodológica, inicia-se com a problemática da questão de investigação, caracterização dos participantes, instrumento de colheita de dados aplicado e procedimentos, análise de dados e respetiva discussão. No quinto capítulo e a partir dos dados produzidos construímos uma síntese crítica e lançámos algumas sugestões.

PARTÉ I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2- O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

" O conhecimento não provém,
Nem dos objetos, Nem da criança,
Mas sim das interações entre as crianças e os objetos"

Jean Piaget

A criança é um ser em desenvolvimento cujo crescimento se exprime através de simultâneos comportamentos ou reacções anatómicos, psicológicos e sociais, que evoluem de acordo com as leis da maturação neurológica, sendo a sua ordem de sucessão a mesma para todos os indivíduos, diferindo simplesmente em relação ao ritmo a que sucedem uns dos outros (Bellman, 2003). Apesar do significado normal do desenvolvimento ser amplo e não ser idêntico para todas as crianças, Bellman e Brazelton (2002) referenciam que o desenvolvimento, ao contrário do crescimento, pode ser difícil de medir, mas o importante é que este aconteça de uma forma multidimensional, integral e contínua, com padrões únicos de interacção.

2.1. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DA CRIANÇA DOS 6 - 10 ANOS

Nesta fase as crianças encontram-se em contexto escolar, o que lhes vai proporcionar o contacto com a diversidade, através da interacção com as outras crianças e a aprendizagem de novos conhecimentos, que irão prepará-las para o relacionamento com o mundo real. É um período de socialização e desenvolvimento de habilidades físicas, cognitivas e da linguagem.

Bee (2003) referenciando Piaget profere que aos 6 anos, a criança possui as competências sensório-motoras básicas de que precisa para interagir com o meio. Neste período, existem melhorias na manutenção do equilíbrio, no controlo da postura, na coordenação, na precisão dos movimentos e existe um aumento da força, o que lhes permite serem mais autónomas nas tarefas do dia-a-dia e envolverem-se numa maior

variedade de atividades motoras. As crianças trabalham e brincam tendo como foco principal a competência, a realização e o desempenho.

Piaget (1971) considera que o período dos 6 aos 10 anos pertence ao **Estádio das Operações Concretas**; Neste estágio, as crianças são mais lógicas, a realidade é diferente da fantasia, compreendem melhor as relações e tentam testar essa mesma lógica, ao passo que no estágio anterior o **pré-operatório** (2-7anos), as crianças são mais sonhadoras, e mais fantasistas.

No estágio das **operações concretas** no que diz respeito à resolução de problemas, as crianças conseguem ter em conta múltiplos aspectos de uma situação, o que também se traduz num aumento da capacidade de compreender o ponto de vista dos outros, ajudando assim numa comunicação mais eficaz. Ao nível do desenvolvimento das capacidades cognitivas existe distinção entre a fantasia e a realidade, desenvolvendo-se a inclusão em classe, ou seja, a capacidade para compreender a relação entre o todo e as partes (ex: rosas e cravos, ambas são flores), o raciocínio indutivo e dedutivo, a noção de lógico, que por sua vez procedem as premissas e afirmações sobre um acontecimento verdadeiro extraindo desta forma as suas próprias conclusões.

O desenvolvimento cognitivo é marcado pelos seguintes aspetos:

- ⇒ Dedução - quando se inicia uma premissa sobre uma classe de objectos e entretanto essa premissa aplica-se aos membros dessa classe.
- ⇒ Indução - começa com observações particulares para chegar a conclusões gerais.
- ⇒ Causa e Efeito - é a capacidade para fazer julgamentos sobre a causa e o efeito em determinada situação.
- ⇒ Capacidade de Seriação e de Inferência Transitiva - consiste na capacidade para ordenar ou arrumar objectos numa série, colocando-os segundo um critério, ou vários.
- ⇒ Inferência transitiva - é a capacidade para reconhecer uma relação entre dois objetos através do conhecimento da relação de cada um deles com um terceiro objeto.
- ⇒ Pensamento Espacial - diz-nos que as crianças são capazes de compreender, visualizar e usar as relações espaciais, possuem uma concepção da distância (podem por exemplo percorrer o caminho de escola até casa sozinhos).
- ⇒ Conservação - é a capacidade para reconhecer que a quantidade de uma coisa permanece igual, mesmo quando o material é modificado, desde que não seja acrescentado ou retirado nada, esta capacidade lida com atributos como: o número, substância, comprimento, área, peso e volume. Na resolução destes problemas as crianças conseguem elaborar internamente as respostas.

Dentro do parâmetro da conservação temos Implicados os princípios:

- ✓ Identidade: um determinado objeto continua a ser o mesmo, mesmo que a sua forma seja diferente.
- ✓ Reversibilidade: ao reverter o processo, a transformação vai restaurar a forma original.

Estas capacidades vão sendo progressivamente desenvolvidas ao longo deste estágio e estes avanços cognitivos permitem o desenvolvimento das capacidades matemáticas e manipulação de símbolos.

Para Erickson citado por Veríssimo (2002) o desenvolvimento pessoal e emocional virar-se-á para o exterior, durante esta faixa etária. Ao entrarem para um mundo novo que é a sala de aulas, os vizinhos e os grupos. Ao passarem um grande número de horas longe dos progenitores, tem agora o palco de desenvolvimento afetivo junto do grupo de professores e colegas. Daí os grupos e a escola tornarem-se os principais agentes socializadores. Este estágio é de uma grande estabilidade emocional, as crianças nesta fase estão interessadas em aprender quase tudo o que lhes pudermos ensinar, tendendo a desenvolver um sentido de mestria pessoal, através dos inúmeros jogos e atividades que desenvolvem, o que testemunha a enorme energia de que dispõem e a motivação para a competência que possuem neste estágio. Esta motivação para a competência pessoal deve ser estimulada.

Para Erickson a criança entre os 6 e os 12 anos, está pronta para a aprendizagem ativa. A tarefa dos educadores será facilitar e não prejudicar o seu desenvolvimento pessoal saudável.

Com base nos dados fornecidos pelas teorias de Piaget e Erickson consideramos que as crianças nesta faixa etária terão o poder de compreensão e a veracidade devida para responder ao inventário a aplicar pelos investigadores neste estudo.

2.2. A CRIANÇA UTENTE DOS CUIDADOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM

A criança está desde sempre presente na história da humanidade, no entanto, ela nem sempre teve o estatuto que lhe é conferido na actualidade. Durante séculos as crianças foram consideradas adultos em miniatura, estando exclusivamente ao cuidado dos adultos no seio familiar. Durante o século XIX, a mortalidade infantil era elevadíssima e assistiu-se a situações de abandono e formas cruéis de infanticídio e negligência (Festas, 1994).

Somente no início do século XIX se compreendeu que as doenças da criança eram diferentes das do adulto e como tal mereciam um estatuto e um tratamento diferenciados.

Este processo de diferenciação iniciou-se na Europa e só posteriormente se estendeu aos Estados Unidos da América.

É durante o último século que se verifica também uma crescente preocupação com o estatuto moral e psicológico da criança, bem como com o seu processo de socialização (Fernandes, 1988). A transformação do conceito de criança, visto como um ser em crescimento e desenvolvimento, não só com necessidades biológicas, mas também com necessidades psicológicas, sociais e emocionais foi o mais efetivo catalisador para a mudança.

Ao delinear o tema da criança como utente dos cuidados de saúde, não nos cabe apenas visualizá-las em contexto de doença mas também em contexto de vigilância e prevenção.

No programa-tipo de saúde infantil (2002) publicado pelo Ministério da Saúde encontramos expressões, que nos alertam para que a saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados, mas sem dúvida da influência do ambiente social, biofísico e ecológico. No entanto, é indiscutível o impacto das ações de vigilância da saúde infantil e juvenil pertinente e de qualidade, a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é um imperativo para os profissionais e para os serviços. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favoreceu o desenvolvimento da função parental e tornou possível aos pais assumirem, como direito e dever, a família, cabendo aos profissionais facilitar e promover essa função.

Quando nos reportamos à criança como utente dos nossos serviços, temos em mente não apenas aquelas que estão doentes e/ou hospitalizadas, mas todas as outras, nas diferentes vertentes em que estabelecem relações com o enfermeiro.

As consultas periódicas permitem a supervisão da saúde durante toda a infância e adolescência, independente da presença de uma doença ou queixa específica. Estas consultas visam acompanhar o desenvolvimento físico, psíquico, social e familiar e promover a saúde através da realização de diagnósticos precoces e aconselhamento aos pais, para a prevenção de acidentes e de problemas de saúde futuros. O nascimento de uma criança é, comumente, uma ocasião de júbilo na família que se reveste de alterações quer na sua estrutura quer no seu funcionamento, embora existam situações em que o saudável crescimento e desenvolvimento das crianças deixam de condizer ao desejado por aqueles de quem elas descendem, e por diferentes motivos, passam a ser “não saudáveis”. Seja por via congénita ou adquirida, a criança poderá, inevitavelmente, ser acometida por uma situação qualquer de doença crítica e repentina ao qual poderá deixar de consistir um sonho de um futuro esperado e idealizado pelos seus progenitores, levando-os a recorrer

aos serviços de saúde disponibilizados pela sociedade em que se inserem. As crianças que física ou intelectualmente são “diferentes” sofrem risco de isolamento social e depressão. É na idade escolar que elas estabelecem padrões de comportamento que podem durar para toda a vida, daí a importância do enfermeiro de família e da sua interação com a criança e família.

Nesta idade a criança separa-se gradativamente dos pais e busca aceitação de professores, de outros adultos, bem como de colegas. É neste período, que a sua autoestima se torna uma questão central a ser avaliada e trabalhada pelos familiares e profissionais, pois a criança sofre pressões para se enquadrar em estilos e ideais do grupo ao qual pertence.

A separação da família é particularmente sentida pela criança na faixa etária correspondente ao primeiro ciclo escolar. Apesar de possuir maior independência, ela ainda precisa de proteção e segurança e no caso da hospitalização, ela ressentir-se da separação da família e de tudo o que lhe é familiar (Jorge, 2004). Existindo necessidade de promover relações interpessoais com qualidade. Apesar de estas serem muitas vezes desgastantes para os profissionais de saúde de entre os quais os enfermeiros, tornando-se assim em factores condicionantes da relação de ajuda (Catita e Vaz, 2000).

A hospitalização da criança tem vindo a sofrer alterações com o passar do tempo, preconizando-se atualmente internamentos de curta duração, em que as crianças tenham a possibilidade de interagir com o ambiente que as rodeia e em que a presença dos pais ou outras pessoas significativas seja uma realidade, principalmente devido ao facto de, como salienta Festas (1994, p.324), as crianças serem “...*particularmente vulneráveis às modificações que se operam no seu ambiente e na sua rotina habitual...*”. Em relação às crianças em idade escolar, Whaley e Wong (1999) referem que, embora nesta fase as crianças tenham mais capacidade para lidar com a separação, o stress causado pela doença e hospitalização podem aumentar as suas necessidades de orientação e segurança proporcionados pelos pais.

Para Callery e Smith (1991), o papel dos pais de crianças hospitalizadas mudou significativamente nas últimas décadas, passando-se de uma fase em que era esperado que estes delegassem a responsabilidade do cuidar dos seus filhos nas enfermeiras, para a atualidade, em que se espera que estes desempenhem um papel mais activo no cuidar dos seus filhos hospitalizados, podendo até incluir procedimentos vistos pelos enfermeiros como uma extensão do seu próprio papel.

É comum, hoje em dia, as famílias participarem em muitos aspectos dos cuidados, o que desafia atitudes tradicionais e levanta questões sobre a responsabilidade da prática de

cuidados de Enfermagem. O Modelo de Parceria de Cuidados defendidos por Casey e publicado em 1988 pela primeira vez descreve a enfermagem pediátrica como uma parceria negociada com a criança e a família, baseada no respeito pela experiência da família e nas suas necessidades e desejos. A filosofia baseia-se no princípio de que a família é quem mais se preocupa com a criança e estará disposta a partilhar os seus conhecimentos e experiências com o enfermeiro, para que juntos alcancem a satisfação das necessidades da criança.

É atualmente reconhecido que a participação parental é benéfica tanto para a criança como para a família e que o stress e ansiedade podem ser reduzidos significativamente se os pais acompanharem a criança durante o internamento, uma vez que esta se sente segura e confiante. Ao mesmo tempo desencadeia na família sentimentos positivos de utilidade, diminuindo assim a sensação de impotência perante a doença (Fernandes, 1998).

3 - A RELAÇÃO DE AJUDA – CIÊNCIA E ARTE DE CUIDAR NA PEDIATRIA

“A mão que se estende para tocar a do outro diz mais do que as palavras...”

PHANEUF, 2005)

Desde os nossos primórdios que encontramos referências ao cuidar, ao ajudar o outro, tendo por objetivo desenvolver as capacidades que facilitem a vida das pessoas, contudo durante milhares de anos o cuidar não pertenceu a um ofício ou a uma profissão, na enfermagem este cuidar teve o seu início com Florence Nightingale.

O Departamento dos Recursos Humanos da Saúde (1989) no ofício-circular nº 91.254 do plano de estudos para o curso de enfermagem na pag.4, referenciava os cuidados de enfermagem como sendo “um serviço destinado a ajudar o Homem na realização das atividades que contribuem para a manutenção a recuperação, a promoção de saúde, a aliviá-lo do sofrimento e a assisti-lo nas situações críticas relacionadas com a saúde e no período do fim da vida.”

Collière (1989) notificava que desde que surgisse a vida existiriam cuidados, pois era preciso “tomar conta” da vida para que ela pudesse permanecer, e esse tomar conta não mais era que cuidar do outro. Cuidar é intrínseco à própria natureza humana, sendo uma expressão dessa humanidade, tornando-se essencial para o desenvolvimento e realização da pessoa. Mais tarde Peplau (1992) defendeu que a essência da enfermagem está na relação que o enfermeiro estabelece com o seu cliente e dentro dessa relação é que acontecem os cuidados de enfermagem.

Ainda para a mesma autora, citado por Queirós (1999), a ação de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições de que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente. Por isso é a enfermagem reconhecida como uma profissão cujo centro está na inter-relação, entre o que presta assistência e o que recebe ajuda.

A relação de ajuda no contexto do cuidar é um elemento decisivo para que a enfermagem se apresente com as suas intervenções interdependentes e autónomas bem

fundamentadas tanto do ponto de vista científico e técnico como também nas dimensões relacionais e éticas (Queirós,1999).

Hesbeen (2000) menciona que “cuidar é uma arte”, é arte daquele que combina conhecimentos, destreza, saber ser, intuição, que permitem ajudar alguém na sua situação particular. O cuidar envolve as dimensões físicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais com conhecimentos científicos, humanístico e cognitivo.

No processo de cuidar, a relação de ajuda está descrita como um processo dinâmico que visa a promoção a manutenção ou a melhoria da saúde de uma pessoa, de um família ou de um grupo, as atividades são efetuadas numa relação de parceria com o cliente e no respeito das suas capacidades. No contexto profissional e segundo Chalifour (2008) a relação de ajuda consiste numa interacção particular entre duas pessoa, o interveniente e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e fazer, e comunica-o de forma verbal e não-verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), historicamente nasceu em meados dos anos 30 em Nova Iorque, a partir dos estudos e práticas de Carl Rogers. Algumas denominações foram sendo dadas, em seu período de desenvolvimento, até a denominação ACP que foi proposta pelo próprio Rogers na década de 1970, que se caracteriza, pela facilitação do desabafo através de uma escuta empática, não dando a resposta que o outro quer ouvir, mas dando condições para que ele encontre suas próprias respostas, pois cada indivíduo tem dentro de si recursos para a auto-compreensão, o que Rogers denominou de tendência atualizante (Rogers, 1997). O autor defendia que: "...os indivíduos têm dentro de si mesmos amplos recursos para alterarem o seu autoconceito, a sua atitude básica e seu comportamento auto-dirigido; esses recursos podem ser mobilizados se lhes for proporcionado um clima definido de atitudes psicológicas facilitadoras."

Na pediatria estas teorias mantêm o seu carácter de veracidade, apenas a abordagem é centrada na criança e na sua família, nunca descurando o processo de desenvolvimento em que se encontra a criança que temos perante nós. É desejável que os cuidados de enfermagem visem uma abordagem holística à criança e família (Diogo, 2001).

Facto que pressupõe inevitável e obrigatoriamente a aquisição de competências por parte dos enfermeiros, que se destacam como sendo um elo essencial na atenção aos aspetos passíveis de promover a satisfação da criança e dos pais, no contexto da equipa multidisciplinar.

3.1. O CUIDAR ESSÊNCIA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA

A história conta-nos que desde muito cedo os enfermeiros se interessaram e dedicaram ao cuidado das crianças (Quelhas 2009).

Atualmente, o foco de cuidados de saúde em pediatria não se reduz a uma perspectiva individual, abrangendo a criança saudável/doente, os pais ou outras pessoas significativas, e o respectivo contexto social e cultural, logo o cuidar da criança é também cuidar dos seus pais. Como está presente no documento emitido pela Ordem dos enfermeiros em 2003 "... os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue...procura-se também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida diária...frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente...as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas a toda a unidade familiar..."

Leininger (1991) defende que as pessoas/utentes, são capazes de orientar os enfermeiros para os cuidados de que necessitam, mas que é o enfermeiro enquanto profissional, que deve prestar estes cuidados personalizados, adequando-os à pessoa em causa, através da compreensão do seu mundo. Desta forma, as ações desenvolvidas pelo profissional de enfermagem são culturalmente congruentes e conseqüentemente têm maior probabilidade de aceitação, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados.

A conceção do cuidar, mesmo fazendo parte duma profissão instituída, tem evoluído e adquirido uma dimensão mais lata e os seus valores tem sido gradualmente interiorizados pelos enfermeiros. A riqueza e a essência do cuidar preconizado por Nightingale, perdeu-se ao longo dos tempos em favor da técnica e das muitas solicitações da sociedade moderna, para voltar com o aparecimento das Teorias e Modelos de Enfermagem, à sua vocação primitiva, desta vez mais enriquecida com os aportes relativos à época em que surge (Alves,2007).

Collière (1889, pg.155) afirma que "cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais." Cuidar é ter em conta o cuidado e quem cuida. Neste contexto, nós enfermeiros somos incentivados à utilização de estratégias de inter-relação e de comunicação com a criança e família, revestidas de elevada exigência e qualidade, determinantes no sucesso do atendimento (Festas, 2009).

O exercício de enfermagem, em geral, encontra-se ancorado em teorias que lhe dão significado, sustentam as práticas clínicas e refletem as mudanças políticas e sociais do seu tempo. Os cuidados de saúde têm como objetivo abrangente dar resposta às necessidades de saúde das pessoas, contribuindo para a construção de um projeto de vida e de saúde.

Para Monteiro (1998) "...prestar cuidados em pediatria é um trabalho complexo que pressupõe a aquisição de várias capacidades, o saber, o saber fazer e o saber ser. Só juntando estes saberes, podemos definir a enfermagem como uma ciência e uma arte que conjuga esforços no sentido de cuidar das crianças e famílias, sãs e doentes, ao longo da sua vida, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, assim como à sua reintegração tão completa quanto possível ao seu meio social".

Queirós (1999) revela que a enfermeira deve integrar na sua prática de cuidar em enfermagem, a relação de ajuda de uma forma efetiva, tornando-se necessário que esta desenvolva as suas capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais. No âmbito da hospitalização pediátrica, a relação condiciona o modo como a criança doente e a família interpretam o cuidar e as intenções do cuidar por parte dos enfermeiros. É através dessa relação que o enfermeiro conhece e compreende a pessoa, tornando-se ele mesmo um valor terapêutico para a criança/família (Jorge, 2000).

A necessidade de cuidar no domicílio é hoje uma realidade, devido às políticas que visam diminuir o tempo de internamento. Com efeito, na tentativa de evitar o internamento da criança, bem como o aumento da esperança de vida da criança com doença crónica, exige da comunidade uma resposta mais eficaz na assistência a estas crianças, essencialmente na preparação e acompanhamento dos pais, para que possam com conhecimento e em segurança, cuidar a sua criança em casa. Desta forma, os enfermeiros terão que se mostrar cientes e preparados para este cuidado da criança no seu ambiente familiar, tendo os pais como cuidadores de eleição a quem nos cabe apoiar (Festas, 2009).

Ao prestarmos cuidados personalizados, a pessoa que cuida entende os sentimentos do outro e reconhece a sua singularidade (Neil, 2004). Deste modo, o processo de parceria de cuidados entre enfermeiro e cliente vê-se reforçado, a união de sentimentos resultante da arte de cuidar, passa a ser transpessoal.

No entanto relembrando, o atributo de **competência**, e evocando Simone Roach (sd) os enfermeiros deverão continuar a cuidar a criança e família com **consciência, confiança, compaixão e compromisso**.

3.2. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICOS E A RELAÇÃO DE AJUDA

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

A interacção enfermeiro/criança/família é uma relação dinâmica e, como afirma Lazure (1994), o estar em relação com o outro engloba não só a presença física do enfermeiro perante o doente, mas também todo o seu ser. Isto é, o enfermeiro não se limita a representar um papel ou a executar uma tarefa, mas precisou provar ao doente a consciência penetrante do contacto com este último, que o enfermeiro convida, pelo seu alto nível de envolvimento, a prosseguir na procura de solução, respeitando o carácter único da sua personalidade.

Para Brammer (sd), citado por Lazure (1994) a relação de ajuda é aquela em que quem ajuda fornece ao cliente as condições de que ele necessita, para as suas necessidades fundamentais.

Phaneuf (1995) afirmava que quando se aplica a relação de ajuda aos cuidados de enfermagem estamos a conservar o seu carácter de respeito e confiança no Homem, assentando numa filosofia holística, que tem em conta todas as dimensões da pessoa.

Chalifour (2008), assente numa corrente humanista refere que relação de ajuda, consiste numa interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda.

É através da relação interpessoal que o ser humano consegue satisfazer algumas das suas necessidades fundamentais (confiança, protecção, autoestima, afirmação). Cada um sente necessidade de ser olhado e escutado, acolhido, compreendido e reconhecido na sua identidade e singularidade (Jorge, 2000).

A hospitalização da criança é uma situação particularmente crítica para o seu equilíbrio psicológico dada a sua fragilidade emocional e a sua dependência dos pais. Para muitos significa, separação da criança e da família, quebra nas actividades habituais, tratamentos dolorosos e sofrimento. As manifestações psicológicas que traduzem esta condição para os pais significam também uma quebra na organização do seu quotidiano (deslocações, despesas, faltas ao trabalho, ausência do lar...), tornando-os muitas vezes impotentes, experimentando sentimentos de medo, ansiedade e culpa (Fernandes, 1988).

Whaley e Wong, 1999 salientam que as reacções que as crianças têm perante as crises são influenciadas por vários factores tais como: a idade, o desenvolvimento, a experiência prévia com a doença, a separação e hospitalização, as habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas, a gravidade do diagnóstico e ainda o suporte disponível.

A criança sujeita a hospitalização sofre alterações a nível do desenvolvimento cognitivo, podendo bloquear temporariamente este processo, manifestando-se por dificuldades de adaptação e percepção distorcida da realidade. Lima (1994) afirma que isto acontece mais frequentemente quando a criança não pode utilizar o corpo, por se encontrar privada de exercitar, explorar e ou locomover-se.

Embora a tendência atual seja a de evitar a hospitalização recorrendo a estruturas intermédias, tal como hospital de dia e unidades de internamento de curta duração, reduzindo ao mínimo o tempo de hospitalização como preconizado através do artigo 1º da carta da criança hospitalizada (1988), são ainda encontradas algumas situações que tal não é possível. Tornando-se essencial o papel do enfermeiro, que perante a hospitalização de uma criança funciona como o membro da equipa que para além de prestar cuidados, é o elo de ligação entre a criança, pais e os outros elementos da equipa assistencial. Como tal a relação de ajuda é indissociável das intervenções de enfermagem de qualidade, e ela só é eficaz quando nós enfermeiros, interiorizamos que o outro possui recursos para resolver o seu problema, limitando-nos a orientar e a assistir no processo de resolução, permitindo desta forma que haja no outro um crescimento, desenvolvimento, maturidade, funcionamento e maior capacidade em enfrentar a vida (Lazure, 1994).

3.3. O MODELO DA RELAÇÃO DE AJUDA DE LENNARD-BARRET

A noção de relação de ajuda apareceu no seio da psicologia, tendo sido entretanto utilizada rapidamente noutras áreas como na educação, nas ciências humanas e como não poderia deixar de ser no seio dos cuidados de enfermagem (Jorge, 2000).

Como já foi referenciado é a Rogers, psicólogo humanista que centrou as suas intervenções no desenvolvimento do ser humano, durante o séc. XX, a quem devemos o impulsionar da relação de ajuda e da relação terapêutica, tendo-as definido como relações nas quais pelo menos uma das partes, procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. Este mesmo autor referencia como fatores mobilizadores de uma relação de ajuda, a confiança, a compreensão, os sentimentos de independência e a expressão aberta da relação interpessoal e de todo o seu conteúdo. Como negativos aponta a falta de interesse, atitudes de distância ou simpatia excessiva.

Barrett-Lennard, discípulo de Rogers, e membro honorário da Universidade de Murdoch na Austrália, considera que as condições da teoria em terapia, propostas por Rogers em 1957, são um ponto de partida e também um ponto culminante para a mudança terapêutica.

Este autor, criou um Inventário de Relações Interpessoais (BLRI) de forma a testar a teoria e medir as condições da relação do terapeuta com o cliente na prática. Deste instrumento fazem parte três dimensões, que são as condições essenciais na atitude do terapeuta de ajuda, propostas por Rogers (1985), *Compreensão empática, Congruência e Respeito Positivo Incondicional*, sendo que o autor considerando o conceito de Respeito Positivo Incondicional muito complexo como dimensão unitária, tratou-o cuidadosamente e separou-o em duas dimensões distintas que nomeou de *Nível de Respeito e Incondicionalidade*.

Este inventário (BLRI) da relação, com diferentes formatos de aplicabilidade (MO/OS versão de 40 ou 60 itens), desde a sua concepção em 1962 até aos dias de hoje tem sido estudado e aplicado em diferentes áreas do conhecimento, dando garantida da sua fiabilidade e validade através dos vários testes e revisões efetuados. É usado em diferentes áreas, estudando a relação enfermeiro/utente, relação professor/aluno, relação terapeuta/grupo e outras, avaliando a perceção da relação estabelecida, denominando-se versão **MO** quando a direção é cliente /terapeuta versão **OS**. A escala por nós selecionada para este estudo foi a OS-40 CH, pois esta escala foi estruturada de forma a poder ser aplicada a crianças (CH-children), da qual fazem parte a dimensão da *Empatia, Nível de Respeito, Congruência, e a Incondicionalidade de Respeito*.

➤ **Compreensão Empática** - é concebida como o grau em que uma pessoa está consciente do que acontece nesse momento ao outro internamente (Celis, 1998). A empatia é a chave de qualquer relação de ajuda é vista como uma forma básica de conhecimento, a qual requer uma auto abertura disciplinada aos sentimentos vividos e significados do outro (Barrett-Lennard, 2003, p.96). Qualitativamente a compreensão empática é um processo ativo que implica um desejo de conhecer o estado de consciência atual de uma outra pessoa e suas possíveis mudanças, em querer transcender - se a fim de perceber o sentido daquilo que outra pessoa comunica, traduz palavras e sinais em significados vivenciados que correspondem, a aspetos da consciência, que são em determinado momento (Barrett-Lennard, 1962). Para Ferreira (1995), ser empático significa penetrar no mundo percetual do outro e sentir-se totalmente à vontade dentro dele. Requer sensibilidade constante para com as mudanças que se verificam nesta pessoa em relação aos significados que ela percebe, ao medo, à raiva, à ternura, à confusão ou ao que quer que ela esteja a vivenciar. Significa viver temporariamente a sua vida, rever-se delicadamente dentro dela, sem julgar, perceber os significados que ela quase não percebe. Implica transmitir a maneira como sentimos o mundo dela, sem viés e sem medo dos aspectos que a pessoa teme. Significa frequentemente avaliar com ela a precisão do que sentimos.

Para Phaneuf (2005), a empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda, que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no

seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o conforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções.

Rogers (1974), referenciado pela mesma autora, considera que a empatia se manifesta por uma compreensão profunda que permite à enfermeira colocar-se no lugar da pessoa e de ver o mundo em função do seu quadro de referência, compreender a sua dificuldade, mas sem viver as suas emoções. Assim, a empatia refere-se a um sentimento profundo de compreensão do outro, quase sinónimo da própria relação de ajuda. A empatia é uma atitude que o enfermeiro deve desenvolver e manifestar, através da escuta, pois é a única via de acesso à compreensão dos clientes (Lazure, 1994).

A demonstração de empatia implica a compreensão da criança/família, com os seus pensamentos, emoções e necessidades, assim como a transmissão dessa compreensão. A mensagem verbal e não-verbal do enfermeiro, ao expressar a sua compreensão, é determinante para que a criança/família lhe reconheça preocupação em os compreender na sua situação problemática (...).

Em súpula, a empatia é algo que o enfermeiro oferece na relação e que constitui a chave para que os doentes compreendam as suas situações problemáticas e se sintam compreendidos nas mesmas. Barret-Lennard classifica-a como o 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).

➤ **Nível de Respeito** – (Celis,1998) refere como a tendência geral, em determinado período de tempo de demonstrar as reações afetivas de uma pessoa em relação a outra, meio pelo qual é possível tornar a relação calorosa e sublinhar a dignidade da pessoa.

Barrett-Lennard (1962) diz-nos que é a carga composta por todas as reações emocionais positivas ou negativas, de uma pessoa com relação a outra, numa dimensão abstrata. O extremo inferior dessa dimensão representa a predominância de intensidade máxima do sentimento de tipo negativo e não apenas a ausência do sentimento negativo ("*O nível global ou tendência da resposta afetiva de uma pessoa para outra*" ou "*o aspeto afetivo da resposta total de uma pessoa para outra, projetado num continuum positivo-para-negativo*") (Barrett-Lennard, 1986, p.440). Nível de respeito não se refere a uma característica interpessoal generalizada, mas a uma esfera e eixo de resposta experiente numa relação particular. Os elementos pertinentes de experiência são sentimentos

“positivos” e atitudes afetivas, sentimentos e atitudes “negativos”, por parte da pessoa cujo respeito está a ser considerado, para a outra pessoa Barrett-Lennard (1986, p.440).

No lado positivo, preocupamo-nos de vários modos com o cuidado caloroso, “sendo dirigido para”, não engloba sentimentos mais íntimos ou apaixonados, nem está unido a características de gostar ou não gostar particularmente do aparecimento ou comportamento da pessoa recetora.

No lado negativo, sentimentos como aversão extrema, com exceção do desprezo, ou raiva para o aspeto de ira, não é abordado. Nenhum item aponta para possíveis sentimentos que aludam a ter medo do outro.

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).

Chalifour (1989), considera o respeito como uma atitude pela qual o enfermeiro reconhece que a pessoa é única, isto é, ela é produto de caracteres genéticos únicos na sua espécie e que esses caracteres interagem de forma singular com o meio envolvente; por causa desta unicidade, só ela pode reconhecer o que é bom para ela. Nesse sentido, a pessoa tem competência para determinar uma linha de conduta adaptada às suas necessidades, aos seus desejos e às suas capacidades.

Respeitar o Ser Humano é, para Lazure (1994), acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória. Phaneuf (2005), define que respeitar a pessoa é acreditar profundamente que ela é única e que por causa da sua unicidade, só ela possui o potencial específico para aprender a viver de forma mais satisfatória para ela. Assim, o respeito é portanto mais do que manifestar-lhe estima, mais do que tratá-la com deferência e delicadeza, é acolhê-la tendo em conta a sua diferença, mostrando uma consideração pelas suas capacidades, pela sua experiência de vida ou por aquilo em que se tornou.

Em síntese, o respeito caloroso é manifestado pelo enfermeiro quando reconhece no doente um ser único, com capacidade para tomar as suas próprias decisões, confiando-lhe um valor inestimável associado a uma dignidade e respeito mútuo (Phaneuf, 1995).

➤ **Congruência** - Grau em que a primeira pessoa funciona integralmente no contexto da relação com a segunda não existindo por isso conflito ou inconsistência na experiência total, sendo a comunicação explícita (Celis, 1998). A congruência está intimamente ligada à

autenticidade, ou seja, uma pessoa autêntica manifesta um certo grau de congruência entre o que ela pensa, sente e exprime. A condição da definição usada e desenvolvida na construção do RI é: “o grau para qual a pessoa está funcionalmente integrada no contexto da sua relação com outro, tal que há ausência de conflito ou inconsistência entre a sua experiência total, a sua consciência, e a sua comunicação externa” (Barrett-Lennard, 1986, p.443).

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).

Segundo Chalifour (1993), é um estado de acordo interno entre o que o ajudante é realmente e o que ele comunica. Esta atitude exige um conhecimento de si muito elevado. Berger (1995), descreve a congruência como a capacidade que a enfermeira tem em ser ela própria durante a relação e em exprimir abertamente aquilo que está a viver e aquilo que sente. Phaneuf (2005), considera que esta competência é uma maneira de ser da enfermeira que manifesta uma certa consistência entre o que ela sente, o que ela pensa, o que ela diz e o que ela faz, e entre o seu comportamento verbal e o seu comportamento não-verbal. O enfermeiro determina uma concordância entre as suas emoções, os seus pensamentos e as suas acções, permitindo-lhe expor o que pensa de forma terapêutica com o objectivo de facultar uma tomada de consciência por parte do doente ou um progresso da relação que mantêm.

Lazure (1994), considera a congruência uma característica fulcral da pessoa emocionalmente sã, ou seja, refere-se à correspondência entre o que sentimos e o que exprimimos durante a relação de ajuda. A autora acrescenta ainda que o enfermeiro deve demonstrar autenticidade no que sente e comunica ao doente, deve ser espontâneo, exprimir-se com clareza, ajudando-o a evoluir e a reencontrar o seu verdadeiro eu. A viabilidade de se estabelecer uma relação de ajuda eficaz na interacção enfermeiro/criança/família está intimamente relacionada com a capacidade do enfermeiro ser congruente.

➤ **Incondicionalidade de Respeito** – grau de variabilidade que existe na resposta afetiva de um indivíduo em relação a outro. O Respeito que é fortemente incondicional é estável, no sentido que não é experienciado como variando com, ou dependendo de atributos particulares da pessoa que é respeitada Barrett-Lennard (2003).

Originalmente explicado no aspeto de “como pequeno ou quanta variabilidade há na resposta afetiva de uma pessoa para outra” Barrett-Lennard (1986, p.442). “O grau de constância de sentimento de respeito de uma pessoa para outra, comunica autoexperiências à primeira” (Barrett-Lennard, 1986, p. 442). Logo, numa relação casual ou superficial, o conceito não tem nenhum significado. O respeito deve ser constante e tão discreto que não seja revelado à outra pessoa, de forma a não ser percebido como um sentimento (Barrett-Lennard, 1986, p.442).

Se um cliente encontra um terapeuta empático e não crítico, mesmo nas maiores áreas conflituais da sua experiência interior, as atitudes “autocondicionadas” podem gradualmente acalmar e abrir-se, para permitir um eu total para a tomada de consciência (Rocha, 2004). Quando o respeito é incondicional é estável, não depende de capacidades particulares da pessoa que é respeitada (Rocha, 2008)

PARTÉ II METODOLOGIA

4-METODOLOGIA GERAL

Para Fortin (2009) a fase metodológica é aquela em que o investigador, define os meios que vai utilizar para realizar a investigação através de um desenho, que irá variar consoante o objetivo do estudo. O nosso desenho explorará a relação entre as variáveis sociodemográficas e a variável central.

Ao longo deste capítulo iremos procurar descrever de forma clara o percurso realizado durante este estudo de forma a possibilitar uma visão global e objetiva do mesmo.

4.1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Ao entendermos a Relação de Ajuda como condição para cuidar, reconhecemos a importância das competências relacionais e de ajuda que os enfermeiros em pediatria devem promover.

No quadro teórico de referência colocámos em evidência essa relação através das quatro dimensões da RA que nós utilizámos, assim como as variáveis socio demográficas da criança e dos pais, que pudessem de alguma forma influenciar as relações. Não podemos esquecer a questão do desenvolvimento infantil já que a amostra do nosso estudo corresponde a uma faixa etária muito específica.

Na profissão de enfermagem é necessário conciliar o cuidado holístico das crianças/jovens com as técnicas utilizadas e desenvolver comportamentos flexíveis de adaptação às crianças/famílias e às situações. Tal como refere Lopes (2006), a par dos “saberes” científico, técnico e ético, os enfermeiros têm de integrar na prática de cuidados um saber pessoal e estético, ou arte na enfermagem.

Do nosso envolvimento e cuidar em pediatria surgiu a vontade de saber se esta nossa preocupação e cuidado é visto pelos nossos utentes, crianças recetoras dos nossos cuidados, da mesma forma como a praticamos e sentimos. Emergindo a problemática:

Como percebem as crianças dos 6-10 anos, a “Relação de Ajuda” nas relações que estabelecem, com os enfermeiros que lhe prestam cuidados?

Em que medida as variáveis sociodemográficas da criança influenciam a Relação de Ajuda?

4.2. OBJECTIVOS

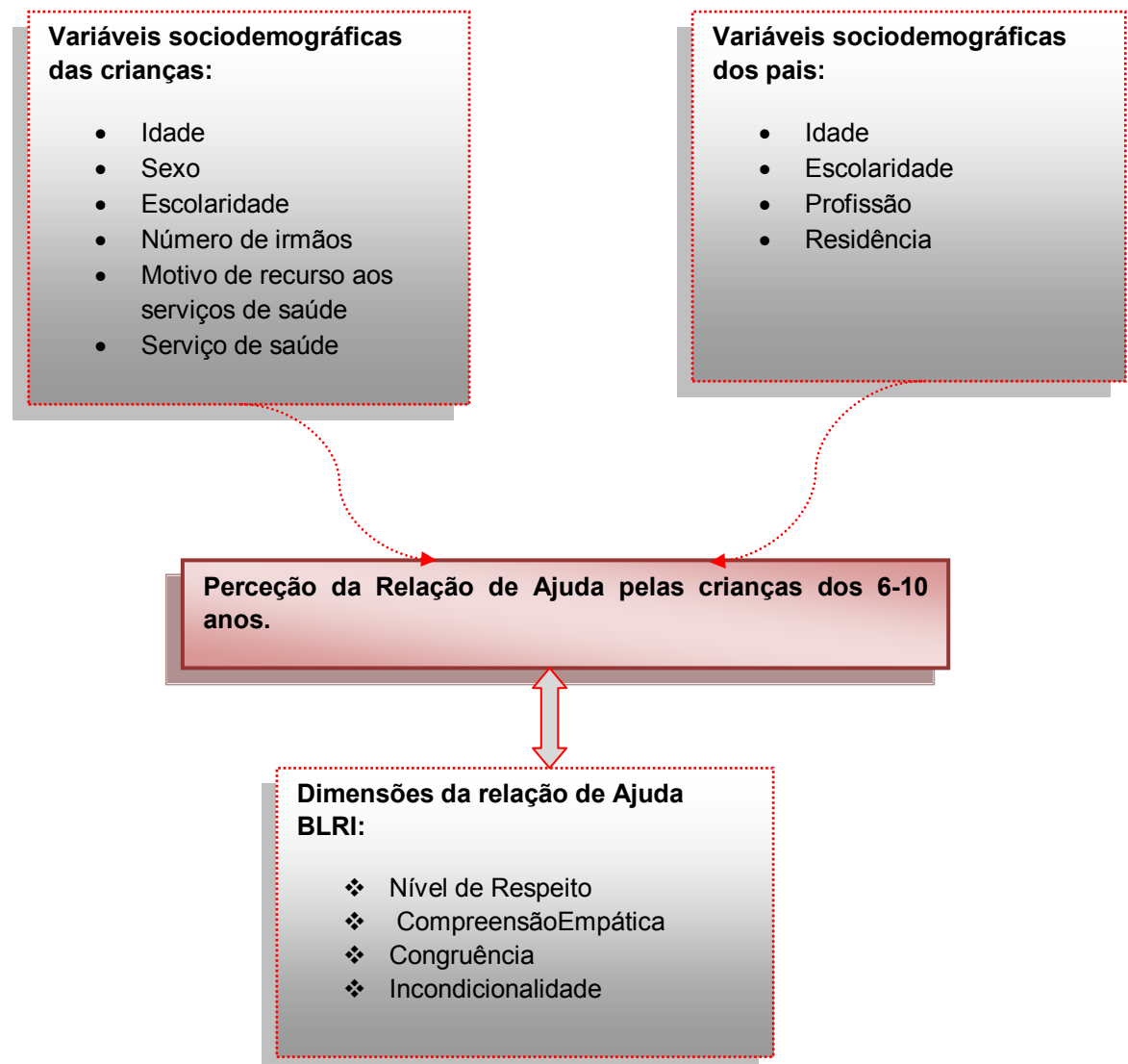
Após formulação do problema, devemos precisar a direção que pretendemos dar à investigação. Ao definirmos o objetivo somos conduzidos a precisar os conceitos que serão estudados, a população alvo e a informação que desejamos obter (Fortin,2009). De acordo com o projecto de investigação definimos os seguintes objetivos:

- Analisar a percepção de crianças dos 6 aos 10 anos, acerca da Relação de Ajuda estabelecida com o enfermeiro prestador de cuidados quer a nível hospitalar quer nas unidades de saúde familiar;
- Analisar a influência das variáveis sócio demográficas na relação de Ajuda com as crianças submetidas aos cuidados de enfermagem.
- Validar o inventário das relações de Barrett-Lennard para a população infantil portuguesa em estudo;

4.3. TIPO DE ESTUDO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo é de natureza quantitativa. O uso deste método, realça a regularidade, a repetibilidade dos factos e a objetividade na colheita de dados (Polit & Hungler, 1995), serão usados dados numéricos para a obtenção de informação. É também um estudo prospetivo dado que a colheita de dados tem início com o começo do estudo, transversal devido a só se realizar uma medição e descritivo-correlacional já que as variáveis vão ser estudadas e determinada a existência de relações entre elas, descrevendo essas mesmas relações.

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



4.4. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população estudada é designada como população alvo, por ser o conjunto de elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente, esta população é constituída por um grupo de pessoas com características comuns (Fortin, 2009). A nossa população são os utentes da USF Grão Vasco e Dom Duarte, assim como os utentes do Centro Hospitalar Tondela Viseu e do Hospital Infante Dom Pedro de Aveiro.

A amostra que representa a fração da população sobre a qual se faz o estudo (Fortin, 2009), é não probabilística por conveniência onde se consideraram todas as crianças entre os 6 e os 10 anos de idade, inscritas na USF Grão Vasco, USF Dom Duarte, que

recorreram aquelas unidades no período pré-estabelecido para a recolha de dados e todas as que se dirigiram à urgência pediátrica e serviço de pediatria do Hospital Infante Dom Pedro de Aveiro e/ou Centro Hospitalar Tondela Viseu, com necessidade de internamento superior a 24 horas. Cujo critério de inclusão foi saber ler e escrever, ter tutor a acompanhar e estarem em condições de preencher o inventário. No que se refere às Unidades de Saúde Familiar o critério de inclusão foi que o atendimento fosse efetuado pelo enfermeiro de família.

Como podemos constatar na Tabela 1, o número de participantes é reduzido relativamente ao preconizado por nós e ao número de questionários entregues, apenas 71 dos 220 foram preenchidos na sua totalidade e entregues. Sendo que a maior taxa de respostas foi das USF (46,7%) e a menor do Hospital de Viseu com 23%.

Tabela 1- Participantes no estudo

Questionários	USF	H. AVEIRO E.P.E	C.H.T.V. E.P.E	Total
Entregues	60	60	100	220
Recebidos	28	20	23	71
Taxa de Resposta	46,7%	33,3%	23%	0,32%

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, podemos verificar que os participantes no estudo tinham um mínimo de 6 anos de idade e um máximo de 10, sendo a média de idades de 8,35 para o sexo masculino e 8,58 para o feminino, apresentando um coeficiente de variação de dispersão média. Os valores de assimetria e curtose revelam curvas gaussianas e o teste de aderência à normalidade de kolmogorov Smirnov uma distribuição não normal. Para a amostra global os valores mínimos e máximos são de 6 e 10 anos respectivamente com uma média de idades de 8.46 e desvio padrão de 1.27 anos. Também para a amostra global o coeficiente de variação apresenta uma variabilidade moderada e distribuições gaussianas mas a amostra não tem distribuição normal.

Tabela 2 – Estatística da idade em função do sexo

Idade	Min.	Max.	Media	Dp	CV	K/erro	SK/erro	KS
Criança			\bar{X}					
Masculino	6	10	8,351	1,378	16,50	-1,416	-1,061	0,00
Feminino	6	10	8,588	1,157	14,47	-1,491	-0,371	0,00
Total	6	10	8,46	1,27	15,01	-1,81	-1,357	0,00

4.5. VARIÁVEIS

As variáveis são qualidades ou características às quais atribuímos valores (Fortin,2009). Assim definimos nesta investigação de acordo com os estudos efetuados uma variável dependente e algumas variáveis independentes.

❖ *Variável dependente* é aquela que sofre efeito da variável independente (Fortin 2009), definimos como tal a Relação de Ajuda e para a sua medição considerámos a metodologia preconizada por Barrett- Lennard (1986) que a classifica em 4 dimensões insertas no Inventários de Relações Interpessoais (BLRI) – *Nível de Respeito, Compreensão Empática, Incondicionalidade do Respeito e Congruência* – consideradas como subescalas. Tendo sido avaliadas quantitativamente através das instruções para o efeito, fornecidas pelo autor.

❖ *As variáveis independentes são:* os elementos introduzido com vista a exercer efeito sobre a outra variável (Fortin, 2009). Neste caso permite-nos conhecer a nossa amostra populacional, relativamente à respetiva situação escolar, faixa etária e sexo da criança, assim como escolaridade, morada e situação socioprofissional dos pais, e ainda qual o motivo de recurso aos serviços de saúde.

4.6. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

A escolha dos instrumentos de recolha de dados a usar no processo de investigação é determinada pelas questões de investigação e pelas definições conceptuais e operacionais dos conceitos em estudo (Fortin, 2009). Tratando-se de um estudo descritivo correlacional como é o nosso a mesma autora também aconselha a utilização de um questionário ou escalas de medida ou ainda testes normalizados.

Neste contexto, tendo em conta os objetivos a que nos propusemos, optámos pela utilização do Inventário de Relações Interpessoais de *Barrett-Lennard (Relationship Inventory* Forma OS – 40CH aplicado a esta faixa etária), onde no início do mesmo, aparece uma ficha de caracterização dos colaboradores(Anexo 2).

Esta ficha de caraterização é constituída por um conjunto de questões com a finalidade de obtermos informação acerca do sexo, idade, nº irmãos, escolaridade, motivo de recurso aos serviços de saúde e serviço a que recorreu a criança, no que concerne aos pais esta ficha dá-nos informação acerca da idade, profissão, residência e escolaridade dos mesmos.

O Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard (1986), pode ser aplicado em dois sentidos: no sentido MO (myself to the other) – que consegue extrair as "condições relacionais (...) na sua origem" ou no sentido OS (other to self) – que extrai as condições relacionais "baseadas nas percepções do cliente", sendo que, cada um deles, pode ainda ser utilizado em diferentes adaptações de 40 ou 64 itens e ainda em relações particulares como a relação enfermeiro/utente ou relações grupais ou familiares (Barrett-Lennard, 2003).

Obtivemos prévia autorização do autor (Anexo3), na pessoa da nossa orientadora Professora Doutora Amarílis Rocha, utilizámos a Forma OS-40 CH itens (*other to self 40 itens*) devido a ser a que melhor se adequa à nossa investigação.

A finalidade foi estudar a percepção que as crianças têm acerca da relação de ajuda estabelecida entre elas e os enfermeiros que as cuida.

Este instrumento, na forma de questionário, foi construído na sua origem para ser aplicado no âmbito da psicoterapia e tem vindo a ser utilizado como anteriormente referido na abordagem ao estudo das relações interpessoais em geral, e de relações terapêuticas ou de ajuda em particular, nomeadamente na prática de enfermagem e na área da educação.

A seleção do BLRI, neste estudo, foi motivada por o mesmo ter sido elaborado dentro do enquadramento teórico que adotámos. Como recomendado pelo autor Barrett-Lennard (Anexo 4) o inventário foi traduzido para português e retraduzido para inglês, procedendo-se à comparação das duas versões inglesas, não tendo estas apresentado diferenças. Fortin, (2009) refere que quando há tradução de instrumentos de medição, estes devem manter as propriedades metodológicas da versão original.

A percepção que a amostra tem relativamente às qualidades que estão presentes nas respostas obtidas, é-nos dada a partir da cotação atribuída a um conjunto de itens, organizado em número de dez por cada uma das quatro variáveis.

Em termos de definição operacional, para avaliar, "medir" a intensidade de atitudes ou sentimentos em relação ao fenómeno em estudo, que neste caso é a "percepção das crianças dos 6 aos 10 anos acerca da relação experienciada", temos afirmações organizadas em conjuntos de dez itens, com cinco afirmações ditas positivas e cinco negativas (Quadro1). Estas são apresentadas de forma dispersa no questionário, constituindo um total de quarenta afirmações, tendo sido mantida a mesma ordem na sua apresentação. Cada afirmação é respondida numa escala que é apresentada num contínuo de quatro níveis em que **+2** corresponde a sim, sentido como uma forte concordância e **-2** corresponde a não, como uma forte discordância. A fim de medir o nível de respeito, empatia, incondicionalidade e congruência, em relação às variáveis cada um dos colaboradores tem que situar-se relativamente a cada uma das declarações, num ponto dos quatro níveis apresentados. O *score* total da nossa escala pode variar entre **10 e 40** (a original varia de **-20 a +20**), para cada dimensão, já que os valores foram por nós tratados

de **1 a 4** em substituição do **-2 a +2**. Sendo o **1** o valor de forte discordância e o **4** 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.

Quadro 1- Forma OS- 40 (afirmações na negativa ou na positiva que corresponde a cada dimensão)

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

Granjeando determinar a fidelidade deste instrumento de medida procedemos ao estudo de consistência interna exploratória com a amostra em estudo, que revelou um valor de *Alfa de Cronbach global* de $\alpha = 0,801$, que consideramos como razoável. Gageiro (2005) apresenta a seguinte classificação:

- Alfa de Cronbach $<0,60$ - inadmissível
- $0,60 < \text{Alfa Cronbach} < 0,70$ - fraca
- $0,70 < \text{Alfa Cronbach} < 0,80$ - razoável
- $0,80 < \text{Alfa Cronbach} < 0,90$ - boa

Procuramos ainda determinar como os diferentes fatores ou domínios que constituem a relação de ajuda se correlacionam entre si e de acordo com os resultados obtidos, que apresentamos no Quadro 2, verificamos que as correlações entre as quatro subescalas são mais fortes entre as dimensões da congruência com o respeito ($r=0,492$) e da empatia com o respeito ($r=0,446$). As correlações mais baixas verificam-se entre a congruência com a incondicionalidade ($r=0,032$) e a congruência com a empatia ($r=0,0479$). De um modo geral podemos referir que as correlações são todas positivas sendo significativas entre empatia vs respeito, congruência vs respeito e congruência vs empatia, o que nos permite afirmar que quando aumenta os valores de uma das dimensões da relação de ajuda aumenta a outra com a qual se correlaciona.

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

	Respeito	Empatia	Incondicionalidade
Empatia	0,446***	--	
Incondicionalidade	0,122 n.s.	0,149 n.s.	--
Congruência	0,492***	0,0479***	0,032 n.s.

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

4.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E METODOLÓGICOS

Numa investigação, as considerações éticas são e sempre serão de consideração crítica. Quaisquer que sejam os aspetos a estudar, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa (Fortin,2009). O consentimento informado deve ser obtido e a colaboração dos participantes necessita ser voluntária, de forma a garantir o princípio de autonomia. Mais, impõe-se o dever de assegurar aos participantes que a confidencialidade e anonimato são respeitados (Beauchamp e Childress, 2002). Para os grupos vulneráveis, onde estão inseridas as crianças menores (menos de 18 anos) o *Enoncé de politique* citado por Fortin (2009) especifica que, no respeito pela dignidade humana, o consentimento deve ser dado por pais ou tutores.

Com base no que é defendido pelos autores apresentados, iniciou-se este percurso com a formalização por escrito do pedido de autorização às referidas instituições de saúde, CHTV,EPE; Hospital Infante dom Pedro de Aveiro; USF Grão Vasco; USF Dom Duarte; de forma a dar cumprimento a todas as questões logísticas essenciais à realização do presente estudo (Anexo,5,6,7,8).

Após termos recebido a autorização das instituições de saúde estabelecemos o contacto informal e personalizado com os elementos responsáveis das equipas, no sentido de os informar acerca do nosso estudo, esclarecer dúvidas e solicitar-lhes a colaboração, tendo sido a distribuição e recolha dos questionários efetuada pelo investigador, reforçando a ideia de confidencialidade dos dados e anonimato das informações obtidas.

Iniciámos a colheita de dados a 24 de janeiro na Pediatria e Urgência Pediátrica do CHTV, a 28 de fevereiro nas Unidades de Saúde Familiar Grão Vasco e Dom Duarte e 26 de março do presente ano no Hospital Infante Dom Pedro de Aveiro E.P.E., terminando a 31de março em todas as instituições de saúde

4.8. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Após colheita de dados, as respostas obtidas foram codificadas e introduzidas numa matriz de dados e tratadas em computador, utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20 para o Windows. O tratamento estatístico é o método mais adequado para interpretação dos dados obtidos em estudos quantitativos. Iniciámos com a colheita de dados e a análise dos questionários para verificar se havia alguns incompletos ou mal preenchidos de modo a serem eliminados. Para sistematizar e dar maior ênfase á informação recolhida procedemos á análise e interpretação dos resultados, através da análise estatística descritiva e análise inferencial.

Utilizou-se a estatística descritiva, destinada a caracterizar as informações obtidas da amostra, através da análise de frequências absolutas (N) e percentuais (%), e medidas de tendência central (médias e o limite mínimo e máximo), medidas de variabilidade ou dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação), medidas de assimetria e achatamento segundo o valor de Skewness e kurtose e os coeficientes como coeficiente de Alfa de Cronbach.

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

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

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

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

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

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

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

Teste Kruskal-Wallis – é uma extensão do teste T de Student que permite comparar mais de grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e

dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente ao teste Post Hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si.

Teste Kruskal-Wallis - é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, e é também uma alternativa o One – WayAnova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que são a normalidade e igualdade de variâncias. Este teste usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização;

Teste de Qui-Quadrado (χ^2) -para o estudo de relações entre variáveis nominais, aplicando-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence á região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja, os valores do teste pertencem á região crítica (Pestana, Gageiro 2005). Efetuaram-se também testes de Qui-quadrado com análise de residuais ajustados para identificação dos valores significativos, pois como referem Pestana e Gageiro (2005), os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as variáveis.

Para a análise inferencial utilizamos os seguintes níveis de significância Pestana e Gageiro (2005):

- $p \geq 0.05$ n.s. Diferença estatística não significativa
- $p < 0.05$ Diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ Diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ Diferença estatística altamente significativo

Coefficiente 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.

A apresentação dos dados foi feita através de tabelas de modo a facilitar a sua compreensão, com omissão das fontes em virtude de estes se referirem sempre ao presente estudo.

Relativamente ao BLRI, de acordo com as orientações de Barrett – Lennard, os dados foram organizados de acordo com 10 questões referentes a cada sub - escala (dimensão da RA) e as respetivas afirmações ditas “positivas” e “negativas”. Foi invertido o sentido das afirmações sugeridas pelo autor e o tratamento estatístico foi sempre efetuado com valores positivos, dado que o autor também sugeria essa possibilidade assim como a adição de uma constante¹. Desta forma deixámos de ter valores que se encontravam num *continuum* **-20 a 20**, para termos valores que se encontram entre **10 e 40**, sendo que quanto maior o valor maior é a importância atribuída pela criança a cada dimensão da relação de ajuda.

Assim procurámos realçar os resultados de maior significado e os que se relacionam com a pergunta de investigação.

¹ **For CH forms:** the answers are given in the form of plus and minus signs. These may be converted to numbers before or after entry into scoring table (with signs already reversed for the items in bold). Count ++ as 2, + as 1, - as -1, and – as -2. This yields a possible range of -20 to +20, **to which a constant can be added if is necessary to avoid negative scale score values.**

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Compreender que há outros pontos de vista

É o início da sabedoria.

CAMPBELL

Após a análise dos dados obtidos procedemos à discussão dos resultados, considerando os objetivos definidos para este estudo. Do conjunto de resultados são destacados os mais relevantes e, nesse sentido, procedemos à sua confrontação com o enquadramento teórico apresentado na parte I do trabalho e com resultados de outros estudos assim como com a experiência profissional, perspetivando desta forma novas propostas de intervenção.

Análise descritiva

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

Os elementos da nossa amostra foram divididos em dois grupos etários conforme incerto na tabela 3. Podemos verificar que o primeiro grupo é constituído pelas crianças com idade igual ou inferior a 8 anos, 17 são do sexo masculino (45,9%) e 14 são do sexo feminino (41,2%), num total de 31 crianças (43,7%). O segundo grupo é constituído pelas crianças com idade igual ou superior a 9 anos, com número igual (20) para ambos os sexos mas com percentagens diferentes 54,1% e 58,8% respetivamente dado que o total de participantes do sexo masculino difere do total do sexo feminino. Não existem diferenças significativas entre os grupos etários no que se refere ao sexo dos participantes ($X^2 = 0,164$ e $p = 0,656$).

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

Grupo idade/sexo	Masculino		Feminino		Total		X^2	p
	N	%	N	%	N	%		
<=8 Anos	17	45,9	14	41,2	31	43,7	0,164	0,686
>=9 Anos	20	54,1	20	58,8	40	56,3		
Total	37	100	34	100	71	100		

Outra das variáveis por nós trabalhadas foi o número de irmãos que cada criança possuía, verificamos conforme Tabela 4 que variava de 0 a 3 irmãos, 42,3% para aqueles

que apresentam apenas 1 irmão, 26,8% com dois irmãos, 21,1% sem irmãos e 9,9% com três irmãos, não existindo diferenças significativas entre o sexo da criança e o número de irmãos ($p=0.080$).

Relativamente à população Portuguesa, os dados da Pordata (2012) mostram que os agregados familiares europeus e nacionais mudaram entre 2005 e 2008, tendo aumentado o número de adultos que vive sozinho sem crianças, as famílias monoparentais e as famílias sem filhos, ao mesmo tempo que diminuiu o número de casais com filhos.

Tabela 4 - Distribuição do número de irmãos segundo o sexo dos elementos da amostra

Nº Irmãos	Masculino		Feminino.		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
0	9	24,3%	6	17,6	15	21,1	6,769	0,080
1	14	37,8%	16	47,1	30	42,3		
2	13	35,1%	6	17,6	19	26,8		
3	1	2,7%	6	17,6	7	9,9		
Total	37	100	34	100	71	100		

Ao analisarmos a distribuição da amostra por níveis de escolaridade verificamos que 32,4% frequenta o 3º ano de escolaridade, seguidos de 26,8% que frequenta o 4ºano, estando os restantes elementos repartidos com 15,5% no 2ºano, 14,1% no 5ºano e 11,3% no 1ºano. Não se encontra diferenças significativas entre o sexo da criança e o nível de escolaridade $p=0,152$ (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos elementos segundo o nível de escolaridade e o sexo

	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
1ºano	6	16,2	2	5,9	8	11,3	6,706	0,152
2ºano	7	18,9	4	11,8	11	15,5		
3ºano	9	24,3	14	41,2	23	32,4		
4ºano	12	32,4	7	20,6	19	26,8		
5ºano	3	8,1	7	20,6	10	14,1		
Total	37	100	34	100	71	100		

Em relação à idade dos pais apurámos que a idade mínima para ambos é de 24 anos, e a idade máxima é de 50 anos para as mães e 53 anos para os pais, com uma média de 37 anos para as mães e 39,11 anos para os pais. O desvio padrão oscila entre 5,09 para as mulheres e 6,09 para os homens. O CV apresenta dispersão fraca para a idade das mães e uma dispersão moderada para idade dos pais. Os valores de assimetria e curtose indiciam distribuição simétrica e mesocúrtica (cf. Tabela 6). Da nossa experiência podemos

comentar o fato das mulheres iniciarem a maternidade cada vez mais tarde, o que coincide com os valores médios para idade das mães acima dos 39,11anos.

Tabela 6 – Estatísticas da idade dos pais

Idade	Min.	Max.	\bar{X}	D_p	CV	K/erro	SK/erro	KS
Pais								
Mãe	24	50	37	5,09	13,75	0,616	0,547	0,200
Pai	24	53	39,11	6,09	15,57	0,155	0,187	0,200

Face a dispersão das idades dos pais foram constituídos grupos etários. Pela análise da tabela 7 e para o global da amostra verificamos que a idade das mães encontra-se maioritariamente no grupo \geq a 40 anos (28,2%), tendo os restantes grupos etários \leq 33 anos, para o grupo 34-36 anos e 37-39 anos a percentagem é igual 23,9%. Verifica-se que as mães das crianças do sexo masculino 29,7% têm idades inferiores ou iguais a 33 anos enquanto as mães das crianças sexo feminino tem idades compreendidas nos grupos etário 34-36 anos (29,4%) e \geq a 40 anos (29,4%), não se encontrando diferenças entre o sexo da criança e o grupo etário da mãe ($p=0,586$).

Tabela 7 – Distribuição por grupos etários de idade da mãe segundo o sexo da criança

Idade Mãe	Masculino		Feminino		Total		X^2	\hat{p}
	N	%	N	%	N	%		
\leq 33 Anos	11	29,7	6	17,6	17	23,9	1,936	0,586
34-36 Anos	7	18,9	10	29,4	17	23,9		
37-39 Anos	9	24,3	8	23,5	17	23,9		
\geq40 Anos	10	27,0	10	29,4	20	28,2		
Total	37	100	34	100	71	100		

Pela observação da tabela 8, podemos verificar que a idade dos pais se encontra maioritariamente na faixa etária dos 34-36 anos (31,3%), seguidos dos pais com mais de 40 anos (26,9%), os restantes grupos etários apresentam valores de 20,09%. Apurámos que maioritariamente os pais das crianças do sexo masculino têm idades entre os 34- 36 anos (32,4%) enquanto os pais das crianças sexo feminino tem idades superiores aos 40 anos (33,3%) seguidos da faixa etária dos 34-36 anos (30,3%). Podemos terminar afirmando que entre o sexo da criança e o grupo etário dos pais não existem diferenças ($p=0,684$).

Tabela 8- Distribuição por grupos etários da idade do pai segundo sexo da criança

Idade Pai	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
≤33 Anos	8	23,6	6	18,2	14	20,09	1,493	0,684
34-36 Anos	11	32,4	10	30,3	21	31,3		
37-39 Anos	8	23,5	6	18,2	14	20,9		
≥40 Anos	7	20,6	11	33,3	18	26,9		
Total	34	100	33	100	67	100		

No que respeita à residência familiar, notamos que da amostra 63,4% das crianças vivem em meio rural e 36,6% em meio urbano. Pertencendo ao meio rural 27 rapazes (73%) e 18 raparigas (52,9%) e ao meio urbano 10 rapazes (27%) e 16 raparigas (47,1%). Não existindo significância entre o sexo da criança e a residência urbana ou rural $p= 0,80$ (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição segundo a residência familiar e o sexo da criança

Residência	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Rural	27	73,0	18	52,9	45	63,4	3,063	0,80
Urbana	10	27,0	16	47,1	26	36,6		
Total	37	100	34	100	71	100		

Relativamente à escolaridade da mãe e para o global da amostra (N=70) verifica-se que a maioria (32,9%) tem o 1º ciclo do ensino básico, enquanto 28,6% completou o ensino superior, 25,7% tem o ensino secundário e 12,9% possui o 2º ciclo do ensino básico, não existindo diferenças significativas entre o sexo da criança e o grau de escolaridade materna (cf. Tabela 10).

Tabela 10- Distribuição dos níveis de escolaridade materna segundo sexo da criança

Escolaridade Materna	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
1ºciclo	8	22,2	15	44,1	23	32,9	4,877	0,181
2ºciclo	4	11,1	5	14,7	9	12,9		
Secundário	11	30,6	7	20,6	18	25,7		
Superior	13	36,1	7	20,6	20	28,6		
Total	36	100	34	100	70	100		

Relativamente á escolaridade paterna versus sexo da criança (Tabela11), podemos dizer que dos 67 pais 32,8% concluiu o 1ºciclo básico de escolaridade, 26,9% possuem o 2ºciclo, 22,4% tem o ensino secundário e 17,9% tem como escolaridade o ensino superior. Não se mostrando diferenças entre o nível de escolaridade e o sexo da criança, $p= 0.997$.

Tabela 11 – Distribuição do nível de escolaridade paterna segundo o sexo da criança

Escolaridade Paterna	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
1ºciclo	11	32,4	11	33,3	22	32,8	0,052	0,997
2ºciclo	9	26,5	9	27,3	18	26,9		
Secundário	8	23,5	7	21,2	15	22,4		
Superior	6	17,6	6	18,2	12	17,9		
Total	34	100	33	100	67	100		

Analizamos o grupo profissional tendo por base a Classificação Portuguesa das Profissões - 2010 "Grandes Grupos e Sub- Grandes Grupos" que se encontra descrita da seguinte forma:

0 – Membros das Forças Armadas;

1- Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos;

2- Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas;

3- Técnicos e Profissões de Nível Intermédio;

4- Pessoal Administrativo;

5- Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Segurança e Vendedores;

6- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas e da Floresta;

7- Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artes e Ofícios;

8- Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem;

9- Trabalhadores Não Qualificados;

Em relação ao grupo profissional dos pais das crianças por nós inquiridas constatámos que maioritariamente pertencem ao grupo 7 (25,4%) ou seja são trabalhadores qualificados da indústria, construção e artes e ofícios; 22,5% pertencem ao grupo 2 (Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas); 19,7% são do grupo 5 (Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Segurança e Vendedores); 14,1% cabem ao grupo 9 (Trabalhadores Não Qualificados) tendo sido incluído neste grupo os desempregados; 5,6% estão inseridos no grupo 8 (Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem); 4,2% pertencem ao grupo 3 (Técnicos e Profissões de Nível Intermédio); com uma percentagem de 2,8% temos o grupo 1 (Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos) e o grupo 6 (Agricultores e Trabalhadores

Qualificados da Agricultura e Pescas e da Floresta); minoritariamente com 1,4% estão os que pertencem ao grupo 0 (Membros das Forças Armadas) e ao grupo 4 (Pessoal Administrativo). Não se verificaram diferenças entre o sexo da criança e o grupo profissional dos pais ($p=0,506$).

Tabela 12 – Distribuição pelo grupo profissional a que pertencem os pais

Grupo Profissional	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Grupo 0	0	0,0	1	2,9	1	1,4	8,281	0,506
Grupo 1	1	2,7	1	2,9	2	2,8		
Grupo 2	9	24,3	7	20,6	16	22,5		
Grupo 3	3	8,1	0	0,0	3	4,2		
Grupo 4	1	2,7	0	0,0	1	1,4		
Grupo 5	9	24,3	5	14,7	14	19,7		
Grupo 6	1	2,7	1	2,9	2	2,8		
Grupo 7	6	16,2	12	35,3	18	25,4		
Grupo 8	2	5,4	2	5,9	4	5,6		
Grupo 9	5	13,5	5	14,7	10	14,1		
Total	37	100	34	100	71	100		

No que concerne ao motivo de recurso aos serviços de saúde (tabela 13), podemos dizer que para a nossa amostra recorreram aos serviços de saúde maioritariamente por doenças respiratórias e febre (35,2%), seguidos dos que sofreram quedas ou doenças cirúrgicas 32,4%, 28,2% dirigiram-se à consulta de rotina e vacinas, e 4,2% da amostra recorreu por vómitos e/ou gastroenterites. Entre as variáveis em estudo não se encontram significâncias estatísticas ($X^2=4,969$ e $p=0,174$).

Tabela 13 – Distribuição segundo o motivo de recurso aos serviços de saúde segundo o sexo

Motivo	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Doença respiratória e febre	10	27,0	15	33,3	25	35,2	4,969	0,174
Quedas e doença cirúrgica	14	37,8	9	26,5	23	32,4		
Vómitos Gea	3	8,1	0	0,0	3	4,2		
C. Rotina e vacinas	10	27,0	10	29,4	20	28,2		
Total	37	100	34	100	71	100		

Relação de Ajuda

Face aos resultados relativos às **dimensões da relação de ajuda** verificamos que a dimensão do *Respeito* apresenta valores que oscilam entre 19 e 40 com uma média de 32,28 o dp é de 4,208 e CV é de dispersão fraca com achatamento mesocúrtico e SK/erro simétrico; Para a dimensão *Empatia* o mínimo atribuído encontra-se no 20 e o máximo no 38, com uma média de 30,90 também com coeficiente de variação de dispersão fraca e medidas de assimetria simétricas e mesocurticas; A *Incondicionalidade* tem valores a oscilar entre 23 e 39 com média a rondar os 29,57 apresentando CV de dispersão média e assimetria Skewness assimétrica positiva leptocurtica; A nível da *Congruência* temos como valor mínimo 17 e máximo de 36 com uma média de 28,5 a dispersão é fraca e a assimetria curtose é simétrica e mesocúrtica (cf. Tabela 14).

Em relação ao significado dos resultados para cada dimensão de Relação de Ajuda vivenciada pelos colaboradores do nosso estudo, recorrendo às definições destas dimensões propostas por Barrett-Lennard (1986; 2003), consideramos que o *nível de respeito*, variando entre 19 e 40, revela a existência de sentimentos e atitudes globalmente positivos das nossas crianças para com as pessoas que as cuidaram; comparando os resultados por nós encontrados com os de outros estudos apresentados pelo autor, podemos constatar que também no nosso estudo não foram usadas as pontuações mais baixas na dimensão *nível de respeito*. No entanto, a pontuação máxima é atingida, o que é referido pelo autor como acontecendo muito raramente (Rocha,2004).

A *compreensão empática*, situando-se entre 20 e 38, sendo considerada como uma forma básica de conhecimento que requer “auto abertura disciplinada com os sentimentos vividos e significados do outro”, revela um grau de compromisso, compreensão da comunicação e seus significados que consideramos bom já que o score mínimo se encontra bastante afastado do mínimo possível e o score máximo relativamente perto do máximo esperado. Barrett- Lennard (1986) refere que níveis mais altos de *empatia* tendem a acompanhar níveis relativamente altos de *respeito* e de *congruência* e raramente estão associados a baixa *incondicionalidade*, o que se revela compatível com os resultados por nós obtidos.

Também a *congruência*, apresenta valores entre 23 e 39 podendo ser considerada boa na medida do “*grau em que uma pessoa está funcionalmente integrada no contexto da sua relação com o outro, tal que há ausência de conflito ou inconsistência entre a sua experiência total, a sua consistência e a sua comunicação externa*” (Barrett-Lennard, 1986, p.444).

Já a *incondicionalidade do respeito*, que apresenta scores entre 17 e 36, sendo definida como o grau de constância de sentimento de respeito de uma pessoa para outra que comunica auto-experiências à primeira. Barrett-Lennard (1986) considera que na

maioria das relações passageiras, as expectativas dos que respondem às questões da *incondicionalidade* recaem na forma como os outros responderiam e estariam numa relação “face a face” e constituem uma grande parte de respostas a esta sub-escala.

Tabela 14 – Estatística das dimensões da relação de ajuda

	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	CV(%)	K/erro	SK/erro	KS
Respeito	19,0	40,0	32,228	4,208	13,06	1,432	-1,77	0,045
Empatia	20,0	38,0	30,971	3,718	12,00	0,660	-0,72	0,07
Incondicionalidade	23,00	39,00	29,557	5,754	19,46	56,5	16,56	0'00
Congruência	17,00	36,00	28,50	3,98	13,9	-0,36	-0,94	0,010

Análise Inferencial

A análise inferencial procura dar resposta às questões de investigação através da relação estabelecida entre as variáveis em estudo.

Relação entre sexo e relação de ajuda

Por forma a verificar se existiam relações entre o **sexo** da criança e as dimensões da relação de ajuda realizou-se um teste t para amostras independentes. São as meninas que apresentam valores mais elevados para o respeito ($\bar{X} = 32,87$), para a empatia ($\bar{X} = 31,51$) e para a congruência ($\bar{X} = 28,18$), e os rapazes melhores médias a nível da incondicionalidade ($\bar{X} = 30,10$), como podemos pela tabela 15. Assumindo igualdade de variâncias pelo teste de Levene verificamos pelo teste t que não se encontram significâncias estatísticas, ou seja o sexo é independente da relação de ajuda.

Rocha (2004) obteve resultados idênticos aos encontrados no nosso estudo descrevendo que havia uma tendência para todas as dimensões da relação de ajuda serem mais elevadas no sexo feminino, apesar dos testes de homogeneidade de variância não serem estatisticamente significativos.

Tabela 15 – Test T entre as dimensões da relação de ajuda e o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Levene's h	t	p
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp			
Respeito	31,648	5,03	32,878	2,976	0,768	-1,615	0,111
Empatia	30,486	4,018	31,515	3,327	0,606	-1,124	0,265
Incondicionalidade	30,108	7,294	28,939	3,287	0,316	0,858	0,394
Congruência	27,351	4,131	28,181	3,827	0,516	-0,869	0,388

Relação de ajuda e idade

A fim de verificar se a **idade** da criança influencia na percepção das diferentes dimensões da relação de ajuda foi também realizado um teste t, tendo-se verificado que não existem diferenças significativas. Apesar de as crianças com idade \leq a 8 anos serem as que apresentam maiores níveis de respeito (\bar{X} =33,70) e congruência (\bar{X} =28,43), enquanto que as com idades \geq 9 apresentam valores elevados para a empatia (\bar{X} =31,0) e a Incondicionalidade (\bar{X} =30,45), cf. Tabela 16, as diferenças não são significativas, assumindo o teste de Levene igualdade de variâncias.

Num trabalho qualitativo realizado na Finlândia por Pelander, Leino-kilpie Katajisto (2007) sobre “O Afecto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico” – perspectivas de crianças, revelaram que crianças de ambos os géneros e de todas as idades valorizaram os enfermeiros que interagiram com eles.

A criança sujeita a hospitalização sofre alterações a nível do desenvolvimento cognitivo, podendo bloquear temporariamente este processo, manifestando-se por dificuldades de adaptação e percepção distorcida da realidade. Lima (1994) afirma que isto acontece mais frequentemente quando a criança não pode utilizar o corpo, por se encontrar privada de exercitar, explorar e ou locomover-se. Embora a tendência atual seja a de evitar a hospitalização recorrendo a estruturas intermédias.

Watson (2009) refere que atitudes como *loving kindness*, compaixão, presença afetuosa genuína, abertura de espírito, dadiva de afeto e estar recetivo ao outro configuram-se como dimensões do ser profissional de enfermagem. Este **afecto** (caring) surge como estratégia no estabelecimento da relação terapêutica e promove cuidados humanizados e centrados nas reais necessidades da criança, à luz daquilo que é entendido como o cuidar humano (Watson, 2002), privilegiando as relações humanas e o ambiente em que esta se insere, na medida em que estes contribuem positivamente para a saúde das pessoas.

Tabela 16 – Test T entre as dimensões da relação de ajuda e a idade

Grupo Etário	≤ 8 Anos		≥ 9 Anos		Levene's	t	β
	\bar{X}	D_p	\bar{X}	D_p	h		
Respeito	33,709	8,116	32,00	3,679	0,106	1,186	0,240
Empatia	30,903	4,093	31,00	3,404	0,670	-0,109	0,914
Incondicionalidade	28,387	3,412	30,450	6,909	0,442	-1,523	0,132
Congruência	28,433	4,166	27,225	3,812	0,734	1,261	0,212

Relação entre número de irmãos e relação de ajuda

Procurando saber se o **número de irmãos** influenciava as pontuações das diferentes dimensões da relação de ajuda realizou-se um teste Kruskal-Wallis, tendo-se observado que são as crianças sem irmãos que apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões (Respeito OM= 38,5; Empatia OM= 40,93; Incondicionalidade OM= 38,13; Congruência OM=43,33), seguidos dos que tem só um irmão, por último aparecem os que tem 2 irmãos ou mais verificando-se que neste último grupo as ordenações médias para a incondicionalidade (OM =35,63) e congruência (OM = 34,85) são mais elevadas em relação ao grupo dos que só tem um irmão, embora no todo não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela17).

Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e o número de irmãos

Nº de irmãos	Sem Irmãos	Um Irmão	≥ 2 Irmãos	X ²	β
	OM	OM	OM		
Respeito	38,50	37,87	32,40	1,268	0,530
Empatia	40,93	37,38	31,56	2,225	0,329
Incondicionalidade	38,13	35,25	35,63	0,211	0,900
Congruência	43,33	32,03	34,85	3,128	0,209

Relação entre nível de escolaridade e relação de ajuda

Confrontando agora as dimensões da relação de ajuda com o **nível de escolaridade** das criança e após realização do teste de Kruskal-Wallis para o cruzamento destas variáveis, podemos dizer que apesar de não existirem relações estatisticamente significativas, na dimensão nível de *respeito* as OM mais elevadas são nas crianças que frequentam o 3º ano de escolaridade (38,50) e as mais baixas nos que frequentam o 2ºano (33,09), na dimensão da *empatia* as ordenações mais elevadas são as das crianças que frequentam o 5º ano (OM=42,25) e as mais baixas correspondem aos que estão no 2ºano, já para a dimensão da *incondicionalidade* o valor mais alto está nos alunos do 4ºano (OM =42,32) e o mínimo nos do 1ºano (OM=19,75), para a *congruência* temos a ordenação média maior nos alunos do 1ºano (OM=46,5) e a menor nos do 2º ano (OM= 28,36).

Nos trabalhos existentes e consultados não encontramos esta variável trabalhada ou discutida embora nos pareça pela nossa revisão bibliográfica, que à medida que se dá o amadurecimento das estruturas neuro sensoriais e se processa o desenvolvimento infantil, maior será o entendimento da criança sobre diferentes assuntos, dado que neste estágio das **operações concretas** no que diz respeito à resolução de problemas, as crianças

conseguem ter em conta múltiplos aspetos de uma situação, o que também se traduz num aumento da capacidade de compreender o ponto de vista dos outros, ajudando assim numa comunicação mais eficaz (Piaget, 1971). Daí as ordenações médias das dimensões serem mais elevadas nos ciclos de estudo mais avançados.

Tabela 18 – Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e a escolaridade da criança

Escolaridade	1ºANO	2ºANO	3ºANO	4ºANO	5ºANO	X ²	p
	OM	OM	OM	OM	OM		
Respeito	37,19	33,09	38,54	34,26	35,70	0,739	0,946
Empatia	37,5	30,59	34,87	36,58	42,25	1,822	0,768
Incondicionalidade	19,75	36,00	34,02	42,32	41,55	7,776	0,100
Congruência	46,5	28,36	39,59	28,71	38,45	6,988	0,137

Relação entre área de residência relação de ajuda

Comparando agora os resultados obtidos nas diferentes dimensões da Relação de Ajuda segundo a **área de residência** (cf. Tabela19), verificamos que são as crianças do meio urbano que apresentam valores de ordenações médias mais altos para o nível da congruência (OM=44,33) da empatia (OM= 42,90) e da incondicionalidade (OM= 37,19). Em relação ao nível de respeito são as crianças do meio rural que apresentam score mais elevado (OM= 36,16). Contudo as diferenças só são estatisticamente significativas ao nível da empatia (p=0,031) e da congruência (p=0,005). O que comprova a relação de dependência entre esta variável e de independência em relação às restantes.

Segundo Moisés Espírito Santo (2000), a comunidade rural é dotada de um “*Unanimismo*, isto é, pretensão de unanimidade, de acordo ou de consenso quanto aos valores, aos hábitos e aos gostos (“somos todos iguais”) que é uma forma de igualitarismo e, também, de totalitarismo”, que de certa forma nos faz pensar se os valores mais elevados a nível da dimensão de respeito no meio rural não terão de ver com este facto cultural. Por sua vez a cidade (meio urbano) há aceitação da mudança com maior facilidade do que o meio rural, no entanto, não podemos ignorar que, essa mudança insere-se na continuidade de um substrato cultural ancestral. A cidade constitui-se como um ponto forte de ideias, saberes e produções simbólicas. É nela que se manipula o saber, se criam ideologias, tecnologias, modas, novidades e se faz ciência para exportar.

Tabela 19 – Teste de Mann-Whitney entre as dimensões da relação de ajuda e a residência

Residência	Rural	Urbano	UMW	P
	OM	OM		
Nível de respeito	36,16	35,73	578,00	0,933
Empatia	32,01	42,90	405,5	0,031
Incondicionalidade	35,31	37,19	554,0	0,710
Congruência	30,28	44,33	342,5	0,005

Relação entre serviço de saúde e relação de ajuda

De seguida procurámos saber se existiam diferenças no que diz respeito às dimensões da relação de ajuda e ao **serviço** envolvido na prestação de cuidados à criança, realizando para tal um teste de Kruskal-Wallis. Apurámos que não existiam diferenças significativas, todavia o Hospital de Aveiro apresenta valores de ordenação média mais elevados no que respeita à dimensão da Empatia (OM=44,85) e da congruência (OM=40,08); enquanto que o Hospital de Viseu tem ordenações médias mais elevadas para a dimensão nível de Respeito (OM=38,20) e as Unidades de Saúde Familiar possuem como valor mais elevado na dimensão da incondicionalidade com OM= 37,70 (cf. Tabela 20).

Podemos mencionar que talvez a existência de legislação específica sobre as competências do enfermeiro, que o definem como aquele que trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento N°123/2011), levaram a que houvesse uniformização de procedimentos, parecendo-nos que talvez por isso, não exista discrepância no atendimento às crianças nos diferentes serviços de saúde a que a criança recorreu, não se revelando assim disparidade nas ordenações médias para as diferentes dimensões da relação de ajuda.

Assim como o facto de os enfermeiros serem incentivados à utilização de estratégias de inter-relação e de comunicação com a criança e família, revestidas de elevada exigência e qualidade, determinantes no sucesso do atendimento (Festas, 2009).

Tabela 20 - Teste de Kruskal-Wallis para a relação de ajuda nos diferentes serviços de saúde

Serviços de saúde	Hospital Aveiro	Hospital Viseu	USF	X ²	p
	OM	OM	OM		
Respeito	35,63	38,20	34,46	0,426	0,808
Empatia	44,85	34,78	30,68	5,692	0,058
Incondicionalidade	36,05	34,61	37,70	0,188	0,910
Congruência	40,08	37,70	30,50	2,995	0,224

Relação entre motivo de ida aos serviços de saúde e relação de ajuda

Por fim procurámos saber de que forma o **motivo de ida aos serviços de saúde** influenciava as dimensões da relação de ajuda. Para tal realizámos um teste de Kruskal-Wallis e verificámos que em todas as dimensões as ordenações médias eram mais elevadas

quando a causa de ida aos serviços de saúde estava relacionada com vômitos e/ou gastroenterites. O nível de *respeito* mais baixo verifica-se quando o motivo de ida aos serviços de saúde é por quedas ou doenças cirúrgicas com OM=29,17. O nível de *empatia* e *congruência* mais baixo regista-se quando as crianças vão às consultas de rotina e vacinas com OM=31,68 e OM=24,16, respetivamente para cada uma das dimensões. Podemos afirmar que o motivo de ida aos serviços de saúde tem influência nas várias dimensões da relação de ajuda (cf. Tabela 21). Sendo as diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões, exceto para a incondicionalidade ($p=0,107$).

Whaley e Wong (1999) salientam que as reações que as crianças têm perante as crises são influenciadas por vários fatores tais como: a idade, o desenvolvimento, a experiência prévia com a doença, a separação e hospitalização, as habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas, a gravidade do diagnóstico e ainda o suporte disponível. Podendo talvez desta forma explicar a discrepância entre as dimensões da relação e o motivo de ida aos serviços de saúde.

Tabela 21 – Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da relação de ajuda e o motivo de ida aos serviços de saúde

Motivo de recurso aos serviços de saúde	Dças respiratórias febre	Quedas Dças cirúrgica	Vômitos GEA	Rotina Vacinas	X ²	p
	OM	OM	OM			
Respeito	36,28	29,17	68,67	38,60	10,461	0,015
Empatia	37,46	33,91	68,67	31,68	8,869	0,031
Incondicionalidade	37,38	32,78	63,00	33,93	6,087	0,107
Congruência	39,88	37,48	55,67	24,16	10,348	0,016

Ao apresentarmos a análise e discussão dos dados por nós encontrados deparámo-nos com a questão de raridade senão nulidade de estudos deste cariz. Mas como profere Ramalho (2005), o escasso número de artigos ou estudos alusivos a determinado tema não representa um obstáculo à investigação. Contrariamente, revela e reafirma a necessidade acrescida de exploração da temática em estudo, permitindo a identificação de zonas de disponibilidade heurística e as suas futuras oportunidades de desenvolvimento.

6- CONCLUSÃO

“A verdadeira viagem de descobrimento consiste não em procurar novas paisagens, mas em possuir novos olhos.”

(Marcel Proust)

Este capítulo conclusivo destina-se a proporcionar um ponto de reflexão sobre o estudo da Relação de Ajuda e a percepção de crianças dos 6 aos 10 anos acerca da relação com os enfermeiros, recuperando alguns aspetos da realidade revelada pelos dados considerados importantes nesta investigação.

Este estudo tinha como premissa analisar qual percepção das crianças sobre relação de ajuda em enfermagem pediátrica, assim como verificar como se comportavam as variáveis sociodemográficas da criança/família quando em comparação com as dimensões da relação de ajuda (nível de respeito, compreensão empática, congruência e incondicionalidade) definidas por Barrett- Lennard.

Procurámos refletir sobre a realidade da relação de ajuda através da expressão das crianças e das famílias de quem cuidamos, nos diferentes serviços de saúde. Verificámos que o ato de ajudar impõe exigências, como dar do nosso tempo, dar da nossa competência, dar do nosso saber, dar do nosso interesse, dar da nossa capacidade de escuta e compreensão. Como defendia Lazure em 1994 a relação de ajuda não pode ser dissociada das intervenções de enfermagem, visto que cuidar é ajudar e ao fazê-lo estamos a dar um pouco de nós.

Em pediatria não podemos descurar premissas tão simples como o afeto, pois este influencia favoravelmente múltiplos aspetos do cuidar, não se cingindo ao momento da ação/interação particular, mas promovendo o bem-estar nas crianças em múltiplas situações de contato com os enfermeiros.

Apresentaremos agora alguns dos contributos deste estudo para o conhecimento, com vista ao desenvolvimento de competências relacionais de ajuda como condição essencial à prestação de cuidados de enfermagem. Recordamos que foi nosso intuito procurar conhecer o tema aprofundadamente para que a nossa ação fosse desenvolvida com competência e respeito, em prol daqueles de quem cuidamos.

Da investigação efetuada pretendemos neste capítulo evidenciar os resultados mais significativos e que nos permitiram tirar algumas conclusões:

- ♣ O instrumento de colheita de dados utilizado por nós, apesar de nunca ter sido usado antes em pediatria para analisar a relação criança /enfermeiro, mostrou-se fiável com alfa Cronbach global = 0,801.
- ♣ Das 71 crianças inquiridas 37 eram do sexo masculino e 34 do sexo feminino, com idade compreendida entre os 6-10 anos e rondando a média os 8,46 anos.
- ♣ A maioria das crianças tinha 1 irmão (42,3%) seguidos dos que tinham 2 e nenhum respetivamente, apenas 7 crianças (9,9%) tinham 3 irmãos.
- ♣ A escolaridade da criança oscilava entre o 1º e 5º ano, concentrando- se o maior número de crianças no 3ºano (32,4%) e no 4ºano (26,8%). No que diz respeito a área de residência 45 crianças (63,4%) viviam em meio rural e 26 (36,6%) moravam em meio urbano.
- ♣ No global, a média de idades dos pais era de 37 anos para a mãe e 39,11 anos para o pai, sendo o grupo etário mais representativo da mãe o ≥ 40 anos e do pai o dos 34-36 anos.
- ♣ No que diz respeito à escolaridade paterna, 23 mães tinham concluído o 1º ciclo (32,9%) e 28,2% o ensino superior, quanto aos pais tinham maioritariamente o 1º ciclo (32,8%) seguidos dos que tinham o 2º ciclo (26,9%), apenas 6 (17,9%) concluíram o ensino superior.
- ♣ Quanto à distribuição segundo o grupo profissional dos pais a maioria (25,4%) pertence ao grupo 7 que corresponde aos trabalhadores não qualificados da indústria, com 22,5% encontram-se os que pertencem as atividades intelectuais e científicas, com menor número estão os que pertencem ao grupo das forças armadas (1,4%).
- ♣ O local de saúde a que recorreu o maior número da nossa amostra 39,4% foi às USF, seguidos dos que foram ao H. Viseu (32,4%), apenas 28,2% das crianças recorreram ao H. Aveiro. Sendo o motivo de saúde com score mais elevado o das doenças respiratórias e febre (35,2%) e o mais baixo o dos vómitos e GEA (4,2%).

Em resposta às questões e objetivos de investigação apurou-se que:

- Pela análise das quatro dimensões da Relação de Ajuda, os valores médios mais elevados foram atribuídos às dimensões de respeito (32,22) e empatia (30,90) e o mais baixo para a congruência (28,60).
- No que respeita a existência de relação entre o sexo, idade da criança e a perceção da relação de ajuda não se verificaram diferenças significativas, apesar de serem as

meninas que atribuíram valores mais elevados nas dimensões do respeito e da empatia, assim como as que pertencem à faixa etária ≥ 9 anos.

- Quanto ao número de irmãos, foram as crianças que não têm irmãos que pontuaram com ordenações médias mais elevadas as dimensões da relação de ajuda.
- Ao estabelecer relação entre a escolaridade da criança e as 4 dimensões da relação de ajuda, podemos verificar que quanto maior o nível de escolaridade maior o valor atribuído às dimensões da relação, embora não sendo estatisticamente significativo.
- Para a área de residência encontramos relação estatisticamente significativa, nas dimensões da empatia e da congruência para os que moram em meio urbano. Sendo o respeito mais elevado para os que moram no meio rural mas sem diferença estatisticamente significativa.
- Para recurso aos diferentes serviços não se verificaram diferenças no que respeita à perceção e ao valor atribuído às dimensões. Embora para o motivo de recurso tenhamos diferenças estatisticamente significativas, quando recorrem por vómitos e/ou GEA (gastroenterite aguda) atribuem significado a todas as dimensões menos à incondicionalidade; quando recorrem por queda ou doença cirúrgica a dimensão com valor mais baixo é o respeito; para vacinas e consulta de rotina a dimensão menos pontuada é a empatia e a congruência.

Os resultados desta pesquisa respondem em parte às questões proeminentes de debate científico, pois são parcas quanto aos aspetos éticos e dos limites da relação de cuidados. A temática da relação de ajuda em pediatria está pouco explorada na investigação, estando normalmente associada a outros conceitos. Propomos o incremento de estudos de diferentes abordagens metodológicas sobre a temática, no sentido de consolidar a evidência científica.

Limitações do estudo:

Este trabalho apresentou contudo algumas limitações, das quais salientamos o facto de não ter sido possível uma participação mais alargada de crianças, o que determinou a necessidade de alargamento do tempo necessário à recolha de informação, pois a faixa etária em causa, recorre aos serviços de saúde apenas em situações agudas especiais, ou para consulta de rotina, dado tratar-se de um período da vida da criança em que esta apresenta um menor número de situações de doença, comparativamente com as outras faixas etárias. Verificámos também que crianças com 6 e 7 anos apresentaram alguma dificuldade na leitura e interpretação de questões, assim como, cansaço fácil no preenchimento do questionário com conseqüente abandono, existindo por vezes necessidade recorrer à colaboração dos pais.

Consideramos também o facto de a amostra ser de carácter não aleatório, fez com que subsistissem dificuldades na determinação de relações causais entre as variáveis.

Como limitações decorrentes do tipo de Instrumento de recolha de informação consideram-se as subjacentes à utilização de um questionário relativamente extenso, considerando a idade e o estado de espírito das crianças doentes ou não, quando no contato com os profissionais de saúde.

Todavia e apesar das limitações apresentadas, o decurso da investigação tornou-se aliciante pela aprendizagem conceptual que possibilitou, esta foi realizada de uma forma sistemática, sequencial e lógica, permitindo ainda o manuseio das ferramentas estatísticas que nos possibilitaram atingir os objetivos inicialmente definidos.

Implicação para a prática:

Os resultados obtidos sustentam a necessidade de reflexão sobre as implicações da relação de ajuda no cuidar da criança/família. Defendemos que para uma melhor reposta de enfermagem é importante atender, caracterizar e refletir nesta problemática, de forma a serem identificados os focos de atenção para a definição de diagnósticos de enfermagem precisos e de estratégias de intervenção adequadas a um apoio efetivo na capacitação dos que cuidamos através de um modelo de parceria de cuidados. Um planeamento mais adequado dos cuidados de enfermagem necessários à criança/família, a par de cuidados de orientação e apoio, acarretarão com certeza ganhos em saúde para as crianças e suas famílias.

Assoma a necessidade de investimento no processo da relação de ajuda para a promoção das competências dos enfermeiros em pediatria, pois esta é o âmago do Cuidar profissional de qualidade que se irá traduzir em ganhos para a saúde das populações. Neste sentido, propomos a criação de práticas de reflexão por parte dos profissionais, conjuntas com a criança e família, e com outros utentes no serviço formando grupos de trabalho e de interajuda quer a nível hospitalar quer na comunidade. Podendo mesmo o tema da relação de ajuda fazer parte do projeto “Escola de Pais,” envolvendo toda a comunidade no processo de cuidar.

Para investigações futuras, propomos a realização de estudos mais alargados, que incluam outras unidades de pediatria do país, que permitam comparar resultados e que incluam outras variáveis associadas ao comportamento da criança.

O desenvolvimento deste estudo proporcionou uma excelente oportunidade de aprendizagem e um entendimento mais profundo sobre o tema, trazendo sem dúvida um enriquecimento fundamental tanto para a vida pessoal como profissional da investigadora. Considera-se que este trabalho foi para a mestranda uma abertura para novos horizontes de investigação, pois o conhecimento é uma fonte inesgotável e deve ser uma busca constante do ser humano.

Concluimos assim este estudo na expectativa de que, de algum modo, possamos ter contribuído para uma melhor compreensão acerca da relação de ajuda em pediatria, abrindo

novas pistas, nomeadamente relacionadas com a idade da criança. Empenhadas em continuar um percurso profissional suportado na excelência, não poderíamos finalizar esta reflexão sem mostrar o nosso sincero agradecimento a todos quantos estiveram envolvidos neste decurso de desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal.

Desaferrolhamos ainda a possibilidade de efetuar reuniões/reflexões com grupos de enfermeiros pertencentes aos locais onde colheita de dados foi efetuada, comunicando os nossos resultados e quem sabe definindo novas estratégias de atuação em prol do maior bem que são as crianças.

BEM HAJAM!

BIBLIOGRAFIA

- Alves, Carla. (2007). Parceria de cuidados: uma forma emergente de cuidar. *Ecos da Enfermagem*, Ano XXXVII, N.º 263 (Novembro/Dezembro 2007), Porto. pp. 15-17.
- Barrett-Lennard, G. (2012). *Research. Murdoch University Page Information*. Acedido a 23 Março. 2012 em: www.psychology.murdoch.edu.au/staff/barrett-lennard.html.
- Barrett-Lennard, G. T. (1986) .*The relationship inventory now: issues and advances in theory, method, and use. The psychotherapy process: a research handbook*. New york: Guilford, pp. 439- 475.
- Barrett-Lennard, G. T. (1986). *Dimensions of perceived therapist response related to therapeutic change. In The relationship inventory now: issues and advances in theory, method, and use*. New york: Guilford, pp. 439- 475.
- Barrett-Lennard, G. T. (1993). *Understanding the person-centered approach to the therapy: a replay to questions and misconceptions*. Cross cultural communication and the person-centered approach: an International Revue. Linz: Sandkorn.vol 2. Pp99-113.
- Barrett-Lennard, G. T. (2003). Measuring experienced relationship: an odyssey (1957-2003) IN *Steps on a mindful journey: persons-centred expressions*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books. pp. 93 – 112.
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (s.d.) *Princípios de ética e biomédica*. 1ª ed. São Paulo: Loyola,2002. 574p.
- Bee, Helen. (2003) *A criança em desenvolvimento*. 9ª ed. Porto Alegre : Artmed.
- Bellman, M. et al. (2003). *Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil*. Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora. 294p.

- Berger, Louise; Mailloux - Poirier, Danielle. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global – processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.
- Brazelton, T. B. (2007). *O grande livro da criança, o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Barcarena: Editorial Presença.
- Callery, P.; Smith, L. (1991). A study of the role negotiation between nurses and parents of the hospitalized children. *Journal Advanced Nursing*, 16 pp.772-781.
- Casey, Anne. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In Glasper, E; Tucker, A. «Advances in Child Health Nursing». London: Scutari Press.
- Catita, P. & Vaz, C. (2000). Cuidar no serviço de urgência. *Nursing nº148*, pp.14-17.
- Celis, H Alejandro. (1998). Processo de Adaptation del Inventario de la Relation de Ayuda de G.T.Barrett-Lennard. *Articulos en revistas de Psicologia*. Acedido a 30 de Abril 2004 em: <http://www.transformation.cl/relaciondeayuda.htm>
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique humaniste*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Chalifour, Jacques. (2008). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta. 293p.
- Collière, M. Françoise (1989). *Promover a Vida. Sindicato dos Enfermeiros portugueses. Lisboa*
- Collière, M. Françoise (2003). *Cuidar ... a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Departamento dos recursos Humanos da Saúde (1989). *Linhas gerais dos planos de estudo do curso superior de enfermagem*. Aprovado por despacho de 14/9/89.oficio-circular nº 91.254. Lisboa.
- Diogo, P. (2001). Uma orientação para o cuidar....a criança. *Servir*, 49. pp 17-21.

- Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa – tipo de atuação*. Lisboa: DGCSP.
- ESBA. (2003). *Normas para apresentação de Referencias Bibliográficas*.
- Escola Secundária Dr. Francisco Fernandes Lopes (s.d.). *Guião como fazer referências bibliográficas e citações*. Olhão.
- Fernandes, A. (1988). A equipa de enfermagem face á criança hospitalizada. *Saúde infantil*, 2. pp. 117-128.
- Espírito Santo, Moisés. (2000). *Comunidade Rural Ao Norte do Tejo seguido de Vinte Anos Depois*. Lisboa: Associação De Estudos Rurais da Universidade Nova de Lisboa.
- Ferreira, Maria José Tavares de Pina Borges (1995). *Influência do enfermeiro docente na valorização do cuidar pelos alunos de enfermagem*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, Lisboa.
- Festas, Constança. (1994). Valorizar as expressões da criança durante a hospitalização. *Servir*, Vol. 42, nº 6. Lisboa, pp. 324-327.
- Fortin, Marie-Fabienne. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência. 595p.
- Hesbeen, Walter.(2000) *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidado*. Lusociência, edições técnicas e científicas, Lda.
- Instituto de Apoio à Criança (1996). *A criança e os serviços de saúde, humanizar o atendimento*. Lisboa: IAC
- Jorge, Ana Maria. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Lazure, Hélène(1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa : Lusodidacta. 214p.

- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: *National League for Nursing Press*. New York.
- Lima, R. A. G.; Rocha, S. M. M. & Scochi, C. G. S. (1999). Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. 7. pp. 33-39. Acedido a 28 de Dezembro de 2007 em: http://www.scileo.br/pdf/rla_e/v7n2/13459.pdf;
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Martins, Maria Manuela.(2004). Visita e parceria de cuidados. *Nursing Ano 16*, n.º184. pp. 8-14.
- Monteiro, Maria Amélia José. (1998). Enfermagem de saúde infantil e pediátrica – que futuro? *Informar Ano IV*, nº12. Porto: Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição. pp. 7-10.
- Neill, S. J. (1996). Parent participation 2: Findings and their implications for practice. *British Journal of Nursing*, 5, pp. 110-117.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: [entrevista ao adolescente: promover o desenvolvimento infantil na criança]*. Lisboa. 134 p.
- Peplau, H. E. (1993). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat.
- Pestana, Maria Helena; Gageiro, João Nunes. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5ª ed. rev. e corrigida. Lisboa Edições Sílabo.

- Phaneuf, Margot (1995). *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira. Cuidar*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica.
- Phaneuf, Margot. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures : Lusociência, 633p.
- Piaget, Jean (1971). *A Formação do Símbolo na Criança*. Imitação, jogo e sonho, imagem e representação. Trad. Alvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar.
- Polit, Denise F. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. - Porto Alegre: Artmed. 487p.
- PORDATA. (2012). Acedido a 20 de Abril de 2012 em: <http://www.pordata.pt/Europa/Indice+sintetico+de+fecundidade-1251-27984>.
- Queiróz, Ana Albuquerque. (1999). *Empatia e respeito: dimensões centrais na relação de ajuda*. Coimbra: Quarteto, p.156.
- Quelhas, I. (2009) *Comunicação sobre o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica*; I Jornadas do Instituto CUF.
- Reis, Maria da Luz. (2011). Programa dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o cuidador informal em parceria nos cuidados. III Conferência de regulação da CE. Texto integral In: Ordem dos Enfermeiros. - Lisboa. - ISSN 1646-2629. - N.º 38 pp. 58-59.
- Rocha, A. (2004). *A relação de ajuda em enfermagem. Dissertação para concurso de acesso a Professor Coordenador da ESS do IPV. (não publicada)*.
- Rocha, A. (2008). *A relação de ajuda no ensino de enfermagem. Tese de doutoramento, apresentada à Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. 298 p. (não publicada)*

- Rogers, Carl R. (1960-?). *Tornar-se pessoa - 2ª ed.* - Lisboa : Moraes. 342 p. Tít. original : On becoming a person .CDU 615.851
- Smith, Peter K.; COWIE, Helen; BLADES, Mark. (2001) *Compreender o desenvolvimento da criança*. Lisboa: Instituto Piaget, 631 p.
- Sousa, Paula Cristina Moreira Mesquita. (2007). Base para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. *Enfermagem Oncológica* Ano 10, n.º 40 (Novembro), pp. 11-27.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: Estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial de Erikson*. Medisa - Edições e Divulgações Científicas, Lda. Porto
- Watson, J. (2009). Caring as the essence and science of Nursing and health care. *O Mundo da Saúde*. Pp. 143-149.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Whaley, Lucille F.; WONG, Donna L. (1999). *Enfermagem pediátrica, elementos essenciais à intervenção efectiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan

Anexos

Anexo I – Relatório de Estágio Volume I**INDICE**

1-INTRODUÇÃO	85
2- REFLEXÃO SOBRE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS ESTÁGIOS	87
2.1. PEDIATRIA	87
2.2. NEONATOLOGIA.....	90
2.3. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR.....	93
3-CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

1-INTRODUÇÃO

"Educai as crianças, para que não seja necessário punir os adultos."

PITÁGORAS

O relatório volume I surge como unidade de fusão entre as várias unidades curriculares e irá espelhar todo um universo de conhecimentos desenvolvidos nos diferentes semestres do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, que frequentámos e servirá também de ponte para a elaboração do volume II.

Refletir a prática de enfermagem, é nos dias de hoje essencial para que seja possível a prestação de cuidados eficientes e eficazes. A reflexão da prática profissional e do saber científico, visando a excelência do cuidar, resultam da consciência de que são imprescindíveis e devem ser desenvolvidos de forma contínua, sistemática, atualizada e autónoma, permitindo fundamentar as decisões.

Para Shon e Perrenoud é "através da experiência, que o profissional constrói seu conhecimento, definindo um conjunto de esquemas de pensamento e de ação de que dispõe. Esse processo determinará as suas perceções, interpretações e direcionará a tomada de decisões que lhe permite enfrentar os problemas encontrados no quotidiano do trabalho. Para que o conhecimento gere competências, é necessário que os saberes sejam mobilizados através de esquemas de ação, decorrentes de esquemas de perceção, avaliação e decisão, desenvolvidos na prática."

A competência profissional é definida como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em dada situação e contexto cultural. Estes pressupostos de Shon só são passíveis de cumprir se efetuarmos uma prática reflexiva sobre a ação. Desta forma tentaremos fazer um relato reflexivo sobre alguns dos momentos vivenciados no papel de aluno durante os estágios.

Este relatório será uma descrição objetiva de factos, de acontecimentos/atividades, seguidos de uma análise rigorosa com o objetivo de tirar conclusões e/ou tomar decisões.

Sendo assim é nosso propósito:

- Refletir sobre as principais atividades desenvolvidas em contexto de estágio no serviço de pediatria, cuidados intensivos e unidade de saúde familiar com base nas competências do enfermeiro especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento nº 122/123 de 2011;
- Servir de mote para a elaboração do volume II subordinado ao tema “A relação de ajuda enfermeiro/criança dos 6 aos 10 anos”;

O trabalho encontra-se subdividido em duas partes distintas, a primeira constituída pelas reflexões dos estágios efetuados, uma segunda onde serão tecidas algumas considerações.

2- REFLEXÃO SOBRE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS ESTÁGIOS

O presente capítulo encontra-se subdividido em três partes para mais fácil apresentação e organização das respetivas reflexões consoante os campos de estágio frequentados, tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas ao enfermeiro detentor do título de enfermeiro especialista da criança e do jovem.

2.1. PEDIATRIA

"As crianças acham tudo em nada, os homens não acham nada em tudo."

GIACOMO LEOPARDI

Pós termos da teoria iniciámos os estágios, o primeiro capítulo deste novo desafio deu-se no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela Viseu, onde as quatro semanas foram munidas de diferentes estados de espírito, motivações e empenho, sendo o balanço final positivo. A necessidade de realizar a presente reflexão surge do aglomerar de situações e sentimentos que emergem deste percurso. Entendendo-se por reflexão, o pensar sobre um tema, fenómeno que corresponde à mudança de direção ou de sentido, capacidade de observar ou modificar atitudes. (WIKIPÉDIA, 2011)

Competências do domínio da responsabilidade profissional ética e legal

A atividade de Enfermagem encontra-se pautada desta responsabilidade, o código deontológico que rege a nossa profissão assim como todos os documentos defensores dos direitos humanos assim o determinam. É preciso parar para pensar, refletir, não só sobre os costumes da sociedade na qual se vive, mas também sobre as condições e os motivos pelos quais realizamos ações e escolhas. É de suma importância que o cuidador e o cuidado se rejam de princípios normas e valores.

No estágio de pediatria estes princípios fizeram-se notar na promoção de cuidados que respeitaram os direitos das crianças/jovens e sua família, assim como pelo respeito nas suas crenças/valores e cultura e ainda ao assegurámos o direito á dignidade, á segurança e á privacidade de todos os dados respeitantes a estas famílias.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre...para promover o mais elevado estado de saúde possível (REGULAMENTO123/2011). Esta é sem dúvida uma das grandes premissas dos enfermeiros que prestam cuidados em pediatria e nossa também enquanto futuros enfermeiros especialistas.

O processo de desenvolvimento de uma criança é um processo amplo que começa á concepção e despona de forma ordenada e é relativamente duradouro.

Apesar de a pediatria não ser de todo um serviço novo para nós, enquanto profissionais, mostrou-se sem dúvida cheio de mistérios e novidades para nós no papel de alunos.

As expectativas eram enormes e a angústia de não corresponder ao planeado também, mas passo a passo se construiu cada dia. Ao inicio tudo parecia incerto, as principais dificuldades com que nos deparámos foram as que se aferrolhavam com o integrar do método de trabalho existente, que apesar de individualizado continha do nosso ponto de vista algumas intervenções menos individualizadas, a adaptação à folha de terapêutica que fazendo parte do processo médico, ficava fora do processo de enfermagem mas presente numa outra capa especifica só para medicação “cardex”, a passagem de turno um pouco inespecifica, pelo facto de nós enquanto alunas não fazermos turnos seguidos e por vezes perdermos a continuidade dos cuidados e evolução da situação clínica, a inadaptação a algumas rotinas. Outro fator menos abonatório tem a ver com a própria dispersão do serviço, a sua estrutura física, assim como pouco tempo de estágio.

Mas nem por isso foi menos gratificante esta caminhada pois trouxe com ela coisas bastante positivas como o bom relacionamento com todos os profissionais que constituem esta equipe, o aprender de coisas novas e a perfeita integração e acolhimento por parte de todos fazendo-se notar na pessoa do Sr. Enfermeiro Luís *á priori* e mais tarde na pessoa da Sr.^a Enfermeira Natália a quem tecemos desde já o nosso Bem-haja.

Toda a aprendizagem foi delimitada pela notável relação criança/adolescente e família. A interação com os pais/acompanhantes desenvolveu relações parentais eficazes, propiciando uma melhor intelecção dos pais/cuidadores, cada vez mais exigentes sobre o crescimento e desenvolvimento dos seus filhos. Assim como demonstrámos uma preocupação com o 5º sinal vital a dor, otimizando e gerindo todas as medidas

farmacológicas e não farmacológicas no combate e/ou alívio deste. Esteve patente a preocupação em fomentar a parceria de cuidados para que a família ou o acompanhante atingissem o máximo de capacitação.

Este campo de estágio é bastante rico e produtivo quer pela multiplicidade de patologias, pelo tempo de internamento, quer pela larga faixa etária que abrange como também pela diversidade multicultural das crianças e famílias que ali se encontram.

Competências do domínio das aprendizagens profissionais; da melhoria contínua da qualidade e da gestão de cuidados

Ser enfermeiro exige a aplicação de conhecimentos e habilidades específicas, mas também requer uma reflexão sobre os cuidados, os avanços científicos tecnológicos não descurando nunca a vertente humana e a visibilidade do ser como um **todo**.

Tendo em conta todas as competências exigidas enquanto alunos e futuros enfermeiros especialistas no decurso deste trajeto elaborámos um protocolo para utilização do propranolol em crianças portadoras de angiomas com co-autoria da Enfermeira Teresa Paula, tendo por base as prescrições da Dra. Conceição Salgado. Participámos no envolvimento junto da criança com doença crónica, mais especificamente a criança portadora de diabetes tipo I, percecionando e colaborando com o enfermeiro de referência desta área, realizamos um PowerPoint para sessões de educação com criança/família com diabetes baseado em bibliografia existente no serviço. Foi nossa preocupação sempre que oportuno deixar dicas pontuais (validades, terapêutica, processos, individualizar material para esterilizar, constituição de carro de reanimação) mesmo que de forma indireta (diálogos pontuais). Criámos tabela para teste de termómetro digital a implementar no serviço, assim como efetuámos pesquisa bibliográfica sempre que entendemos ser oportuno ou quando após discussão permaneciam dúvidas.

Durante este curto período dedicámos dois dias a acompanhar o Senhor enfermeiro Adelino nas suas tarefas de enfermeiro gestor da unidade, tendo aprendido o quanto árduo e importante é o papel deste elemento para o correto desenrolar das atividades dos outros elementos da equipa. Este demonstrou-nos como é importante a otimização de recursos quer humanos quer materiais, a forma de gestão de cuidados de enfermagem e como se efetua a distribuição de elementos pelas diferentes áreas, falou-nos um pouco acerca da ferramenta que estão a utilizar no serviço (classificação de doentes) embora esta nem sempre esteja adaptada à realidade da pediatria, foi nos ainda lecionando pontualmente

algumas das suas atividades e como estas promovem um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados.

Foi de crucial importância a aprendizagem e formação que obtivemos durante o dia de estágio junto da Dra. Alzira responsável pela consulta de Adolescência, assim como a oportunidade de ver o desenrolar de outras consultas de enfermagem e médicas na área da diabetologia.

No decorrer do estágio juntamente com o enfermeiro Luís e enfermeira Natália fomos criando planos e construindo estratégias de forma que os objetivos traçados fossem atingidos.

Se Redefiníssemos o projeto enveredávamos pela importância do papel do enfermeiro de referência junto do adolescente e não apenas junto da criança portadora de doença crónica.

2.2. NEONATOLOGIA

"Cada criança ao nascer, trás a mensagem, que Deus não perdeu esperança nos Homens".

TAGORE

Ao iniciar mais este ciclo sentíamo-nos como que a acabar nascer, a ânsia de viver e crescer era tremenda, a vontade de entrar no desconhecido e descobrir cada pormenor não tinha tamanho, mas ao mesmo tempo, um frio na barriga se instalava, a cada movimento sentíamo-nos crepitar, os passos eram ainda trémulos e inseguros. Foi desta forma que decorreram os primeiros tempos dentro de uma Unidade tão específica, recheada de pessoas tão competentes quanto humanas.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Com o transcorrer dos dias começámos a ganhar ligeireza e firmeza no solo, menos angústia e mais discernimento. Assim foram alguns dos momentos vivenciados no desenrolar deste estágio para onde trouxemos um sem fim de expectativas e receios, tendo-se estes dissipados pouco a pouco.

A unidade de cuidados intensivos do hospital pediátrico alberga um sem fim de patologias, assim como responde a uma larga faixa etária (desde o nascimento até aos 18 anos exclusive) dá resposta para toda a zona Centro do País e em casos específicos até moradores nas Ilhas ou de outras zonas do País quando as unidades mais próximas estão lotadas ou não possuem cuidados ou métodos muito específicos só executados nesta unidade.

Os recém-nascidos que esta Unidade comporta raramente são pré-termos a não ser que necessitem de correções cirúrgicas ou sejam portadores de patologia cardíaca, pois existe na cidade duas Maternidades que albergam estas situações. Agora todo o bebé de termo e até ao mês de vida que necessite de cuidados diferenciados ou seja transportado pela equipe do INEM recém-nascido, fica nesta Unidade.

No decurso do estágio em termos de distribuição estivemos preferencialmente com recém-nascidos, pois fazia parte das linhas orientadoras a que nos propusemos, contudo tivemos oportunidade de observar e colaborar na prestação de cuidados a crianças de outras faixas etárias, portadoras de variados diagnósticos e com múltiplas situações de aprendizagem (transplantados hepáticos ou cardíacos, poli traumatizados, portadores de doenças raras, intoxicações, hemo-filtrações e transfusões totais em jovens com doença oncológicas etc.)

Alguns dos objetivos delineados precocemente foram substituídos por outros não menos importantes. O percurso nem sempre foi retilíneo o que obrigou a sacrifícios e adaptações, dos objetivos específicos traçados, alguns prendiam - se com área da vinculação, da parentalidade e do risco de vida eminente, embora abrangentes estes sem dúvida que foram cumpridos, mas a Unidade têm muito mais para oferecer, e cada dia foram criados mentalmente novos objetivos, consoante as situações que iam surgindo e desta forma passo a passo e com a preciosa ajuda da enfermeira Elisabete e restante equipa fomos-lhe dando cumprimento. Mais do que técnica (e se há serviço onde esta existe é aqui) trouxe-mos sem dúvida muita outra sabedoria desde o saber ser ao saber estar enquanto enfermeiro dotado de uma especialidade e sim o saber que na diferença é que está a mais-valia. As situações dentro da Unidade são múltiplas e nas pequenas coisas retiram-se grandes saberes.

Tal como em muitos outros serviços, também a UCI possui uma componente burocrática específica, que não nos era familiar, mas com o auxílio da equipe, tornou-se mais fácil a identificação dos diagnósticos de enfermagem, o planeamento, as atitudes e intervenções a executar, assim como efetuar o registo correto quer no programa informático quer no “*lençol*” folha de enfermagem onde estão registados todos os cuidados de

enfermagem, medicação, meios auxiliares de diagnóstico, escalas, parâmetros vitais, etc. Após este processo de aprendizagem estamos mais aptos, capazes para com a linguagem CIPE.

Apesar de prestarmos cuidados em urgência pediátrica há alguns anos, esta unidade tem cuidados muito diferenciados, com metodologias de trabalho diferentes, o que tornou momentos de aprendizagem muito úteis. Onde denotamos algumas dificuldades foi na manipulação de cateteres centrais assim como na preparação de alguma medicação a utilizar por esta via, ao lidarmos com a criança ventilada foram-se desmistificando, alguns dos medos existentes com estas situações, pois são menos comuns no nosso dia-a-dia de trabalho.

As quatro semanas que integram este estágio constituem um curto período de tempo, mas foi nossa preocupação aproveitar ao máximo as experiências proporcionadas e atingir os objetivos, a que nos propusemos inicialmente. Ficamos com a noção de ter ficado algo por concluir, visto não ser um estágio longo e este ser cheio de situações benéficas e ricas para aprendizagem. Para tudo é necessário tempo, empenho para ultrapassar as adversidades e dificuldades, mas como somos pessoas dinâmicas, empenhadas, com gosto por desafios, estas dificuldades iniciais foram-se diluindo ao longo do estágio. Consideramos que conseguimos ultrapassar as barreiras que teimavam em erguer-se e que crescemos, tanto a nível pessoal como profissional, mas ainda sem atingir a “*idade adulta*”, esperamos poder tornar-nos elementos competentes com capacidade de aprendizagem, capacidade de adaptação e força para exercer a mudança, tornando-nos autónomos e participativos nos processos de transformação dos pares e da sociedade.

Sem dúvida que esta passagem não deixa ninguém indiferente sofremos sempre alguma forma de transformação, “...não sou mais do que o fruto daquilo que fui e daquilo que pretendo ser...”ESTER VAZ.

Competências do domínio da responsabilidade profissional ética e legal

A Ética é, um dos elementos primordiais para o entendimento do que vem a ser o exercício da cidadania, como também um elemento normativo e descritivo acerca dos dilemas sociais, profissionais e morais do mundo atual. (MALAGUTTI, 2007)

Sem dúvida como já foi descrito anteriormente este pensar ético reflexivo fez parte de cada dia, cada hora cada minuto, durante esta caminhada na aprendizagem. Nunca deixando de respeitar o outro na sua singularidade e ao mesmo tempo na sua igualdade de direitos.

Tivemos um acompanhamento exímio de alguém com muito saber e muito para dar, o contacto com toda a equipe e em especial a de enfermagem foi boa, sentimo-nos acolhidos e integrados, visto que todos mostraram disponibilidade, interesse e empatia quando nos receberam. Bem-haja.

2.3. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

" O que se faz agora com as crianças é o que elas farão depois com a sociedade."

KARL MANNHEIM

As Unidades de Saúde Familiar (USF) são pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. São unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento, têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto). A reorganização em unidades de saúde familiar permitiu criar um clima de cooperação e interajuda o que naturalmente melhorou a acessibilidade e permitiu soluções organizativas mais flexíveis e adequadas às necessidades das populações.

Competências do domínio da responsabilidade profissional ética e legal

O percurso iniciado há já alguns meses parecia-nos agora estar a chegar ao fim, mas com isso não acarretava menos ansiedade ou expectativa. Era apenas o começo de mais uma nova etapa onde fomos recebidos, como em todos os outros locais de estagio com muito apreço e consideração, por parte de todos os elementos da equipe, brevemente nos sentimos como que fizéssemos parte daquela família até porque para os utentes daquela unidade éramos vistos como os seus enfermeiros de família.

Respeitámos e fomos respeitados, demonstrámos uma prática de cuidados responsável com apreço pelos direitos humanos e pelo código deontológico, adotámos e promovemos a privacidade a segurança e a dignidade da criança /jovem /família tal como é abonado no regulamento da ordem dos enfermeiros.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Para Brazelton (2002) o processo de desenvolvimento de uma criança é um processo vasto que vai desde a conceção, emerge de maneira ordenada e é relativamente duradouro, sendo primordial nos primeiros anos de vida, pois é nesta etapa da vida que a criança, estabelece as bases para o seu desenvolvimento, pois apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e para se adaptar aos fatores que possam influenciar o seu desenvolvimento.

Desta forma é essencial o papel do enfermeiro especialista nas consultas de saúde infantil das unidades de saúde familiar, pois a vigilância de saúde da criança e do seu desenvolvimento é um cometimento ganancioso que implica recursos, conhecimentos e capacidade de comunicar com os pais, pois desta capacidade depende o sucesso de um programa de vigilância de saúde.

Como nos refere Bellman, et al. (2003) a promoção da saúde, a avaliação e o rastreio de possíveis alterações no desenvolvimento infantil não são realidades isoladas e deverão constituir o foco preferencial a nível da saúde infantil de todos os profissionais, com intervenções direcionadas á família para que esta possa ficar dotada de competências para interagir com aquela criança a fim de desenvolver todo o seu potencial.

A teoria ministrada e apreendida e o à-vontade para lidar com a criança/jovem/família, fruto de alguns anos a trabalhar em pediatria aliviaram-nos um pouco, embora os cuidados de saúde primários fossem para nós uma realidade desconhecida mas desafiante. O primeiro obstáculo prendeu-se com a utilização do programa informático existente "*Vita Caire*" que apesar de completo e com variadíssimas aplicações incluindo a linguagem CIPE, era para nós insondado e nos primeiros tempos até restritivo, consumiamos tempo, angústia e receio de que faltasse alguma coisa, mas com o decorrer dos dias foram-se desbaratando os medos e "*Vita Caire*" tornou-se um precioso aliado pelas múltiplas funções que continha, não só as que se prendiam com o crescimento mas essencialmente as que se relacionavam com o desenvolvimento infantil (escala de M. Sheridan) adaptada a cada faixa etária. O sistema de registo informático das vacinas "*SINUS*" foi outro senão,

considera-mos que seria mais útil e menos complicado se os dois programas estivessem interligados não obrigando à duplicação de informação.

Durante este curto período tentámos dar resposta aos objetivos delineados que se prendiam com a promoção da vinculação e da amamentação, propiciando comportamentos interativos por parte dos pais, dando-lhe a conhecer o seu filho, demonstrando conhecimentos sobre as competências da criança nas diferentes faixas etárias e com as especificidades que respeitam a cada uma, evidenciando habilidades de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e a família presente perante nós, respeitando as suas crenças e cultura.

Foi nossa inquietação identificar sinais e sintomas de possíveis alterações ao normal desenvolvimento da saúde da criança/ adolescente nos diferentes ciclos de vida, assim como esclarecer e maximizar a importância da utilização do boletim individual de saúde e do boletim de vacinas por parte dos pais desmistificando o conceito de utilização apenas pelos profissionais de saúde. Mais do que avaliar o crescimento foi nosso cuidado demonstrar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil transmitindo orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial e desenvolvimento infanto-juvenil e a transmissão de todas as medidas que se galardoavam com estilos de vida saudáveis (segurança infantil, alimentação saudável, comportamentos de risco, importância de regras...). Sempre que surgiu a necessidade de administração de vacinas valorizámos a dor e a utilização do brinquedo terapêutico de forma a minimizar o desconforto, sendo ministradas todas as indicações que se prendiam com administração e projetadas próximas tomas, algo difícil nos primeiros tempos, mas após algumas administrações e pesquisas sentimo-nos mais confiantes e mais enriquecidas sobre esta matéria. Planeámos com a família a data da próxima visita, deixando espaço para o colocar de questões e dúvidas, não perdendo nunca a oportunidade de realizar ensinamentos. Durante estas consultas de enfermagem promovemos relação empática com a criança /jovem e família.

Outra questão com a qual nos sentimos deliciadas foi com a visita domiciliária principalmente a consumada ao recém-nascido logo nos primeiros dias pós saída da maternidade, onde podemos intervir de numerosas maneiras junto daquela família, esclarecendo, ensinando, etc. Pois nesta altura as mães/famílias estão ávidas por conhecimento e ainda é possível detetar algumas situações de risco não sinalizadas efetuando/ proporcionando o devido encaminhamento.

Competências do domínio das aprendizagens profissionais; da melhoria contínua da qualidade

Solicitámos cooperação e esclarecimento de dúvidas sempre que necessário, realizámos pesquisa bibliográfica, consultámos manual de boas práticas existentes na instituição e agimos de acordo com os mesmos.

Não foi exequível a participação em projetos na área da saúde escolar, pois a saúde escolar não fazia parte da carteira de compromissos daquela unidade, embora tenhamos colaborado no preenchimento e execução do exame global de saúde aos 6 e aos 11anos para realização da ficha de interligação com a escola, mais uma vez os ensinamentos foram ministrados pontualmente ou quando solicitado quer pela criança/jovem quer pela sua família.

Desenvolvemos alguns temas sob orientação da Sr.^a Enfermeira Cristina, um panfleto informativo sobre “Birras” quando surgem, como se identificam e como agir, outro tema trabalhado teve a ver com a visita domiciliária ao recém-nascido, organizámos um pequeno guião para esclarecimento das principais dúvidas dos pais, deixando também um contacto para qualquer esclarecimento e por último criámos um mapa de vigilância de saúde tendo por base o Programa - tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil **12**, bibliografia esta que posteriormente iria fazer parte da documentação existente no manual de boas práticas da USF Grão Vasco, pós reunião com restante equipa.

Não foram aplicados os inventários das relações interpessoais de Barrett - Lennard neste campo de estágio como inicialmente preconizado, devido à falta de autorização por parte das instituições assim como à necessidade de efetuarmos pequenos ajustes nos mesmos, afim destes serem validados para a nossa população. Mas foi sem dúvida neste estágio que cresceu a vontade de estudar o tema **A relação de ajuda exercida pelo enfermeiro de família junto da população pediátrica** podendo desta forma poder verificar o tipo de relações existentes, deixando alguns contributos para melhoria das mesmas.

3-CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Esqueça definitivamente a ideia de que um caminho é uma maneira de chegar a um destino na verdade, estamos sempre a chegar a cada passo."

PAULO COELHO

Ao terminar a elaboração deste relatório volume I é oportuno referirmos, que este representou um instrumento precioso na orientação dos objetivos delineados no projeto e na reflexão sobre a sua consecução ou não com respetiva justificação. Efetuámos uma apreciação crítica e refletida sobre o nosso desempenho, identificando as nossas competências na qualidade de futuras enfermeiras especialistas nas diferentes unidades por onde passámos.

Foi nosso propósito explorar e ampliar os conhecimentos técnico-científicos na área da Pediatria, nunca descurando a vertente humana, com intuito de melhorar a performance enquanto enfermeiras nesta área. O binómio criança /família esteve sempre na nossa mira, nunca negligenciando o reforço da vinculação assim como o incentivo á vivência de uma parentalidade positiva, por parte dos pais/acompanhantes, sendo estes nossos parceiros no cuidar, fornecendo-lhes também a máxima *capacitação "empowerment"* enquanto cuidadores dos seus entes mais queridos. Foi ainda nosso propósito a maximização das capacidades da criança durante o seu ciclo de desenvolvimento, respeitando a sua individualidade, promovendo o bem-estar e identificando situações que pudessem afetar negativamente a sua vida o mais precocemente possível e ainda responsabilizá-los por escolhas saudáveis.

Este trabalho não é uma obra acabada, mas sim um *volume* em construção, passível de futuras alterações.

Em síntese, não poderíamos terminar esta reflexão sem expressar o nosso humilde e sincero agradecimento a todos aqueles que estiveram envolvidos em todo este processo de crescimento e maturação profissional e pessoal.

Bem-haja.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELLMAN, M. et al. (2003). Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil. Lisboa.

BRAZELTON, T. B. (2002). O grande livro da criança (7ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM ARTUR RAVARA. Centro de Documentação Informação e Recursos Educativos. Biblioteca – Guia para elaboração de trabalhos escritos [Em linha]. Elaborado por Natércia Godinho. Lisboa : [s.n.], 2004. [Consult. 7 Jan. 2008]. 18 f. Disponível em WWW:<URL: <http://biblio.esear.pt/doc/guias/guia2004.pdf>>

MALAGUTTI, W. (2007): Globalização, bioética e humanização: atualidades e desafios importantes para o enfermeiro no processo de cuidar. In . **Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas**. Rio de Janeiro. Editora Rubio.


PERRENOUD, P. (1999): Construir as competências desde a escola. Trad. Bruno Magne. Porto Alegre. Artes Médicas sul.

SCHON, D. (2000): Educando o profissional reflexivo, um novo design para o ensino e a aprendizagem. Artmed: Porto Alegre.

REGULAMENTO nº 122/2011. D.R.2ªSérie. (18/02/20011) 8648-8653.Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

REGULAMENTO nº 123/2011. D.R.2ªSérie. (18/02/20011) 8653-8655. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde da Criança e do Jovem

Anexo II - Autorização do autor para aplicação do Inventário

Godfrey T. Barrett-Lennard  Ph.D.

6 Dover Crescent, Wembley Downs, W.A. Australia 6019

8th May, 2004

Amarilis Pereira Rocha
Quinta do Sendão,
3460-451 5. Miguel do Outeiro
Portugal

Dear Amarilis

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.

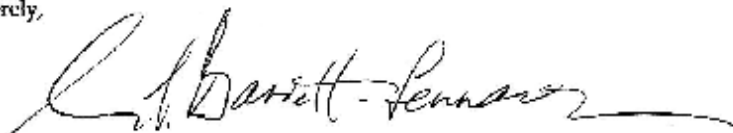
(b) This permission also covers your own subsequent uses (including uses by collaborating colleagues or students working under your supervision) of the translated instrument *in research and training-educational contexts* but *not* in private fee-paying practice for diagnostic or similar purposes.

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@ MurdochU.edu.au Telephone: International +61 8 9245 1700

FAX: International +61 8 9245 5875



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

CURSO DE MESTRADO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem da Criança e do Adolescente

Investigador Principal: **Alexandra João Rodrigues Marques Gil**

Orientadora: **Professora Doutora Amarilis Rocha**

INVENTÁRIO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE BARRET-LENNARD:

OS-40CH

Este Inventário pretende descrever aspectos ligados à sua experiência relacional com os profissionais dos serviços de saúde. Abaixo encontra uma lista de formas como pode reagir e de como se poderá sentir perante outra pessoa.

Antes do preenchimento considere os seguintes aspectos:

- Comece por reportar-se ao local de prestação de cuidados e escolha a relação com um profissional, que vai descrever
- Responda a cada um dos itens na coluna do lado direito. Registe quanto cada uma das afirmações tem de verdadeira ou não verdadeira no sentido experienciado na relação que descreve.
- As afirmações descrevem reacções ou comportamentos que uma pessoa pode ter em relação a outra. Considere cada uma das afirmações como estando relacionada consigo e com o profissional de enfermagem que o cuidou _____.
- Imagine o nome desse profissional no espaço em branco.
- Como pode verificar cada frase tem um número e uma caixa após afirmação. Enquanto pensa acerca do profissional de enfermagem que o cuidou, escreva na caixa e mostre o quanto acha que a frase sim é verdadeira ou não é verdadeira. As respostas não vão ser avaliadas como certas ou erradas. Vão simplesmente mostrar como sente que a outra pessoa se relaciona consigo.
- Para o preenchimento de cada afirmação deve escrever o sinal + se a resposta for afirmativa e o sinal - se a resposta for negativa tendo em atenção os seguintes graus:

Respostas afirmativas	+2 +1	Sim, concordo muitíssimo Sim, concordo
Respostas negativas	-1 -2	Não, concordo pouco NAO, não concordo nada

Por favor, certifique-se que ficam **todas** as questões assinaladas

Alexandra João Rodrigues Marques Gil

- CRIANÇA	-PAIS
Idade ____	Idade: Mãe _____ Pai _____
Sexo ____	Profissão _____
Irmãos _____	Escolaridade: Mãe _____ Pai _____
Escolaridade _____	Residência _____

Motivo de ida ao serviço de saúde _____

Serviço, Qual _____

Afirmações	Respostas
1. _____ respeita me.	
2. _____ quer saber o que eu penso / como é que vejo as coisas.	
3. _____ acha que às vezes estou bem, e outras vezes não gosta de como eu sou.	
4. _____ é sincero comigo.	
5. _____ fica chateado ou zangado comigo.	
6. _____ reage ao que eu faço mas não vê como eu me sinto.	
7. Qualquer que seja o meu estado de espírito, isso não altera o que _____ sente a meu respeito.	
8. _____ não fala acerca do que ele/ela realmente sente.	
9. Na maioria das vezes _____ não se interessa por mim.	
10. _____ consegue dizer exactamente o que eu pretendo dizer.	
11. _____ gosta mais ou menos de mim, dependendo da forma como eu me comporto.	
12. _____ é franco e diz de imediato, o que ele/ela está a pensar.	
13. _____ está satisfeito por me ver.	
14. _____ segue a sua ideia, e não vê o que eu penso.	
15. Independentemente do que eu digo ao _____, ele/ela sente a mesma coisa a meu respeito.	

16. _____ finge, como um actor, e não mostra o que realmente sente.	
17. _____ não está interessado em mim.	
18. _____ consegue ver o que eu sinto.	
19. _____ quer que eu seja um determinado tipo de pessoa.	
20. _____ deixa-me ver o seu estado de espírito e pensamentos.	
21. _____ gosta mesmo de mim.	
22. _____ não ouve ou não repara no que eu sinto.	
23. _____ não altera o que pensa sobre mim quer eu falhe ou tenha sucesso.	
24. _____ é ele próprio comigo.	
25. _____ olha-me como um inferior – como se eu fosse menor e não contasse.	
26. _____ percebe o que eu quero dizer mesmo quando tenho dificuldade em me expressar.	
27. Se eu lhe disser do que tenho culpa ou que me sinto envergonhada, _____ trata-me da mesma forma.	
28. _____ pode sentir-se nervoso ou incomodado mas nunca o admite.	
29. _____ está simpático e carinhoso comigo.	
30. _____ não repara quando me sinto ofendido ou magoado.	
31. Eu acho que _____ está sempre a julgar se eu sou bom ou mau	
32. O que _____ pensa ou sente é muito explícito.	
33- _____ não gosta de me ter por perto – apenas me tolera ou atura-me.	
34. _____, compreende-me.	
35. Por vezes agrado ao _____, outras vezes ele/ela não me aprova.	

36.O que _____ diz em voz alta é diferente do que ele/ela sente.	
37. _____ preocupa-se comigo de uma forma carinhosa.	
38. _____ reage ao que eu faço sem ouvir e sem pensar sobre o assunto.	
39.Eu posso dizer as coisas directamente e _____ continua a sentir o mesmo por mim.	
40.Eu tenho de adivinhar o que _____ realmente quer ou sente.	

Por favor verifique e ASSEGURE-SE que respondeu em todas as caixas.

Obrigado por partilhar aquilo que sente!

Anexo IV- Normas de tradução de questionário propostas pelo autor

Questionário de avaliação de relacionamento

Guideline suggestions to translators of the Relationship Inventory

Godfrey T. Barrett-Leonard, rev. 4/2000

These suggestions assume that the translator begins with a regular English-language form of the RI*, and that it is being translated into another language that I will refer to simply as N-E (Non-English). The principle behind these suggestions is that trial translations in both directions (English →N-E, and N-E→English) yield a better result than one-way translation (English→N-E) achieves by itself. In accord with this principle, the following steps are recommended:

Step 1. Careful draft translation of the RI, by a person fluent in both languages, from English to N-E.

Step 2. Reverse translation from this draft, back into English, by one or more bilingual persons working independently of the original translator.

Step 3. Original translator to closely review the 'back-translation(s)' for discrepancy with the original English version. There will never be a perfect match, but particular discrepancies may be substantive or stylistic. In the stylistic case, meanings are very little changed even though some words are different. In the substantive case, meaning and implication have been affected, and refinement of the draft N-E text is called for.

Ideally, after revision of the draft, the same steps 2 and 3 would be repeated, with a fresh 'back-translator'. In practice, if discrepancies are not great or a full repeat round is not feasible, the next step can be as follows:


Step 4. Having amended the initial draft translation, the original translator would again call on the same back-translator(s) for their opinion on whether equivalence of meaning has *now* been achieved. This consultation may lead to some further refinements. Since different languages do not encompass an exactly equivalent spectrum of distinctions in meaning, translators will at times have to fall back on a formulation of 'best available fit'. *It helps for the primary translator to have a good grasp of the defined underlying interpersonal qualities measured by the RI (empathic understanding, congruence, level of regard and unconditionality). A few of the negatively worded items contain unavoidable 'double-negatives'. This feature might produce confusion unless the intent of the item is well understood, and special care is taken to maximise clarity of wording.*

Step 5. Where possible, a small pilot study or trial run application of the translated RI, with actual respondents in real relationships, is desirable before its full-scale research application. If respondents report difficulty, say, with some particular item(s), it would be *a matter of judgement* whether this was due to any deficiency that might be remedied in the translation or a result of inherent subtlety of meaning in the item itself.


When administering the RI in *final* form, it can happen that someone finds difficulty answering a particular item, and asks for clarification. Their difficulty might actually arise from uncertainties within the referent relationship, or a lack of confidence in their own perception, in which case the answer choice of 'probably true' or 'probably untrue' may be the best fit. In any case, making sure that the person is considering all the answer choices, and gently encouraging them to go by their own best understanding and experience, is usually appropriate and sufficient.

*Even if a translator starts with a previous translation of the RI, it may be based on an earlier English language form that was later revised, or amended in some details. Thus it would be necessary to work from a current English form, in conjunction with the earlier translation, to achieve a result equivalent to Step 1, above. The other steps should then follow, essentially as already described.

Anexo V- Pedido e Autorização de aplicação de questionário no H. Aveiro



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3800-910 VISEU
Tel. 232 419 110
Telex. 3611611 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: 1348	Data: 22/02/2011
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 Neonatologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE Alexandra João Rodrigues Marques Gil, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema *'A relação de ajuda entre Enfermeiros e Crianças dos 6 aos 10 anos'*.

O objectivo principal deste estudo é analisar a percepção das crianças dos 6 aos 10 anos sobre a existência da relação de ajuda por parte dos Enfermeiros.

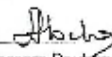
Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados durante o período de 1 de Janeiro a 29 de Fevereiro de 2012, nos Serviços de Pediatria e de Internamento da Instituição a que preside.

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

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

A Vice-Presidente da ESSV



Professora Doutora Amarílis Rocha

NRWC

Site: <http://www.essv.ipv.pt> | Email: ConselhoAdministracao@essv.ipv.pt | Email: SecretariaAdministracao@essv.ipv.pt



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

Avenida Artur Ravara - 3814-501 AVEIRO
Telef. 234 378 300 - Fax 234 378 395
sao-gara@hcaveiro.min-saude.pt
Méd. Lic. da Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro, n.º 2646
Capital Social 29.800.000 €
Pessoa Colectiva n.º 506 061 542

114 Hospital Infante D. Pedro, E. P. E. Aveiro
27/11/2012
24-03-2012
070607 1108

Ex.ma Senhora
Prof. Doutora Amarilis Rocha
Vice-Presidente da
Escola Sup. Saúde de Viseu
R. Dr. João Crisóstomo Gomes Almeida
n.º 102
3506-843 VISEU

S/Ref.º S/ Comunicação de Nº Ref.º Aveiro,
03002 26/3/2012

ASSUNTO: Pedido de Autorização para efectuar colheita de dados.

Na sequência do pedido de V.º pedido com a Ref.º 1348 de 22/12/2011, sobre o tema " A relação de ajuda entre Enfermeiros e Crianças dos 6 aos 10 anos", vimos informar que está autorizado.

Junta-se em anexo fotocópia do parecer da Comissão de Ética e informa-se que a mesma 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)

GM

Na resposta indicar o número e as referências desse documento. Em caso afirmativo só de um assunto.

EXMO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DO

HOSPITAL INFANTE D. PEDRO E.P.E.

A Comissão de Ética reuniu no dia 14 de Março de 2012, com a ausência por motivo justificado do Dr. João Pires da Rosa.

Analisou um pedido de autorização para um estudo intitulado "A relação de ajuda entre enfermeiros e crianças dos 6 aos 10 anos, em Pediatria" formulado pela senhora enfermeira do Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE, D. Alexandra João Rodrigues Marques Gil, por questionário feito aos pais das crianças. Tem anexo de consentimento e autorização da Directora do Serviço.

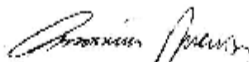
Foram dadas as explicações pedidas em reunião da Comissão pela peticionária.

A Comissão de ética, após ouvir as explicações dadas, entendeu por unanimidade dos presentes, nada haver que impeça o pretendido.

Respeitosos cumprimentos

Aveiro, 14 de Março de 2012

Pela Comissão de Ética



Amélia Figueiredo
(Presidente)

Anexo VI- Pedido e Autorização de aplicação de questionário no H. Viseu



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
 Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Cristóvão Sem. de Almeida nº102
 3504-942 VISEU
 Tel. 232 419 100
 sem. 26. 311 000
 fax 232 428 342

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

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº: 1345	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 Neonatologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, Alexandra João Rodrigues Marques Gil, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A relação de ajuda entre Enfermeiros e Crianças dos 6 aos 10 anos".

O objectivo principal deste estudo é analisar a percepção das crianças dos 6 aos 10 anos sobre a existência da relação de ajuda por parte dos Enfermeiros.

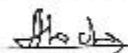
Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados durante o período de 1 de Janeiro a 29 de Fevereiro de 2012, nos Serviços de Pediatria e de Internamento da Instituição a que preside.

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 grates pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da ESSV


 Professora Doutora Amarilis Rocha

ARWC



Ministério da Saúde

Boa tarde, Senhora, para a escola 13/09/2012

CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE

Escola Superior de Saúde de Viseu
 13.09.2012
 01.06.05 126

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 1345 Data 22/12/11 Processo: 70			1/01/2012

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, *Assinado*

A Ent.ª Directora

 (Cassilda Neves)

Anexo VII- Pedido e Autorização de aplicação de questionário USF Grão Vasco



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
Director Executivo da
USF Grão Vasco
Av. Madre Rita de Jesus, 3
3500-177 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 1346	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 Neonatologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, Alexandra João Rodrigues Marques Gil, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A relação de ajuda entre Enfermeiros e Crianças dos 6 aos 10 anos".

O objectivo principal deste estudo é analisar a percepção das crianças dos 6 aos 10 anos sobre a existência da relação de ajuda por parte dos Enfermeiros.

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, na Consulta de Saúde Infantil dessa USF.

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

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

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

A Vice-Presidente da ESSV


Professora Doutora Amarílis Rocha

AR/NC



Ex.^{mo} Senhor
 Presidente da Escola Superior de Saúde de
 Viseu
 R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida
 Nº 102
 3500-177 Viseu

Para remissão

Para correção

Para resposta

ASSUNTO:

USF

2012-02-07

Pedido de autorização para efectuar colheita de dados (Processo 70 -
 Ofício nº 1346)

No campo editar
 as informações pessoais

Relativamente ao assunto em epigrafe, cumpre-me informar V. Ex.^a, de que o mesmo foi debatido em reunião do Conselho Geral, tendo sido aprovado por unanimidade, dado nesta data não estarem a decorrer outros trabalhos.

Está desde já autorizada a colheita de dados solicitada, que se poderá estender até 31 de Março de 2012, atendendo aos correspondentes condicionalismos, nomeadamente o atraso na chegada e deferimento do requerido.

Com os melhores cumprimentos

A Coordenadora da USF Grão Vasco

(Graça Maria Martins, Dr.ª)

Anexo VIII- Pedido e Autorização de aplicação de questionário na USF D. Duarte



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
 Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Av. D. João Cabral do Carmo da Almeida, 1.º 1/2
 3500-070 VISEU
 Tel: 232 419 100
 Telex: 581 011 300
 Fax: 232 428 340

Exmo. Senhor
 Director Executivo da
USF D. Duarte
 Av. Dr. António José de Almeida
 3514-511 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ciclo nº:	Data:
Processo:		Processo:	

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 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, enfermeira do Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, Alexandra João Rodrigues Marques Gil, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A relação de ajuda entre Enfermeiros e Crianças dos 6 aos 10 anos".

O objectivo principal deste estudo é analisar a percepção das crianças dos 6 aos 10 anos sobre a existência da relação de ajuda por parte dos Enfermeiros.

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, na Consulta de Saúde Infantil dessa USF.

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

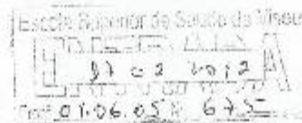
Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Amarilis Rocha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações 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

APAC



Exma. Senhora:

Vice-Presidente da Escola Superior de Saúde
de Viseu

R: D. João Crisóstomo Gomes de Almeida

3500-843 Viseu

000056 13 U22012

Assunto: Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados

Relativamente ao assunto em epígrafe e em resposta aos V. Ofícios Nº 1547 de 22/12/2011 e 1355 de 22/12/2011 cumpre-me informar V. Exª, de que os pedidos de Autorização para Efectuar Colheita de Dados foram aceites por esta Unidade de Saúde.

Com os melhores cumprimentos

O Coordenador da USF Lusitana

(Fernando Andrade, Dr.)