

*“ Compreender que há outros pontos de vista
é o início da sabedoria”*

(Campbell)

AGRADECIMENTOS

A concretização desta dissertação resultou do esforço pessoal mas também da colaboração e incentivo de algumas pessoas que nela participaram directa e indirectamente.

A todos manifesto o meu reconhecimento e a minha gratidão.

À Professora Doutora Ernestina Silva, pela enorme disponibilidade, pela paciência e pelos ensinamentos durante todo o percurso

Ao Professor Doutor João e Professora Graça pelo sua prontidão sempre em ajudar.

Aos pais das crianças hospitalizadas pela disponibilidade no preenchimento do questionário, e sem os quais este trabalho não seria possível.

Aos enfermeiros dos serviços envolvidos no estudo pela ajuda na recolha dos questionários.

Aos poucos amigos, mas verdadeiros que sempre estiveram presentes, nos momentos mais difíceis, que foram muitos, o meu muito obrigado. Eles sabem quem são...

Ao meu marido Miguel e filhos Diogo e Afonso pelo apoio incondicional e pela privação de momentos que passaram sem a minha total dedicação, foram eles os mais lesados neste caminhar, para eles as minhas desculpas, por todos os minutos roubados e pelas brincadeiras que lhes recusei, a eles o meu obrigado pelos seus sorrisos que me aqueceram o coração e me deram força para continuar. Foram sempre eles o motor para eu avançar, sem o seu amor e carinho nunca teria conseguido.

RESUMO

A hospitalização de uma criança constitui uma experiência stressante, conduzindo muitas vezes a vivências de sofrimento por parte desta e dos pais, nas quais têm interferência diversos factores.

Os objectivos deste estudo foram analisar a influência de variáveis clínicas da criança no nível de *stress* parental; determinar se a idade e sexo da criança hospitalizada influenciam o nível de *stress* parental e identificar a relação entre as variáveis sócio demográficas dos pais e os níveis de *stress* parental em pais de crianças hospitalizadas no CHTV-EPE.

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, descritivo-correlacional, efectuado numa amostra não probabilística por conveniência de 125 Pais (96 mães e 29 pais), com uma média de idade de 32,74 anos, acompanhantes de crianças hospitalizadas. O protocolo de avaliação incluiu um instrumento de caracterização sócio demográfica da amostra e a Escala de *stress parental* de Mixão, Leal e Maroco (2010).

Os resultados evidenciaram que as variáveis clínicas, nomeadamente a presença de doença crónica na criança, as experiências anteriores de recorrer à urgência, o tempo de internamento entre 8-15 dias e os pais que referiram ter poucas ou nenhuma oportunidades para cuidar dos seus filhos durante o internamento, se associavam a maiores níveis de *stress* parental, assim como os pais das crianças de idade inferior a 2 anos, nas dimensões *medos e angústias* e o *stress parental total*. Da mesma forma, os pais com ensino básico e 2º e 3º ciclo e com rendimento familiar baixo, apresentaram maiores níveis de *stress* nas dimensões *preocupações, medos e angústias e stress total* e de *satisfação*, os pais que assumem ter apoio social.

Face aos resultados, conclui-se que o *stress* parental deve ser considerado um foco de atenção em enfermagem pediátrica, que vise escutar as preocupações dos pais, decorrentes da hospitalização da criança e definir estratégias de apoio adequado e da sua capacitação, em prol da autonomia parental e do saudável desenvolvimento das crianças.

Palavra-chave: Pais, Parentalidade, *Stress* Parental, Criança Hospitalizada.

ABSTRACT

The hospitalization of a child constitutes as a *stressful* experience, often leading towards situations of suffering of both the child and its parents, in which there are diverse interfering factors.

The objectives of this study were to analyze the influence of clinical variables at the parental *stress* level; to determine whether age and sex of the hospitalized child influence the parental *stress* level and identify the relation between the socio-demographic variables of the parents and the parental *stress* levels of children hospitalized at CHTV-EPE.

This is a transversally cut, correlational-descriptive quantitative study carried out with non probable samples for the convenience of 125 parents (96 mothers and 29 fathers), with an average age of 32.74 years, accompanying hospitalized children. The evaluation protocol includes a socio-demographic characterized instrument of the sample and the Mixão, Leal e Maroco (2010) parental *stress* Scale.

The results show that the clinical variables, namely the presence of chronic conditions in the child, previous experiences associated with the use of the emergency room, the time of internment of 8-15 days and the parents that referred to having few or no opportunities to care for their children during internment, were associated with higher levels of parental *stress* as well as the parents of the children with less than 2 years of age, in the dimensions *fears and distress* and *total parental stress*. The parents with primary education and middle and high school educations and with low family income, showed higher levels of *stress* in the dimensions *worry, fears and distress* and *total stress* and *satisfaction* in parents who admit receiving *social support*.

Faced with the results, it is concluded that parental *stress* should be considered as a focus of attention in pediatric nursing, aiming at listening to parents worries, arising from the hospitalization of the child and to define strategies of adequate support and its capacity, in favor of parental autonomy and the healthy development of the children

Key words: Parents, Parenting, Parental Stress, Hospitalized Child.

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE QUADROS

SIGLAS E ABREVIATURAS

1 – INTRODUÇÃO21

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2 – SER PAI E MÃE.....27

2.1 – A PARENTALIDADE.....29

2.2 – APOIO AO PAPEL PARENTAL31

3 – O *STRESS* PARENTAL33

3.1 – FACTORES INDUTORES DO *STRESS* PARENTAL34

3.2 – IMPLICAÇÕES DA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA NO *STRESS*
PARENTAL39

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4 – METODOLOGIA49

4.1 – MÉTODOS.....49

4.2 – PARTICIPANTES.....52

4.2.1 – Caracterização da amostra52

4.2.2 – Caracterização sócio espacial da amostra.....53

4.3 – INSTRUMENTOS54

4.4 – PROCEDIMENTOS56

4.5 – ANÁLISE DOS DADOS57

5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS61

5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL70

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....79

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....97

ANEXOS107

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....109

ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	117
ANEXO III – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS AO CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU- EPE	121

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1- Desenho de Investigação.....	51

INDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Estatísticas da idade dos Pais	52
Tabela 2 – Distribuição dos Pais por grupos etários	61
Tabela 3 – Distribuição dos Pais segundo o sexo das crianças	62
Tabela 4 – Estatísticas dos elementos que compõem o agregado familiar ...	62
Tabela 5 – Caracterização do estado civil dos Pais	63
Tabela 6 – Caracterização da escolaridade dos Pais	63
Tabela 7 – Caracterização da situação profissional e rendimento familiar....	64
Tabela 8 – Caracterização do apoio sócio familiar.....	65
Tabela 9 – Estatística da idade da criança.....	65
Tabela 10 – Caracterização da idade e sexo da criança	66
Tabela 11 – Caracterização das experiências anteriores no hospital.....	66
Tabela 12 – Tempo de duração do internamento anterior em dias.....	67
Tabela 13 – Percepção dos Pais sobre a doença dos filhos	67
Tabela 14 – Percepção dos Pais sobre problemas de desenvolvimento na criança.....	67
Tabela 15 – Percepção dos Pais sobre a saúde dos filhos	68
Tabela 16 – Controlo dos Pais face à situação de doença dos filhos	68
Tabela 17 – Oportunidades dadas pelos enfermeiros para decidir e cuidar do filho internado	69
Tabela 19 – Nível de <i>stress</i> parental em função dos Pais	70
Tabela 20 – Teste de <i>U-Mann Whitney</i> entre a percepção dos pais sobre a doença do filho e o nível de <i>stress</i> parental	71
Tabela 21 – Relação entre as experiências anteriores e o nível de <i>Stress</i> Parental	71
Tabela 22 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre o tempo de internamento e o nível de <i>stress</i> parental.....	72
Tabela 23 – Teste de <i>U-Mann Whitney</i> entre as oportunidades de cuidar do filho e o nível de <i>stress</i> parental.....	72

Tabela 24 – Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre a idade da criança e o nível de <i>Stress Parental</i>	73
Tabela 25 – Teste de <i>U-Mann Whitney</i> entre o sexo da criança e o nível de <i>stress parental</i>	74
Tabela 26 – Nível de <i>stress parental</i> em função do grupo etário dos Pais....	75
Tabela 27 – Teste de <i>Kruskal - Wallis</i> entre o nível de <i>stress parental</i> e os grupos etários dos Pais	75
Tabela 28 – Nível de <i>stress parental</i> em função do grau de parentesco	76
Tabela 29 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre o nível de <i>stress parental</i> e escolaridade dos pais	76
Tabela 30 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre o rendimento familiar e o nível de <i>stress parental</i>	77
Tabela 31 – Relação entre o apoio familiar e o nível de <i>stress parental</i>	77
Tabela 32 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre o apoio familiar e o nível de <i>stress parental</i>	78

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Estrutura factorial da Escala de <i>Stress Parental</i>	56
Quadro 2 – Classificação dos níveis de <i>Stress Parental</i>	56

SIGLAS E ABREVIATURAS

cf. – confira

CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu

CV – coeficiente de variação

Dp – Desvio padrão

ed. – edição

EPE – Entidade Publica Empresarial

EP – erro padrão

et al. – e outros

INC – Instituto de Apoio à Criança

INE – Instituto Nacional de Estatística

K – Kurtosis

K/S – Kolmogorod- Smirnov

SK – SKewness

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UNICEF – United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

1 – INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem-se despertado para a importância da transição para a parentalidade porquanto o conceito não pressupõe apenas ser-se pai, mas sim “tornar-se pai”, encontrando-se a vivência deste processo intimamente associada a sentimentos e emoções positivas e negativas, em face das exigências do novo papel (HOUZEL, 2004). Para Martins (2008), ser pai e mãe é uma transição crítica porque é permanente e tem implicações na vida e saúde emocional dos pais, assim como na saúde e desenvolvimento das crianças.

De facto, a vivência da parentalidade proporciona momentos únicos e gratificantes, porém confronta igualmente os pais com novas exigências, que podem constituir um risco para o desenvolvimento de *stress*, que por sua vez, pode levar a uma deterioração da saúde e bem-estar parental (SANTOS, 2008).

No geral, o *stress* surge quando existe um conflito entre as exigências da vida quotidiana, as aptidões e recursos do indivíduo para lhe fazer face. Na vivência da parentalidade, a subjacente reorganização familiar, que exige ao casal novos planos e projectos, novas exigências de tarefas e funções, mesmo que previsíveis, institui momentos de uma certa ansiedade e de *stress*, tanto para a mãe como para o pai, e por vezes de crise no próprio casal.

O *stress* parental constitui desta forma um processo complexo, multi-determinado, cujos efeitos são diferentes para cada figura parental, para cada filho e, por extensão, para cada família, com repercussões na dinâmica familiar.

Crnic e Low, (2002, p. 248) definem *stress* parental como “uma reacção psicológica adversa, perante as exigências de ser mãe ou pai, que é experienciada com sentimentos negativos, acerca do próprio e da criança, sentimentos estes que são directamente atribuídos às exigências da parentalidade”. São várias as fontes que perturbam o funcionamento parental e igualmente diversa a forma como cada pai e mãe reage a essas experiências perturbadoras, subjacentes a factores individuais ou familiares protectores ou de maior vulnerabilidade.

Diversos modelos têm tentado explicar o *stress* parental, e que segundo a literatura podem estar directamente relacionados com condições ou características específicas da criança, dos pais e do meio ambiente, ou ainda direccionados para factores sociais, como

baixo nível socioeconómico, desemprego ou acontecimentos de vida e que requerem a mobilização frequente de ajustamento.

Considerando as características da criança, vários estudos fundamentam que os pais das crianças com problemas de saúde, nomeadamente do desenvolvimento, do comportamento ou mesmo fisiológicos, experimentam níveis mais elevados de *stress* quando comparados com pais de crianças saudáveis (BELSKY, 2005)

Neste âmbito, e quando a doença da criança implica a sua hospitalização, os pais vêem a sua vida alterada quanto à dinâmica e rotinas familiares, resultando numa fonte suplementar de preocupação, angústia e *stress* (MAGALHÃES, 2011).

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. Jorge (2004 p.46) refere que “a situação de hospitalização de um filho não é isenta de preocupações e *stress* que é necessário ultrapassar”. Significa separação da criança do ambiente protector familiar, alteração das actividades habituais, tratamentos dolorosos e sofrimento. As manifestações psicológicas que esta condição acarreta para os pais, são muitas vezes acrescidas pela quebra na organização do seu quotidiano (deslocações, despesas, faltas ao trabalho, ausência do lar...), tornando-os impotentes e desencadeando sentimentos de medo, ansiedade e culpa (FERNANDES, 1988).

Contudo vários outros factores podem influenciar o ajustamento parental à doença da criança, tais como o tipo de suporte social e familiar, relação com a criança, com outros membros da família e com os profissionais de saúde, recursos económicos e crenças pessoais sobre a doença, constatando as evidências a importância do papel da equipe de saúde para a vivência destas transições críticas familiares.

Neste âmbito, destaca-se o papel central dos enfermeiros enquanto principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, auxiliando-os nas mudanças e exigências necessárias e iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências com base no suporte informacional e instrumental e no apoio emocional.

É hoje aceite que cuidar da criança doente exige uma abordagem centrada na família e em parceria com ela, demonstrando os vários estudos que a presença e participação parental nos cuidados à criança hospitalizada, tem benefícios para ambos, nomeadamente na diminuição do *stress* e da ansiedade associada à angústia da separação e aos procedimentos hospitalares (ESPEZEL e CANAM, 2003; COYNE, 2007; SHIELDS, 2011).

Para minorar os efeitos negativos da hospitalização da criança, a nós cuidadores destas famílias, compete efectuar um acolhimento caloroso, escuta activa e desenvolver

intervenções cujo foco de atenção valorize a compreensão das experiências e preocupações parentais, com o intuito de diminuir o *stress* causado pelo acontecimento crítico e ajudar ao desenvolvimento de competências de adaptação. Como refere Reis (2007,p.24) “perceber o papel parental significa estar atento ao conflito e angústias que os pais podem desenvolver, tendo em conta a mudança sentida no seu papel, em resposta a factores como a doença e a hospitalização da criança”.

Desta forma, tendo como base alguns estudos já realizados, procuramos com este estudo valorizar a investigação em enfermagem e por esse meio fornecer alguns subsídios para o conhecimento do nível de *stress* parental em pais de crianças hospitalizadas e analisar a forma como vivenciam esta situação, face a variáveis de carácter sócio demográfico dos pais e clínicas da criança.

Foi baseada neste enquadramento e nas inquietações do dia-a-dia, decorrentes do trabalho enquanto enfermeira numa unidade de pediatria, que surgiu a temática: “*Stress* Parental em pais de crianças hospitalizadas no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE” (CHTV-EPE) e com base nestes pressupostos elaboraram-se as seguintes questões de investigação:

- Em que medida as variáveis clínicas, nomeadamente a percepção dos pais sobre a doença da criança, as experiências clínicas anteriores, o tempo de internamento e a oportunidade de decidir e cuidar da criança internada influenciam o nível de *stress* parental?
- Será que a idade e sexo da criança hospitalizada no CHTV-EPE, influencia o nível de *stress* parental?
- Qual será a relação entre as variáveis sócio demográficas dos pais (idade, grau de parentesco, escolaridade, rendimento familiar, apoio familiar) e os níveis de *stress* parental em pais de crianças hospitalizadas?

No delinear da pesquisa e para dar resposta às questões formuladas, foram definidos os seguintes objectivos:

- Analisar a influência de variáveis clínicas, nomeadamente a percepção que os pais têm da doença da criança, experiências anteriores, tempo de internamento e oportunidades de decidir e cuidar da criança hospitalizada, no nível de *stress* parental;
- Avaliar se a idade e sexo da criança hospitalizada influenciam o nível de *stress* parental;

- Identificar a relação entre as variáveis sócio demográficas dos pais e os níveis de *stress* parental.

Para a sua concretização, foi delineado um estudo não experimental, de análise quantitativa e corte transversal, do tipo descritivo correlacional.

O trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas mas complementares. A primeira, de enquadramento teórico, onde se reflecte sobre as vicissitudes de se ser mãe e pai e se enquadra a temática da parentalidade no contexto actual. É também abordada a temática do *stress* parental e dos factores indutores e por último é feita uma análise das implicações da hospitalização da criança no *stress* e perturbações dos pais. A segunda parte é dedicada à investigação empírica, contemplando o enquadramento metodológico do trabalho, onde se definem os participantes, o instrumento de recolha de dados e respectivos procedimentos e tratamento estatístico. Posteriormente é feita a apresentação dos resultados e sua discussão, e por fim são apresentadas as conclusões de onde emergem algumas implicações para a prática

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2 – SER PAI E MÃE

Tornar-se pai e mãe é uma transição crítica porque é permanente e tem implicações na vida e saúde emocional dos pais como também na saúde e desenvolvimento das crianças. Este processo torna-se um desafio de grande responsabilidade, pela complexidade de competências e de saberes necessários à sua efectividade (MARTINS, 2008).

No passado a importância conferida à criança era somente a de vir a ser um contributo para o futuro, não se prestando atenção à sua identidade singular, beleza, ou ternura que pudesse transmitir.

Nos dias de hoje, independentemente do modelo familiar, a criança deixou de ser um pequeno corpo apático, imobilizado *num maillot apertado*, de quem se esperava apenas que subsistisse. Agora esperneia livremente na sua cama, ou seja, é um ser com direitos próprios, valorizados pela sociedade e particularmente pelos seus familiares, pelo que no dia-a-dia esta já não é deixada sozinha e à sua volta há sempre alguém a cuida-la. (ROUSSEL, 1995).

Contudo ser pai e mãe implica uma reorganização familiar que exige ao casal novos planos e projectos, novas exigências de tarefas e funções, e por isso uma necessidade de reestruturação. Embora estas modificações internas sejam muitas vezes previsíveis, elas constituem sempre momentos de uma certa ansiedade, *stress* tanto para a mãe como para o pai, e por vezes de crise no próprio casal (BARRADAS, 2008). A maneira como homens e mulheres se percebem enquanto mães e pais e como organizam, os seus valores, crenças e expectativas individuais nesta transição, influenciam mutuamente as vivências de cada membro do casal e necessitam ser compreendidas a vários níveis, nomeadamente numa óptica individual, de dinâmica familiar e de contexto social mais amplo (MARTINS, 2008).

Por outro lado, também a actividade profissional dos pais irá ter implicações nesta nova reorganização, obrigando-os na maioria das vezes a confiar a criança durante o dia a uma instituição onde ficará muitas horas e mesmo para além do período recomendado. Neste contexto, emerge hoje alguma intranquilidade relacionada com a forma como as crianças, em fases sensíveis da vida, estão a ser educadas nos países economicamente mais desenvolvidos. Questiona-se qual será o impacto no desenvolvimento psicológico e social da criança, da transição dos cuidados na primeira infância, que no passado eram assegurados pela família e actualmente são da responsabilidade das creches e jardins-de-

infância, onde a criança permanece durante grande parte do dia e onde, muitas vezes são vários os educadores com quem se relaciona, o que pode constituir um risco para um processo saudável de vinculação (UNICEF, 2008).

Neste contexto, como não compensar esta falta com um acréscimo de atenção? O pouco tempo partilhado entre os pais e os filhos traduz-se frequentemente em maior necessidade de recompensas e o carácter das relações exclui interdições ou privações e é baseado nestas circunstâncias que nasce muita da vulnerabilidade da criança do século XXI (GOMES, 2005).

O *preço a pagar* por estas crianças super-protegidas é um acréscimo de riscos facilmente previsíveis a que assistimos na cultura actual. Por terem ficado durante muito tempo crianças e prolongando o tempo da adolescência, posteriormente vacilam longamente nas fronteiras da idade adulta, sentindo dificuldade em construir a maturidade e a auto-estima necessária a um futuro papel parental (GOMES, 2005).

Paralelamente a esta situação, vivenciamos outro tipo de preocupação face à decisão de ser pai e mãe. Seguindo a linha de pensamento de Roussel (1995) estamos numa era em que cada vez mais os casais adiam o nascimento de um filho, aproveitando a duração de uma vida a dois, deixando para mais tarde a decisão as responsabilidades associadas ao primeiro filho, para completar a sua felicidade. Confrontamo-nos assim com uma espécie de deslocamento do centro de importância familiar da criança, para o casal.

Todavia um estudo realizado por Mendes (2007) focado nas vivências da conjugalidade e nas relações estabelecidas com as famílias de origem, revelou que, de um modo geral, no seio do casal e apesar do nascimento dos filhos implicar uma redução drástica no tempo disponível para a “vida a dois”, os jovens pais afirmam que essa decisão veio fortalecer a relação do casal. Estes resultados de alguma forma contribuem para o reconhecimento de que a decisão de ter filhos, independentemente da idade dessa resolução, é considerada positiva para a relação a dois.

Contudo a maternidade, que antes era entendida como papel principal da mulher casada, passou para segundo plano, pela dificuldade dos casais em conciliarem a maternidade com a profissão e também porque os familiares enquanto fonte de saber parental, estão menos disponíveis no apoio às novas famílias. Em Portugal, 46,9% da população profissionalmente activa são mulheres, sendo que 84,5% têm uma ocupação a tempo inteiro (INE, 2010). A forte presença feminina no mercado de trabalho acarreta de igual forma mudanças ao nível do funcionamento, da organização e da estrutura familiar, levantando conjuntamente um grupo de questões relacionadas com a gestão do tempo entre responsabilidades profissionais, domésticas e familiares (PERISTA, 2002).

Estudos realizados em Portugal e noutros contextos culturais, verificaram que para ajustar a vida profissional, pessoal e familiar, as famílias muitas vezes necessitam adoptar diversas estratégias de conciliação, nomeadamente ceder ou desinvestir profissionalmente (MATIAS, SILVA e FONTAINE, 2011).

Também o papel atribuído ao homem tem sofrido mudanças progressivas face ao seu papel após o nascimento de um filho. Este perdeu o cargo patriarcal para ganhar um papel mais activo na vida familiar, aproximando-se dos filhos, numa nova vivência, documentada sobretudo a partir dos anos oitenta. Desde então e de forma progressiva, o homem tem-se envolvido mais activamente na educação dos filhos, dividindo as obrigações e funções parentais com a esposa. Os pais de hoje colaboram cada vez mais com a mãe no cuidar, divertir e passear a criança, o que tem implicações positivas na intimidade entre pais e filhos. No entanto é possível constatar que esta tendência de partilha de responsabilidades não é ainda equilibrada dentro do casal e mesmo entre casais (WALL, 2005). Contudo é um facto que esta divisão de trabalhos familiares contribuiu de alguma forma para que a mulher pudesse assumir outros papéis mais activos que ela detém na sociedade actual (BAYLE e MARTINET, 2008).

Apesar de todas as vicissitudes, criar uma criança é provavelmente o maior desafio de responsabilidade que um progenitor tem de enfrentar e quando um jovem casal finalmente ganha coragem para casar e ter filhos, descobre que ter um bebé é bem diferente de cuidar de um bebé.

2.1 – A PARENTALIDADE

Tal como temos vindo a analisar, a chegada de um filho é causadora de grande transformação na vida de um casal, alargando estes o seu funcionamento psíquico, com novas significações e representações, para se apropriarem do novo ser que é o filho (LEAL, 2005). No entanto a parentalidade ao constituir-se como uma das etapas mais marcantes e significativas do ciclo vital da família não é estática, está em constante desenvolvimento e crescimento, acompanhando a idade, maturidade e crescimento dos filhos (CRUZ, 2005). Na mesma linha de pensamento Reis (2007) refere que cuidar de um recém-nascido, de uma criança em idade pré-escolar, em idade escolar ou de um adolescente, implica responsabilidades parentais diferentes, pois o papel parental desenvolve-se ao longo do ciclo vital e vai mudando de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança

O interesse pela temática da parentalidade surgiu, de uma forma mais evidente, na segunda metade do século XX, altura em que os psicólogos procuraram compreender os

factores responsáveis por uma acção parental disfuncional e as suas consequências nas competências cognitivas, emocionais e comportamentais das crianças (ABIDIN, 1992).

Macoby (2000) salienta que a influência da acção parental nos filhos é incontestável, podendo tornar-se como potenciadora de um desenvolvimento e adaptação harmonioso ou, pelo contrário, como um incremento perturbador.

A parentalidade enquanto “a acção de tomar conta, assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai e dos comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar, otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou não” (CIPE, versão 1, 2006,p.43), pode descrever-se como um processo de transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respectivos papéis” (MARTINS, 2008).

Alarcão (2006, p.131) enfatiza que o nascimento de um filho acarreta, não só, o surgimento de dois novos subsistemas, parental e filial, “mas, também, de novas funções, novas tarefas e de um conjunto de reorganizações relacionais, intra e inter-familiares”, num processo de adaptação, psíquica, psicológica e afectiva e de desenvolvimento humano.

“Com o nascimento do bebé dá-se uma alteração no estatuto dos pais, estes passam a ser pai e mãe, como os próprios pais e fazem uma reavaliação das prioridades nas suas vidas”(LEAL, 2005 p.423). O nascimento do bebé, em especial do primeiro filho, comporta um grande impacto, logo, o processo de transição para a parentalidade com as alterações dos papéis familiares e o aumento das responsabilidades, implica muitas vezes momentos de tensão familiar, exigindo do casal redefinição de papéis, rotinas e tarefas (CANAVARRO e PEDROSA, 2005). A vivência deste processo depende dos contextos em que se desenvolve. Assim, na opinião de Soares (2008) os pais que planearam a gravidez, que recebem preparação, possuem mais conhecimentos e experiência neste âmbito demonstram sentimentos e emoções mais positivos.

A parentalidade é desta forma a tarefa mais exigente da família. Pode considerar-se uma tarefa, mas também uma relação, que começa antes do nascimento dos filhos e se mantém por toda a vida.

2.2 – APOIO AO PAPEL PARENTAL

A Assembleia Geral das Nações Unidas (1989), na Convenção Internacional dos Direitos da Criança, salientou a vulnerabilidade e a necessidade de cuidados especiais à criança, dando ênfase às responsabilidades da família na sua protecção e nos cuidados primários. (IAC, 2008).

Sousa (2009) refere que a parentalidade está intimamente ligada à ansiedade social da vida adulta, englobando o carinho, a superprotecção, os estilos parentais e a vinculação na infância, enquanto o papel parental é representado pela função e por determinados estilos, práticas, interacções e atributos parentais.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, papel parental é entendido como “um tipo de interacção de papéis com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança” (CIPE, versão 2, 2002, p. 63).

Para Jorge (2004), as tarefas ou funções parentais concretizam-se em função das necessidades particulares dos filhos, mas também para responder às expectativas sociais atribuídas aos pais.

Da alteração no papel dos homens e mulheres no processo de transição para a parentalidade, resulta a necessidade de adaptações intra e interpessoais para as quais os casais habitualmente necessitam de orientação e apoio por parte da família ou da equipa de saúde.

A crescente insegurança dos pais no agir com os seus filhos e a crescente procura de respostas para as crises comportamentais, exigências de consumo e inúmeras imposições das chamadas “personalidades fortes” dos mais pequenos, deixam no ar inúmeras dúvidas de como proceder para ser pai e mãe, sem comprometer o normal desenvolvimento ou acarretar problemas para os filhos (APARÍCIO, CUNHA e PEREIRA, 2009). Assim, a adaptação à parentalidade e às funções parentais pode gerar sentimentos de insegurança, incapacidade e ansiedade, podendo esses sentimentos diferir entre o casal. Belsky (2005) um aderente da perspectiva sistémica familiar reconhece, que existem três principais fontes ou níveis de influência na construção global do comportamento parental: os seus recursos pessoais e psicológicos, as características da criança, e o contexto mais amplo em que a relação pais-filhos se estabelece. Para Urra (2007), o sucesso de uma

parentalidade positiva que fomente uma boa relação entre pais e filhos assenta na confiança mútua e na partilha de alegrias e frustrações.

Conhecer e compreender as experiências parentais é particularmente importante para os profissionais de saúde, particularmente para os enfermeiros pois permite-lhes definir estratégias de apoio a essa função, na busca de uma transição e manutenção de papéis bem sucedida (MARTINS, 2008). Neste sentido é imprescindível ir ao encontro das motivações e necessidades individuais, familiares e comunitárias das populações, através de programas de educação para a saúde, actuando desta forma como agentes dinamizadores de aprendizagens (BARRADAS, 2008).

Para Reis (2007,p.24) "perceber o papel parental significa estar atento ao conflito e angústia que os pais podem desenvolver face às mudanças sentidas no seu papel parental, nomeadamente em resposta a factores perturbadores do dia-a-dia como a doença e hospitalização da criança".

3 – O STRESS PARENTAL

O interesse pela temática do *stress* vem de há muitos anos, suscitando atenção para muitos investigadores, sendo o pioneiro Claude Bernard, que transmitiu a ideia de que as ameaças físicas à integridade de um organismo evocam respostas da parte deste que contrariam esta ameaça. Por outro lado (VAZ SERRA, 2002,p.6) reconhece que “a vida está dependente, de forma crítica, da capacidade do ser vivo manter constante o meio interno perante qualquer modificação do meio externo”.

O primeiro a definir *stress* como um conceito científico a nível da medicina foi Hans Selye, defendendo a concepção de resposta à agressão, enquanto sobrevivência da pessoa (FREITAS, 2009). Este conceito amplamente utilizado nos dias de hoje é assim considerado como um conjunto variado de vivências que exigem da pessoa uma resposta para a qual nem sempre existe preparação (JORGE, 2004).

O *stress* atinge todo e qualquer ser humano sendo a sua ocorrência susceptível de determinar sequelas preocupantes, que podem afectar o bem-estar, a saúde física e psicológica do indivíduo, deteriorando a sua qualidade de vida. Como refere Vaz Serra (2002) o ser humano vive frequentemente experiências que são indutoras de *stress* e que só deixam de existir após a morte, logo ninguém está livre dessa percepção.

Freitas (2009) refere que o *stress* surge quando a pessoa desenvolve a percepção de não ter controlo sobre a situação. Todavia nem todo o *stress* é considerado negativo, uma vez que este pode funcionar como um estímulo, e permitir ao indivíduo reagir perante determinada situação e habilitando-a a encontrar a solução para o problema (VAZ SERRA, 2002).

Também no contexto parental determinadas situações e a forma como os casais ou cada progenitor individualmente lida com essas mesmas condições, as estratégias de ajustamento que utiliza, determinam alguma vulnerabilidade ao *stress*.

Assim, pode definir-se *stress* parental como “uma reacção psicológica adversa, perante as exigências de ser mãe ou pai, que é experienciada com sentimentos negativos, acerca do próprio e da criança, sentimentos estes que são directamente atribuídos às exigências da parentalidade” (DEATER-DECKARD,1999) cit. por (CRNIC e LOW, 2002, p. 248).

De facto, a parentalidade, para além de proporcionar momentos únicos e gratificantes, confronta igualmente os pais com novas exigências que constituem um risco

para o aumento do *stress* o que, por sua vez, pode levar a uma deterioração da saúde e bem-estar parental (SANTOS, 2008). Neste sentido, o *stress* decorrente do papel parental é qualitativamente diferente do *stress* desencadeado por outro tipo de acontecimentos de vida, defendendo o autor supracitado que o *stress* parental se constitui como o melhor preditor da saúde e bem-estar dos pais e do desenvolvimento da criança, comparativamente aquele gerado por circunstâncias de vida de natureza mais geral.

Não obstante, nem todos os pais experimentarem *stress* e a sua intensidade pode ser variável, dependendo muito da percepção que eles têm sobre os recursos disponíveis para cumprir as exigências inerentes ao papel parental. Também nesta perspectiva, as estratégias de *coping* ou de ajustamento definem-se como o conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais utilizados pelos pais com o objectivo de lidar com dificuldades específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stress* e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais (LAZARUS e FOLKMAN, 1984) cit por (LOPES, DIXE e CATARINO, 2010).

Há diferenças individuais no processo de parentalidade e logicamente no desenvolvimento de *stress* parental. A parentalidade é, por si só e tal como já referimos, uma tarefa complexa que envolve adaptações e mudanças para os pais, constituindo a percepção sobre as suas capacidades ou competências para corresponder às exigências colocadas pelo papel parental, um importante factor de influência na relação pais-filhos e no desenvolvimento desta relação. As experiências quotidianas que decorrem do ser-se mãe ou pai, e tudo aquilo que envolve a prestação de cuidados básicos aos filhos, tanto podem ser vividas pelos pais como experiências positivas e de prazer que lhes proporcionam um sentido de competência como podem ser entendidas como difíceis, frustrantes e, conseqüentemente, geradoras de *stress* (CRNIC e LOW, 2002).

No entanto e segundo Abidin, (1992) níveis muito baixos de *stress* podem igualmente influenciar de uma forma negativa o comportamento dos pais, uma vez que eles têm uma menor preocupação e vigilância face aos filhos e ao seu comportamento.

3.1 – FACTORES INDUTORES DO STRESS PARENTAL

Na literatura são descritos vários modelos que explicam os mecanismos de desenvolvimento de *stress* e especificamente, do *stress* parental. Todos eles admitem a existência de vários factores importantes e que determinam a forma como as exigências da parentalidade são percebidas e vividas pelos pais. Entre esses factores destacam-se as características da criança, as características das figuras parentais, e as características do contexto social e familiar (ABIDIN, 1992; BELSKY, 2005; CRNIC e LOW, 2002).

Para Baião (2009) o *stress* parental constitui um processo complexo, multi-determinado, e cujos efeitos são diferentes para cada figura parental, cada filho e, por extensão, para cada família, tendo repercussões não só na relação da figura parental-criança como no desenvolvimento da criança e na capacidade parental para ser pai ou mãe, e consequentemente na dinâmica familiar.

Também Abidin (1992) considera que o *stress* parental tem um papel fundamental para um funcionamento positivo ou negativo da família. Apesar de diversas investigações realizadas terem demonstrado que níveis elevados de *stress* parental contribuem para uma parentalidade disfuncional, o que por sua vez, pode ter consequências negativas no funcionamento da criança (SZELBRACIKOWSKI e DESSEN, 2007) cit. por (BAIÃO, 2009). A relação estabelecida entre os vários factores envolvidos, determinará a forma como os pais percebem os seus filhos e, consequentemente, o modo como se comportam e se relacionam com eles, o que, por sua vez irá ter um impacto no desenvolvimento e comportamento da criança. A autora refere ainda que quando os níveis de *stress* parental são adequados, este se constitui como uma variável motivacional que fornece energia aos pais para utilizarem os recursos disponíveis à realização do seu papel. Por seu turno, quando os seus níveis são demasiado elevados, são susceptíveis de comprometer a qualidade da parentalidade e da relação pais-filhos.

A literatura reporta duas linhas principais de investigação na área do *stress* parental. Uma centrada no impacto deste no funcionamento familiar, quando decorrente das irritações quotidianas (acontecimentos *minor*), como referem Crnic e Greenberg (1990), cit. Santos (2008) e outra focalizada nas relações pais filhos referida por Abidin (1992).

O modelo teórico centrado nos acontecimentos *minor*, sugere que as potenciais frustrações e irritações diárias associadas à função parental e ao comportamento normal da criança, se constituem como a principal fonte de *stress* e podem não perturbar de forma considerável a função parental (CRNIC e GREENBERG, 1990 cit. por (SANTOS, 2008). No entanto, os autores consideram que, quando um indivíduo está inserido num contexto com necessidades e exigências específicas e continuadas, o efeito cumulativo daí decorrente, pode ter um impacto negativo nas interacções pais-filhos.

Assim, as diferentes características das crianças, dos recursos particulares e psicológicos dos pais e das fontes contextuais e de suporte são determinantes da parentalidade e do *stress* parental, constituindo-se este como um conceito multi-determinado.

Indutores de *stress* e características da família

A literatura não reflecte uma opinião consensual no que respeita ao peso relativo dos factores genéticos e ambientais, mais especificamente dos pais, no crescimento, desenvolvimento e comportamento da criança (MACCOBY, 2000). É, contudo, incontestável a influência do papel parental nos filhos, podendo constituir-se como potenciadora de um desenvolvimento e adaptação harmoniosos ou, pelo contrário, como desencadeadora de perturbações.

Belsky (2005), destaca das características dos pais a falta de suporte social, a falta de auto-estima, o fraco investimento psicológico parental e as características da sua personalidade. Da mesma forma, o *stress* de vida vivenciado por cada progenitor exerce o seu impacto e quanto maior for o seu nível, possivelmente maior será o *stress* parental percebido.

No que respeita à relação do *stress* parental com as características sócio demográficas dos pais, as referências na literatura são escassas. Relativamente à idade, os estudos encontrados são pouco consistentes. Lau (2001) cit. por Baião (2009), refere não existir uma relação significativa entre a idade materna e o *stress* parental. Por outro lado, Olafsen et al. (2007) afirmam que mães mais novas manifestam níveis mais elevados de *stress* decorrente do seu papel parental, por terem menos recursos e estratégias para lidar com as situações perturbadoras, nomeadamente as relacionadas com a saúde das crianças e com a sua menor capacidade para cuidar dos filhos. Todavia o estudo de Moreira (2010) reportou uma relação positiva e significativa entre a idade e os níveis de *stress*, pois verificou que à medida que a idade avançava, aumentavam os níveis de percepção de *stress* parental.

Também as diferenças de género têm ganho uma importância cada vez maior, devido às diferenças psicológicas existentes entre homens e mulheres e que determinam percepções e vivências da parentalidade e de *stress* parental distintos. Porém, estudos recentes como os de Vrijmoet-Wiersma et al., (2009) cit. por Costa (2011) que têm analisado este constructo em ambos os pais, em detrimento apenas da mãe, têm evidenciado níveis idênticos de *stress* em ambos os progenitores. Também num estudo realizado com pais de crianças com perturbação de hiperactividade e défice de atenção se verificou não haver diferenças face ao género dos pais na percepção de *stress*, porém quando este era relacionado com o suporte social, apurou-se que os progenitores do sexo masculino apresentavam uma melhor percepção deste apoio e como tal exibiam menores níveis de *stress* (MOREIRA, 2010). Contudo no estudo de Oelofsen e Richardson, (2006), cit. por

Santos (2008), efectuado com famílias de crianças com perturbações do desenvolvimento, o nível de *stress* revelou-se maior na mãe do que no pai, o que não se verificou nas famílias de crianças com um desenvolvimento considerado normal.

Em relação ao nível de escolaridade dos pais, um estudo realizado com mães de bebés prematuros reportou que após o parto prematuro, as mães com menos anos de escolaridade manifestaram níveis mais elevados de *stress* parental, em comparação com as mães com mais habilitações literárias (Olafsen et al., 2007). Relativamente aos pais, o mesmo estudo verificou que com o passar do tempo, os que detinham mais anos de escolaridade manifestaram níveis de *stress* mais elevados, quando comparados também com os pais com menos anos de escolaridade. Além disso, mães de bebés prematuros com outros filhos percebem-se com mais *stress* e menos confiantes e competentes, comparativamente às mães de bebés de termo, com e sem outros filhos.

Ainda neste âmbito, e face às características actuais da família, alguns estudos têm-se debruçado sobre o impacto do estado civil dos pais, constatando que quando a criança coabita apenas com um dos progenitores, os níveis de *stress* são mais elevados o que, segundo os autores, está relacionado com a maior percepção de responsabilidade, do que nas famílias com ambos os pais (SZELBRACIKOWSKI, 2009) cit. por (COSTA, 2011). De facto, na opinião de Crnic e Low (2002) uma relação conjugal saudável, em que os elementos do casal se apoiam mutuamente perante as dificuldades que a parentalidade suscita, resulta habitualmente em níveis de *stress* parental mais baixos e a criança desenvolver-se-á melhor, não só ao nível físico, mas também psicológico e social.

Face às características do contexto social e familiar, de forma geral tem-se enfatizado todas as relações estabelecidas entre os membros da família, e ainda as relações entre cada um desses membros e o meio externo envolvente. Entre a personalidade parental e as características do contexto social, estabelecem-se relações bi-direccionais, reconhecendo-se uma influência directa e indirecta do contexto social no funcionamento parental.

Neste contexto os pais valorizam o apoio material e psicológico dos familiares e amigos, a partilha de experiências e de conhecimentos. Todavia, no estudo de Lopes, Dixe e Catarino (2010), o cônjuge foi referido como a pessoa de quem mais esperavam apoio incondicional nesta fase, sendo as expectativas de apoio também elevadas em relação à família mais próxima e amigos.

Indutores de *stress* e características da criança

A parentalidade, tarefa bastante complexa *a priori*, pode tornar-se ainda mais problemática perante algumas características da criança.

Estudos citados por Santos (2008) e que compararam os níveis de *stress* de mães de crianças em idade pré-escolar e de mães de crianças em idade escolar, verificaram que as primeiras revelaram níveis mais elevados (MASH e JOHNSTON, 1983), enquanto no que respeita ao sexo da criança, os resultados se têm revelado contraditórios. Os resultados obtidos por Barkley e Breen (1988) cit. pela autora, não indicaram diferenças significativas entre os pais de crianças do sexo masculino e feminino, mas Fossum, Morch, Handegard e Drugli (2007) verificaram que os níveis de *stress* das mães das raparigas são mais elevados, comparativamente com os das mães dos rapazes. Em relação à idade, Spratt, Saylor e Macias (2007) verificam que esta não se relaciona de forma significativa com o *stress* parental.

Ainda em relação às características da criança, vários estudos fundamentam que os pais das crianças com problemas de saúde, nomeadamente do desenvolvimento, do comportamento ou mesmo fisiológicos, experimentam níveis mais elevados de *stress* (BELSKY, 2005).

Por exemplo, no estudo de Santos (2002) a autora apurou que as mães de crianças com doença crónica ou com algum tipo de perturbação do desenvolvimento, apresentavam níveis de *stress* mais elevados, comparativamente a mães de crianças sem patologia física ou saudáveis. Também o estudo de Hung, Wu, e Yeh (2004) cit. por Santos (2008), acresce igualmente que o nível de *stress* parental se revelou mais elevado nas mães de crianças com uma doença física crónica do que nas mães de crianças com uma deficiência física.

Contudo no estudo de Gomes, Trindade e Fidalgo (2009) algumas mães referiram que o contacto com situações similares e a possibilidade de falarem com outras mães cujos filhos estão na mesma fase ou numa fase posterior da doença, facilitou o processo de aceitação a que se viram sujeitas.

Compreende-se portanto, com base nas investigações que o nível de *stress* difere consoante a criança é saudável ou portadora de uma doença, bem como em função do tipo de patologia, nomeadamente se esta é física ou psicológica.

Quando a patologia implica a hospitalização da criança, esta vivência significa para os pais separação da criança, mesmo que pontual, afastamento e quebra das suas rotinas diárias, sendo acompanhada de sentimentos que podem ir desde o medo de perder a criança, ao de impotência, falha ou culpa, com subsequente elevação dos níveis de *stress* (JORGE, 2004).

3.2 – IMPLICAÇÕES DA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA NO STRESS PARENTAL

Como refere Jorge (2004) a condição de doença e a eminência da hospitalização aparecem muitas vezes sem avisar e não acontecem só aos outros. Perante esta nova realidade a família tem que dar todo um conjunto de respostas de forma a encarar esta situação inevitável. Falar desta experiência de transição parental do tipo situacional, como é a situação de doença e hospitalização, implica equacionar mudanças individuais e familiares capazes de perturbar o desenvolvimento emocional da criança e dos pais. A autora refere ainda que o afastamento entre pais e crianças durante a hospitalização, seja qual for a idade da criança, o seu estágio de desenvolvimento, o ciclo vital da família, a relação com a pessoa ausente e a natureza da separação, podem produzir efeitos transitórios leves e/ou sequelas significativas, tendo em conta as relações existentes no seio familiar.

Relvas (2007) afirmam que é habitualmente à mãe que cabe o papel de acompanhamento do filho no hospital, uma vez que, socialmente, é a esta que cabe, o papel de cuidar da criança. Também no estudo de Magalhães (2011) verificou-se que a maioria dos entrevistados eram mães, sendo apenas um pai. Apesar disso, não foram encontradas diferenças nas percepções deste pai, relativamente às restantes participantes.

O enfrentar efectivo e a adaptação às mudanças decorrentes da hospitalização infantil procuram da família novas formas de organização e requerem o desenvolvimento de habilidades em lidar com as pressões, as ansiedades, as dificuldades e as incertezas existentes ao ter a vida familiar dividida entre a casa e o hospital, bem como para a promoção e a manutenção do bem-estar do sistema familiar (SILVEIRA, ÂNGELO e MARTINS, 2008).

Coffey (2006) cit. por Magalhães (2011), refere contudo que vários factores podem influenciar o *coping* parental à doença, particularmente à doença crónica da criança, tais como suporte social e familiar, relação com a criança, com outros membros da família e com os profissionais de saúde, recursos económicos e crenças pessoais sobre a doença, constatando que os pais têm necessidade de suporte informacional e instrumental para desenvolverem competências para cuidar da criança nesta situação.

Todos os pais, perante a doença do filho, podem duvidar da sua competência para cuidar dele. Quando se trata de uma doença crónica, esta competência pode ser severamente desafiada pelas mudanças e múltiplas rupturas que a doença pode eventualmente provocar no seu dia-a-dia (MALTBY, KRISTJANSON e COLEMAN, 2003).

Na opinião de Jorge (2004), perante a doença crónica da criança, os pais podem desenvolver progressivamente as seguintes estratégias de adaptação: busca de informação, apoio social, evitamento ou inibição da acção, redução da tensão e redefinição da situação. Contudo a autora destaca que as respostas obtidas não diferem de acordo com a doença da criança: crónica ou aguda. O readaptação de papéis e da estrutura familiar, o tipo de problemas a resolver e as estratégias de *coping* a utilizar, podem ser as mesmas quer numa situação de hospitalização por doença aguda, como numa de doença crónica. O que é necessário relevar é que nas doenças de início súbito, as mudanças comportamentais e afectivas requerem dos pais uma rápida mobilização das suas competências para lidar com a sua situação de crise, enquanto nas doenças de aparecimento prolongado o período de adaptação é, ou pode ser, maior.

Também Vara (2004) cit. por Cardoso (2010) reconhece que a capacidade da família enfrentar esta situação de crise depende, entre outros factores, das experiências anteriores em acontecimentos semelhantes, dos sistemas de suporte que dispõe, da coesão entre os seus membros e da capacidade de utilização dos recursos exteriores ao núcleo familiar.

Perante a possibilidade de uma nova hospitalização sentimentos diversos podem surgir nas famílias, como tristeza, nervosismo, estresse, preocupação e ansiedade. O que leva a supor que as respostas dos pais com experiências prévias de hospitalização, vão no sentido de que mudaram alguns comportamentos após o primeiro internamento, podendo este evento crítico induzir transições na parentalidade (MAGALHÃES, 2011). Por outro lado, Reis (2007) verificou que o tempo de hospitalização da criança que se faz acompanhar por um familiar (frequentemente a mãe), pode fazer com que a distância dos restantes familiares traga perturbações de natureza afectiva, principalmente nas relações do casal e nas relações com os outros filhos.

Assim, perante a hospitalização, os papéis e as responsabilidades parentais alteram-se quando a criança é admitida e os seus cuidados são assumidos pelos profissionais de saúde, sentindo os pais que o seu papel está comprometido porque deixam de ter controlo sobre o que acontece (HALLSTROM, RUNESON e ELANDER, 2002 cit. por MAGALHÃES, 2011). Segundo a autora para os pais, a doença, a sua gravidade, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho e corresponderem às expectativas dos enfermeiros, podem constituir barreiras ao desenvolvimento do seu papel parental, podendo este ficar desajustado, sobretudo no início do processo de doença e internamento.

Contudo, estudos apuraram que a ansiedade dos pais diminui quando estes permanecem com os seus filhos no hospital, quando a interacção com os profissionais é boa e sobretudo se recebem informações adequadas às suas necessidades e à medida que se

vão familiarizando com o ambiente, passando a sentir necessidade de modificar o seu papel (KIRK, 2001).

Também Cardoso (2010) concluiu que um dos factores, que pode influenciar a experiência da hospitalização nos pais é a familiaridade com a instituição/serviço, onde o seu filho fica hospitalizado. O desconhecimento do ambiente hospitalar quer em termos estruturais quer organizacionais, pode ser potenciador da ansiedade associada à experiência de hospitalização.

Independente a isso, a presença dos pais junto da criança hospitalizada e a sua participação nos cuidados é actualmente reconhecida como fundamental para que o efeito de hospitalização seja a menos traumática possível (COYNE e COWLEY, 2007). À medida que os pais aprendem a gerir os problemas da criança, começam a sentir mais controlo no seu papel parental e a sentirem-se mais úteis como cuidadores.

Os pais que partilham os cuidados à criança com os profissionais de saúde têm uma experiência mais positiva, dado que precisam de sentir que estão a fazer o possível pelo seu filho, que a criança recebe o melhor tratamento médico e os melhores cuidados de enfermagem e que, na sua ausência, as necessidades da criança serão atendidas (COYNE e COWLEY, 2007).

Num estudo elaborado por Bicho e Pires (2002) uma das estratégias adoptadas pelas mães para minimizarem o sofrimento emocional dos filhos era a de adoptarem uma presença parental permanente durante o tempo de internamento de forma a amenizar as dificuldades que aquela situação representava para a criança.

Por outro lado, Marcom e Molina (2009) salientaram no seu estudo que a alegria e a satisfação das mães em poder acompanhar os seus filhos durante a hospitalização, dando o carinho e amor necessários, é um facto que contribuiu para a recuperação da saúde da criança. Isso reforça ainda mais a importância de manter o vínculo mãe-filho para garantir o bem-estar da criança, sendo que a mãe, muitas vezes, acaba de igual forma neutralizando o seu sofrimento.

Também neste sentido e para fazer face às necessidades particulares da criança é defendido que a hospitalização da criança deve ser feita em unidades pediátricas e com redução do tempo de hospitalização ao mínimo possível. A Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança refere no relatório de 1993, o direito inalienável de a criança ser hospitalizada em ambiente pediátrico, considerando criança todo o ser humano até aos 18 anos, conforme a convenção dos direitos da criança da Organização das Nações Unidas (JORGE, 2004).

A Carta da Criança Hospitalizada adoptada em Leiden em 1988 e ratificada pelos governos dos diversos países europeus, Portugal incluído, assume-se como uma salvaguarda desses direitos das crianças nos serviços de saúde, e não apenas nos hospitais, defendendo a importância do acompanhamento das crianças doentes, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou estado, bem como a participação dos pais nos cuidados que lhe são prestados, na defesa do seu superior interesse (IAC, 2008).

Apesar de todo este movimento e de medidas legislativas, as instituições hospitalares levaram alguns anos a aplicar esses procedimentos, alegando a falta de condições, quer em termos de recursos físicos quer humanos.

A permanência da mãe/pai a tempo inteiro com o filho no hospital foi uma grande conquista social, no reconhecimento de que a criança tem na família o seu principal ponto de referência e segurança, o que, em situação de internamento, aumenta a possibilidade da criança se manter integrada emocionalmente.

A par destas alterações, a integração dos pais no ambiente hospitalar inseriu mudanças que contribuíram para que os enfermeiros reflectissem sobre a organização dos cuidados, com o objectivo de dar resposta às necessidades não só das crianças hospitalizadas, mas também dos pais que as acompanham (SABATÉS e BORBA, 2005).

A filosofia dos cuidados centrados na família e em parceria com esta, considerando-a o pólo central na vida de uma criança, é fruto dessa evolução, assente no pressuposto de que a família é o novo alvo dos cuidados, organizando-se estes, em cuidados centrados nas necessidades da família segundo refere a autora Casey (1993) cit. por (MANO, 2002).

Vários estudos desenvolvidos nos últimos anos demonstraram que a presença e participação parental nos cuidados à criança hospitalizada, tem benefícios para ambos, nomeadamente na diminuição do *stress* e da ansiedade associada à angústia da separação e aos procedimentos hospitalares (ESPEZEL e CANAM, 2003; COYNE e COWLEY, 2007; SHIELDS, 2011).

Deve-se considerar que os pais não são visitas, nem técnicos, são parceiros. Esta parceria de cuidados com a família implica uma relação estreita entre os pais e a equipa de saúde (CASEY, 1993 cit. por MANO, 2002).

Porém, deve realçar-se que os pais nem sempre estão preparados para a parceria, devido a diversos factores como experiências anteriores, o *stress* e a falta de estratégias de *coping*. No entanto Curry, 1995 cit. Jorge (2004) refere que a participação activa nos cuidados físicos e emocionais dos filhos, alivia o sentimento de culpa e estimula o papel dos pais.

Assim, seja qual for o modelo de participação parental, devemos respeitar os pais e aceitar os diversos níveis de participação. A verdadeira parceria entre estes dois elementos do processo de cuidados acontece se tivermos em conta as atitudes e expectativas dos pais e dos enfermeiros.

Cada família tem necessidades diferentes no que se refere à hospitalização da criança. Reconhecer a importância do papel dos pais e abordar os pais/família de forma individualizada, torna-se fundamental no processo de integração da criança e pais nas unidades de internamento (REIS, 2007).

Os pais escolhem participar nos cuidados de forma a optimizarem o bem-estar emocional dos filhos, mas durante a hospitalização e segundo Cardoso (2010), referem muitas vezes falta de informação, a não negociação do seu papel e sentimentos de grande ansiedade e isolamento. A obtenção da informação é para Jorge (2004) um factor importante na capacidade da família crescer e mudar, sendo uma necessidade específica numa situação de crise ou ansiedade.

Para que os pais tenham uma participação efectiva nos cuidados ao filho é necessário que os enfermeiros considerem a comunicação e a transmissão de informações instrumentais fundamentais. As famílias necessitam ser informadas e ensinadas sobre os cuidados à criança doente para que possam decidir, elas próprias, sobre a extensão do seu envolvimento e participação nos cuidados (CARDOSO, 2010).

Como nos mostra um estudo de Simões, Pires e Barroca (2010) sobre comportamento parental face à criança com cardiopatia congénita, os pais quando confrontados com o diagnóstico, sentem-se desorientados e procuram informação junto dos profissionais de saúde. Estes técnicos ao desmistificaram e esclarecerem duvidas, devolvem aos pais a sua competência parental e desta forma os pais esclarecidos sentem-se mais confiantes.

Noutro estudo Bicho e Pires (2002) sobre comportamento de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras permitiu-lhes concluir da grande importância no que se refere à disponibilização da informação aos pais como forma de diminuir o sentimento de ansiedade.

Outro estudo realizado por Mendes sobre “stress e imunidade” onde demonstrou que “as intervenções que tenham como objectivo diminuir a incerteza, aumentar a sensação de auto-eficácia e de controlo, bem como intervenções centradas tanto nas cognições como nas emoções relacionadas com o acontecimento de stress têm efeitos positivos, resultando na diminuição da ansiedade sentida” (MENDES, 2002, p.13).

Jorge (2004) umas das premissas da teoria sistémica familiar é que a família é competente se, adquirindo informação, muda e cresce ao longo da evolução da doença. As crianças e pais carecem de informações claras, de modo a que as suas opções e escolhas possam ser aumentadas. O saber e a informação deverão ser partilhados entre profissionais e família para que os pais e crianças estejam, sempre que possível, numa posição forte para tomar parte no planeamento e na tomada de decisão.

Neste sentido, Barros (2003) refere que os pais devem ser ajudados a compreender a importância do seu papel como suportes emocionais, mas também como estruturadores do meio e criadores de experiências de distração e controlo activo de dor.

Vários estudos têm demonstrado que quando temos pais/família bem informados, estes ficam mais calmos, seguros e mais capazes de dar apoio. Contrariamente, pais ansiosos fazem aumentar a ansiedade dos seus filhos, como é ilustrado por Glasper e Haggarty (2006) no desenvolvimento do conceito de “contágio emocional”, ou seja, transmissão da ansiedade de um adulto para uma criança, visível em crianças que ficam assustadas quando estão em contacto próximo com adultos assustados.

Por outro lado, Subtil et al., (1995) referem que as necessidades que os pais apresentam durante a hospitalização da criança merecem toda atenção das equipas de enfermagem no sentido de proporcionar uma relação de ajuda em interacção constante, com benefícios crescentes para a criança e igualmente para a adequação ou oportunidade de os pais desenvolverem o seu papel parental.

Cada família possui um sistema de crenças e de práticas sobre a saúde e doença, que lhes dão sentido. A não-aceitação de negociar sobre a participação nos cuidados ou pelo contrário, a exigência de controlo dos cuidados pela família pode levar a conflitos entre as crenças e práticas da equipa de enfermagem, com interpretações erróneas que afectam negativamente os cuidados (ÂNGELO e BOUSSO, 2001).

Neste campo, a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.8) enfatiza que, “...no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela sua formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros, numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízo de valor relativamente à pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem”.

A capacidade da família e a vontade demonstrada devem ser reconhecidas e valorizadas no planeamento e prestação de cuidados (CARDOSO, 2010) É primordial que as enfermeiras pediátricas no dia-a-dia do seu trabalho sigam esta filosofia colaborando com os principais responsáveis pelo cuidado à criança, os seus pais. Os estudos de Hayes e Knox (1984), cit. por (Magalhães, 2011) demonstraram que quando os pais sentem que os

profissionais de saúde confiam neles e são participantes activos nos cuidados à criança, dão continuidade ao seu papel parental no ambiente hospitalar, reduzindo a sua ansiedade e *stress*.

Mok e Leung (2006) constataram que a maior fonte de satisfação para as mães foi o apoio que receberam dos profissionais de saúde. Estes resultados foram ao encontro do estudo de Trask et al. (2003) que referia que os enfermeiros assumem um papel crucial em ajudar os pais a lidar com a doença do seu filho. Assim, obter respostas sobre questões relacionadas com os cuidados e estar satisfeito com o comportamento dos enfermeiros, são factores importantes para a satisfação parental, sendo o ambiente de trabalho criado pelos enfermeiros determinante. A hospitalização da criança, tal como descrito na literatura, é um acontecimento *stressante* para os pais, que vêem a sua vida alterada quanto à dinâmica e rotinas familiares; à satisfação das necessidades pessoais, económicas, profissionais e de bem-estar (MAGALHÃES, 2011).

Os profissionais de saúde têm de estar capacitados para responder às implicações resultantes da hospitalização, pois são um recurso de *coping* para os pais e têm o dever de planear acções educativas para os capacitar na adopção de estratégias. Entre estes profissionais, os enfermeiros foram reconhecidos como o elemento facilitador da informação/formação dos pais e para uma melhor atitude por parte dos profissionais de enfermagem é importante reflectir nesta problemática, de forma a identificar os focos de atenção e as estratégias de intervenção no apoio a uma parentalidade positiva (LOPES, DIXE, CATARINO, 2010).

Segundo os mesmos autores e citando Heamam et al., (2005) os enfermeiros poderão desta forma ter um papel vital no *empowerment* dos pais, facilitando a compreensão do desenvolvimento da criança, que possibilite uma aprendizagem sobre o seu potencial e principalmente apoiando os pais a empreenderem o seu papel. Este apoio aos pais deve ser suportado num conceito de parentalidade positiva, que tem como princípios básicos o reconhecimento das crianças e dos pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista e parceiros essenciais na optimização do potencial de desenvolvimento das crianças.

Além disso, saber encaminhar os pais para qualquer tipo de apoio tem sido considerado de grande relevância. Como referem Fielden e Gallagher (2008) o apoio ou suporte para os pais, pode ser facilitado pela construção de relacionamentos com membros da comunidade ou outros membros locais. Ainda para o mesmo autor o relacionamento com a família é valorizado, assim como as ligações sociais com colegas, vizinhos, e outros pais, pelo que devem ser estimulados. O facto do indivíduo saber que, em situações difíceis, tem

peessoas a quem pode recorrer, como o núcleo de amigos, os vizinhos, a família e o serviço comunitário, controla de forma significativa o desenvolvimento de *stress* (MENDES, 2002).

A preocupação com o impacto da doença ou hospitalização da criança a nível familiar e da própria criança tem resultado em orientações técnicas e mesmo legislativas de suporte às suas necessidades nessas circunstâncias e que pretendem minimizar os efeitos nefastos (JORGE, 2004).

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4 – METODOLOGIA

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia utilizada ao longo desta investigação, os procedimentos realizados e as justificações para as opções tomadas, no sentido de darmos resposta às perguntas de partida.

Inicia-se assim este capítulo pelos métodos, de seguida são descritos os participantes, o instrumento de recolha de dados, bem como os procedimentos que lhe estão subjacentes e as considerações de natureza ética, e por fim o tratamento estatístico dos dados.

Ao iniciarmos este percurso, reflectimos sobre o que seria interessante investigar na área específica de enfermagem pediátrica e que naturalmente servisse de tema para a edificação de novos saberes com contributos para a disciplina de enfermagem.

4.1 – MÉTODOS

Vários são os estudos que nos dizem que a hospitalização de um filho é um acontecimento complexo e *stressante*. Como nos refere Silveira, Ângelo e Martins (2008). o ajustamento às mudanças resultantes da hospitalização infantil exige da família novas formas de organização e requer o aperfeiçoamento de habilidades para lidar com as pressões, as ansiedades, as dificuldades e as incertezas existentes.

A necessidade de hospitalização e a doença da criança geram dificuldades na reestruturação dos papéis familiares e funções sociais, tais como trabalho, lazer e estudo, muitas vezes interrompidos pela situação, causando instabilidade na dinâmica familiar (SILVEIRA, ÂNGELO e MARTINS, 2008). A família ingressa num mundo novo, o mundo do hospital, cuja organização, dinâmica e lógica são muito diferentes do seu quotidiano, carregando um elevado nível de *stress* e ansiedade (MOLINA e MARCON, 2008).

A interacção enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz à acção para promover, restaurar ou facilitar a saúde (MELEIS, 2007). Seguindo esta linha de pensamento cabe a nós enfermeiros de pediatria, descobrir as melhores estratégias do cuidar, envolvendo a família se assim o desejar. Para isso é necessário usar de sensibilidade, analisar os sentimentos manifestados pelos acompanhantes das crianças hospitalizadas, perceber a existência de singularidade na maneira de pensar, agir e sentir de cada família, para que a hospitalização tenha níveis diminuídos de *stress* tanto para os pais, como para a criança (MILANESI, COLLET e OLIVEIRA 2006)

Reflectindo nestes aspectos, e para responder às nossas inquietações abraçamos este estudo sobre *Stress Parental*, de forma a percebermos que sentimentos e preocupações manifestam, aquando da hospitalização do seu filho.

Assim definimos como questões de partida:

- Em que medida as variáveis clínicas, nomeadamente a percepção dos pais sobre a doença da criança, as experiências clínicas anteriores, o tempo de internamento e a oportunidade de decidir e cuidar da criança hospitalizada influenciam o nível de *stress* parental?
- Será que a idade e sexo da criança hospitalizada no CHTV-EPE, influencia o nível de *stress* parental?
- Qual será a relação entre as variáveis sócio demográficas dos pais (idade, grau de parentesco, escolaridade, rendimento familiar, apoio familiar) e os níveis de *stress* parental em pais de crianças hospitalizadas?

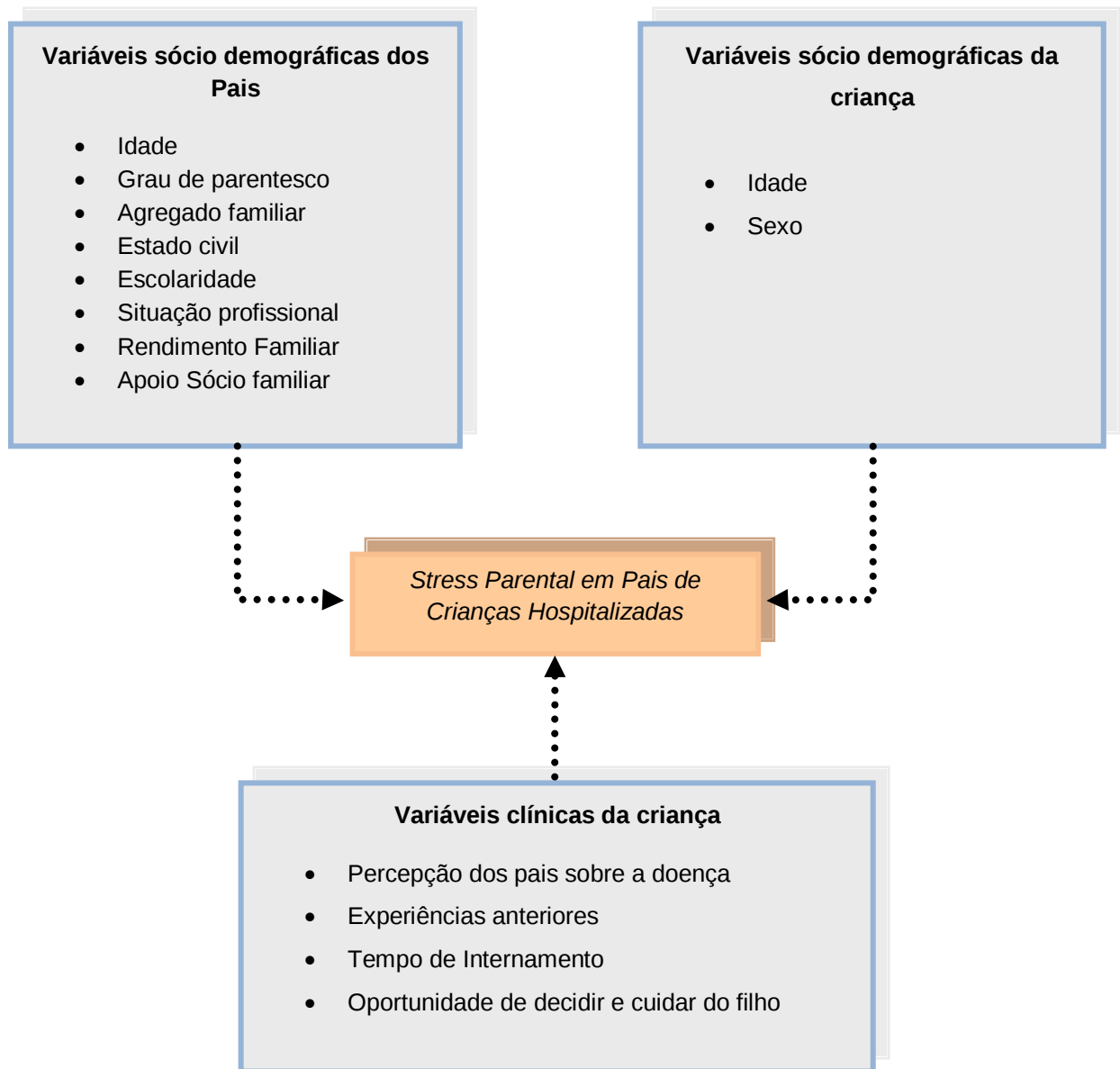
No delinear da pesquisa e para dar resposta às questões formuladas, advêm os seguintes objectivos:

- Analisar a influência de variáveis clínicas, nomeadamente a percepção que os pais têm da doença da criança, experiências anteriores, tempo de internamento e oportunidades de decidir e cuidar da criança hospitalizada, no nível de *stress* parental;
- Avaliar se a idade e sexo da criança hospitalizada influenciam o nível de *stress* parental;
- Identificar a relação entre as variáveis sócio demográficas dos pais e os níveis de *stress* parental.

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

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

Figura 1- Desenho de Investigação



A figura 1 procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes e a **variável dependente**, que no presente estudo é o **stress parental em pais de crianças hospitalizadas no serviço de Pediatria do CHTV-EPE**.

As variáveis independentes incluem características sócio demográficas da **criança** tais como: idade, sexo e **variáveis clínicas**: percepção da doença da criança experiências anteriores, tempo de internamento, oportunidade de decidir e cuidar do filho e ainda características sócio - demográficas dos **Pais**: idade, grau de parentesco, escolaridade, rendimento e apoio familiar.

4.2 – PARTICIPANTES

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

Para a definição da amostra considerou-se como critérios de inclusão serem pais acompanhantes das crianças hospitalizadas com idade compreendida entre os 29 dias e os 18 anos, pelo que foram incluídos todos os pais e mães que, após explicação dos objectivos do estudo e sabendo estes escrever e ler português, acederam participar.

4.2.1 – Caracterização da amostra

Idade

A amostra é composta por 125 pais (pai e mãe) de crianças internadas no serviço de pediatria do CHTV-EPE. Do total de acompanhantes 96 são mães (76,8%) e 29 são pais (23,2%) com uma média de idades de 33,45 anos ($\pm 8,4$ Dp), oscilando entre o mínimo de 17 anos e máximo de 57 anos. Nesta distribuição o pai tem uma média de idades de 35,79 anos ($\pm 10,09$ Dp) com uma idade mínima de 19 e máxima de 57 anos. A média de idade da mãe é de 32,74 anos ($\pm 7,86$ Dp) oscilando entre 17 e 51 anos. O coeficiente de variação (CV) é moderado tanto no global da amostra (25,35%) como entre os dois grupos. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) revela uma distribuição normal ($p > 0,005$) nos grupos em estudo e amostra global e os valores de assimetria e Kurtosis indiciam curvas normais (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas da idade dos Pais

Idade dos Pais	N	%	Min.	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	K/erro	K-S
Pai	29	23,2	19	57	35,79	10,09	28,19	1,00	-0,63	0,067
Mãe	96	76,8	17	51	32,74	7,86	24,00	-0,39	-0,68	0,064
Total	125	100,0	17	57	33,45	8,48	25,35	0,94	-0,18	0,073

4.2.2 – Caracterização sócio espacial da amostra

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

As crianças internadas na enfermaria são crianças e adolescentes dos 29 dias de vida até aos 18 anos. Em situações especiais, como doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além destas idades, até 21 anos ou mais, desde que esse seja o desejo da família e da criança.

O serviço dispõe de trinta e nove camas e é composto por dois sectores de internamento, o primeiro sector (pré escolar) são internadas as crianças até aos seis anos e tem lotação de dezasseis camas de grades, distribuídas por quatro enfermarias e dois quartos.

Os tratamentos às crianças são realizados preferencialmente em salas equipadas com material adequado, e dispõe de duas salas de tratamentos gerais e 1 sala de tratamento de queimados. Existe ainda uma sala para a preparação e conservação de leites, denominada de copa de leites.

No segundo sector (escolar) ficam internadas as crianças dos seis aos dez anos, dispõe de 7 camas de grades, distribuídas por 3 enfermarias.

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

Uma outra unidade é a dos adolescentes que dispõe de dezasseis camas distribuídas por 8 enfermarias, com instalações sanitárias próprias. São internados os adolescentes dos 10 aos 18 anos com patologia médica ou cirúrgica. Esta unidade tem como objectivo adequar os serviços de saúde às necessidades específicas dos adolescentes, respeitando as características próprias desta faixa etária, mas também às características individuais do jovem. De apoio a este sector de internamento existem várias salas de trabalho de enfermagem e uma sala de refeições.

Dando cumprimento ao Decreto-lei nº21/81 de 19 de Agosto, que previa o acompanhamento da criança, o serviço de internamento possui infra-estruturas que permitem que a criança esteja permanentemente acompanhada (24 h) por um familiar, que geralmente é o pai ou a mãe da criança (cada cama tem ao lado um cadeirão articulado para o descanso dos acompanhantes, algumas delas dispõem igualmente de um sofá cama, que se destina aos pais das crianças com internamentos mais prolongados).

Esta unidade de internamento dispõe ainda de um espaço denominado de instalações (dormitório) para os pais, composto por dezasseis quartos duplos, dos quais vinte e oito camas são destinadas ao internamento de pediatria.

Para o apoio lúdico e educativo existe uma sala de brincar para os mais pequenos, apetrechada de uma variedade de recursos, como sejam TV, vídeo, computadores com acesso à internet, *playstation*, livros, jogos, entre outros., onde as crianças podem brincar acompanhadas pelos pais, tendo ainda como apoio educadores e animadores. Os trabalhos realizados, vão sendo expostos, sinalizando sempre que possível as festividades e épocas do ano, no sentido da humanização do serviço.

Os adolescentes dispõem também de um espaço lúdico, educativo que é denominado de clube de jovens, sob a orientação de uma professora e interligação com a equipa de professores da escola secundária Alves Martins ao abrigo do protocolo estabelecido entre o hospital e a referida escola.

4.3 – INSTRUMENTOS

Após a definição do estudo e da amostra a investigar, torna-se necessário definir o método mais apropriado à recolha da informação, “cabendo ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo e às suas questões de investigação” (FORTIN, 2009, p.369).

Para o nosso estudo utilizou-se um questionário constituído por duas partes fundamentais, sendo a primeira composta por questões destinadas à caracterização da amostra, com dados referentes aos pais e aos filhos hospitalizados, e a segunda parte integra a Escala de *Stress Parental* “validada para a população portuguesa por Mixão, Leal e Maroco (2010) e desenvolvida a partir da (*Parental Stress Scale*) de Berry e Jones (1995) (anexo I).

Escala de Stress Parental

A Escala de *Stress Parental* é composta por 18 itens avaliados em escala tipo Likert de 5 pontos e que pretende medir os níveis de *stress* experimentados pelos pais. As afirmações descrevem sentimentos e percepções acerca de ser pai e mãe e as relações que existem entre pais e filhos. As afirmações incluem a proximidade com a criança, satisfação no papel enquanto pais, emoções positivas e negativas relacionadas com a parentalidade e dificuldades associadas.

As pessoas são movidas a responder se concordam ou se discordam de cada item com base na sua relação com o seu filho, atribuindo a cada item uma pontuação de 1 a 5. A opção de cada resposta varia entre o *Discordo Totalmente* e o *Concordo Totalmente*, oscilando na seguinte pontuação: *Discordo Totalmente* (1), *Discordo* (2), *Indeciso* (3), *Concordo* (4) e *Concordo Totalmente* (5).

No estudo realizado pelos autores originais, a análise psicométrica revelou boa fiabilidade, analisada pelos valores obtidos no *alfa de Cronbach* ($\alpha = 0,83$), e confirmados pelo teste-reteste após 6 semanas ($\alpha = 0,81$). A validade preditiva foi obtida através de análise correlacional entre as medidas emocionais e de satisfação parental, e a validade discriminativa foi efectuada por comparação entre mães de crianças em tratamento por problemas emocional e/ou comportamentais, problemas de desenvolvimento, e mães de crianças sem problemática associada (Berry & Jones, 1995). A análise factorial revelou a existência de quatro dimensões ou factores, que explicavam 53,8% da variabilidade total.

O estudo de validação para a população portuguesa (Mixão, Leal e Maroco 2010), foi efectuado numa amostra de conveniência de 416 pais de crianças, com idades compreendidas entre 1 mês e 15 anos, que recorreram ao serviço de urgência pediátrica num hospital em Lisboa. Os autores conduziram uma análise factorial exploratória que revelou de igual forma 4 dimensões ou factores, com pesos factoriais que variaram entre 0,320 no item 18 e 0,770 no item 10. Os factores foram denominados: factor 1 – preocupações parentais; factor 2 – satisfação; factor 3 – falta de controlo; factor 4 – medos e angústias. O estudo de fiabilidade foi medido pelo *alfa de Cronbach*, tendo sido obtido um valor de consistência interna satisfatório, ($\alpha = 0,76$) na escala total, e valores entre $\alpha = 0,57$ e $\alpha = 0,78$, respectivamente na subescala 2 – *satisfação*, e na subescala 1 – *preocupações parentais*.

Na actual investigação foi efectuada uma análise factorial exploratória com a amostra em estudo, que revelou um valor de *Alfa de Cronbach* global satisfatório de $\alpha = 0,735$ e valores que oscilaram entre razoável ($\alpha = 0,579$) na dimensão *falta de controlo* e bom ($\alpha = 0,793$) na dimensão *satisfação*.

A escala é composta por 4 dimensões que avaliam o *stress* parental sendo definidas consuante apresentação do quadro 1.

Quadro 1 – Estrutura factorial da Escala de Stress Parental

FACTOR	DIMENSÃO	ITENS
1	Preocupações parentais	9,10,11,12,13
2	Satisfação	2,5,6,7,8,18
3	Falta de controlo	1,14,15,16,17
4	Medos e angústias	3,4

Para obtenção do *score* final da escala alguns itens são pontuados enquanto sentimentos negativos, pelo que os itens 1,2,5,6,7,8,17 e 18 devem ser invertidos. O *score* total da escala pode variar entre 18 e 90, indicando que quanto mais elevado o *score*, mais altos os níveis de *stress parental*.

Os autores da escala definiram três intervalos de pontuação, categorizados como exposto no quadro 2.

Quadro 2 – Classificação dos níveis de Stress Parental

Pontuação	Categorias
18 - 42	Baixo
43 - 66	Intermédio
67 - 90	Elevado

4.4 – PROCEDIMENTOS

No planeamento do trabalho de campo este estudo teve em conta a salvaguarda de todas as implicações éticas relacionadas com o envolvimento de seres humanos. Neste âmbito foram definidos os procedimentos tendo em conta o respeito pela dignidade humana, o direito à auto-determinação, à intimidade, à confidencialidade, protecção do anonimato e confidencialidade dos dados, assim como ao tratamento justo e equitativo.

Para respeitar estes princípios éticos, efectuou-se um conjunto de condutas para a oficialização e cumprimento dos requisitos que lhe estão subjacentes e que compreenderam várias fases distintas. Numa primeira fase, após a escolha do nosso instrumento de colheita de dados foi solicitada a autorização à autora para a sua aplicação (anexo II) Numa segunda

fase, foi pedida autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE (anexo III). Após parecer favorável, deu-se início à recolha de informação que decorreu no período compreendido entre Julho a Novembro de 2011.

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

Na parte inicial do questionário, para além de informações relativas à pertinência do estudo, dos métodos utilizados e da disponibilidade dos dados para futura consulta, foram salvaguardados o anonimato e a confidencialidade dos inquiridos, não sendo passível a identificação dos sujeitos da amostra.

4.5 – ANÁLISE DOS DADOS

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, o que não se verificou. Para sistematizar e dar maior ênfase à informação recolhida procedemos à análise e interpretação dos resultados, através da análise estatística descritiva e 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), as 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 à direita e se SK/EP for superior a +2, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Pestana, Gagueiro 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, Gagueiro 2005).

Conforme o recomendado foram, 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 objectivo o estabelecimento de relações entre variáveis, foram aplicados vários testes estatísticos, referidos por Pestana e Gageiro (2005):

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

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

Teste ANOVA (Analysis of Variance) ou Teste Kruskal-Wal – 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 factor, recorre-se habitualmente ao teste Post Hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si.

Teste Kruskal-Wal - 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). Efectuaram-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):

Segundo D' HAINAUT (1992) podem ser definidos os seguintes níveis de significância:

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

Os dados obtidos foram tratados informaticamente, utilizando o *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), 20.0 para Windows.

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.

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

5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

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

5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

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

- **Caracterização sócio - demográfica dos Pais**

Idade

Face à dispersão nas idades dos acompanhantes (cf. tabela 2) foram constituídos grupos etários. Pela análise da tabela 3 e para o global da amostra verificamos que a maioria dos Pais tem idade compreendida entre 33-39 anos (35,2%) seguidos do grupo etário dos 25-32 anos (28,8%), sendo o menos expressivo, o grupo dos ≥ 48 anos (6,4%). O grupo etário dos 25-32 anos é o mais representativo dos pais (34,5%), enquanto nas mães é o dos 33-39 anos (38,5%). As diferenças entre os grupos revelam-se estatisticamente significativas ($\chi^2 = 10,595$; $p = 0,032$).

Tabela 2 – Distribuição dos Pais por grupos etários

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

Grau de parentesco

Dos Pais, 39,2% são acompanhantes de filhos do sexo feminino e 60,8% do sexo masculino, verificando-se que 7 em cada 10 crianças do sexo masculino são acompanhadas pelo pai, enquanto 6 em cada 10 são acompanhadas pelas mães. Contudo no global, é a maioria das mães que acompanha as crianças no internamento, correspondendo a 41,7% do sexo feminino e 58,3% do sexo masculino (ct. Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição dos Pais segundo o sexo das crianças

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

Agregado familiar

O agregado familiar da amostra em estudo é composto em média por 3,65 elementos ($\pm 0,85$ Dp), oscilando entre 2 e 6 pessoas. Esta distribuição coincide com a dos grupos das mães e dos pais. Os valores de assimetria e Kurtosis indiciam distribuição normal (cf. tabela 4).

Tabela 4 – Estatísticas dos elementos que compõem o agregado familiar

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

Estado Civil

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

Pela tabela 5, verifica-se que dos 125 acompanhantes, a grande maioria são casados (86,4%), sendo em menor percentagem os solteiros (5,6%) e (8,0%) são

divorciados /separados. Dos 108 casados 81 são mães e 27 são pais, não se verificando diferença estatística significativa ($\chi^2= 2,368$; $p=0,306$).

Tabela 5 – Caracterização do estado civil dos Pais

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

Escolaridade

Relativamente à escolaridade dos pais e para o global da amostra ($n=123$) verifica-se que a maioria (35,0%) tem o 2º e 3º ciclo do ensino básico, enquanto 26,0% completou o ensino secundário e 16,3% o ensino superior. Analisando pelos grupos são as mães que revelam escolaridade mais baixa, dado que 36,2% completaram o 2º e 3º ciclo e em igualdade de circunstâncias 24,5% completaram o ensino básico e secundário enquanto apenas 14,9% tem o ensino superior. Dos pais, 31% têm o ensino secundário e o 2º e 3º ciclo e 20,7% o ensino superior, contudo as diferenças entre os grupos não se revela estatisticamente significativa ($\chi^2= 1,501$; $p= 0,682$). (cf. tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização da escolaridade dos Pais

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

Situação Profissional e Rendimento Familiar

Dadas as características profissionais dos pais pressupôs agrupar as opções de resposta “trabalhador por conta de outrem “trabalhador familiar” e “trabalhador por conta própria” numa única opção designada “trabalhador activo”. As opções “doméstica”,

“reformado” e “inválido” na opção “trabalhador não activo” e foram mantidas as restantes opções.

Pela análise da tabela 7 verificamos que para o global da amostra a maioria dos Pais são trabalhadores activos (74,4%) enquanto 25,6% são trabalhadores não activos sobretudo as mães 24,0%). Contudo sem significância estatística ($\chi^2 = 1,140$; $p = 0,565$).

O rendimento familiar reporta-se ao vencimento mensal de ambos os progenitores e para facilitar a sua análise os vencimentos entre “500 e 750 euros” foram considerados “baixo rendimento” entre “750 e 1500 euros” “médio rendimento” e por último entre “1500 e superior a 2000 mil euros” considerou-se “alto rendimento”.

Face aos resultados obtidos, verificamos que a maioria, ou seja 45,5% das famílias tem um rendimento médio, seguido de 42,4% com um rendimento baixo, sobretudo referido pelas mães (45,8%). No global apenas 12% dos acompanhantes que responderam ao questionário referem ter alto rendimento, contudo as diferenças não revelam significância estatística ($\chi^2 = 5,791$; $p = 0,055$).

Tabela 7 – Caracterização da situação profissional e rendimento familiar

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

Apoio Sócio familiar

Em relação ao apoio familiar podemos verificar que a maioria dos pais (69,4%), refere não possuir esse tipo de auxílio. Daqueles que usufruem de apoio, 20,2% reportam sobretudo o apoio da família e 10,5% do serviço social. O apoio familiar é mencionado por 21,9% das mães e 14,3% dos pais, enquanto o serviço social é referido por 14,3% dos pais e 9,4% das mães, contudo as diferenças não revelam significância estatística ($\chi^2 = 1,140$; $p = 0,565$). (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização do apoio sócio familiar

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

- **Caracterização sócio demográfica da criança**

Idade

Em relação às crianças hospitalizadas obtivemos uma amostra composta por 76 crianças do sexo masculino (60,8%) e 49 do sexo feminino (39,2%). A média de idades para o total da amostra é de 6,24 anos ($\pm 5,72Dp$), enquanto a média do sexo masculino é de 6,67 anos ($\pm 5,56Dp$) e no feminino de 5,66 anos ($\pm 5,95Dp$). Estes valores médios oscilam tanto para o total da amostra como entre os sexos, entre < 1 ano (0,08 meses) e 18 anos numa dispersão elevada(cf. tabela 9).

Tabela 9 – Estatística da idade da criança

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

Idade e Sexo

Face aos valores obtidos nas estatísticas da idade das crianças, foram estabelecidos quatro grupos etários. Pela análise da tabela 10 e para o global da amostra verificamos que a maioria das crianças tem idade inferior a 2 anos (36,0%) seguidos do grupo etário dos 7-12 anos (25,6%) e o menos representativo é o grupo dos 2-6 anos (17,6%), porém as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 4,127$; $p = 0,248$). (cf. tabela 10)

Tabela 10 – Caracterização da idade e sexo da criança

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

Experiências anteriores no hospital

Relativamente às experiências anteriores da criança no hospital e tanto para o global da amostra como entre os pais e mães que responderam ao questionário, verifica-se que a maioria indica a urgência pediátrica (26,4% para o global da amostra, 31,0% e 24,0% referido respectivamente pelos pais e mães), seguindo-se as experiências no internamento com 24,8%, 27,6% e 24,0 de igual forma para o global e entre os Pais respondentes. As diferenças entre os grupos não se revelaram estatisticamente significativas ($\chi^2 = 2,081$; $p = 0,721$) (cf. tabela 11).

Tabela 11 – Caracterização das experiências anteriores no hospital

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

Tempo de internamento

Em relação ao período de internamento, verifica-se que tanto para o global da amostra (56,7%) como entre os progenitores, a maioria dos Pais referiu um período igual ou inferior a 7 dias de internamento, enquanto 31,7% de crianças estiveram hospitalizadas entre 8-15 e apenas 11,7% permaneceram para além de 16 dias. Das crianças acompanhadas pelos progenitores do sexo masculino, nenhuma delas permaneceu para

além dos 16 dias, não apresentando as diferenças significância estatística ($\chi^2=2,888;p=0,236$) (cf. tabela 12)

Tabela 12 – Tempo de duração do internamento anterior em dias

Tempo de Internamento	Mãe		Pai		Total	
	n	%	n	%	n	%
≤7 Dias	24	52,2	10	71,4	34	56,7
8-15 Dias	15	32,6	4	28,6	19	31,7
≥ 16 Dias	7	11,7	0	0,0	7	11,7
Total	46	100,0	14	100,0	60	100,0

Percepção dos pais sobre a doença e saúde dos filhos

Em relação à percepção de **doença crónica** da criança verifica-se que 80,8% dos Pais negam a presença de doença crónica, 16,0% assume esse problema e 3,2% não sabem, porém as diferenças não se revelam estatisticamente significativas ($\chi^2=1,460;p=0,482$) (cf. tabela 13).

Tabela 13 – Percepção dos Pais sobre a doença dos filhos

Doença crónica	Mãe		Pai		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	2	4,1	18	23,7	20	16,0
Não	45	91,8	56	73,7	101	80,8
Não tenho a certeza	2	4,1	2	2,6	4	3,2
Total	49	100,0	76	60,8	125	100,0

Analisando a tabela-14 verifica-se que 90,4% dos Pais não percepciona **problemas no desenvolvimento** dos filhos, sobretudo os progenitores do sexo masculino (93,1%), porém sem significância estatística ($\chi^2= 0,318; p= 0,573$).

Tabela 14 – Percepção dos Pais sobre problemas de desenvolvimento na criança

Desenvolvimento	Mãe		Pai		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	10	10,4	2	6,9	12	9,6
Não	86	89,6	27	93,1	113	90,4
Total	96	76,8	29	23,2	125	100,0

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

Face aos resultados, verifica-se que essa percepção é *boa/muito boa* para 80% dos progenitores e apenas uma minoria refere que a saúde do seu filho é má (2,4%), contudo as diferenças não mostram significância estatística ($\chi^2 = 4,175$; $p = 0,124$) (cf. tabela 15).

Tabela 15 – Percepção dos Pais sobre a saúde dos filhos

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

Em relação à percepção que os Pais têm sobre o facto de **controlar a situação** de doença do seu filho, 52% referem um controlo completo, no entanto 41,6% assumem ter pouco controlo e 6,4% não têm controlo sobre a situação, não revelando as diferenças significância estatística ($\chi^2 = 0,609$; $p = 0,737$) (cf. tabela16).

Tabela 16 – Controlo dos Pais face à situação de doença dos filhos

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

Os pais quando inquiridos sobre as oportunidades criadas pelos profissionais de saúde para **decidir e cuidar** do filho, 60,8% referiram que têm muitas oportunidades. No entanto 33,6% relatam ter poucas oportunidades e apenas 5,6% mencionaram não ser lhes dadas oportunidades para decidir e cuidar do seu filho durante o internamento com diferenças estatísticas significativas ($\chi^2 = 10,933$; $p = 0,004$) (cf. tabela17).

Tabela 17 – Oportunidades dadas pelos enfermeiros para decidir e cuidar do filho internado

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

- **Escala de Stress Parental**

Dimensões e stress total

Analisando as estatísticas das quatro dimensões e do *Stress* total da escala de *Stress Parental* verificamos que no global e face à média o nível de *stress* manifestado pelos Pais é baixo, com um valor médio de 32,90 ($\pm 6,55Dp$), variando entre 21,0 e 53,0 numa dispersão moderada. No que se refere às diversas dimensões e atendendo ao número de itens, apuramos que os medos e angústias é dimensão que apresenta valor médio mais elevado, com 7,97 ($\pm 1,65DP$) seguida da dimensão preocupações com uma média de 11,81 ($\pm 3,81Dp$) (cf. tabela 18).

Tabela 18 – Estatística relativa á Escala de Stress Parental

Dimensões	Min.	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	K/erro	K-S
Preocupações	5,0	23,0	11,81	3,81	32,26	0,58	-0,48	0,044
Satisfação	5,0	12,00	5,77	1,43	24,78	11,30	14,66	0,000
Falta de controlo	5,00	14,00	7,33	2,65	36,15	5,15	0,60	0,000
Medos e Angústias	3,00	10,00	7,97	1,65	20,70	-3,45	0,28	0,000
Stress Total	21,00	53,00	32,90	6,55	19,90	3,01	0,90	0,001

Nível de Stress Parental

Pela análise da tabela 19 verifica-se que nenhum dos pais revela nível de *stress* parental elevado mostrando a maioria (89,6%) um nível baixo de *stress* sobretudo as mães (91,7%) enquanto 17,2% dos pais apresentam um nível intermédio de *stress*. As diferenças entre os grupos não são contudo estatisticamente significativas.

Tabela 19 – Nível de *stress* parental em função dos Pais

	Pais		Mãe		Pai		Total		χ^2	p
Nível de <i>Stress</i>	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baixo	88	91,7	24	82,8	112	89,6			1,897	0,168
Intermédio	8	8,3	5	17,2	13	10,4				
Elevado	-	0,0	-	0,0	-	0,0				
Total	96	100,0	29	100,0	125	100,0				

5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

A análise inferencial procura dar resposta às questões de investigação através da relação estabelecida entre as variáveis em estudo. Neste âmbito vamos de seguida analisar os resultados obtidos face às questões de investigação formuladas.

Durante a hospitalização da criança é espectável que as variáveis relacionadas com a situação clínica subjacente, tenham um impacto negativo no nível de *stress* dos pais, pelo que enunciámos a seguinte questão de investigação:

Em que medida as variáveis clínicas, nomeadamente a percepção dos pais sobre a doença da criança, as experiências clínicas anteriores, o tempo de internamento e a oportunidade de decidir e cuidar da criança internada influenciam o nível de *stress* parental?

- **Relação entre as variáveis clínicas e o *stress* parental**

Percepção sobre a doença

Para analisarmos esta relação foi efectuado o teste de *U-Mann Whitney* que nos indica que as ordenações são mais elevadas em todas as dimensões do *stress* parental nas crianças que os pais referem ter doença crónica. Porém esta relação apenas se revela significativa a nível do *stress total* (UMW= 626,5; p= 0,007) (cf. tabela 20).

Tabela 20 – Teste de *U-Mann Whitney* entre a percepção dos pais sobre a doença do filho e o nível de *stress* parental

Doença crónica	Sim		Não	
	OM	OM	UMW	p
Stress				
Preocupações	72,35	58,75	783,00	0,112
Satisfação	61,75	60,85	995,00	0,903
Falta de Controlo	70,23	59,17	825,500	0,186
Medos e Angústias	74,40	58,35	742,000	0,054
Stress Total	80,18	57,20	626,500	0,007

Experiências anteriores

Uma maior percentagem de pais (61,5%) que têm nível de *stress intermédio*, apresentam experiências de recorrer ao serviço de urgência e com experiências de internamento anteriores destaca-se 25,0% dos pais com nível de *stress* baixo, e 23,1% com *stress intermédio*. As diferenças entre os grupos revelam-se estatisticamente significativas ($\chi^2 = 10,85$; $p = 0,028$) que se situam, de acordo com os resíduos ajustados, nos pais que recorrem à urgência e têm um nível de *stress intermédio*. (cf. tabela 21).

Tabela 21 – Relação entre as experiências anteriores e o nível de *Stress* Parental

Experiências anteriores	Nível de <i>Stress</i> Parental						χ^2	p
	Baixo		Intermédio		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Internamento	28	25,0	3	23,1	31	24,8	10,85	0,028
Consulta Externa	7	6,2	0	0,0	7	5,6		
Urgências	25	22,3	8	61,5	33	26,4		
Resíduos				3,0				
Nenhuma	24	21,4	0	0,0	24	19,2		
Outros	28	25,0	2	15,4	30	24,0		
Total	112	100,0	13	100,0	125	100,0		

Tempo de internamento

Na relação entre o tempo de internamento e o nível de *stress* parental, apurou-se ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões do *stress* parental nas crianças internadas entre 8-15 dias, contudo apenas significativo na dimensão *medos e angústias*, confirmando a questão nesta dimensão (cf. tabela 22).

Tabela 22 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre o tempo de internamento e o nível de *stress* parental

Tempo internamento	<= 7 dias	8-15dias	>=16 dias		
<i>Stress</i>	OM	OM	OM	χ^2	p
Preocupações	29,16	32,42	31,79	0,474	0,789
Satisfação	30,00	31,45	30,36	0,114	0,945
Falta de Controlo	28,40	33,74	31,93	1,253	0,534
Medos e Angústias	29,28	37,29	18,00	7,021	0,030
Stress Total	27,41	36,53	29,14	3,382	0,184

Oportunidades de decidir e cuidar

Analisando a relação entre o nível de *stress* parental e as oportunidades de cuidar da criança, verifica-se ordenações médias mais elevadas de nível de *stress* parental, nos pais que referiram ter poucas/nenhumas oportunidades de cuidar dos filhos durante o internamento mas apenas significativas nas dimensões *preocupações*, *satisfação* e *stress total* (cf. tabela 23).

Tabela 23 – Teste de *U-Mann Whitney* entre as oportunidades de cuidar do filho e o nível de *stress* parental

Oportunidades de cuidar	Poucas/Nenhumas	Muitas		
<i>Stress</i>	OM	OM	UMW	p
Preocupações	72,44	56,41	1399,5	0,019
Satisfação	70,43	58,21	1498,0	0,031
Falta de Controlo	65,81	61,19	1724,5	0,475
Medos e Angústias	63,29	62,82	1848,0	0,942
Stress Total	71,79	56,34	1431,5	0,029

Em resposta à questão formulada e atendendo aos resultados obtidos, verifica-se que as variáveis clínicas, nomeadamente a presença de doença crónica na criança, tempo de internamento e oportunidade de cuidar do filho influenciam o nível de *stress* dos pais, respectivamente nas dimensões *stress total*, *medos e angústias*, *preocupações*, *satisfação* e *stress total*, enquanto as experiências anteriores de recorrer ao serviço de urgência determinam um nível intermédio de *stress* parental.

As evidências têm revelado que os pais de crianças mais novas têm tendência a evidenciar níveis de *stress* parental mais elevados pelo que formulamos a questão de investigação que se segue:

Será que a idade e sexo da criança hospitalizada no Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE, influenciam o nível de *stress* parental?

- **Relação entre as variáveis demográficas da criança e o nível de *stress* parental**

Idade

O teste de *Kruskal-Wallis* revela que as preocupações e os medos e angústias apresentam ordenações médias mais elevadas nos pais das crianças pequenas, enquanto as outras dimensões se apresenta mais elevadas nas crianças acima de 13 anos, porém apenas significativas no factor *medos e angústias* (cf. tabela 24).

Tabela 24 – Teste *Kruskal-Wallis* entre a idade da criança e o nível de *Stress* Parental

Idade da criança	<2 anos	2-6 anos	7-12 anos	>= 13 anos		
<i>Stress</i>	OM	OM	OM	OM	χ^2	p
Preocupações	57,34	81,14	60,55	60,46	6,944	0,074
Satisfação	56,67	67,25	61,50	72,21	4,696	0,198
Falta de Controlo	58,68	64,02	56,92	77,10	5,805	0,121
Medos e Angústias	73,22	54,27	51,20	67,21	9,114	0,028
Stress Total	56,98	73,27	54,59	75,08	7,654	0,054

Sexo

Os níveis de *stress* parental mostram-se mais elevados em todas as dimensões, excepto na dimensão falta de controlo, nos pais de crianças do sexo masculino, porém estas diferenças não apresentam significância estatística.(cf. tabela 25)

Tabela 25 – Teste de *U-Mann Whitney* entre o sexo da criança e o nível de *stress* parental

<i>Stress</i>	Sexo		UMW	p
	Feminino	Masculino		
	OM	OM		
Preocupações	61,88	63,72	1807,000	0,780
Satisfação	61,67	63,86	1797,000	0,701
Falta de Controlo	65,05	61,68	1761,500	0,601
Medos e Angústias	62,13	63,56	1819,500	0,825
Stress Total	62,39	63,39	1832,00	0,879

Em resposta à questão formulada, inferimos que apenas a idade da criança influencia o nível de *stress* parental, verificando-se que os *medos e angústias* e *stress parental total* são mais elevados nos pais das crianças com idade inferior a 2 anos.

Os níveis de *Stress* parental podem diferir face às características sócio demográficas dos progenitores, pelo que formulámos a seguinte questão de investigação:

Qual será a relação entre as variáveis sócio demográficas dos pais (idade, grau de parentesco, escolaridade, rendimento e apoio familiar) nos níveis de *stress* parental em pais de crianças hospitalizadas no CHTV-EPE?

- **Relação entre as variáveis sócio demográficas dos Pais e o nível de *stress* parental**

Idade

Analisando a relação entre o nível de *stress* e o grupo etário dos pais verifica-se uma maior percentagem de pais entre os 33-39 anos com nível baixo, (35,7%) e intermédio de *stress* (30,8%), distribuindo-se o nível intermédio de *stress* de igual forma pelos restantes grupos etários (23,1% respectivamente), porem as diferenças não são estatisticamente significativas (cf. tabela 26).

Tabela 26 – Nível de *stress parental* em função do grupo etário dos Pais

Grupos etários	Nível de <i>Stress Parental</i>						χ^2	p
	Baixo		Intermédio		Total			
	n	%	n	%	n	%		
≤24 anos	16	14,3	3	23,1	19	15,2	2,525	0,640
25-32 anos	33	29,5	3	23,1	36	28,8		
33-39 anos	40	35,7	4	30,8	44	35,2		
40-47 anos	15	13,4	3	23,1	18	14,4		
≥ 48 anos	8	7,1	0	0,0	8	6,4		
Total	112	100,0	13	100,0	125	100,0		

Para confirmarmos da relação entre estas variáveis foi efectuado igualmente um teste de Kruskal-Wallis que indica, pelas ordenações médias, mais *preocupações* (OM= 75,32) e *medos e angústias* (OM= 74,94) nos pais mais jovens (< 32 anos) e as outras dimensões nos mais velhos, (satisfação: OM= 65,36; falta de controlo: OM= 67,68) e *stress* total nos pais entre 33-39 anos (OM= 65,06), todavia sem significância estatística (cf. tabela 27).

Tabela 27 – Teste de *Kruskal - Wallis* entre o nível de *stress parental* e os grupos etários dos Pais

<i>Stress</i>	≤ 24 Anos	25-32 Anos	33-39 Anos	40-47 Anos	≥ 48 Anos	χ^2	p
	OM	OM	OM	OM	OM		
Preocupações	75,32	72,71	70,32	57,61	73,39	4,614	0,329
Satisfação	61,74	58,46	55,90	65,36	58,04	6,443	0,168
Falta de Controlo	64,89	58,64	61,41	67,68	64,30	3,688	0,450
Medos e angústias	51,44	74,94	72,44	63,28	64,44	5,165	0,271
Stress Total	55,06	57,50	65,06	38,81	50,25	3,327	0,505

Grau de parentesco

A amostra em estudo apresenta níveis de *stress* baixos, tanto no pai como na mãe, verificando-se uma maior percentagem de pais (17,2%) com níveis intermédios de *stress* comparativamente às mães (8,3%), contudo sem diferenças estatísticas significativas ($\chi^2= 1,897$; $p= 0,168$) (cf. tabela 28).

Tabela 28 – Nível de *stress parental* em função do grau de parentesco

Grau de parentesco	MÃE		PAI		Total		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Baixo	88	91,7	24	82,8	112	89,6	1,897	0,168
Intermédio	8	8,3	5	17,2	13	10,4		
Elevado	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Total	96	100,0	29	100,0	125	100,0		

Escolaridade

Estudando a relação entre a escolaridade e o nível de *stress parental* apurou-se, pelas ordenações médias do teste *Kruskal-Wallis*, que estas são mais elevadas em todas as dimensões nos pais que têm entre o ensino básico e o 2º e 3º ciclo revelando as diferenças significância estatística marginal ($\chi^2 = 7,690$; $p = 0,053$) (cf. tabela 29).

Tabela 29 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre o nível de *stress parental* e escolaridade dos pais

Escolaridade	E. Superior Secundária 2º 3º ciclo E. básico				χ^2	p
	OM	OM	OM	OM		
Stress						
Preocupações	51,40	52,19	71,48	66,23	7,690	0,053
Satisfação	52,33	62,69	59,21	72,41		
Falta de Controlo	48,73	46,39	65,93	83,29		
Medos e angústias	45,93	53,16	73,48	65,96		
Stress Total	41,63	48,03	70,90	78,86		

Rendimento Familiar

O nível de *stress parental* revelou-se mais elevado nos pais com rendimento familiar baixo. Esta relação apresenta-se estatisticamente significativa nas dimensões *preocupações* *medos e angústias* e *stress total* (cf. tabela 30).

Tabela 30 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre o rendimento familiar e o nível de *stress* parental

Stress	Rendimento familiar			χ^2	p
	Baixo	Médio	Alto		
	OM	OM	OM		
Preocupações	72,26	57,15	52,50	6,266	0,044
Satisfação	63,94	64,47	54,07	1,426	0,490
Falta de Controlo	69,01	60,58	50,97	3,558	0,169
Medos e Angústias	72,74	60,69	37,77	12,03	0,002
Stress Total	74,61	57,72	42,03	11,72	0,003

Apoio Sócio Familiar

Tentando perceber se o apoio familiar influencia o nível de *stress* dos pais apurou-se que a maioria dos pais que refere não ter nenhum apoio se dividem pelo nível de *stress* baixo (69,4%) e intermédio (69,2%), enquanto os que assumem ter apoio da família, 23,1% apresentam um nível intermédio de *stress*, sem significância estatística (cf. tabela 31).

Tabela 31 – Relação entre o apoio familiar e o nível de *stress* parental

Apoio Socio familiar	Nível de Stress Parental						χ^2	p
	Baixo		Intermédio		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Nenhum	77	69,4	9	69,2	86	69,4	0,169	0,919
Família	22	19,8	3	23,1	25	20,2		
Serviço Social	12	10,8	1	7,7	13	10,5		
Total	111	100,0	13	100,0	125	100,0		

Para melhor esclarecermos esta relação efectuou-se um teste de *U-Mann Whitney*. Pela análise das ordenações médias, apura-se que estas se revelam mais elevadas no *stress total* e *falta de controlo* nos pais que referem não ter nenhum tipo de apoio, revelando contudo maiores níveis de *preocupações* os que têm o apoio da família e *satisfação* nos que têm apoio do serviço social apresentando esta ultima significância estatística (cf. tabela 32).

Tabela 32 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre o apoio familiar e o nível de *stress* parental

Apoio familiar	Nenhum	Família	Serviço social	χ^2	p
Stress	OM	OM	OM		
Preocupações	62,14	66,12	57,92	0,477	0,788
Satisfação	60,72	57,74	83,42	6,970	0,031
Falta de Controlo	65,97	58,30	47,62	3,569	0,168
Medos e Angústias	63,81	66,56	46,00	3,365	0,186
Stress Total	64,15	61,86	52,81	1,139	0,566

Considerando a questão formulada e atendendo aos resultados encontrados, verifica-se que apenas a escolaridade, o rendimento e apoio familiar influencia o nível de *Stress* parental, revelando um nível mais elevado de *stress* parental nos pais que têm entre o ensino básico e o 2º e 3º ciclo, nos pais com rendimento baixo nas dimensões *preocupações medos e angústias e stress total e satisfação nos pais com apoio do serviço social*.

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretende-se proceder à discussão dos resultados, considerando os objectivos definidos para este estudo. Do conjunto de resultados serão destacados os mais relevantes e, nesse sentido, procederemos à sua confrontação com o enquadramento teórico apresentado na parte I do trabalho e com os resultados de outros estudos perspectivando desta forma novas propostas de intervenção.

Os pais sofrem face à doença da criança e por todos os temores que esta possa causar. Por tudo isto o papel parental tem recebido ampla atenção literária pela sua qualidade aditiva e multidimensional (SANTOS, 2004) cit. por (MIXÃO, 2010).

O contexto sócio demográfico dos pais, as características da criança, a sua situação clínica e o nível de *stress* dos pais desta amostra são as mais diversificadas, variando significativamente de acordo com alguns dos factores analisados.

Assim, dos 125 pais que constituem a amostra em estudo e que corresponde aos Pais que se encontravam a acompanhar os seus filhos internados, 29 (23,2%) eram progenitores do sexo masculino e 96 (76,8%) do sexo feminino.

Estes resultados evidenciam a nossa tradição cultural, tal como defendido conceptualmente por Relvas (2007), que afirma que é por norma à mãe que cabe o papel de acompanhamento do filho no hospital, uma vez que, socialmente, é a esta que cabe o papel de cuidar da criança. Também no estudo de Magalhães (2011) a autora verificou que a maioria dos acompanhantes das crianças hospitalizadas e que participaram no seu estudo eram mães, sendo apenas um pai. Neste contexto Santos, (2002) refere que as mães se encontram habitualmente numa posição de especial desvantagem, já que é habitualmente sobre elas que recai a responsabilidade pelos cuidados a prestar à criança, o que pode conduzir a uma sobrecarga em termos práticos e emocionais e, consequentemente, a um risco acrescido de dificuldades de adaptação.

Das características sócio demográficas dos pais salienta-se o facto de serem na sua maioria adultos jovens, casados, com um nível de escolaridade médio, dado que a generalidade referiu ter o 2º e 3º ciclo do ensino básico, seguidos dos que reportaram o ensino secundário, encontravam-se na altura da recolha de informação profissionalmente activos e auferindo um rendimento médio ou baixo.

As crianças, por seu lado eram na sua maioria do sexo masculino, com idade inferior a 2 anos. Estas características sociais das famílias são as comumente reportadas em

situações de hospitalização das crianças, admitindo o crescente corpo de conhecimentos acumulados nos últimos 20 anos, que pessoas que vivem em condições sociais menos favorecidas são mais susceptíveis ao sofrimento, doença e incapacidade. A pobreza de rendimentos continua a ser o indicador isolado mais revelador do bem-estar da criança, dado que orienta de forma aproximada a capacidade económica dos pais para cuidar dos filhos (LESSA HORTA et al., 2005).

Neste âmbito e apesar da doença dos filhos ser considerada um indutor de *stress* nos pais, não só pelo receio face ao futuro e à saúde da criança, mas também porque determina reorganização da dinâmica familiar (JORGE, 2004), neste estudo, os resultados revelaram no global um nível baixo e intermédio de *stress* parental, o primeiro mais evidente nas mães (91,7%) e o nível intermédio no pai (17,2%).

Também no estudo de Mixão (2007) em que se classificou o nível de *stress* parental, a autora reporta um nível baixo de *stress* parental para a maioria dos participantes, pais de crianças que recorreram ao serviço de urgência. Nesse estudo e nessa situação, também nenhum dos pais apresentou um nível *elevado* de *stress*.

Contudo o nível global baixo de *stress* verificado na presente investigação pode ser considerado um aspecto positivo para a dinâmica daquelas famílias, visto que as evidências têm demonstrado que níveis elevados de *stress* parental contribuem para uma parentalidade disfuncional, o que por sua vez, pode ter consequências negativas no funcionamento da criança (SZELBRACIKOWSKI e DESSEN, 2007). Além disso, o autor refere ainda que quando os níveis de *stress* parental são adequados, este se constitui como uma variável motivacional que fornece energia aos pais para utilizarem os recursos disponíveis à realização do seu papel.

Porém quando analisada a sua classificação nas quatro dimensões, verificou-se que as dimensões *medos e angústias* e *preocupações* são as que apresentam valor médio mais elevado. Estes resultados vão ao encontro da concepção de que a doença e internamento dos filhos causam na família e sobretudo nos pais, medos e angústias e grande preocupação. Quando a patologia implica a hospitalização da criança, esta vivência significa para os pais separação da criança, mesmo que pontual, afastamento e quebra das suas rotinas diárias, sendo acompanhada de sentimentos que podem ir desde o medo de perder a criança, ao de impotência, falha ou culpa, com subsequente elevação dos níveis de *stress* (Jorge, 2004).

- Variáveis clínicas e *Stress parental*

Percepção sobre a doença

A percepção que os pais têm da doença dos filhos pode ser indutora de *stress*, principalmente quando estes não têm informação detalhada sobre o problema em causa. Propomo-nos neste âmbito discutir os resultados da questão formulada referente à percepção dos pais sobre a situação clínica da criança.

Os dados obtidos evidenciaram *ordenações* médias mais elevadas nas crianças que os pais referem ter doença crónica, em todas as dimensões do *stress* parental, mas apenas significativas para o *stress total*.

Conceptualmente, Alarcão (2006) refere que o impacto provocado na família pela doença, depende do facto de esta ser aguda ou crónica. Mas Jorge (2004) diz-nos que o reajuste de papéis e da estrutura familiar, o tipo de problemas a resolver e as estratégias de *coping* a utilizar, podem ser as mesmas, quer numa situação de hospitalização por doença aguda, ou doença crónica. Contudo e por norma, nas doenças de início súbito, as mudanças comportamentais e afectivas requerem dos pais habitualmente uma rápida mobilização das suas competências para lidar com essa situação de crise, enquanto nas doenças de aparecimento prolongado o período de adaptação é, ou pode ser, maior o que pode justificar em parte os diferentes níveis de *stress*, que no presente estudo se reportam à percepção de doença crónica.

Outros autores cit. por Mixão, (2010) têm demonstrado que pais de crianças portadoras de doença crónica evidenciam maiores níveis de *stress* quando comparados com pais de crianças saudáveis (SANTOS, 1994; SANTOS, ATAÍDE e JOÃO, 1996; QUITTNER, GLUECKAUF e JACKSON, 1990).

Experiências anteriores

A situação de doença e a necessidade de procura dos serviços de saúde surgem muitas vezes repentinamente e perante esta nova realidade a família tem que dar todo um conjunto de respostas de forma a enfrentar esta situação inevitável (JORGE, 2004). Estas experiências tanto podem ser positivas como negativas e como tal, indutoras de *stress* e ansiedade nos pais.

Tal como era expectável, no estudo, as experiências anteriores vividas pelos pais influenciaram os níveis de *stress*, revelando-se estes mais elevados nos pais que tiveram necessidade de recorrer ao serviço de urgência (61,5%), comparativamente às experiências

de cuidados programados ou de internamento. Estes resultados levantam a hipótese de que as experiências prévias de hospitalização, mudam as respostas e os comportamentos dos pais após o primeiro internamento. Porém, na opinião de Magalhães (2011), se esta não é uma experiência traumática, mesmo sendo considerada um evento crítico, o conhecimento e experiência obtida, pode induzir uma adaptação.

Para Vara (2004) cit. Cardoso (2010) a capacidade da família enfrentar situações de crise depende, entre outros factores, das experiências anteriores em acontecimentos semelhantes, dos sistemas de suporte que dispõe, da coesão entre os seus membros e da capacidade de utilização de recursos exteriores ao núcleo familiar.

Cardoso (2010) no seu estudo, verificou que ter uma experiência anterior semelhante e ter a oportunidade de conhecer o ambiente hospitalar onde estavam integrados, tinha ajudado os pais a enfrentar novas situações geradoras de *stress*. Hayes e Knox (1984) cit. por Magalhães (2011) dizem-nos que a primeira admissão hospitalar pode ser bastante marcante para os pais e pode influenciar positivamente ou negativamente outras experiências de hospitalização. O autor admite contudo que a admissão hospitalar da criança afecta sempre os pais, causando uma desorganização nas suas vidas.

Tempo de internamento

No que diz respeito ao tempo de internamento, os pais participantes apresentaram ordenações médias mais elevadas nas situações de internamento com duração entre 8-15 dias, em detrimento daqueles que permaneceram durante mais tempo e revelando de forma significativa níveis mais elevados de *medos e angústias*.

Estes dados podem ser justificados, tal como defendido por Hayes e Knox (1984) cit. Magalhães (2011) que referem que à medida que os pais passam mais tempo no hospital e se vão familiarizando com o ambiente, começam a aperceber-se dos cuidados dos profissionais de saúde para com o seu filho, sentindo necessidade de modificar o seu papel e o seu comportamento, a forma de interpretar os sintomas da criança, de preparar a criança para determinados procedimentos e como comunicar com os profissionais de saúde. À medida que aprendem a gerir os problemas da criança e os papéis desempenhados pelos profissionais de saúde, começam a adaptar-se a esta nova situação e a sentir mais controlo no seu papel parental e mais úteis como cuidadores.

Também Reis (2007) afirma que à medida que o tempo de internamento vai aumentando, os pais vão integrando a informação recebida e compreendendo aquela que nos primeiros dias de internamento lhes passou despercebida. Aquando da hospitalização da criança, os pais seleccionam da informação recebida, aquela que no momento estão

mais disponíveis para ouvir ou que querem ouvir. Por outro lado, à medida que a duração do internamento vai aumentando as equipas de saúde mobilizam mais recursos para dar resposta à adaptação dos pais e à hospitalização.

No estudo de Gomes, Trindade e Fidalgo (2009) algumas mães referiram que o contacto com situações similares, a possibilidade de falarem com outras mães cujos filhos se encontravam com problemas idênticos ou mesmo numa fase posterior da doença, facilitou o processo de aceitação da situação a que se viram sujeitas.

Ainda no estudo de Pinto, Montinho e Gonçalves (2008), que incidiu sobre o impacto da doença na família, os autores referem que o tempo actua como um elemento interventor na reorganização da família, funcionando como moratória necessária à integração das mudanças que a família sofre.

Oportunidades de decidir e cuidar

Quando analisado o impacto das oportunidades de decidir e cuidar dos filhos durante o internamento no nível de *stress*, verificou-se maiores níveis de *stress* parental nos pais que referiram ter poucas/nenhumas oportunidades, revelando-se estes resultados significativos nas dimensões, *preocupações*, *satisfação* e *stress total*. Também o estudo de Cardoso (2010) em que se pretendia compreender o que experimentam os pais de crianças hospitalizadas com doença aguda, se verificaram elevados níveis de satisfação relacionados com o nível de participação nos cuidados. A análise qualitativa efectuada permitiu pela autora reconhecer que os pais não desejam que os enfermeiros os substituam na realização dos cuidados familiares, mas também não demonstram interesse em participar em cuidados que extravasem esse domínio.

De igual forma Young et al., (2006) cit. por Magalhães (2011) no seu estudo verificou que os pais que acompanham o filho durante o internamento hospitalar, querem participar nos cuidados, e ser incluídos no processo de decisão sobre o seu filho doente.

Também Hayes e Knox (1984) cit. por Magalhães (2011) refere que quando os pais dão continuidade ao seu papel durante a hospitalização do filho doente, se verifica redução na sua ansiedade e *stress*. Vários outros estudos desenvolvidos nos últimos anos têm demonstrado que a presença e participação parental nos cuidados à criança hospitalizada, tem benefícios para ambos, nomeadamente na diminuição do *stress* e da ansiedade associada à angústia da separação e na redução do *stress* da criança, associado aos procedimentos hospitalares (ESPEZEL e CANAM, 2003; COYNE, 2007; SHIELDS, 2011).

Face às evidências, Magalhães (2011) cit. Corlett e Twycross (2006) refere que o indicador mais importante da qualidade dos cuidados é a oportunidade que os pais têm de ser incluídos nas decisões dos cuidados à criança. No seu estudo, os pais expressaram uma necessidade de comunicação com a equipa de enfermagem, sugerindo o estabelecimento de *guidelines* que forneçam uma clara compreensão do papel de cada prestador de cuidados, ou seja, o que esperar, quando e de quem nesse processo.

- Características sócio demográficas da criança e *stress* parental

Idade e Sexo

Quando analisada a influência das variáveis demográficas da criança, nomeadamente a sua idade e sexo nos níveis de *stress parental*, verificou-se que os pais de crianças com idade inferior a 2 anos de idade apresentavam de forma significativa maiores níveis de *medos e angústias* e de *stress parental total*.

Também em diversos estudos citados por Santos (2008), em que foram comparados os níveis de *stress* das mães de crianças hospitalizadas com idade pré-escolar com as de idade escolar, se verificou que as primeiras revelaram níveis mais elevados (Mash e Johnston, 1983), o que leva a concluir que as crianças mais novas determinaram maior impacto nos níveis de *stress* das mães. Porém no estudo de Spratt, Saylor e Macias (2007) os autores não encontraram relação significativa entre a idade da criança e o nível de *stress* parental.

Já no que respeita ao sexo da criança, os resultados têm-se revelado contraditórios. Na nossa investigação os níveis de *stress* parental mostraram-se mais elevados para todas as dimensões, excepto na *falta de controlo*, nos pais de crianças do sexo masculino, porém estas diferenças não apresentaram significância estatística.

De igual forma estudos cit. por Santos (2008) como os de Barkley e Breen (1988) não indicaram diferenças significativas entre os pais de crianças do sexo masculino e feminino, mas Fossum, Morch, Handegard e Drugli (2007) apuraram no seu estudo que os níveis de *stress* das mães das raparigas se revelavam mais elevados, comparativamente com os das mães dos rapazes.

- Características sócio demográficas dos progenitores e *stress* parental

Tal como documentado em diversas investigações, os níveis de *stress* dos pais podem diferir face às características dos progenitores, nomeadamente às diversidades sócio demográficas, pelo que foi investigada essa relação.

Idade

A análise da relação com a idade dos pais revelou níveis mais elevados de *medos e angústias* e preocupações nos pais mais jovens (< 32 anos), das outras dimensões nos mais velhos (40-47 anos) e *stress* total nos pais entre 33-39 anos, todavia sem significância estatística.

Neste domínio, os resultados reportados noutros estudos têm sido pouco consistentes e as referências na literatura são escassas. A investigação realizada por Olafsen et al., (2007) reportou níveis mais elevados de *stress* decorrente do seu papel parental nas mães mais novas, e segundo os autores, pelo facto de estes terem menos recursos e estratégias para lidar com as situações perturbadoras, nomeadamente as relacionadas com a saúde das crianças, e uma menor capacidade para cuidar dos filhos.

Por outro lado a pesquisa de Lau (2001) cit. por (Baião) referiu não existir uma relação significativa entre a idade materna e o *stress parental*. Todavia Moreira (2010) reportou uma relação positiva e significativa entre a idade e os níveis de *stress*, verificando-se na sua investigação que à medida que a idade das mães avançava, aumentavam os níveis de percepção de *stress* parental.

Grau de parentesco

No passado a análise do papel parental tinha um enfoque orientado para a mãe, dado o seu papel central no cuidar das crianças. Porém, estudos recentes têm analisado as diferentes vivências do papel parental, decorrentes do género dos progenitores, em detrimento apenas da mãe (VRIJMOET-WIERSMA et al., 2009), cit. por (Costa, 2011) e têm evidenciado níveis idênticos de *stress* em ambos os progenitores.

Neste âmbito, e no que se refere à diferença de percepção do papel parental face a esta variável, pode existir de igual forma, tal como afirmam Crnic e Low (2002) no desenvolvimento de *stress* parental.

No nosso estudo e apesar dos níveis de *stress* serem baixos para ambos os progenitores, o nível intermédio foi mais representativo nos progenitores do sexo masculino, contudo sem significância estatística.

Também num estudo realizado com pais de crianças com perturbação de hiperactividade e défice de atenção se verificou não haver diferenças face ao género dos pais na percepção de *stress*, porém quando este era relacionado com o suporte social, apurou-se que os progenitores do sexo masculino apresentavam uma melhor percepção deste apoio e como tal exibiam menores níveis dessa perturbação (Moreira, 2010). Contudo no estudo de Oelofsen e Richardson (2006), cit. por Santos (2008), efectuado com famílias de crianças com perturbações do desenvolvimento, o nível de *stress* revelou-se maior na mãe do que no pai, o que não se verificou nas famílias de crianças com um desenvolvimento considerado normal.

Escolaridade

Em relação ao nível de escolaridade dos pais, apurou-se níveis mais elevados em todas as dimensões do *stress parental* nos pais com escolaridade básica e com o 2º e 3º ciclo, com significância estatística marginal.

Também o estudo de Olafsen et al., (2007), realizado com mães de bebés prematuros, reportou, após o parto prematuro, níveis mais elevados de *stress parental* nas mães com menos anos de escolaridade, comparativamente às mães com mais habilitações literárias. Relativamente aos pais, o mesmo estudo verificou que com o passar do tempo, os que detinham mais anos de escolaridade manifestaram níveis de *stress* mais elevados.

Rendimento familiar

É reconhecido que os acontecimentos de vida, nomeadamente a capacidade dos pais darem resposta às necessidades dos filhos, tem fortes implicações na ansiedade parental.

Neste âmbito, a actual investigação revelou que o nível de *stress parental* era mais elevado nos pais com rendimento familiar baixo, sobretudo nas dimensões *preocupações, medos e angústias e stress total*.

Apesar de os vários estudos analisados não estudarem especificamente a influência do rendimento familiar no nível de *stress parental* em pais de crianças hospitalizadas, Urra (2007) afirma que no geral, os pais sentem angústia em resultado das exigências financeiras relacionadas com os filhos.

Também no estudo de Silva e Aiello (2009) cit. por Costa (2011) se verificou uma relação negativa entre o nível socioeconómico da família e o nível de *stress parental*, ou seja, quanto maior o nível económico familiar, menor o nível de *stress*. Os autores defendem

ainda que, uma maior capacidade sócio económica tem um impacto positivo na auto-estima parental, o que influencia positivamente as relações e o ambiente familiar.

Apoio Sócio Familiar

O apoio familiar tem sido considerado um importante suporte nas vivências da parentalidade, sobretudo em pais de crianças doentes.

O estudo de Moreira (2010) efectuado com pais de crianças com perturbação de hiperactividade e défice de atenção, indicou que à medida que o suporte social aumentava, os níveis de *stress* dos pais diminuía, variando contudo a percepção deste apoio consoante o género da figura parental.

A análise dessa relação na actual investigação permitiu apurar níveis de *stress* mais elevados, sobretudo nas dimensões de *stress total* e *falta de controlo* nos pais que referem não ter nenhum tipo de apoio, revelando contudo maiores níveis de *preocupações* os que referiram ter o apoio da família e *satisfação* nos que tinham apoio do serviço social, apresentando apenas esta última relação significância estatística.

Quanto ao tipo de apoio recebido, Mercer (2002) cit. por Magalhães (2011) refere que existem quatro tipos de apoio social a que os pais podem recorrer: apoio emocional, apoio informativo, apoio físico e apoio de apreciação.

Neste âmbito, o estudo de Reis (2007) verificou que umas das necessidades mais importantes para os pais que acompanhavam a hospitalização da criança, era a de se sentirem informados, quer directamente pelos profissionais de saúde, quer pela utilização de folhetos informativos.

Também Coffey (2006) cit. por Magalhães (2011) referem que vários factores podem influenciar o ajustamento parental à situação de doença crónica manifestada pela criança tais como o suporte social e familiar, a relação com a criança, com outros membros da família e com os profissionais de saúde, recursos económicos e crenças pessoais sobre a doença

Concluindo, diversos estudos cit. por Mixão (2010) têm salientado o papel do suporte familiar e social, económico, psicológico e dos sistemas de saúde, enquanto factores importantes na moderação do *stress parental* (Kuo, Peng e Tsai, 2005) sendo que, o funcionamento e suporte familiar são geralmente fortes preditores da ocorrência ou não de *stress* nos pais. Da mesma forma um elevado suporte social está também directamente relacionado com uma diminuição do *stress* do dia-a-dia e com uma maior satisfação com o

papel de pai e mãe, o que se vai reflectir em comportamentos parentais mais adequados, e afectos mais positivos (ADAMS e PACE, 2006).

Em resumo, considera-se que os resultados do presente estudo indicam a influência de variáveis sócio demográficas dos pais (idade, grau de parentesco, escolaridade, rendimento familiar e apoio familiar percebido), assim como de algumas variáveis da situação clínica (percepção da doença, experiências anteriores, tempo de internamento e oportunidades de decidir e cuidar da criança) e demográfica da criança como a idade, no nível de *stress parental* em pais de crianças hospitalizadas.

A mais-valia obtida pelos resultados desta investigação, constituiu assim mais um contributo para a compreensão dos factores que influenciam os níveis de *stress parental* e para maior conhecimento desta temática.

7 – CONCLUSÕES/SUGESTÕES

Este capítulo conclusivo destina-se a proporcionar um ponto de reflexão sobre o estudo do *stress parental* em pais de crianças hospitalizadas e retomar alguns aspectos da realidade revelada pelos dados considerados importantes nesta linha de investigação. Efectivamente o *stress parental* é um tema multi-factorial onde se cruzam questões fundamentais tanto para os pais como para a criança e sobretudo para a sua abordagem prática.

O *stress* gerado pela hospitalização de um filho, ficar longe de casa, dos outros filhos e do marido, aumenta a sensação de desamparo e solidão, fragilizando vínculos e emoções. Ignorar tais sentimentos e negligenciar os respectivos cuidados deixa essas famílias em situação de vulnerabilidade. Assim, à equipe de saúde cabe estar atenta para a identificação das respostas aos problemas de saúde e das necessidades da criança e da família, na perspectiva dos cuidados.

Da revisão da literatura pôde concluir-se que a chegada de um filho é causadora de grande transformação na vida de um casal, alargando estes o seu funcionamento psíquico, com novas significações e representações, para se apropriarem do novo ser que é o filho (Leal 2005), constituindo-se desta forma a parentalidade como a tarefa mais exigente da família. Neste contexto, o *stress parental* tem sido definido como “uma reacção psicológica adversa, perante as exigências de ser mãe ou pai, que é experienciada com sentimentos negativos, acerca do próprio e da criança, sentimentos estes que são directamente atribuídos às exigências da parentalidade” (DEATER-DECKARD, cit. por CRNIC e LOW, 2002, p. 248).

O desenho metodológico delineado no estudo foi suportado em fundamentos conceptuais que permitiram elaborar questões de investigação e definir objectivos, pelo que os resultados se assumem como um contributo para novas reflexões acerca do modo como a equipe de saúde se organiza no planeamento de cuidados à criança e seus pais.

É nossa convicção que atender às necessidades da criança em matéria de cuidados exige da equipe novas práticas de cuidar, focadas nos seus aspectos singulares e considerando a família como centro de cuidados, a fim de auxiliá-la a mobilizar recursos para enfrentar a situação de doença da criança e procurar com ela as melhores formas de adaptação.

Da investigação efectuada pretende-se neste capítulo evidenciar os resultados mais significativos e que nos permitiram tirar algumas conclusões:

- ❖ Dos 125 Pais que acompanhavam a criança hospitalizada 76,8% correspondiam a mães e 23,2% a pais, na sua maioria casados (86,4%), sobretudo os pais (93,1%). Destes 39,2% eram acompanhantes de filhos do sexo feminino e 60,8% do sexo masculino.
- ❖ No global, a média de idades dos pais era de 33,45 anos, variando entre 32,74 anos para a mãe e 35,79 anos para o pai, sendo o grupo etário mais representativo o dos 33-39 anos;
- ❖ O agregado familiar foi reportado como sendo composto em média por 3,65 elementos, oscilando entre 2 e 6 pessoas;
- ❖ A maioria das mães e dos pais têm como escolaridade o 2º e 3º ciclo do ensino básico e o ensino secundário, são trabalhadores activos e reportaram um rendimento salarial *médio* (entre 750-1500 euros mensais);
- ❖ A maioria (69,4%) referiu não dispor de apoio sócio - familiar na situação de hospitalização da criança e dos que assumiram possuir esse tipo de auxílio 20,2% contavam com o apoio da família;
- ❖ No que respeita às crianças, verificou-se que estas tinham uma média de idades de 6,24 anos, integrando 36,0% o grupo etário inferior a 2 anos, e 25,6% entre 7-12 anos;
- ❖ Os pais reportaram como experiências clínicas anteriores na sua maioria a procura do serviço de urgência (26,4%) seguindo-se as experiências no internamento (24,8%), sobretudo referidas pelos progenitores do sexo masculino (27,6%);
- ❖ Em relação à duração do internamento e para o global da amostra, 56,7% dos Pais reportou um período igual ou inferior a 7 dias, enquanto 31,7% de crianças estiveram hospitalizadas entre 8-15 dias.
- ❖ Dos pais 80,8% negaram a existência de doença crónica e 90,4% de perturbação do desenvolvimento no filho;
- ❖ A maioria dos pais (80%) revelou uma percepção *boa/muito boa* sobre a saúde dos filhos, referindo 52% um controlo completo sobre a situação;
- ❖ Perante as oportunidades criadas pelos profissionais de saúde para decidir e cuidar do filho, 60,8% mencionaram ter *muitas oportunidades*, contudo 33,6% assumiram ter *poucas oportunidades*;
- ❖ Relativamente ao nível de *stress parental*, no global e pela análise dos valores médios este revelou-se *baixo*, (Média = 32,90) variando entre 21 e 53;

- ❖ Pela análise das quatro dimensões, verificou-se valores médios mais elevados nas dimensões *Preocupações* e *Medos e angústias*;
- ❖ No global 89,6% dos pais apresentaram um nível *baixo de stress*, sobretudo as mães (91,7%) enquanto 17,2% dos pais mostraram um nível intermédio, sem diferenças estatísticas significativas entre os grupos e não evidenciando nenhum Pai um nível *elevado*.

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

- ❖ No conjunto da amostra, a presença de doença crónica na criança influência de forma significativa o nível de *stress total* dos pais.
- ❖ Quanto às experiências clínicas anteriores, verificou-se que já recorrem à urgência, evidenciam significativamente níveis mais elevados de *stress*. O tempo de internamento entre 8-15 dias determina de forma significativa níveis mais elevados de *Medos e angústias* e os pais que referiram ter poucas ou nenhuma oportunidade para cuidar dos seus filhos durante o internamento, revelaram ter maiores níveis de *preocupações*, e *stress parental total* mas evidenciam *maior satisfação*.
- ❖ Das variáveis demográficas da criança, apenas a idade influencia o nível de *stress parental*, nomeadamente os *medos e angústias* e o *stress parental total*, nos pais das crianças com idade inferior a 2 anos;
- ❖ Das variáveis sócio demográficas dos pais, apenas a escolaridade, o rendimento e apoio sócio familiar se associaram significativamente a maior nível de *stress parental*, nomeadamente nos pais com ensino básico e 2º e 3º ciclo, nos pais com rendimento familiar baixo, nas dimensões *preocupações*, *medos e angústias* e *stress total* e na satisfação parental, nos pais que reportam apoio *social*.

O desenvolvimento deste estudo proporcionou uma excelente oportunidade de aprendizagem e um entendimento mais profundo do *stress parental*, trazendo sem dúvida um enriquecimento fundamental tanto para a vida pessoal como profissional da investigadora. Julga-se que este trabalho seja 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.

Limitações do estudo

Este trabalho apresentou contudo algumas limitações, das quais salientamos o facto de não ter sido possível uma participação mais alargada de Pais, e que determinou a necessidade de alargamento do tempo necessário à recolha de informação. Por esse facto, e considerando o carácter não aleatório da amostra, subsistem ainda dificuldades na determinação de relações causais entre as variáveis.

Além disso, o facto de os dados se reportarem apenas a crianças e pais internados numa unidade de internamento de Pediatria e de não termos considerado um grupo de controlo para a comparação dos resultados com pais de crianças não hospitalizadas, levanta a eventualidade de vieses e impede a generalização dos resultados, permitindo apenas a compreensão das vivências neste grupo de participantes.

Como limitações decorrentes do tipo de *Instrumento de recolha de informação* consideram-se as subjacentes à utilização de um questionário relativamente extenso, considerando o estado de espírito dos pais de crianças doentes e as decorrentes do grau de subjectividade inerente à sinceridade das informações fornecidas pelos progenitores.

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 objectivos inicialmente definidos.

Implicações para a prática

Os resultados obtidos sustentam a necessidade de reflexão sobre as implicações do *stress* dos pais no seu bem-estar e na tranquilidade da criança doente e hospitalizada.

Defendemos que para um melhor reposta de enfermagem é importante atender, caracterizar e reflectir 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 efectivo a uma parentalidade positiva.

Um planeamento mais adequado dos cuidados de enfermagem necessários à criança doente e sua família, a par de cuidados de orientação e apoio, poderão com certeza traduzir-se em ganhos em saúde para as crianças e seus pais, ao promoverem uma melhor consecução do papel parental. Capacitar os pais na aquisição de conhecimentos necessários para serem mais competentes, eficazes e confiantes no desempenho do seu papel e na adaptação de comportamentos mais adequados, poderá facilitar igualmente a utilização de estratégias de *coping* mais positivas.

Porém, isso implica perceber as dificuldades da família, o nível de competência percebida no desempenho do seu papel, decorrente das suas expectativas, crenças culturais, preocupações, medos e angústias, nomeadamente perante a doença e hospitalização da criança.

A família, célula fundamental da sociedade, enfrenta no século XXI novos desafios para os quais deve estar preparada no saber de novas respostas. Neste sentido, a preparação para a parentalidade reveste-se na prática de particular importância pela possibilidade de influenciar positivamente a experiência do processo desde o nascimento.

Os cursos actualmente em vigor, de preparação para o parto e para a parentalidade e tal como o nome indica, preparam o casal para o parto e nas áreas da puericultura, com sessões teóricas e práticas de aquisição de competências para os cuidados básicos ao recém-nascido. Contudo a maioria das experiências em curso no nosso país não prevêem a participação de enfermeiros com a especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, considerados, no âmbito das suas competências, os profissionais melhor preparados para o empoderamento das famílias em termos do desenvolvimento do bebé e da interpretação das suas solicitações, que determinem respostas adequadas e confiantes por parte dos pais, dirigidas ao superior interesse da criança.

Também à luz de experiências desenvolvidas no nosso país, nomeadamente a nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde e Juntas de Freguesia, têm sido implementadas as designadas *Escolas de pais*, cujo principal objectivo é a formação parental, enquanto apoio particular a que as famílias podem aceder.

Este apoio às famílias, concretiza-se habitualmente num formato grupal, em contextos comunitários naturais (Juntas de Freguesia, Bibliotecas, Associações, Escolas...), permitindo a constituição de redes de suporte e apoio social informais, que podem oferecer de igual forma apoio emocional, instrumental ou informativo, com troca de experiências e levar a uma maior abertura no contacto com a comunidade. Face às evidências, maiores níveis de *stress parental* têm sido associados a pais de crianças com doenças crónicas e/ou prolongadas. Nestas situações, os pais tendem a responder de forma pouco assertiva, sendo frequentemente as crianças alvo de solicitude primária excessiva, com implicações futuras no seu comportamento emocional, nomeadamente relacional e de integração social.

Face a estes pressupostos, e porque consideramos que os enfermeiros têm o dever ético e legal de disponibilizar formação aos pais acerca de como lidar com a criança doente e com a doença do filho, em prol do desenvolvimento da respectiva autonomia e qualidade de vida, consideramos pertinente:

- A integração de profissionais com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nas equipas de preparação para o parto e para a parentalidade;
- O desenvolvimento de um projecto no âmbito da formação dos pais na nossa comunidade com a participação activa dos profissionais de saúde da área da pediatria do CHTV-EPE;
- O desenvolvimento de visitas domiciliárias ao RN, a colocar em prática pelas equipas hospitalares e especialmente dirigido às crianças com necessidades particulares de saúde e com internamento prévio na neonatologia;
- Considerando que os enfermeiros se devem articular com outros profissionais, entendemos igualmente importante equacionar a inclusão na equipa de saúde pediátrica de profissionais da área da psicologia, que pudesse acompanhar mais de perto os pais de crianças com doença crónica e/ou prolongada, de forma a construir com eles novas habilidades na abordagem educacional das crianças e desta forma seriam alargadas as respostas a solicitações mais específicas na prestação de cuidados;
- A criação de instrumentos de informação dirigidos aos pais, que confirmem suporte (in) formativo ao cuidar dos filhos em determinadas situações;
- Reconhecer que o internamento hospitalar é de facto fonte evidente de *stress parental* e como tal, os enfermeiros devem incentivar os pais a usufruírem de momentos de repouso e lazer, o que terá implicações positivas para toda a família;
- Por outro lado, o cuidar de crianças doentes é, segundo algumas evidências, fonte de perturbação no grupo de trabalho, pelo que as práticas de reflexão em equipa devem constituir-se como boa prática, quer para a purificação emocional, quer para a redefinição de estratégias de intervenção.

São diversas as situações descritas como beneficiando de um plano de intervenção para a redução do *stress parental*, com implicações directas nos pais e, pela melhoria no comportamento parental, indirectas no comportamento das crianças. Contudo, independentemente da situação clínica, o conhecimento particular das respostas humanas face à doença, deve ser o critério major ao processo de cuidados de enfermagem com intencionalidade terapêutica.

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 variáveis associadas ao comportamento da criança.

O desenvolvimento de estudos com fase de intervenção, que possibilitem implementar sistemas de avaliação de resultados e definir indicadores de qualidade para a prática do atendimento de crianças/famílias hospitalizadas.

Estudos que investiguem a eficácia e valorização das visitas domiciliárias no cuidado à criança e na satisfação parental.

Concluimos assim este estudo na expectativa de que, de algum modo, possamos ter contribuído para uma melhor compreensão sobre a experiência de Pais de crianças hospitalizadas, e abrir novas pistas, nomeadamente relacionadas com a identificação de recursos adaptativos dos pais perante a confrontação da situação com os níveis de *stress*.

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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIDIN, R.R. - The determinants of parenting behaviour. Journal of Clinical Child Psychology. Vol. 21, nº 4 (1992), p. 407-412.

ALARCÃO, Madalena - **(Des) equilíbrios familiares**. 3ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006.

ANGELO, M. ; BOUSSO, R. S. (2001) – **Fundamentos da assistência à família em saúde** [Em linha]. [Consult. 2-1-2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.idssaúde.org.br/enfermagem>.

APARÍCIO, G. ; CUNHA, M. ; PEREIRA, A. - Satisfação eficácia e auto-percepção de competência parental. In **II Congresso de Investigação Ibero-Americano e de países de Língua Oficial Portuguesa**. Coimbra: ESSE Coimbra, 2009.

BAIÃO, R.D.M. - **Stress parental e prematuridade** [Em linha]. Lisboa: [s.n.], 2009. Tese de Mestrado integrado em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. [Consult. 3-1-2012]. Disponível em WWW: <URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2140/1/22261_ulfp034846_tm.pdf>.

BARRADAS, A. M. C. R- **Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção** [Em linha]. Lisboa: [s.n.], 2008. Dissertação de Mestrado em comunicação em Saúde, apresentada à Universidade Aberta. [Consult.3-1-2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/735?mode=full>>.

BARROS, L. - **Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

BAYLE, F. ; MARTINET, S. - **Perturbações da parentalidade**. Lisboa: Climepsi Editores, 2008.

BELSKY, J. - Social-contextual determinants of parenting. In **Encyclopedia on early childhood development** [Em linha]. 2005. [Consult.10-1-2012]. Disponível em WWW <URL:<http://www.child-encyclopedia.com/documents/BelskyANGxp-Parenting.pdf>>.

BICHO, Dora; PIRES, António - Comportamento de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. Série XX, nº2 (Abril/Junho 2002), p.115-129.

CANAVARRO, Maria Cristina ; PEDROSA, Anabela Araújo - Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In **Psicologia da parentalidade**. Lisboa: Fim Século, 2005. p. 225-255.

CARDOSO, A.C.A. - **Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda**. [Em linha]. Porto: [s.n.], 2010. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. [Consult. 4-1-2112]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao%20Ana%20Cristina%20A.pdf>>.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM - **Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE/ICNP; Versão1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão Beta 2**. Lisboa: IGIF; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002.

COSTA, C. A. C. – **Indutores do stress parental** [Em linha]. Porto: [s. n.], 2011. Dissertação de Mestre em Psicologia na área de especialização de clínica e da Saúde, apresentada à Universidade Fernando Pessoa. [Consult.10-12-2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/1977?mode=full>>.

COYNE,I. ; COWLEY, S. - Challenging the philosophy of partnership with parents: a grounded theory studies. International Journal of Nursing Studies [Em linha]. Vol. 44 (2007), p. 893-904. [Consult. 10-12-2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748906000769>>.

CRNIC, K. A. ; LOW, C. - Everyday stresses and parenting. In BORNSTEIN, M. H., ed. - **Handbook of parenting**. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2002. p. 243-267.

CRUZ, Orlanda - **Parentalidade**. Coimbra: Quarteto, 2005.

ESPEZEL, H.; CANAM, C. - Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. Journal of Advanced Nursing. Vol. 44, nº1 (2003), p. 34-41.

FERNANDES, Ananda Maria - A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada. Saúde Infantil. Coimbra. Ano X, nº2 (Setembro 1988), p.117-128.

FIELDEN, J. M.; GALLAGHER, L. M. - Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. Vol. 45, nº3 (2008), 406-417.

FREITAS, M., C., N., A. - **Ansiedade nas avaliações escolares: uma abordagem psicoterapêutica sob estados modificados de consciência num grupo de alunos, universitários** [Em linha]. Local: [s.n.], 2009. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade da Madeira. [Consult.12-12-2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://digituma.uma.pt/handle/10400.13/37>>.

GLASPER, E. ; HAGGARTY - The psychological preparation of children for hospitalization. In Glasper, A. ; Richardson, J.A - **Textbook of children`s and young people`s nursing**. Londres: Elsevier, 2006. p. 61-76.

GOMES, Cristina Guimarães; TRINDADE, Graça Paula Gil; FIDALGO, José Manuel Alves - Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. Revista Referência. II Série, nº11 (Dezembro 2009), p. 106.

GOMES-PEDRO, João [et al.] - **A criança e a família no século XXI**. Lisboa: Dinalivro. ISBN 972-576-395-5. 2005.

HOUZEL, D. – As implicações da parentalidade - In **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milénio**. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltd., 2004. ISBN 85-7396-3328. Cap. IV.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – **Carta da criança hospitalizada**. 4ª ed. Lisboa: IAC, 2008.

JORGE, Ana Maria - **Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-79-7.

KIRK, S. - Negotiating lay and professional roles in the care of children with complex health care needs. Journal of Advanced Nursing. Nº34 (2001), p. 593-602.

LEAL, Isabel - **Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005. ISBN 972-754-235-2.

LEI nº 106/2009. D. R. I. Série Nº 178 (2009-09-14) 6254-Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. [Consult. 8-1-2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/19F2FF80-E580-4965-8DEB-C7951DDF4832/0/Lei106_2009_AcompahamentoHospitalar.pdf>.

LESSA, Horta, B. [et al.] - **Como avaliar as competências familiares na atenção às crianças de até 6 anos**. Brasília: UNICEF, 2005. ISBN 85-87685-03-1. Disponível em WWW:<URL:http://www.unicef.org/brazil/pt/como_avaliar.pdf>.

LOPES, M. S. ; CATARINO, H. ; DIXE, M. A. - **Estratégias de coping no exercício da parentalidade e a sua relação com os factores sócio-demográficos** [Em linha].Leiria: [s.n.], 2010. Tese de Doutoramento, apresentada ao Instituto Politécnico de Leiria. [Consult.15-1-2011].Disponível em WWW:<URL:<http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/309/1/estrat%C3%A9gias%20de%20coping%20no%20exerc%C3%ADcio%20da%20parentalidade%20e%20a%20sua%20rela%C3%A7%C3%A3o%20com%20os%20factores%20sociodemogr%C3%A1ficos.pdf>>.

LOPES, M. S. ; CATARINO, H.; DIXE, M. A. – Parentalidade positiva e enfermagem, revisão sistemática da literatura. Revista Referência. Série III, nº 1 (Julho 2010), p. 109-118.

MACCOBY, E. E. - Prenting and its effects on children: on reading and misreading behavior genetics. Annual Review of Psychology. Vol. 51 (2000), p. 1-27.

MAGALHÃES, S.C.R.S - **A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2011. Tese de Mestrado apresentada na

Escola Superior de Enfermagem do Porto. [Consult.8-1-2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1784/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>>.

MALTBY, Hendrika J.; KRISTJANSON, Linda; COLEMAN, Mardhie - The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice* [Em linha]. 9:6 (December 2003), 368-373. [Consult. 2 de Março de 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.2003.9.issue-6/issuetoc>>.

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

MARTINS, C. – Transição para a parentalidade: programa de doutoramento em enfermagem: revisão da literatura. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2008.

MATIAS, Marisa; Silva, Andreia e Fontaine, Anne Marie. Conciliação de papéis e parentalidade: efeitos de género e estatuto parental. *Revista Educação/Formação*. Nº 5 (2011).

MENDES, A. - **Stress e imunidade: contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress**. Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2002.

MENDES, Rita Veloso - **A parentalidade experimentada no masculino: as vivências da paternidade: CIES E Working. Paper Nº 22** [Em linha]. Lisboa: Centro de Investigação de Estudos de Sociologia, 2007. [Consult. 1-2-2012]. Disponível em WWW: <URL: http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP22_Mendes_.pdf>.

MELEIS, A. I. – **Theoretical nursing: development and progress**. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007.

MILANESI, Karina ; COLLET, Neusa ; OLIVEIRA, B. R. G. - Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Rebem, Brasília. Vol. 59, nº 6 (Novembro/Dezembro 2006), p. 769-74.

MIXÃO, M. L. G - **Comportamento parentais e recursos às urgências pediátricas: económico familiar** [Em linha]. Lisboa: [s.n.], 2007. Dissertação de Mestrado em Psicologia

da Saúde, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada. [Consult.18-12-2011].Disponível em WWW:<URL:<http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/702>>.

MIXÃO, M. L. : LEAL, I. ; MAROCO, J. - Escala de stress parental. In I. LEAL, & J. MAROCO, Eds. - **Avaliação em sexualidade e parentalidade**. Porto: LivPsic, 2010. P. 187-206.

MOK, E.; LEUNG, S. F. - Nurses as providers of support for mothers of premature infants. Journal of Clinical Nursing [Em linha]. 15 (2006), 726-734. [Consult.10-1-2012.]. Disponível em WWW: <URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01603.x/pdf>>.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto ; MARCON, Sónia Silva - Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. Revista Escola Enfermagem USP. São Paulo. Vol. 43, nº 4 (2009), p. 856-64.

MOREIRA, Mafalda Sampaio - **Stress e suporte em pais de crianças com perturbações de hiperactividade com défice de atenção** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2010. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Fernando Pessoa. [Consult. 6-1-2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1418/2/DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>>.

OLAFSEN, K. S. [et al.] - Infant responsiveness and maternal confidence in the neonatal period. Scandinavian Journal of Psychology [Em linha]. 48:6 (December 2007) 499-509. [Consult.17-1-2012].Disponível em WWW: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18028072>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

PERISTA, H. - Género e trabalho não pago: os tempos das mulheres e os tempos dos homens. Análise Social. Lisboa. Série XXXVII, nº 163 (2002), p. 447-474.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - **Estatísticas do emprego e da população**. Lisboa: INE, 2010. [Consult. 18 de Janeiro de 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.pordata.pt/>>.

REIS, G.M.R. – **Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2007. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto. [Consult.20-1-2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7262>>.

RELVAS, Ana Paula - The development of family therapy in Portugal. Context [Em linha]. 92 (August 2007), 11-13. [Consult.10-1-2012]. Disponível em WWW: <URL:<https://woc.uc.pt/fpce/person/ppinvestigador.do?idpessoa=8>>.

ROUSSEL, L. - **Bebé XXI: criança e família na viragem do século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-0664-7, 1995.

SABATÉS, A. ; BORBA, R. – As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 13, nº 6 (2005), p. 968-973.

SANTOS, V.A.B - **Stress parental e práticas parentais em mães de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção** [Em linha]. Lisboa: [s.n.], 2008. Tese de Mestrado integrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. [Consult.6-1-2012]. Disponível e WWW:<URL:<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/695>>.

SANTOS, S. V. - Características do *stress* parental em mães de crianças com Síndrome Nefrótico. Análise Psicológica. Lisboa. Série XX, nº 2 (Abril/Junho 2002), p. 233-241.

SHIELDS, L. - Interactions between parents and staff of hospitalized children. Paediatric Nursing. Vol. 23, nº214 (2011), p. 14-20.

SILVEIRA, A ; ANGELO M. ; MARTINS S. – Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. Revista Enfermagem UERJ [Em linha]. (Janeiro 2008), 212-217. [Consut.5-1-2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a12.pdf>>.

SIMÕES, Sandra, PIRES, António, BARROCA, Ana – Comportamento parental face à cardiopatia congénita. Análise Psicológica. Lisboa. Série XXVIII, nº 4 (2010), p. 619-630.

SOARES, H.M. – **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2008.

Dissertação de mestrado Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto. [Consult. 03 de Janeiro 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>>.

SOUSA, C.- **A ansiedade social no jovem adulto-sua relação com estilos parentais e com a vinculação na infância** [Em linha]. Lisboa: [s.n.], 2009. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Psicologia Social e das Organizações, do Instituto Universitário de Lisboa. [Consult. 20-1-2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/2108>>.

SUBTIL, C. L.; FONTE, A. ; RELVAS, A. P. - Impacto na família da doença grave/crónica: inventário de respostas à doença dos filhos. Psiquiatria Clínica. Coimbra. Vol. 16, nº 4 (1995), p. 241-250.

SZELBRACIKOWSKI, A. C. ; DESSEN, M. A. - Problemas de comportamento exteriorizado e as relações familiares: revisão de literatura. Psicologia em Estudo [Em linha]. 12:1 (Abril 2007), 33-40. [Consult. 18-1-2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scientificcircle.com/pt/54862/problemas-comportamento-exteriorizado-relacoes-familiares/>>.

TRASK, C. P. [et al.] - Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: Associations with coping, social support and family function. Journal of Pediatric Oncology Nursing. Vol. 20, nº1 (2003), p. 36-47.

UNICEF - **A transição dos cuidados na primeira infância: uma tabela classificativa dos serviços de educação e cuidados na primeira infância nos países economicamente desenvolvidos: Report Card nº 8**. Florença: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2008. ISBN 978-88-89129-82-1 [Consult. 18-1-2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc8_por.pdf>.

URRA, J.- **O pequeno ditador: da criança mimada ao adolescente agressivo**. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2007.

VAZ-SERRA, Adriano - **O stress na vida de todos os dias**. 2ª ed. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 2002. 779 p. ISBN 972-95003-2-0.

WALL, K. - **Famílias em Portugal: percursos, interacções, redes sociais.** Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2005.

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem da Criança e do Adolescente

Investigadora: **Cristina Maria Sousa Figueirinha Rocha**

Orientadora: **Professora Doutora Ernestina Silva**

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

**STRESS PARENTAL
EM PAIS DE CRIANÇAS INTERNADAS NO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO CENTRO
HOSPITALAR TONDELA VISEU- EPE**

QUESTIONÁRIO

Exmo.(a) Senhor(a):

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

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

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

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

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

Gratas pela sua colaboração,
Viseu, Julho de 2011

Atenciosamente,

ESCALA DE STRESS PARENTAL

Berry e Jones, 1995; Mixão, Leal e Maroco, 2007

As seguintes afirmações descrevem sentimentos e percepções acerca da experiência de ser pai/mãe. Pense em cada um dos itens em termos de como é tipicamente a sua relação com o seu filho(a). Por favor, indique até que ponto concorda dos seguintes itens, colocando o número no respectivo espaço, de acordo com a grelha seguinte:

Itens	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1. Estou contente no meu papel de pai (mãe)	1	2	3	4	5
2. Faço tudo o que for preciso pelo (s) meu (s) filho (s)	1	2	3	4	5
3. Cuidar do (s) meu (s) filho (s) por vezes exige mais tempo e energia do que aquele que tenho para dar	1	2	3	4	5
4. Às vezes penso se faço o suficiente pelo (s) meu (s) filho (s)	1	2	3	4	5
5. Sinto-me próximo do (s) meu (s) filho (s)	1	2	3	4	5
6. Gosto de passar tempo com o (s) meu (s) filho (s)	1	2	3	4	5
7. O (s) meu (s) filho (s) é uma importante fonte de afecto para mim	1	2	3	4	5
8. Ter um filho (s) dá-me uma perspectiva mais convicta e optimista do futuro	1	2	3	4	5
9. A maior fonte de <i>stress</i> na minha vida é o meu (s) filho (s)	1	2	3	4	5
10. Ter um filho (s) deixa-me pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida	1	2	3	4	5
11. Ter um filho (s) tem sido um peso financeiro	1	2	3	4	5
12. É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do (s) meu (s) filho (s)	1	2	3	4	5
13. O comportamento do (s) meu (s) é muitas vezes embaraçador ou <i>stressante</i> para mim	1	2	3	4	5
14. Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho (s)	1	2	3	4	5
15. Eu sinto-me oprimido (s) pela responsabilidade de ser pai (mãe)	1	2	3	4	5
16. Ter um filho (s) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida	1	2	3	4	5
17. Sinto-me satisfeito(a) como pai (mãe)	1	2	3	4	5
18. Acho o (s) meu (s) filho (s) adorável	1	2	3	4	5

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

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

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

2. Qual é a sua idade? Anos

3. Qual o parentesco com a criança? _____

4. Qual a distância da sua residência ao hospital? _____ km.

5. O seu agregado familiar é constituído por _____ pessoas

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

☐ 1 Até 500 Euros

☐ 2 De 500 a 750 euros

☐ 3 De 750 a 1000 euros

☐ 4 De 1000 a 1500 euros

☐ 5 De 1500 a 2000 euros

☐ 6 Superior a 2000 euros

7. Qual a sua situação familiar?

☐ 1 Casado/a com registo

☐ 2 Casado/a sem registo

☐ 3 Solteiro/a

☐ 4 Viúvo/a

☐ 5 Divorciado/a

☐ 6 Separado/a

8. Qual o apoio familiar de que dispõe? _____

9. Qual é a sua situação profissional?

☐ 1 Trabalhador/a por conta de outrem

☐ 2 Trabalhador/o familiar não remunerado

☐ 3 Patrão

☐ 4 Trabalhador/a por conta própria

☐ 5 Desempregado/a

- ☐ 6 Estudante
- ☐ 7 Doméstico/a
- ☐ 8 Reformado/a.....Profissão quando no activo
- ☐ 9 Inválido

10. Qual o seu nível de instrução?

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

DADOS RELATIVOS AO SEU/SUA FILHO/A

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

11. Qual é o sexo do seu/sua filho/a?

- ☐ 1 Feminino ☐ 2 Masculino

12. Qual a idade do seu/sua filho/a? _____

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

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

- ☐ 1 Internamento
- ☐ 2 Consulta externa
- ☐ 3 Urgências
- ☐ 4 Outra _____

15. Se já teve internamentos neste hospital:

a) Foram na mesma enfermaria?

- ☐ 1 Sim ☐ 2 Não

b) Quanto tempo durou o último internamento? _____

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

- ☐ 1 Sim
- ☐ 2 Não
- ☐ 3 Não tenho a certeza

17. Qual a doença do seu/sua filho/a? _____

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

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

- ☐ 1 Má
- ☐ 2 Regular
- ☐ 3 Boa
- ☐ 4 Muito Boa
- ☐ 5 Óptima

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

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

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

- ☐ 1 Nenhuma
- ☐ 2 Poucas
- ☐ 3 Muitas

**MUITO OBRIGADO PELO TEMPO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.
POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.**

ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ASSUNTO: RE: Pedido de autorização para aplicação de escala "stress parental"

DE: Isabel M. Leal <ileal@ispa.pt>

DATA: Sun, 24 Jul 2011 20:02:58 +0100 (24-07-2011 20:02:58 WET)

PARA: ernestinabatoca@sapo.pt

Cara Profª Ernestina Silva,

Tem a nossa autorização para a utilização da nossa escala de stress parental.

Bom trabalho.

Isabel Leal

Isabel Maria Pereira Leal (Phd)

Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES) I&D

ISPA – Instituto Universitário

Rua Jardim do Tabaco, 34

1149-041 Lisboa - Portugal

<www.ispa.pt>

E-mail: <mailto:ileal@ispa.pt>

E-mail: <mailto:uipes@ispa.pt>

Tel: +351 21 881 17 08

Fax: +351 21 886 09 54

<www.isabel-leal.com>

De: ernestinabatoca@sapo.pt [mailto:ernestinabatoca@sapo.pt]

Enviada: dom 24-07-2011 17:41

Para: ileal@clix.pt

Cc: Isabel M. Leal

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de escala "stress parental"

Boa tarde Prof. Doutora Isabel Leal:

Sou Profª na Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico e estou a coordenar um Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e neste momento estou a orientar duas enfermeiras que gostavam de fazer dois estudos junto dos pais acompanhantes das crianças que recorrem ao Hospital de Viseu. Uma delas estudará o "Poder Parental" ou Capacitação da Família uma escala do Prof. Doutor Pedro Ferreira da FE da UC em que já temos autorização, a outra estudante utilizará a escala de "Stress Parental" publicada no livro AVALIAÇÃO EM SEXUALIDADE E PARENTALIDADE, cujos Autores - Leal, Isabel e Maroco, João, de Janeiro de 2010 e Edição Livpsic.

Venho pois pedir autorização para utilizar a escala da sua autoria comprometendo-me como orientadora a fornecer os resultados, caso seja do seu interesse.

Peço desculpa pelo incómodo mas estarei ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

mail.sapo.pt/dlmp/?no_newmail_popup=1

ANEXO III – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS AO CENTRO
HOSPITALAR TONDELA VISEU- EPE



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



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

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

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº: 801	Data: 28/07/2011
Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO

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

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

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

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

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

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

O Vice-Presidente da ESSV

Professor Doutor Daniel Silva

ES/NC

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

09/08 11 TER 16:29 FAX 232 420595

S. ADMINISTRAÇÃO

001

Exma. Directora e Excmo. Chefe de Pediatria
para informação -



3/08/11
[Signature]

Ministério da Educação e Ciência
 Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Vede cópia
Li o
Directora do
Serviço de
Ped.
 9/8/11

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

Neste a 07/08/11
do estudo.

DEfecto:
[Signature]
 10/08/11

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

Autorizado
 9/08/11
[Signature]

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	Data: 28/07/2011
Processo:	70

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO

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

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

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

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

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

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

1632
 03.08.2011
 09/08/2011
 09/08/2011
 ES/NC

O Vice-Presidente da ESSV

Professor Doutor Daniel Silva

do Prof. Verónica
para investigação
 10/08/2011
[Signature]

Site: <http://www.essv.ipv.pt> E-mail: geral@essv.ipv.pt E-mail: secretaria@essv.ipv.pt