



**Escola Superior de Saúde**  
Instituto Politécnico da Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

## **As Necessidades dos Pais da Criança Hospitalizada**

Sílvia Maria Gaiola dos Santos

Guarda

2012



**Escola Superior de Saúde**  
Instituto Politécnico da Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

## **As Necessidades dos Pais da Criança Hospitalizada**

Sílvia Maria Gaiola dos Santos

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Lopes

Coorientadora: Dr.<sup>a</sup> Cidália Oliveira

Guarda

2012

## **SIGLAS**

% – Percentagem

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

EPE – Entidade Publico Empresarial

F – Frequência

HAL – Hospital Amato Lusitano

HSM – Hospital Sousa Martins

INE – Instituto Nacional de Estatística

NPQ – Needs of Parents Questionaire

NC – Necessidade de Confiar

NSCS – Necessidade de Sentir que Confiam em Si

NI – Necessidade de Informação

NSO – Necessidade de Suporte e Orientação

NRFH – Necessidade de Recursos Físicos e Humanos

NCO – Necessidades relativas à Criança e Outros membros da família

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

Q – Questionário

SO – Serviço de Observação

ULS – Unidade Local de Saúde

## **AGRADECIMENTO**

Este trabalho não ficava completo sem agradecer a todos os que me ajudaram a concretiza-lo, não nomeando pois posso esquecer-me de alguém..

Quero agradecer à Professora Doutora Fernanda Lopes e Doutora Cidália Oliveira pela ajuda prestada, pelo apoio, pela partilha de saber, pela paciência e disponibilidade com que sempre me receberam.

Quero agradecer ao Doutor Henrique pela disponibilidade e partilha de saber.

Quero agradecer à Ana e à Rosa pelo apoio dado nas horas boas e nas horas más do desenrolar deste trabalho.

Finalmente, quero agradecer do fundo do meu coração à minha família:

- aos meus pais e sogros pela paciência, incentivo e disponibilidade,
- ao meu marido pelo encorajamento transmitido,
- principalmente à minha filhota, pela falta de disponibilidade da mãe...

Bem haja a todos!

Quem quer fazer alguma coisa, encontra um meio.  
Quem não quer fazer nada, encontra uma desculpa.

*Roberto Shinyashiki*

## **INDICE DE GRÁFICOS**

	Folha
Gráfico 1 – Importância atribuída pelos pais às diferentes necessidades.....	79
Gráfico 2 – Satisfação atribuída pelos pais às diferentes necessidades.....	89
Gráfico 3 – Independência face ao hospital atribuída pelos pais às diferentes necessidades.....	95

## **INDICE DE QUADROS**

	Folha
Quadro 1 – Categorias de necessidades e número das frases correspondentes no questionário.....	50

## INDICE DE TABELAS

	Folha
Tabela 1 – Características dos pais das crianças hospitalizadas.....	63
Tabela 2 – Características das crianças hospitalizadas.....	64
Tabela 3 – Características da hospitalização.....	65
Tabela 4 – Contributo do acolhimento na satisfação das necessidades dos pais e da criança hospitalizada.....	67
Tabela 5 – Envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança hospitalizada.....	68
Tabela 6 – Como melhorar o envolvimento dos pais nos cuidados à criança hospitalizada.....	69
Tabela 7 – Como melhorar a assistência à criança.....	70
Tabela 8 – Importância atribuída à Necessidade de Confiar.....	72
Tabela 9 – Importância atribuída à Necessidade de Sentir que Confiam em Si.....	72
Tabela 10 – Importância atribuída à Necessidade de Informação.....	74
Tabela 11 – Importância atribuída à Necessidade de Suporte e Orientação.....	75
Tabela 12 – Importância atribuída à Necessidade de Recursos Físicos e Humanos	76
Tabela 13 – Importância atribuída às Necessidades relativas à Criança doente e Outros membros da família.....	77
Tabela 14 – Importância atribuída pelos pais às diferentes necessidades.....	79
Tabela 15 – Satisfação atribuída à Necessidade de Confiar.....	80
Tabela 16 – Satisfação atribuída à Necessidade de Sentir que Confiam em Si.....	80
Tabela 17 – Satisfação atribuída à Necessidade de Informação.....	81
Tabela 18 – Satisfação atribuída à Necessidade de Suporte e Orientação.....	83
Tabela 19 – Satisfação atribuída à Necessidade de Recursos Físicos e Humanos...	85
Tabela 20 – Satisfação atribuída à Necessidade relativa à Criança e Outros membros da família.....	87
Tabela 21 – Satisfação atribuídas pelos pais às diferentes necessidades.....	88
Tabela 22 – Independência atribuída à Necessidade de Confiar.....	89
Tabela 23 – Independência atribuída à Necessidade de Sentir que Confiam em Si	90
Tabela 24 – Independência atribuída à Necessidade de Informação.....	91
Tabela 25 – Independência atribuída à Necessidade de Suporte e Orientação.....	92

Tabela 26 – Independência atribuída à Necessidade de Recursos Físicos e Humanos.....	93
Tabela 27 – Independência atribuída às Necessidades relativas á Criança e Outros membros da família.....	94
Tabela 28 – Independência face ao hospital atribuída pelos pais às diferentes necessidades.....	94
Tabela 29 – Consistência interna da Escala NPQ e suas subescalas.....	95
Tabela 30 – Correlação entre as subescalas Importância, Satisfação e Independência.....	96
Tabela 31 – Correlação de Pearson entre a subescala da Satisfação e a subescala da Importância nas seis categorias de necessidades.....	97
Tabela 32 – Correlação de Pearson entre a subescala da importância e a subescala da independência nas seis categorias de necessidades...	98
Tabela 33 – Significância da relação entre o género dos pais e a NSO e a subescala da Importância.....	99
Tabela 34 – Significância da relação entre a idade dos pais e a NSO e a subescala da Importância.....	100
Tabela 35 – Significância da relação entre a experiência anterior de internamento e a Importância NCO.....	100
Tabela 36 – Significância da relação entre a idade dos pais e a Satisfação da NCO.....	100
Tabela 37 – Significância da relação entre o género dos pais, a NRFH e a subescala da Independência.....	101
Tabela 38 – Significância da relação entre as profissões com a Independência das necessidades NSCS e NSO.....	102
Tabela 39 – Significância da relação entre a idade da criança e a Importância da NRFH.....	103
Tabela 40 – Significância da relação entre a doença atual da criança e a Importância.....	104
Tabela 41 – Significância da relação entre a doença da criança e a Independência da necessidade de informação.....	105
Tabela 42 – Significância da relação entre a gravidade da doença e a Satisfação da NC.....	106
Tabela 43 – Significância da relação entre a gravidade da doença da criança e a categoria da NCO.....	106

Tabela 44 – Significância da relação entre o tipo de admissão e a Satisfação das necessidades.....	107
Tabela 45 – Significância da relação entre o tipo de admissão e a independência das necessidades.....	108
Tabela 46 – Significância da relação entre o Acolhimento e a Satisfação das necessidades...	108
Tabela 47 – Significância da relação entre o acolhimento e a independência na NSCS e NCO.....	108
Tabela 48 – Significância da relação entre o responsável pelo acolhimento e a Importância da NC.....	109

## RESUMO

O presente estudo aborda as necessidades dos pais na hospitalização da criança tendo em conta as características dos pais, das crianças e da própria hospitalização, e tem como finalidade perceber qual a relação de importância, satisfação e independência dos pais face às diferentes necessidades (de confiar, de sentir que confiam em si, de informação, de suporte e orientação, de recursos físicos e humanos e relacionados com a criança e outros membros da família). O estudo teve uma amostra de 94 pais de crianças hospitalizadas, distribuídos por 3 hospitais.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, no qual se utilizou como instrumento de colheita de dados o questionário das necessidades dos pais (NPQ-Needs of Parents Questionnaire). Procedeu-se ao tratamento dos dados através do SPSS, onde também foi confirmada a fiabilidade do questionário. Este engloba 51 frases e 3 subescalas e a sua fiabilidade é assegurada pelos valores de  $\alpha$  de Cronbach, de 0,933 para a subescala da importância, de 0,946 para a subescala da satisfação e de 0,964 para a subescala da independência.

Os resultados obtidos mostram que os pais das crianças hospitalizadas atribuíram maior importância à necessidade de confiar e à necessidade de informação, apresentam mais satisfação face à necessidade de confiar e a necessidade de sentir que confiam em si, os pais das crianças hospitalizadas esperam ajuda do hospital para a satisfação de todas as suas necessidades durante a hospitalização da criança. Os resultados mostram também que algumas das características dos pais (género, a idade, a experiência anterior de internamento e a profissão) das características das crianças (a idade, a doença atual e a gravidade da doença) e das características da hospitalização (o tipo de admissão, o acolhimento e o responsável pelo mesmo) apresentam relação estatisticamente significativa para com a Importância, a Satisfação e a Independência percebidas pelos pais nos vários tipos de necessidades.

Palavras chave: necessidades, pais, criança hospitalizada.

## **ABSTRACT**

The present study addresses the needs of parents in the child's hospitalization taking into account the characteristics of parents, children and the hospital itself, and aims to understand what the relationship of importance, satisfaction and independence from their parents due to the different needs (relying, to feel that you trust, information, support and guidance, physical and human resources and related to the child and other family members). The study had a sample of 94 parents of hospitalized children, spread across three hospitals.

This is a descriptive study, which was used as a tool for collecting data from the questionnaire needs of parents (NPQ-Needs of Parents Questionnaire). Proceeded to process the data with SPSS, which was also confirmed the reliability of the survey. This includes 51 phrases and 3 subscales and their reliability is ensured by the values of Cronbach's  $\alpha$  of 0.933 for subscale of the importance of 0.946 for the satisfaction subscale and 0.964 for subscale independence.

The results show that parents of hospitalized children gave more importance to the need for trust and the need for information, have more satisfaction with the need for trust and need to feel that trust you, the parents of hospitalized children expect the hospital to help to meet all their needs during hospitalization of the child. The results also show that some of the parental characteristics (gender, age, previous experience of hospitalization and the profession) of child characteristics (age, current illness and disease severity) and hospital characteristics (type of admission the host and responsible for it) to show a statistically significant relationship with the Importance, Satisfaction and perceived independence by parents in different types of needs.

Keywords: needs, parents, children in hospital.

## INDICE

	Folha
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	13
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	15
<b>1 – A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA.....</b>	16
1.1 – O ACOLHIMENTO DA CRIANÇA NA HOSPITALIZAÇÃO.....	24
1.2 – ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	28
<b>2 – OS PAIS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA.....</b>	33
2.1 – O ENVOLVIMENTO DOS PAIS NA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA.....	36
2.2 – AS NECESSIDADES DOS PAIS NA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA.	39
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	45
<b>1 – METODOLOGIA.....</b>	46
1.1 – VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	48
1.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	55
1.3 – AMOSTRA.....	57
1.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	58
1.5 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	59
<b>2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	61
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	61
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS.....	63
2.3 – CARACTERIZAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO.....	64
2.4 – AS NECESSIDADES DOS PAIS .....	71
2.5 – RELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS DA ESCALA NPQ.....	95
2.6 – RELAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES DOS PAIS E AS SUAS CARACTERÍSTICAS .....	98
2.7 – RELAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES DOS PAIS E AS CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA .....	103
2.8 – RELAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES DOS PAIS E AS CARACTERÍSTICAS DA HOSPITALIZAÇÃO.....	107
<b>CONCLUSÕES.....</b>	111
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	116

<b>ANEXOS.....</b>	<b>125</b>
ANEXO I – Versão adaptada NPQ.....	126
ANEXO II – Autorização concedida para usar o NPQ.....	133
ANEXO III – Questionário entregue aos pais das crianças hospitalizadas em conjunto com a Escala NPQ.....	135
ANEXO IV – Autorizações do HAL, CHCB, e HSM para aplicação do estudo...	139
ANEXO V – Consentimento livre e esclarecido.....	140
ANEXO VI – Contributo do acolhimento na satisfação das necessidades dos pais e da criança hospitalizada.....	142
ANEXO VII – Envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança.....	146
ANEXO VIII – Como melhorar o envolvimento dos pais nos cuidados à criança hospitalizada.....	152
ANEXO IX – Como melhorar a assistência à criança.....	156
ANEXO X – Consistência Interna Global da escala de NPQ.....	160

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história, as crianças são vistas como o maior bem de uma família, são os elementos fulcrais da família (Cunha, 2004), de tal forma que, se surge um desequilíbrio nesta, toda a família sofre as consequências.

Quando a criança adocece subitamente, os pais recorrem ao serviço de urgência e, por vezes, deparam-se com a hospitalização, sendo esta mais uma experiência stressante, não só para a criança como para a família.

Os pais de uma criança hospitalizada sofrem não só devido à separação mas, por vezes, também devido ao sentimento de culpa e de incompetência face à equipa de enfermagem. É importante e incentivada a presença dos pais durante a hospitalização, bem como o seu envolvimento na prestação de cuidados à criança hospitalizada, para no momento da alta, se sentirem aptos a presta-los no seu domicílio, e poderem proporcionar à sua criança o desenvolvimento adequado.

As respostas que os pais apresentam quando da admissão da criança podem ser mudadas ou minimizadas pelo estabelecimento de uma relação terapêutica entre eles, a criança e a equipa de saúde a partir desse momento. Nesse contexto, a equipa de saúde deve adotar posturas e conhecer os comportamentos que podem surgir na criança, bem como na família, sendo, desta forma, o acolhimento um passo importante na hospitalização, proporcionando à família e à criança conforto e confiança (Fernandes, 1988).

São inegáveis as vantagens da permanência dos pais durante a hospitalização da criança, quer para esta quer para os pais. As mudanças verificadas ao longo desse tempo implicam adaptações dos pais a uma nova realidade que, só será ajustada, se o hospital oferecer condições físicas e humanas adequadas. Uma dessas condições passa por um acolhimento capaz de dar resposta às suas necessidades, perspetivando uma continuidade do papel parental (Reis, 2007).

O modo como a família se adapta à situação de ter uma criança doente e hospitalizada, depende dos seus recursos intrínsecos, bem como de suportes familiares e sociais disponíveis. A atenção a dar pela equipa de saúde, passa por conhecer os medos, dificuldades, sentimentos e necessidades da família respeitando o seu conhecimento sobre a criança e o seu direito a participar na tomada de decisões e no processo de prestação de cuidados (Reis, 2007).

Neste sentido, efetuou-se um estudo sobre as necessidades dos pais da criança hospitalizada, que tem como finalidade perceber a importância que os pais atribuem a diversas vertentes da hospitalização e que se traduzem na satisfação manifestada pelos pais,

face à hospitalização da criança. Pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem pediátricos, tendo como parceiros permanentes na prestação de cuidados os pais, num processo de promoção de competências parentais.

Este estudo é de carácter descritivo e exploratório centra-se numa realidade que, embora conhecida, não tem sido valorizada, para que, na prática, futuramente se verifiquem melhorias e/ou mudanças no reconhecimento das necessidades dos pais como uma mais valia para poderem participar ativamente nos cuidados ao seu filho quando hospitalizado.

Assim, são objetivos deste estudo:

- Identificar as necessidades dos pais durante a hospitalização da criança.
- Analisar a importância, a satisfação e a independência dos pais face às necessidades identificadas.
- Identificar as relações existentes entre as características dos pais e as necessidades identificadas pelos mesmos durante a hospitalização da criança.
- Identificar as relações existentes entre as características das crianças hospitalizadas e as necessidades identificadas pelos pais durante a hospitalização da criança.
- Identificar as relações existentes entre as características da hospitalização e as necessidades identificadas pelos pais durante a hospitalização da criança.

Estruturalmente, o trabalho é constituído por duas partes. Na primeira parte, referente ao enquadramento teórico, realiza-se uma abordagem ao conhecimento disponível sobre a hospitalização da criança e os pais da criança hospitalizada.

Na segunda parte, a abordagem é referente ao estudo empírico onde está descrita a metodologia, as variáveis, o instrumento de recolha de dados, a amostra, as considerações éticas, o tratamento estatístico dos dados e a análise e discussão dos resultados.

Por último, as conclusões, onde se encontram as reflexões finais sobre o trabalho desenvolvido, tendo em conta os objetivos propostos para a concretização do mesmo, e as suas respetivas implicações.

**PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO**

**1 – A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA**

**2 – OS PAIS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA**

## 1 – A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

A Convenção sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990, no 1º artigo, define criança como todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo (UNICEF, 2004).

As crianças têm sido alvo de muita investigação, o seu desenvolvimento “diz respeito ao estudo científico dos modos como as crianças mudam, assim como dos modos como permanecem na mesma, desde a concepção até a adolescência” (Papalia, Olds e Feldman 2001: 8).

Cada criança é semelhante às outras crianças em alguns aspetos, mas única em outros. As crianças diferem ao nível da altura, peso e constituição física, em fatores constitucionais como a saúde e nível energético, a inteligência, em características de personalidade e reações emocionais. Os seus contextos de vida também diferem: as casas, as comunidades e as sociedades nas quais estão inseridas, as relações que estabelecem, os tipos de escolas que frequentam (ou mesmo se frequentam a escola) e como ocupam os seus tempos de lazer. O desenvolvimento da criança está sujeito a inúmeras influências (Papalia, Olds e Feldman, 2001: 9). Uma delas poderá ser a hospitalização e a forma como esta decorre.

Na assistência a crianças num hospital, é fundamental o conhecimento sobre desenvolvimento das mesmas. Nesse âmbito, torna-se necessário que o profissional esteja atento para as questões relacionadas com a saúde da criança de forma integral. No ambiente hospitalar é fundamental que a equipe de saúde estabeleça uma troca de conhecimentos com as famílias das crianças para discutir problemas relacionados ao seu desenvolvimento. Além disso, é importante destacar a postura do profissional que cuida, na forma como interage com a criança e sua família. Uma atitude acolhedora e afetiva demonstrada através do olhar, do tom de voz, ou do toque pode estabelecer vínculo terapêutico mais eficaz (Calvetti, Silva e Gauer, 2008).

Não esquecendo que o hospital é uma instituição com estrutura própria e com regras definidas, onde se atendem e tratam doentes, internados ou não, mas que “nem sempre leva em conta as necessidades biopsicossociais do sujeito que ali se encontra” (Valverde, 2010: 5), a hospitalização pode tornar-se um “mal necessário quando se apresenta como o único recurso para a recuperação da saúde” (Valverde, 2010: 5). O sujeito, ao ser hospitalizado, passa a fazer parte das regras e rotinas da instituição, cuidado pela totalidade dos profissionais do setor, sendo de extrema importância o esclarecimento das etapas vividas nesse contexto.

Em relação à criança, quando a hospitalização é inevitável, esta deve ocorrer em unidades pediátricas e durante o mínimo possível de tempo (Opperman e Cassandra, 2001; Jorge, 2004; Reis, 2007).

A Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente no seu relatório referente a 2004-2008, afirma que os serviços de Pediatria devem cumprir critérios mínimos, nomeadamente o atendimento até aos 18 anos de idade (17 anos e 364 dias), a criança deve ser internada num serviço de pediatria, seja a patologia médica ou cirúrgica, e ter condições para a permanência de um acompanhante durante as 24 horas (Alto Comissariado da Saúde, 2009: 36).

Na Carta da Criança Hospitalizada são expressos e universalmente aceites alguns princípios como o internamento como ultimo recurso, o tratamento mínimo eficaz, o acompanhamento pelos pais e a adequação da informação e dos serviços aos diferentes grupos etários pediátricos. O incentivo à família na participação, decisão e colaboração dos cuidados, a humanização e formação dos técnicos de saúde, assim como o respeito pelos direitos relativos à religião e a barreira linguística e diferença cultural, devem também ser considerados imperativos essenciais, na organização dos serviços de pediatria (Alto Comissariado da Saúde, 2009).

Todas as crianças têm uma ideia do que é o hospital, ideia essa que varia conforme as suas vivências anteriores. A relação que se pode estabelecer entre a criança e o hospital envolve o medo, o desconforto físico e a dor, além da separação e ansiedade (Barros, 2003, Jorge, 2004, Tavares, 2008).

A criança é um ser frágil que quando hospitalizada ainda se torna mais frágil, já que para ela esta situação é nova, desconhecida e, por vezes, assustadora.

A doença e conseqüente hospitalização da criança é considerada, uma das primeiras crises com que a família se depara, difícil de ser vivenciada devido, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que apresenta (Santos, 2001; Tavares, 2008). A experiência da hospitalização não tem que ser desfavorável e causar alterações no desenvolvimento da criança, pelo contrário, ela pode ser compreendida como uma fonte de crescimento e maturação, tornando o hospital um local menos assustador e mais adaptado às necessidades infantis.

As crianças, durante o seu crescimento, vão lidando com algumas situações causadoras de stresse que habitualmente ultrapassam, como a mudança de casa, de escola, o nascimento de um irmão, entre outras, sendo a hospitalização mais uma delas (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

A hospitalização é uma situação em que a criança é submetida a um internamento num hospital para procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos, sendo necessário proceder-se a uma orientação das crianças e famílias para as ajudar a enfrentar as experiências que lhe irão acontecer durante a hospitalização (Tavares, 2008).

No momento em que a criança é hospitalizada, começa a conviver num ambiente estranho com pessoas e métodos que, além de diferentes, poderão ser assustadores e que normalmente ficam associados à dor física e ao desconforto. É neste momento que se deve conhecer o desenvolvimento da criança, para que as explicações a dar sejam compatíveis com a capacidade de compreensão e etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra.

O crescimento e o desenvolvimento são referidos como fatores que induzem à mudança durante a vida de um indivíduo, sendo o seu desenvolvimento atingido através do crescimento, maturação e aprendizagem (Hockenberry e Wilson, 2011).

A hospitalização para a criança significa a separação dos pais e irmãos, a rotura nas suas atividades diárias, doença e tratamentos dolorosos, ou seja, sofrimento e dor. Os principais fatores geradores de stress durante esta são a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor, que se manifestam de diferentes formas, de acordo com a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra (Hockenberry e Wilson, 2011).

### Lactente

O período de lactente é o do desenvolvimento motor, cognitivo e social, de forma rápida. Através da mutualidade com a pessoa que fornece os cuidados (pai / mãe), o lactente estabelece uma confiança básica no mundo.

O primeiro mês de vida é crítico, e é frequentemente diferenciado do restante, devido aos ajustes físicos à existência extra-uterina e do ajuste psicológico dos pais (Hockenberry e Wilson, 2011).

Esta fase pode-se dividir em dois períodos diferentes: até aos três meses de vida e a partir dos quatro meses até aos doze meses, sendo a primeira fase antes da ligação ao responsável significativo pelos seus cuidados e a segunda fase após essa ligação (Hockenberry e Wilson, 2011).

Quando ocorre o internamento, a criança na primeira fase, reage principalmente à alteração das suas atividades habituais, e também apresenta uma reação generalizada à dor; na segunda fase reage à dor oferecendo resistência e falta de cooperação podendo recusar-se a ficar quieta, a distração não ajuda muito e a preparação anterior tende a aumentar-lhe o medo e a resistência.

A resposta às fontes de stresse, à dor, à doença ou hospitalização, nesta fase, decorrem principalmente da separação mãe/filho, se esta for evitada os lactentes demonstram uma enorme capacidade para suportar qualquer tipo de stresse. Antes do reconhecimento e ligação aos pais, as principais reações dos lactentes à doença ou hospitalização são: reação à dor, à imobilização e mudança nas atividades habituais de cuidado (Hockenberry e Wilson, 2011).

### 1ª Infância

A primeira infância estende-se desde que a criança atinge a locomoção ereta até a entrada na escola, é uma fase caracterizada pela descoberta e atividade intensa, é o momento de um acentuado desenvolvimento físico e da personalidade, e na qual o desenvolvimento motor avança de forma contínua. As crianças nesta idade adquirem uma linguagem mais ampla bem como relacionamentos sociais, ganham autocontrolo e domínio, e desenvolvem consciência da dependência e independência iniciando o desenvolvimento do autoconceito (Hockenberry e Wilson, 2011).

A primeira infância engloba a fase infante ou *Toddler* (1-3 anos) e a pré-escolar (3-6 anos).

Quando surge a hospitalização, na fase *Toddler* a principal fonte de stresse é a separação, já que é nesta fase que a criança apresenta maior dependência dos pais, bem como as respostas que apresentam são influenciadas pela luta por autonomia.

Tendo em conta esta fonte de stresse, a separação, há três etapas distintas pelas quais a criança passa: a do protesto, a do desespero e a da negação.

A etapa do protesto é aquela na qual a criança chora, grita e recusa a atenção de qualquer outra pessoa sem ser os seus pais, algumas podem protestar de forma contínua e só sossegam devido à exaustão física.

A etapa do desespero, caracteriza-se por a criança se encontrar menos ativa, triste, solitária, isolada e apática, perde o interesse pelos seus brinquedos e retrai-se de outras pessoas. Nesta fase, a principal característica é a depressão associada à angústia e à tristeza crescente.

Na etapa da negação, a criança aparentemente adaptou-se à perda, parecendo tornar-se mais interessada no ambiente que a rodeia, nos seus brinquedos e nos novos relacionamentos. Este comportamento é o resultado da resignação, e não um sinal de contentamento (Hockenberry e Wilson, 2011).

A perda de controlo, resulta das alterações e rituais a que a criança está habituada podendo regredir, como por exemplo, recusando-se a comer ou até mesmo solicitar alguém para a alimentar. Sendo a luta pela autonomia uma das características das crianças desta

idade, elas podem reagir negativamente apresentando crises de birra quando as suas vontades, brincadeiras e atividades da vida diária não são satisfeitas.

As respostas à dor são idênticas às que se observam na fase de lactente, reagindo com intensa perturbação emocional, resistência e, até mesmo, agressão física.

Embora na fase pré-escolar (3-6anos), as crianças apresentem maior autossuficiência nas suas atividades diárias e começam já a assumir responsabilidades sob os fatores geradores de stresse da hospitalização, exibem ainda muitas das necessidades da criança na fase infante.

Em relação à separação, as crianças em idade pré-escolar são mais seguras nos relacionamentos interpessoais mas, com a doença, os comportamentos de protesto são mais passivos, os restantes são idênticos às crianças da fase infante. Elas podem demonstrar ansiedade da separação através da recusa alimentar, tendo dificuldade em adormecer ou chorarem baixinho e chamarem pelos pais, ou então expressam-se indiretamente, partindo os seus brinquedos ou batendo nas outras crianças. Podem também recusar-se a cooperar nas suas atividades habituais. Nesta fase, a perda de controlo resulta também das alterações das suas atividades diárias, verificando-se a regressão e o negativismo, pois a restrição física, as rotinas alteradas e a dependência imposta também levam à perda de controlo no pré-escolar (Hockenberry e Wilson, 2011).

Nestas idades as crianças têm liberdade de se movimentar, o que leva a que qualquer tentativa de imobilização lhes possa provocar reações de resistência além da falta de cooperação. São mais vulneráveis, portanto mais sensíveis à lesão corporal e à dor, pelo que os procedimentos dolorosos constituem uma ameaça. As reações dos pré-escolares aos fatores geradores de stresse, de dor e medo são: a agressão, na qual tentam lutar e fugir em vez de resistirem fisicamente; a expressão verbal, onde podem agredir verbalmente ou persuadir a pessoa a não realizar a atividade a que vai estar sujeita. Algumas destas não são apenas tentativas de evitar o acontecimento, mas evidenciar as perceções da criança em relação à experiência e à dependência demonstrando comportamentos de apelo e apoio por parte de seus pais.

## 2ª Infância

A segunda infância ou fase escolar é a que abrange as crianças de idade compreendida entre os 6 e os 12 anos.

Este período de desenvolvimento é aquele em que a criança está dirigida para fora do grupo familiar, centralizando-se num mundo mais amplo nos relacionamentos com colegas. Existe um avanço contínuo nos desenvolvimentos físico, mental e social, com ênfase sobre o desenvolvimento das competências das habilidades. A cooperação social e o desenvolvimento

moral inicial adquirem maior importância e relevância para as fases posteriores da vida, este é um período crítico no desenvolvimento de um autoconceito (Hockenberry e Wilson, 2011).

É nesta fase que as crianças apresentam uma maior capacidade para enfrentar a separação, quando surge a hospitalização, embora também possa surgir uma reação de regressão. Aqui, a necessidade de segurança, orientação e apoio dos pais é relevante, pois podem necessitar e desejar os seus pais mas são incapazes ou estão relutantes a solicitá-los, já que é uma fase de expectativas, de “agir como adultos”, de serem grandes, pois, a meta de conseguir a independência é tão importante para eles, que não procuram ajuda diretamente, por medo de parecerem fracos, infantis ou dependentes (Hockenberry e Wilson, 2011: 679).

Na perda de controlo, estas crianças são demasiado vulneráveis a acontecimentos que lhes diminuam o seu sentimento de controlo, de poder, já que elas lutam por independência e produtividade. Nesta fase, um dos grandes problemas da criança quando hospitalizada é o tédio, tornando-se um desafio mantê-la por exemplo, em repouso.

Além do próprio ambiente hospitalar, a própria doença irá provocar um sentimento de perda de controlo, na medida em que quando as suas atividades normais são interrompidas ou prejudicadas reagem com depressão, hostilidade ou frustração.

A preocupação com a dor real pode ser menor do que com a incapacidade, recuperação incerta e até mesmo a possibilidade de morte, isto porque as crianças interessam-se pela sua saúde e doença. A lesão corporal é algo que os preocupa bastante na medida em que eles têm a noção da indispensabilidade de certas partes do corpo e dos possíveis perigos do tratamento, das consequências a longo prazo, da lesão permanente ou até mesmo da perda de função (Hockenberry e Wilson, 2011).

### Adolescência

A fase da adolescência (13-18 anos) é considerada, por Hockenberry e Wilson (2011), o tumultuoso período de maturação e alterações rápidas, que têm início na puberdade e se alonga até à entrada no mundo adulto. As maturações biológicas e da personalidade são acompanhadas por desordem física e emocional, havendo também uma redefinição do autoconceito. No final deste período, o jovem começa a interiorizar todos os valores aprendidos e concentra-se numa identidade individual em vez da do grupo.

Esta fase é aquela em que os mecanismos para confrontar o stress já estão mais desenvolvidos, bem como a capacidade de pensar tanto abstrata como concreta, os poderes da comunicação para darem a conhecer as suas necessidades, a estabilidade física para suportar a lesão corporal e a existência de experiências anteriores que lhes servem como guia no presente e no futuro.

Apesar das suas forças, são um grupo vulnerável ao stress causado pela doença e pela hospitalização, constituindo como principais ameaças a perda de controlo, principalmente a nível da identidade, o medo de uma imagem corporal alterada e a separação, principalmente do seu grupo de amigos.

A separação relativamente aos pais pode até ser um acontecimento apreciado e bem-vindo, já que é nesta fase que procuram independência, ao contrário da separação do grupo de amigos, o que pode tornar-se numa ameaça emocional devido à perda do seu estatuto no grupo (embora possam conhecer outros adolescentes hospitalizados).

A luta dos adolescentes por independência, autoafirmação e libertação centra-se na busca de identidade pessoal (Hockenberry e Wilson, 2011), a hospitalização vai impor aos adolescentes um novo grupo de pessoas autoritárias às quais podem reagir com falta de cooperação ou reserva, podem também responder com autoafirmação, raiva ou frustração, sendo assim visível a perda de autocontrolo, já que sentem uma ameaça sobre a sua identidade.

A lesão corporal é algo que se associa às rápidas mudanças da imagem corporal que ocorrem em adolescentes durante o desenvolvimento púbere, torna-os com frequência inseguros em relação aos seus corpos, além de que é na adolescência que a imagem corporal atinge o apogeu e qualquer diferença que possa surgir em relação aos seus pares é considerada como uma tragédia (Hockenberry e Wilson, 2011).

A doença, intervenções cirúrgicas ou médicas e a hospitalização vão aumentar a sua preocupação com a normalidade.

Nesta altura há uma preocupação acrescida com a sua privacidade, devido às mudanças sexuais que lhes ocorrem e, o desrespeito por esta, pode causar um maior stress do que o da dor física.

Face à dor eles reagem com autocontrolo, deve-se sim avaliar o ambiente afetivo do adolescente, na medida em que podem surgir queixas psicossomáticas indicativas de problemas familiares ou escolares ou mesmo entre os grupos de amigos.

Quando surge a hospitalização é necessário criar condições para responder à necessidade de segurança afetiva da criança hospitalizada e permitir-lhe ter uma vida de criança. Para isso é condição indispensável a presença dos pais ou outro familiar próximo e da sua preferência, durante esse período, para atenuar o trauma que a mesma lhe possa causar.

Os pais são quem pode atenuar o traumatismo da separação, dando afetividade e segurança à criança, mas também são eles que irão ser os condutores entre a equipa de enfermagem e a criança, ou seja, a equipa relaciona-se diretamente com a criança, mas relaciona-se com ela em grande parte por intermédio dos pais.

Durante a hospitalização, além da etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra, é necessário ter em conta outros fatores, como por exemplo, se a mesma implica a separação total ou parcial dos seus familiares significativos, bem como a qualidade do relacionamento com estes antes de ser hospitalizada, a condição física no momento da hospitalização, a capacidade de resiliência da criança e família, o tipo de cuidados que se impõem de imediato e a duração da hospitalização, as experiências anteriores relativamente a doenças e ou hospitalizações e também o tipo e a qualidade de apego que recebe, não só da família como também da equipa de saúde e, finalmente, se a própria hospitalização é programada ou urgente (Barros, 2003; Jorge, 2004; Tavares, 2008; Hockenberry e Wilson, 2011).

A hospitalização programada pode ser preparada, existem vários métodos de preparação como sessões de filmes, visitas ao hospital, distribuição de livros coloridos e de histórias, distribuição de panfletos informativos e ilustrados. Anotar que em qualquer dos métodos se deve ter em conta a idade da criança, o seu desenvolvimento e maturação, motivo de hospitalização, experiência hospitalar prévia e a capacidade de cooperação dos pais. Esta cooperação é essencial, na medida em que os pais são excelentes parceiros da equipa de enfermagem, no que concerne à diminuição da ansiedade da criança, mas também porque se encontram igualmente ansiosos, e o facto de se acalmarem transparece para a criança. Assim, é necessário facultar as mesmas medidas aos pais bem como um guia de acolhimento do serviço, não esquecendo a importância de questioná-los sobre as suas dúvidas, mostrando sempre disponibilidade para as esclarecer (Tavares, 2008).

Contrariamente, uma admissão urgente decorre de uma situação patológica aguda da criança, situação que por si só gera demasiada ansiedade, quer para a criança, quer para a família que a acompanha. Num serviço de pediatria estas são o tipo de hospitalizações mais frequentes, sendo na maioria das vezes antecedidas de um período de espera e ansiedade no serviço de urgência (Barros, 2003).

Para Bowlby (2006), a criança hospitalizada passa por três fases: a primeira é a de revolta com o internamento e os procedimentos invasivos e dolorosos; depois, entra num estado de apatia e, por fim, forma vínculos dentro do hospital, e começa a substituir a reação de revolta por aceitação dos cuidados.

Face à doença da criança, não só está uma pessoa doente, como existe um ser humano, com desejos e direitos que precisam ser respeitados. A doença traz consigo a incerteza e a necessidade de ser cuidado, sendo este da responsabilidade do hospital, e para que funcione como instituição é preciso que a criança e a sua família se submetam às suas regras, como

horários, visitas, alimentação (Valverde, 2010), o que leva à integração da criança e dos pais nessa mesma instituição.

Para que se realize a integração é necessário que se concretize um acolhimento. Este deverá ser adaptado e proporcional às capacidades e necessidades de quem é acolhido, e vai ter de acontecer em cada momento de todos os dias (Serrão, 1996). Aqueles que são acolhidos encontram-se inseguros e também ansiosos, pelo que, o acolhimento que é proporcionado lhes vai indicar a existência ou não de um posterior relacionamento.

### 1.1 - O ACOLHIMENTO DA CRIANÇA NA HOSPITALIZAÇÃO

A enfermagem tem evoluído e assim foi modificando o seu foco de cuidados, de tecnicamente curativos para uma visão holística da pessoa. Na hospitalização da criança, a perspectiva holística considera a criança e a sua família, envolvendo todos os aspetos que abrangem a mesma: físicos, sociais, psicológicos e ambientais. Assim, acolher convenientemente a criança e a família em situação de doença, “é importante na sua unicidade, já que este é um dos cuidados atraumáticos que a enfermagem pode prestar visando o bem-estar da criança e da sua família” (Tavares, 2008: 8).

“O acolhimento dos pais no momento da admissão condiciona de forma importante a sua atitude face à equipa e ao hospital” (Fernandes, 1988: 124), ou seja, o acolhimento é uma atitude que vai promover a confiança dos pais na equipa e o estabelecimento de uma relação que irá conduzir à colaboração mútua. Para que a criança e família se adaptem à hospitalização e a aceitem, deve-se realizar um acolhimento eficaz, que lhes incuta confiança, de forma a obter-se a colaboração necessária.

Os pais que chegam ao hospital com um filho doente a necessitar ser hospitalizado, apresentam um elevado grau de ansiedade e desenvolvem uma série de sentimentos face à situação. Com o intuito de atender às necessidades físicas e psicológicas da criança e família, é essencial que o enfermeiro os acolha para que se sintam integrados na equipa, e que os prepare para os atos terapêuticos necessários. De certeza que este acolhimento irá influenciar a postura da família face à equipa de saúde e ao desenrolar da hospitalização e da doença (Venâncio e Pereira, 2002).

Se as crianças e os pais se sentirem realmente acolhidos, irão sentir-se mais à vontade para colocar as suas dúvidas relativamente à doença, ao serviço, aos procedimentos, e assim sentir-se-ão mais calmos e colaborantes em relação aos cuidados prestados, às restrições impostas, entre outros aspetos (Brito, 2006). Se existirem atitudes de rejeição e insatisfação

por parte dos pais em relação à equipa, esta poderá responder com hostilidade, dando origem a comportamentos de agressividade e falta de confiança por parte dos pais, sendo a principal prejudicada a criança. Para que a criança e família se adaptem à hospitalização e a aceitem, deve realizar-se um acolhimento eficaz, que lhes incute confiança, de forma a obter-se a colaboração necessária.

Considera-se o acolhimento uma ciência, na medida em que quem acolhe a criança e a família deverá investigar bem a sua história pessoal e familiar, deve observar cuidadosamente o que os pais da criança dizem, as suas respostas, posturas e comportamentos, ou seja, o acolhimento é o momento ideal para se conhecer, além da evolução da doença, os hábitos e comportamentos da criança, especificando alguns aspetos essenciais do seu dia-a-dia, para que se possam assemelhar os cuidados aos prestados em casa, tornando-os o mais terapêuticos possíveis (Tavares, 2008).

Quando a criança vai ficar hospitalizada, acolhimento significa receção, ou seja, receber, e deve realizar-se sempre que alguém chega a um local novo e desconhecido. Logo, quando ocorre a hospitalização, é necessário apresentar o serviço, o quarto da criança e dar a conhecer as normas e funcionamento deste, tendo sempre em conta que o internamento irá ser algo que vai quebrar os laços afetivos da criança e alterar o seu próprio desenvolvimento, na medida em que se irão modificar as rotinas da criança e repentinamente instalarem-se outras, num local desconhecido onde só tem uma ligação com a sua realidade, os pais.

No primeiro contacto, o enfermeiro deverá centrar-se na experiência da criança/pais que tem à sua frente, “abre-se e observa: escuta, olha, toma conhecimento, recolhe dados, toma consciência das expectativas e necessidades” (Maia, Pacheco, Costa e Leal, 2001: 17).

O acolhimento, para Ferreira e Valério (2003), tem como finalidades apoiar a criança e família a diminuir quaisquer sentimentos negativos que possam surgir, bem como dar oportunidade ao enfermeiro de desmistificar as questões que assolem a criança/família sobre aspetos do funcionamento do serviço e da própria hospitalização, com vista a transmitir segurança a quem é acolhido. Cabe também à enfermagem procurar ultrapassar obstáculos que possam interferir no bom acolhimento, para que este, nas suas etapas, decorra da melhor forma possível (Ferreira e Valério, 2003).

Como etapas podem delinear-se três momentos: o da receção, o da informação e o da integração.

A receção é feita à criança e pais, é o momento em que se criam as primeiras impressões sobre o serviço e sobre quem o recebe, devendo mostrar-se simpatia e compreensão para com a criança e seus pais, incluindo a apresentação da estrutura física do serviço (Doca, Costa Júnior, 2007). É importante que os pais percebam que irão encontrar

apoio adequado, dedicação, segurança, competência e a informação necessária, na condução do processo da sua criança.

O momento da informação é essencial e algo complexo, a informação deve ser uniforme quando fornecida, já que os pais necessitam de informações claras e concisas para efetuarem as suas opções e escolhas. O momento da sua transmissão dá alguma tranquilidade aos pais e criança, enaltecendo a comunicação, onde o conhecimento e a informação devem ser compartilhados entre profissionais, de modo a que os pais e as crianças tomem parte no planeamento e na tomada de decisões.

O momento de integração da criança e dos pais no serviço e na equipa de enfermagem é aquele em que as atenções iniciais dão início ao estabelecimento de uma relação entre a equipa de enfermagem, os pais e a criança, facilitando, desta forma, uma pequena orientação aos pais e à criança dentro do ambiente hospitalar.

A equipa de enfermagem deve apresentar-se à criança e família, bem como apresentá-los aos seus acompanhantes de enfermaria, já que é extremamente importante que o enfermeiro dê as boas vindas ao novo doente, apresentando-o aos outros doentes que estejam instalados na mesma área e ao restante pessoal (Tavares, 2008).

A doença e conseqüente hospitalização da criança é considerada uma das primeiras crises com que a família se depara, difícil de ser vivenciada devido, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que apresenta (Tavares, 2008).

Os pais, que chegam ao hospital com um filho doente a necessitar de ser hospitalizado, apresentam um elevado grau de ansiedade e desenvolvem uma série de sentimentos face à situação. Com o intuito de atender às necessidades físicas e psicológicas da criança e família, é essencial que a enfermeira os acolha para que se sintam integrados na equipa, e que os prepare para os atos terapêuticos necessários, com a certeza porém que este acolhimento irá influenciar a postura da família face à equipa de saúde e ao desenrolar da hospitalização e doença (Venâncio e Pereira, 2002).

Quando surge a hospitalização, é da responsabilidade do enfermeiro acolher a criança/família, já que este é um momento único, de preferência positivo, pois, raramente existe uma segunda oportunidade para se criar uma boa impressão do local ou das pessoas (Pesce, 1994). Quando é necessária a hospitalização da criança, esta e a sua família deveriam ser acompanhadas para o serviço de internamento, sempre que possível, por um enfermeiro, pois a humanização do atendimento à criança deverá começar no serviço de urgência.

O ser humano quando acolhido, espera ser tratado com gentileza e boa vontade, pelo que “um acolhimento humanamente correto é uma ciência e uma arte que devem estar em constante apuramento de busca de exercício” (Bernardo, 1995: 14). Ser acolhido envolve

entre outros aspetos, ser recebido com um sorriso que ajude a conquistar calor humano, beneficiar de um cuidado personalizado, em que a criança/família seja chamada pelo nome, para que se sinta à vontade para exprimir as suas expectativas, receios e dificuldades, criando, desta forma, um clima de confiança ao longo da hospitalização. Assim, o que é valorizado pela criança e pelos pais é o tom de voz, o que é dito, toda a linguagem não-verbal, a postura e a expressão facial. Outro aspeto a ter em conta é a disponibilidade demonstrada por quem acolhe, em relação ao lugar, ao momento e às pessoas, de forma a propiciar o conhecimento do meio em que se é acolhido, nas suas várias vertentes (Hesbeen, 2000).

O momento do acolhimento é um momento único, onde quem acolhe deverá ter certas características, deverá ser espontâneo, sincero e natural, não devendo dispersar-se com assuntos paralelos. A pessoa acolhida deverá sentir-se à vontade e não deverá sentir-se pressionada com interrogatórios que por vezes se tornam inconvenientes.

No momento de acolhimento e admissão no serviço de internamento, procura-se estabelecer um relacionamento de confiança quer com a criança quer com a família, que deverá estar presente também durante a hospitalização, já que irá permitir dar à criança e família as condições de que necessitam para satisfazerem algumas das suas necessidades.

Este relacionamento poderá denominar-se de relação de ajuda, vai iniciar-se no ato de acolher, é progressivo e vai estabelecer-se pela comunicação quer com a criança quer com a família. A relação vai pressupor disponibilidade, escuta, respeito, empatia, confiança e segurança, bem como os diversos tipos e modos de comunicação, que irão facilitar o aparecimento de mecanismos de adaptação ou defesa da criança e família.

A comunicação não é apenas verbal, também a forma como lidamos com a criança, dá a entender aos pais o nosso interesse e o nosso empenhamento (Fernandes, 1988) e, assim sendo, é necessário ouvir os pais e esclarecer as suas dúvidas de forma a ajudá-los a ultrapassar os medos, bem como conhecer e entender os comportamentos da criança na hospitalização.

A pessoa que acolhe deve ser aberta e estar motivada para procurar a ajuda necessária, aprendendo assim a conhecer as manifestações da criança e família, para não responder a uma solicitação com indiferença ou com agressividade, já que “relacionamento agressivo, desconfiado e antipático nas atitudes e nas palavras, mesmo quando estas têm uma marca de polimento exalam fingimento e falsificam as relações interpessoais” (Bernardo, 1995: 19).

Já Elhart e Firsich (1983) sugeriam que a admissão e respetivo acolhimento do doente numa enfermaria fosse da responsabilidade do enfermeiro e propunham deveres do enfermeiro, quando ocorre uma hospitalização. Estes podem adaptar-se para o acolhimento da criança e da família da seguinte forma:

- 1- Apresentar-se à criança/família;
- 2- Orientar a criança/família na enfermaria ou no quarto e indicar-lhes os aspetos gerais, normas e rotinas, do ambiente hospitalar e clínico;
- 3- Explicar as funções das pessoas encarregues da sua assistência;
- 4- Explicar quais os direitos que os assistem enquanto doente e os do acompanhante;
- 5- Recordar e explicar à família e criança as finalidades e peculiaridades das autorizações e outros documentos;
- 6- Certificar-se de que sabem quem é o médico assistente durante a hospitalização;
- 7- Reunir os elementos que sejam necessários para obter um conjunto de dados sobre a criança e sua família;
- 8- Estabelecer em colaboração com os pais, objetivos a curto e longo prazo, visando a preparação para a alta;
- 9- Definir um plano de assistência.

O enfermeiro deverá também dedicar algum tempo a informar a criança e família do que poderá acontecer em determinados momentos, de forma a adquirir a confiança destes e o máximo de à vontade.

Para definir um plano de assistência é importante ter em conta a história colhida pelo enfermeiro, de forma a conhecer melhor a situação e começar a definir objetivos a curto e a longo prazo.

O acolhimento e a integração dos pais e criança num serviço de pediatria, irão permitir aos pais a aquisição de segurança no desempenho do seu papel durante a hospitalização e, desta forma, auxiliarem a equipa de enfermagem, quer no planeamento de cuidados quer na prestação dos mesmos à criança hospitalizada.

## 1.2 - ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA

Através dos tempos a visão sobre a criança sofreu modificações significativas, o que contribuiu para melhorar e humanizar as condições de tratamento e atendimento, nos estabelecimentos onde são hospitalizadas, para receberem os cuidados médicos e de enfermagem necessários para aliviar e curar as doenças de que padecem. A abordagem da criança era feita num modelo biomédico, nesta perspetiva a criança era mais um objeto de atos médicos, que um ser com uma história, um nome e uma família (Monteiro, 2003). A enfermagem centrava a sua atividade em tratamentos e cumprimento de prescrições médicas, visando a cura da doença e o bem-estar físico da criança. A família não era considerada como

fazendo parte da equipa, mas como visita, a quem era concedida permissão para esporadicamente ver e acarinhar a sua criança (Monteiro, 2003).

O modelo de cuidados centrado na criança e na família é nos dias de hoje baseado numa filosofia de assistência moderna, cujos pressupostos parecem atender a criança e a família de forma mais adequada. Porém, ao implementá-lo, deparamo-nos com enormes desafios, principalmente no que se refere à inclusão desse elemento novo, os pais, no processo de cuidar, pois envolve uma complexidade de relações que se estabelecem no ambiente hospitalar (Collet, 2001 cit por Andraus, Minamisava e Munari, 2004).

O modelo de cuidados centrado na criança e na família reconhece o papel integral da família na vida da criança e reconhece-a como uma parte essencial do cuidado da criança e na experiência da doença. A família é considerada uma parceira no tratamento da criança (Smith e Conant Rees, 2000 cit por Hockenberry e Wilson, 2011). O cuidado centrado na família também apoia a família ao estabelecer prioridades baseadas nas necessidades e valores da unidade familiar (Lewandowski e Tesler, 2003 cit por Hockenberry e Wilson, 2011).

Em 1959, no Reino Unido, foi publicado o relatório de PLATT, que veio chamar a atenção para as medidas que deveriam ser tomadas para proporcionar à criança hospitalizada bem-estar físico e psicológico, neste mesmo relatório defendia-se que deveriam existir alternativas à hospitalização, e que só quando não fosse possível tratar a criança no domicílio é que esta deveria ser hospitalizada, recomendava também a presença e envolvimento dos pais durante a hospitalização das crianças. A transformação do conceito de criança, visto como um ser em crescimento e desenvolvimento, não só com necessidades biológicas, mas também com necessidades psicológicas, sociais e emocionais foi o estímulo para a mudança (Monteiro, 2003; Reis, 2007; Cardoso, 2010).

Em Portugal, foi necessário esperar pela revolução de Abril para que se comesçassem a debater as condições de hospitalização das crianças, mais precisamente em 1977 com a recomendação da OMS. Aconselhava os países membros para proporcionar às crianças mais pequenas uma hospitalização com o acompanhamento das suas mães e que fossem alargados os períodos de visita para os pais. Surgiu uma preocupação em tomar medidas urgentes e promulgar legislação que facilitasse e valorizasse as funções parentais, reconhecendo os direitos da criança e concretizasse medidas de apoio à família (Monteiro, 2003; Jorge, 2004; Reis, 2007, Cardoso,2010).

Em 1988, a Enfermeira Anne Casey, considerou que os cuidados à criança são mais bem prestados pelas famílias desde que devidamente supervisionadas, do que pelos profissionais. Com base neste pressuposto, esta autora desenvolveu um modelo de

intervenção cuidativa que identifica o contributo dos pais nos cuidados à criança, o Modelo da Parceria de Cuidados, desenvolvido a partir do modelo de cuidados centrados na família.

Este modelo considera os pais como parceiros nos cuidados e, é hoje estimulado como filosofia de enfermagem em grande parte das unidades pediátricas, tendo como objetivo criar as condições para que cada vez mais a criança e a família satisfaçam as suas necessidades em cuidados de saúde, com a intervenção mínima dos enfermeiros (Monteiro, 2003; Cardoso, 2010).

O Modelo de Parceria de Cuidados engloba cinco conceitos, aliança, saúde, ambiente, família e enfermeira pediátrica (Casey, 1993 cit por Cardoso, 2010):

Aliança – desde o nascimento as necessidades de uma criança estão muito dependentes de terceiros, a maioria destas só são satisfeitas, por aliança com os pais ou com outros membros da família,

Saúde – é o estado ótimo de bem-estar físico e mental que deveria estar sempre presente a todo o tempo, para que uma criança atinja todo o seu potencial,

Ambiente – o desenvolvimento de uma criança pode ser afetado por um certo número de estímulos, a criança precisa de sentir que o ambiente exterior é seguro, que é alvo de cuidados e amor, para desenvolver a sua independência,

Família – é descrita como uma unidade de indivíduos que tem maior responsabilidade pela prestação de cuidados à criança e que exerce uma forte influência no seu desenvolvimento. Os cuidados prestados pelos familiares ou os cuidados que as crianças conseguem já realizar, de modo a responder às suas necessidades quotidianas são chamados de cuidados familiares,

Enfermeira pediátrica – os enfermeiros só devem desempenhar os cuidados de enfermagem quando se justifica, ou seja, quando os familiares não tiverem capacidades ou conhecimentos necessários para garantir bons cuidados de saúde.

A participação dos pais nos cuidados implica uma relação de parceria com a equipa de saúde, sem que se estabeleçam determinadas barreiras, sem existir repartição de funções, mas sim o desenvolvimento conjunto de ações complementares, tendo em vista o bem-estar da criança. A parceria, não requer distribuição igual de tarefas, a base do modelo é o sentimento de negociação e o respeito pelas necessidades e desejos da criança e família (Casey, 1995 cit por Cardoso, 2010).

A negociação da parceria de cuidados, é considerado o nível mais elevado de participação na prática de cuidados: os cuidados são centrados na pessoa e com uma comunicação vigorosa entre os diversos intervenientes no processo de cuidados. A negociação envolve interação, consenso e decisão. A negociação entre os pais e os profissionais de

enfermagem em relação aos cuidados a serem prestados à criança durante a hospitalização não tem sido tarefa fácil, nem para a equipa porque não está claro o seu papel neste processo, nem para os pais, pois não sabem o que esperam deles para os cuidados. A negociação não é feita de modo claro, mas é implícita (Monteiro, 2003; Reis, 2007; Cardoso, 2010).

Atualmente, a enfermagem pediátrica encontra-se sensível ao envolvimento dos pais na prática de cuidados à criança, ela destaca o desenvolvimento do processo de parceria com os mesmos, e requer uma interação integral com a família de forma a proporcionar as condições que favorecem o desenvolvimento global da criança.

O modelo conceptual subjacente à prática da enfermagem pediátrica está centrado nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo do sistema familiar. Esta situação é reforçada no guia orientador de boa prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o qual refere que a criança é um ser vulnerável, valoriza os pais como os principais prestadores de cuidados, preserva a segurança e o bem-estar da criança e família e maximiza o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança (OE, 2010).

A hospitalização de uma criança é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise: os pais podem considerar que falharam no exercício do seu papel e nas expectativas que colocaram em si próprios, o que poderá prejudicar o seu funcionamento e as capacidades de apoio ao sofrimento do filho (Subtil, 1995 cit por Cardoso, 2010). Por tudo isto, e para que os pais possam ajudar a criança durante a sua hospitalização, é necessário que os enfermeiros se focalizem no papel parental e os apoiem desde o primeiro momento, no sentido de promover o seu bem-estar nessa transição.

A participação dos pais nos cuidados começou a ser considerada pela equipa de enfermagem como vantajosa para a criança, minimizando as consequências negativas da hospitalização. Considera os pais um recurso indispensável para estabelecerem uma relação positiva com a criança, contribuindo também para a sua melhoria e criação de estruturas hospitalares adequadas à mesma, tendo em conta as diferentes faixas etárias, promovendo atividades lúdicas e incentivando a formação de equipas multidisciplinares (Monteiro, 2003; Cardoso, 2010).

O desenvolvimento dos modelos de parceria requer novos métodos de organização de cuidados para que o envolvimento e a participação dos pais nos cuidados se faça com coerência e se obtenham os resultados esperados (Reis, 2007). A escolha do método de organização dos cuidados assenta numa conceção sobre os cuidados a realizar, numa filosofia de cuidados, numa forma de pensar a organização de cuidados, mais do que numa simples distribuição de atividades (Parreira, 2005, cit por Cardoso, 2010).

Existem diversos métodos de organização de cuidados, sendo os mais comuns, o método funcional, o método de trabalho em equipa, o método dos cuidados globais (ou individual) e o método de enfermeiro de referência, mais recentemente, o método de cuidados modulares e o método de gestão de casos. Todos têm pontos fortes e pontos fracos, devendo a escolha do mesmo ser uma atitude ponderada em cada equipa, focalizando os aspetos mais interessantes do modelo a implementar, tendo em conta as características quer da equipa, quer do serviço. Mesmo apresentando características diferentes, eles podem adaptar-se a diversos contextos de trabalho, podendo existir mais do que uma forma de organizar os cuidados na mesma unidade (Parreira, 2005 cit por Cardoso, 2010).

Cada família tem necessidades diferentes e, por isso, tem que ser acompanhada de forma individualizada (Cardoso, 2010).

## 2 - OS PAIS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

A palavra família deriva do latim *família*, e significa conjunto de pessoas com relação de parentesco que vivem juntas; é um grupo de pessoas formado pelos progenitores e seus descendentes (Dicionário da Língua Portuguesa, 2011). Atualmente este conceito possui um significado mais amplo do que apenas pai, mãe e filhos consanguíneos, dependendo do ponto de vista de cada indivíduo. No entanto, é o primeiro grupo onde o ser humano se insere, dando início a uma rede de relações e laços. Quando surge o nascimento de um dos membros, evidencia-se a importância do contexto familiar para a sobrevivência da criança. Assim, a família pode ser considerada a mais valiosa influência no desenvolvimento da mesma, motivo este que deve ser respeitado pela enfermagem na assistência à criança hospitalizada (Schultz, 2007).

Logo, a família é uma constante na vida da criança. Ela é responsável pela prestação de cuidados na saúde e na doença e representa para a criança um modelo a seguir. Quando a criança é hospitalizada e porque não é ainda uma entidade independente, leva consigo a sua família (Mendes, 2010).

Se é certo que a criança necessita de alguém que fale por ela e a represente (Hallström, Runeson e Elander, 2002 cit. por Mendes, 2010), parece certo também, que é à mãe que cabe o papel de acompanhamento do filho no hospital, tanto mais quando é à mulher que cabe, o papel de cuidar da criança (Relvas e Alarcão, 2007).

As políticas hospitalares têm vindo, com o passar do tempo, a sofrer alterações, refletindo uma mudança de atitude perante os pais, enfatizando a sua presença durante o período de hospitalização da criança. Em Portugal, a Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro regulamenta o acompanhamento familiar em internamento hospitalar e, prevê o acompanhamento da criança internada em hospital ou unidade de saúde concedendo o direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua. O referido direito, já tinha sido reconhecido internacionalmente em 1988, aquando da concretização da Carta da Criança Hospitalizada onde se faz referência a que uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

Como já referido, a hospitalização é um fenómeno stressante e traumatizante para a criança, pois nesse período ela depara-se com vários desafios, a hospitalização gera uma situação de crise envolvendo a criança doente e a sua família. Caracteriza-se por vários fatores como: descontinuidade na satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais entre os membros da família; mudança no padrão do papel desempenhado pelos pais; aumento do

grau de dependência da criança doente; aparecimento do sentimento de culpa e a ansiedade na família.

“A família exerce influências poderosas sobre o ser humano, ainda mais se este for uma criança” (Pinto, Camata, Oliveira, Dalge e Paes, 2009:19). A presença dos pais durante a hospitalização evita à criança o trauma da separação, ameniza o seu sofrimento, proporciona-lhe a afetividade e segurança que só os pais lhe podem dar, diminuindo assim a quebra de continuidade do seu ritmo de vida em casa.

A presença dos pais na hospitalização pode conferir-lhes o sentimento de que a sua presença é útil, ultrapassando assim os sentimentos de culpa ou de incapacidade de cuidar do seu filho, permitindo-lhes também uma diminuição da ansiedade, já que acompanham a evolução da criança, presenciando e participando nos cuidados prestados, preparando-se, desta forma, para lhes dar continuidade em casa (Fernandes,1988).

Embora desejada, a presença dos pais não deve ser exigida, na medida em que é necessário ter em conta a existência de outros filhos, de problemas familiares, sociais, entre outros. Os que não têm possibilidade de permanecer junto da criança, por algum motivo, não devem ser culpabilizados, mas sim estimulados a vir vê-la e estar com ela todo o tempo possível. Encontra-se presente um sentimento de ambivalência, se por um lado os pais sentem a obrigação de permanecer no internamento, por outro sentem-se culpados em abandonar as suas crianças quando têm compromissos (Schultz, 2007; Reis, 2007).

A presença dos pais junto da criança hospitalizada apresenta vários aspetos positivos, quer face à criança, quer face à família e também para com a equipa (Dias, 1997; Dias e Motta, 2004). Em relação à criança, evita a separação pais/filho, diminui os transtornos físicos, psicológicos e sociais e o carácter agressivo da hospitalização, proporcionando-lhe melhor aceitação e adaptação para com a hospitalização, bem como afetividade e segurança. O respeito pelos seus hábitos dá-lhe uma certa continuidade em relação ao seu ritmo de vida de casa, dando continuidade à satisfação das suas necessidades. Manter os pais junto à criança reforça o elo de ligação na relação estabelecida entre a criança e a equipa de enfermagem (Gomes e Erdmann, 2005). Em relação à família, desculpabiliza-os relativamente à doença e restaura a sua autoconfiança quanto à capacidade de cuidar do seu filho; diminui a sua ansiedade e sensação de impotência, já que estando a acompanhar o seu filho presenciam e participam nos cuidados a prestar-lhe e avaliam a sua qualidade, bem como os prepara para continuarem esses cuidados em casa; estabelece relacionamentos com outros pais que se encontram em situação idêntica e estabelece uma relação com a equipa de enfermagem (Dias e Motta, 2004).

A equipa de enfermagem deve observar a relação pais/criança para avaliar o grau de participação, atitudes, habilidades e as técnicas dos pais na assistência física e emocional, bem como identificar problemas que possam existir no seu relacionamento; ensinar aos pais as habilidades, a compreensão e os conhecimentos necessários para agirem eficazmente na assistência à criança hospitalizada, a interpretarem o seu comportamento de forma a intervirem adequadamente, e a responderem a questões de forma completa e honesta segundo o grau de conhecimento da criança. Estas medidas, ajudarão os pais a adaptarem-se à situação e a desenvolverem os seus próprios sentimentos de valor. Ao enfrentar a doença da criança, os pais identificam as suas próprias sensações e percebem quais as suas limitações, as suas necessidades emocionais e físicas.

A equipa de enfermagem deverá criar para com a família uma conduta que permita manter a integridade familiar de forma a ajudar a manter uma relação pais/criança saudável. Os irmãos poderão ser envolvidos de forma a fomentar na família o objetivo comum do bem-estar da criança, para isso deverá auxiliar os pais a tomarem decisões sobre a permanência com os seus filhos, de forma a eles alternarem a sua presença junto da criança hospitalizada. Estas medidas poderão contribuir para aliviar a sensação de culpa dos pais que não podem estar com todos os filhos. Ao avaliar as tensões, as relações e preocupações, o enfermeiro irá obter uma colheita de dados o mais completa possível, o que irá desenvolver uma relação de segurança dirigida à família permitindo planejar em conjunto as intervenções de enfermagem.

A equipa de enfermagem, perante a criança, deve estimular a presença dos pais de forma a minimizar a separação; estabelecer um relacionamento de confiança com a criança, explicando-lhe o que é estranho e manter honestidade em todos os momentos; permitir regressões durante os períodos de hospitalização, já que este comportamento é característico da criança doente e dependente. Deve ajudar a criança na sua dependência; proporcionar oportunidades para brincar, jogar... em conjunto com a educadora de infância e encorajá-la a brincar com as outras crianças quando possível. Deve ajudar a criança a sentir-se segura num ambiente estranho, informando-se junto dos seus pais de quais os hábitos da criança já que são eles que a conhecem em todos os aspetos, e apoiar os pais, que também vivem momentos de grande ansiedade; reduzir ou aliviar o medo do desconhecido, ajudando os pais a preparar a criança para a hospitalização, tranquilizando-a; permitir a expressão de sentimentos, sem que a criança tenha medo de ser punida; ajudar a criança a sentir que é cuidada e tratada como uma pessoa, chamando-a pelo seu nome e evitando comunicar-lhe sentimentos negativos e proporcionar amor e afeição. Obter informações mais pormenorizadas sobre a criança e os seus hábitos, ter conhecimento do meio familiar onde a criança se encontra inserida, permitirá efetuar tarefas mais específicas e cuidar situações mais graves.

Os principais benefícios da presença dos pais são vários: a diminuição da ansiedade devido ao apoio emocional; a diminuição do sentimento de desamparo, com aumento do sentimento de competência, o que leva à diminuição da ansiedade da criança; à diminuição do tempo de hospitalização e à diminuição das perturbações após a alta (Santos, 2001; Dionísio e Escobar, 2002).

Assim sendo, os pais que eram vistos como simples visitas, estranhos e, por vezes, tidos como inoportunos pelos profissionais de saúde, passaram a fazer parte integrante da equipa, bem como dos direitos da criança hospitalizada.

Mais do que a simples presença dos pais na hospitalização, reconhece-se o papel que estes desempenham na forma como a criança lida com os problemas e tratamentos médicos (Visitainer e Wolf, 1975 cit. por Barros, 2003). No entanto, a presença dos pais durante a realização de determinados procedimentos, pode não ser benéfica, na medida em que a criança pode chorar mais ou expressar mais hostilidade ao pé de seus pais. Outros autores referem que a criança pode sentir-se traída na medida em que os pais estão presentes e permitem que ela experimente a dor ou acontecimentos assustadores (Fernandes, 1988; Dias 1997).

Quando uma criança adoecer, a família é perturbada no seu equilíbrio (Jorge, 2004). Perante a doença, a família pode sentir-se desgastada, dividida e exausta, devido a algumas dificuldades económicas, deslocações constantes, e com a necessidade de dar atenção a outros familiares, incluindo outros filhos (Tavares, 2008).

Existem outros problemas que os pais têm que enfrentar como sejam, o medo da doença e do desconhecido, os sentimentos de culpa, a insegurança e ausência de controlo em relação ao meio hospitalar, pessoas, rotinas e equipamentos, mudanças de hábitos de vida e no atendimento das necessidades da criança doente e dos seus irmãos, insegurança quanto ao resultado dos tratamentos instituídos e problemas financeiros e sociais da própria família.

A equipa de enfermagem e os pais têm pelo menos um objetivo comum, o restabelecimento da saúde da criança, e a presença destes vai permitir que a equipa de enfermagem se relacione com uma criança mais calma e segura (Collet e Rocha, 2004).

## 2.1 - O ENVOLVIMENTO DOS PAIS NA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

O aparecimento da doença no seio familiar, sobretudo na criança, é sempre fonte de insegurança e ansiedade para os pais e quando surge a hospitalização da criança é necessário apoiá-los e ajudá-los a não se sentirem demitidos do seu papel de pais, incentivando-os a

participar nos cuidados, tornando-se, assim, elementos ativos da equipa de saúde e parceiros no cuidar. Quando o profissional de enfermagem cuida de uma criança, tem de ter em conta algo mais do que a criança em si, a família da criança transporta uma perspetiva única para as questões que devem ser levantadas relativamente à saúde (Opperman e Cassandra, 2001).

Nos últimos anos, os serviços de pediatria têm vindo a mudar de forma a incluírem os pais nas enfermarias, tentando, assim, diminuir o efeito psicológico da separação e também o da doença.

A presença dos pais nos serviços de pediatria veio introduzir uma nova dinâmica de trabalho, dando um novo movimento à equipa de enfermagem, já que tem que envolver os pais nos cuidados a prestar à criança, tendo em conta quer a situação da criança, quer a predisposição e capacidade dos pais. A presença dos pais nos serviços veio dar uma nova dimensão à equipa de saúde, que os vai envolver e tornar participantes no processo de tratamento e recuperação da criança, não só nos cuidados básicos como a higiene e a alimentação, mas também em cuidados de enfermagem mais específicos, sendo o envolvimento sempre feito sob a orientação e supervisão da equipa de enfermagem. Assim, o enfermeiro pode observar a interação pais-criança, despistar eventuais perturbações, ajudar os pais nas suas necessidades e a adaptarem-se às necessidades da sua criança, bem como tornar os pais participantes e corresponsáveis no processo de tratamento, reforçando também o sentimento de serem capazes e úteis à criança, diminuindo a sensação de impotência perante a doença (Barradas, 2008).

A família durante o internamento deve ser orientada e ensinada sobre os cuidados à criança doente, para que possam decidir a extensão do seu próprio envolvimento, já que os cuidados de enfermagem prestados à criança devem ser complementares aos cuidados dos pais, o que implica que a participação dos pais nos cuidados faz-se em parceria com a equipa de enfermagem (Figueiredo e Pinto, 1995).

A culpa é uma resposta quase universal nos pais, pois em qualquer tipo de doença, questionam a sua capacidade para prestar os cuidados necessários à criança, já que têm em memória que poderiam ter prevenido ou mesmo provocado a doença (Hockenberry e Wilson, 2011). Este sentimento intensifica-se quando se dá a hospitalização, pois sentem-se impotentes quando não podem aliviar quer a dor física quer a dor emocional da criança.

Além da culpa, surge o medo, a ansiedade e a frustração. O medo e a ansiedade encontram-se relacionados com os procedimentos médicos e também com a gravidade da doença. A própria ansiedade dos pais que decorre da hospitalização da criança provoca-lhes sentimentos de frustração, mas também perda de controlo (Hockenberry e Wilson, 2011).

Face às reações da família, a equipa de enfermagem deve estar atenta às suas necessidades. É a identificação atempada das suas emoções, atitudes, medos e preocupações que irá contribuir para o bom relacionamento da equipa com a criança e família e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A participação da família nos cuidados traduz o direito que a família tem de estar unida, proporcionando-lhe tranquilidade, conforto e diminuição da ansiedade. Os familiares podem falar entre si, de modo a conseguirem expressar os seus medos e angústias. Esta participação ajuda a manter a posição da criança dentro da família, através da ligação entre o ambiente familiar e a sua rotina, minimizando os possíveis efeitos da hospitalização.

A participação da família nos cuidados pode ser salutar, promovendo um sentimento de utilidade e de compreensão, ajudando-os na recuperação, dignificação da condição e bem-estar geral de toda a família (Barradas, 2008).

A família pode sofrer de ansiedade relativamente à forma de como colaborar nos cuidados a prestar à criança e em controlar as suas emoções, levando-os a situações de stresse e exaustão.

Não esquecendo que “o impacto da doença na família afeta várias esferas: financeira, somática, comportamental, vida mental consciente ou inconsciente” (Vara, 1996, cit. por Jorge, 2004: 20), é essencial que a equipa de saúde consiga ajudar a família a viver os processos de mudança de uma forma positiva e que consiga promover ou reforçar as forças daquela família, ajudando-a a ultrapassar as crises e suas limitações (Jorge, 2004).

Os pais expressam a necessidade de compreender informações muito complexas sobre planos de tratamento, medicação, o tipo e a gravidade da doença da criança, tempo esperado de hospitalização e objetivo dos cuidados e procedimentos efetuados à criança. Quando estão bem informados sobre a condição de saúde e tratamentos inerentes, os pais sentem que têm uma função importante nos cuidados ao filho (Snowdon e Kane, 1995, cit. por Barradas, 2008).

A família desde o momento da admissão deve ser encorajada a envolver-se quer no planeamento quer na implementação dos cuidados à criança. Mas a participação desta varia de família para família, devendo a equipa de enfermagem ser capaz de a orientar e apoiar, bem como agir segundo as necessidades específicas de cada criança e família (Pinto e Figueiredo, 1995).

Como cada família é uma família, existem algumas que demonstram vontade de participar em todos os cuidados, outras evitam os mais técnicos, deixando-os para a equipa de enfermagem. É necessário, após efetuar ensino à família sobre os cuidados a prestar à criança doente, que esta decida a extensão do seu próprio envolvimento. Este ensino/orientação deve

ser direcionado para a família segundo as necessidades individuais de cada uma, bem como do nível de compreensão, não esquecendo o tipo de comunicação a utilizar (Pinto e Figueiredo, 1995).

A intervenção de enfermagem na criança é muitas vezes prestada indiretamente através dos pais, em vez de diretamente nas crianças, aquela deve ser complementar aos cuidados dos pais. O envolvimento destes é benéfico, já que os torna participantes e corresponsáveis no processo de tratamento, reforçando o sentimento de serem capazes e úteis ao seu filho, diminuindo a sensação de impotência perante a doença (Fernandes, 1988). Este envolvimento dos pais é feito sempre sob a orientação e supervisão da equipa de enfermagem.

Para ajudar a família a enfrentar todo o processo de doença é necessário existir uma comunicação honesta e franca na participação dos cuidados. É importante um diálogo aberto, que permita estabelecer uma relação de confiança, para que os pais tenham oportunidade de manifestar os seus sentimentos e dúvidas de forma a dominarem a ansiedade do desconhecido e conseguirem algum sentido de controlo.

A equipa de enfermagem deverá estar preparada quer para a presença e participação dos pais, como também para realizar um trabalho além de curativo, educativo e de apoio, cuidando com a mesma importância e dedicação a criança e os pais. Assim, cabe à equipa de enfermagem envolvida com a criança hospitalizada procurar compreender a vivência da família nos diversos contextos e propor intervenções que a auxiliem a lidar com as necessidades advindas dessa mesma hospitalização (Pinto, Ribeiro e Silva, 2005).

## 2.2 - AS NECESSIDADES DOS PAIS NA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

O conhecimento científico demonstrou que a doença e a hospitalização conduzem, a vivências de sofrimento por parte da criança e sua família, nomeadamente à ansiedade da separação; à perda de controlo, ao medo da lesão corporal e à dor (Hockenberry e Wilson, 2011) e, quer as reações dos pais quer as respostas da criança à hospitalização se influenciam mutuamente (Vessey, 2003 cit. por Melo, 2011).

Compreender as respostas da criança e da família perante a hospitalização é fundamental para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem pediátricos com qualidade, permitindo e facilitando a readaptação da criança e família face ao novo contexto (Melo, 2011).

Durante a hospitalização, os enfermeiros deverão aceitar o papel dos pais como advogados dos seus filhos, porque por mais que os enfermeiros sejam peritos em pediatria e

saúde infantil, são os pais que vivem o dia-a-dia da criança e as consequências das suas decisões no melhor para a criança (Kristjánsdóttir, 1991). A presença dos pais durante a hospitalização da criança é reconhecida como benéfica para ambos, contribuindo para minimizar os efeitos negativos da doença e da hospitalização (Hallström, Runeson e Elander, 2002, Kyritsi, Matziou, Perdikaris e Evagelou, 2005). A integração dos pais nas unidades de saúde criou novos desafios à prática da enfermagem, através da compreensão e valorização do papel parental, verificando-se um aumento de interesse pelas necessidades dos pais, preocupações e sentimentos, refletindo-se na organização dos cuidados de enfermagem, os quais devem ser centrados na criança e na família (Shields e Kristensson-Hallström, 2003).

Todos temos necessidades fundamentais, e esforçamo-nos para as satisfazer, estas podem ser físicas ou psicológicas e, a importância de cada necessidade irá depender do indivíduo. O valor relativo de cada necessidade é influenciado por aspetos como expectativas pessoais, influências sociais e culturais, saúde física e nível de desenvolvimento psicofisiológico (Bolander, 1998 cit. por Barradas, 2008).

As necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos, o que varia de um indivíduo para o outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-las ou atingi-las. São vários os fatores que influenciam a sua manifestação e satisfação, tais como, a idade, o sexo, a cultura, os fatores socioeconómicos entre outros (Horta, 1979 cit. por Barradas, 2008). Claro que é sempre necessária pesquisa adicional para determinar as necessidades sentidas pelos parentes, de modo a que a energia dos profissionais dos cuidados de saúde não seja mal orientada e, para que se possam prestar cuidados totais ao doente (Molter, 1979, cit. por Barradas, 2008).

Hymovich (1976, 1984, cit. por Kristjánsdóttir, 1991) faz referência a quatro necessidades dos pais, a necessidade de confiar em si, a necessidade de confiar nos profissionais, a necessidade de informação e a necessidade de orientação para lidar com a situação.

Miles (1979, cit. por Kristjánsdóttir, 1991) acrescentou mais uma necessidade, delineando cinco necessidades dos pais das crianças hospitalizadas em unidades de cuidados intensivos: a necessidade de confiar na equipa que presta cuidados de saúde, a necessidade da informação, a necessidade de apoio para lidar com a situação, a necessidade de atender as suas necessidades básicas e a necessidade de restabelecer o seu papel como pais.

Em 1984, Hayes e Knox constataram que os pais demonstram a necessidade de compreender a doença da criança, familiarizar-se com o ambiente hospitalar, adaptar-se à mudança da relação com a criança e outros familiares e negociar os cuidados à criança com os profissionais de saúde (Magalhães, 2011).

Já em 1988, Patterson, cit. por Reis, (2007), classificou as necessidades dos pais em quatro áreas: cognitivas, emocionais, comportamentais e nas relações conjugais. Além destas, Fernandes (1988) aponta outras: que as crianças recebam cuidados físicos competentes, que compreendam a situação clínica e tratamento da sua criança, que sintam que são importantes e capazes como pais e que tenham oportunidade de debater os seus sentimentos sobre a hospitalização da sua criança.

Kristjánsdóttir (1991) realizou um estudo sobre as necessidades dos pais de crianças hospitalizadas com idade entre 2 e 6 anos, onde identificou 43 necessidades que agrupou em 6 categorias:

1ª - necessidade em confiar nos médicos e enfermeiros - quando a criança é hospitalizada, os pais submetem-se às condições impostas pelos profissionais de saúde, não questionam, e a equipa de saúde explica-lhes rápida e superficialmente o estado de saúde da criança, logo é necessário que se desenvolva uma relação de confiança entre a equipa, os pais e a criança para se obterem resultados terapêuticos (Oliveira e Lopes, 2010).

2ª - necessidade de sentirem que confiam neles - tornar a família um elemento da equipa, já que o cuidado à criança não é exclusivo desta, promovendo a sua participação e presença, já que no hospital há a necessidade de se adaptar a novos horários, confiar em pessoas desconhecidas, ter de permanecer num quarto sozinho ou com outras crianças/pais desconhecidos. Os pais também cuidam, são eles que conhecem a sua criança (Dias e Motta, 2004).

3ª - necessidade de informação - a equipa de saúde deve informar os pais quanto às condições de tratamento, comportamento e atividades ou limitações da sua criança no hospital; deve igualmente fornecer informação completa, correta, clara e concisa sobre as condições e as reações à doença e tratamento da criança. A troca de informações com os pais significa partilhar sem julgar as reações, as ideias e os cuidados da criança, identificando soluções conjuntas e incorporando as observações dos pais no plano de cuidados da criança hospitalizada (Sabatés e Borba, 2005).

4ª - necessidade relacionada com recursos humanos e físicos - o ambiente hospitalar deve-se tornar mais confortável e menos ameaçador, o hospital pode ser um lugar de trocas e de relações, à semelhança de uma cidade, a qual a sua arquitetura poderá ajudar a reduzir a angústia, com a inclusão de espaço para os pais junto das crianças, áreas de lazer e distração adequadas a crianças e adolescentes, espaços para os pais falarem em privado com a equipa de saúde, espaços para as mães amamentarem ou extraírem o leite para os bebés, mobiliário confortável e colorido e sinais claros e acolhedores (Santos, 2001). As atividades lúdicas levam à utilização de espaços e de comportamentos diferenciados por parte de toda a equipa,

psicólogos, educadores, professores, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros (Fernandes, 2011). A introdução às tecnologias de informação, os programas de apoio pedagógico e as interações sociais, podem contribuir de maneira diferenciada para proporcionar durante o período de hospitalização melhor qualidade de vida às crianças e sua inclusão em todos os segmentos do mundo atual (Lima e Silva, 2011).

5ª - necessidade de suporte e orientação - quando ocorre a hospitalização da criança surge uma desorganização da família, a equipa de enfermagem ao perceber essa situação poderá auxiliar e orientar os pais da forma mais adequada, para que surja uma reorganização temporária, evitando maior stresse e sofrimento, tanto para os que ficam no hospital como os que ficam em casa. Quando a família não possui uma rede de apoio no momento da hospitalização, as dificuldades aumentam (Lorenzi e Ribeiro, 2006). Durante a hospitalização, a permanência dos pais, tem como significado a garantia de participação nos cuidados básicos da criança e, a sua operacionalização, implica o desenvolvimento de ações pelos profissionais de saúde como a orientação e o apoio psicológico aos pais quanto aos aspetos específicos do tratamento, medicação e cuidados especiais com a criança hospitalizada, assim como orientação na participação nos cuidados básicos (Sabatés e Borba, 2005).

6ª - necessidades relacionadas com a criança doente e com outros membros da família - uma hospitalização não planeada, interfere no quotidiano familiar. A incapacidade para lidar com uma situação nova, afeta as relações familiares, quer entre irmãos, entre pais e filhos ou mesmo entre os cônjuges, sendo necessário uma nova organização na dinâmica da família. O diálogo aberto entre os vários elementos da família, a procura de informação, a ajuda dos profissionais e o contacto com outras famílias para partilha de experiências e vivências são alguns dos meios aos quais a família pode recorrer para conseguir restabelecer um novo equilíbrio, que ajude também a criança doente, não comprometendo o tratamento ou a evolução positiva quer a nível emocional quer psicológico da criança (Lorenzi e Ribeiro, 2006; Queiroz, Meireles e Cunha, 2007).

No seu estudo, Kristjánsdóttir (1991) criou um instrumento de avaliação das necessidades dos pais o qual designou por Needs of Parents Questionnaire (NPQ). Tratou-se de um estudo qualitativo realizado a 34 pais em unidades pediátricas dos Estados Unidos e Islândia, do qual já vários autores fizeram uso nos seus estudos, tais como Bragadottir (1999) na Islândia; Shields e Kristensson-Hallström (2003) na Suécia e em 2004 na Inglaterra; Kyritsi, Matziou, Perdikaris e Evagelou (2005) na Grécia; Ferreira, Melo, Reis e Mello em 2010, em Portugal.

Kristjánsdóttir (1991), Bragadottir (1999); Shields e Kristensson-Hallström (2003, 2004) e Kyritsi, Matziou, Perdikaris e Evagelou (2005), verificaram que no acompanhamento da criança na sua hospitalização a percentagem de mães é mais elevada.

Kyritsi, Matziou, Perdikaris e Evagelou (2005), aplicaram o NPQ num hospital de Atenas, os resultados mostraram que os pais das crianças hospitalizadas apresentam as mais variadas necessidades de acordo com o género parental, as habilitações literárias, a nacionalidade, a idade da criança e o diagnóstico da doença. As necessidades identificadas para melhor cuidarem da criança situam-se na informação constante, apoio e confiança na equipa de saúde.

Reis (2007) verificou que, os pais das crianças hospitalizadas atribuíram mais importância à necessidade de confiar e à necessidade de informação. Os pais apresentam um grau de satisfação maior quando se encontram satisfeitas a necessidade de confiar e a necessidade de sentirem que confiam em si. Em todas as necessidades expressas, uma grande percentagem dos pais encontra-se dependente da ajuda do hospital para superar essas necessidades. Os pais que vivem a curta distância do hospital apresentam uma independência mais elevada em todas as necessidades percebidas; também os pais das crianças internadas entre os 7-11 anos apresentam igualmente um grau de independência mais elevada em todas as necessidades percebidas, comparativamente aos pais das crianças dos 0-2 anos e dos 3-6 anos.

Em 2002, Hallström, Runeson e Elander, num trabalho de pesquisa, identificaram as seguintes necessidades dos pais: segurança; controlo; comunicação; satisfação com os profissionais de saúde; ser um pai competente; relação com outros familiares; delegar responsabilidades e satisfação das necessidades pessoais (Reis, 2007; Magalhães, 2011).

A prestação de cuidados às crianças pressupõe a avaliação das suas necessidades, bem como as dos pais, contudo, o seu conceito é difícil de definir, mas Hallström, Runeson e Elander (2002, cit. por Melo, 2011) consideram que as necessidades de uma pessoa são “coisas” (*things*) sem as quais a pessoa não está bem (Melo, 2011: 32).

Estes mesmos autores mencionam que, por vezes, as necessidades são usadas como sinónimo de “querer”, podem ser auto-avaliadas ou avaliadas por terceiros, podendo verificar-se diferença de opinião entre os profissionais de saúde e o utente, acerca da identificação das suas necessidades e do estabelecimento de prioridades para a sua satisfação.

O conhecimento das necessidades relativas aos pais torna-se fundamental, para o planeamento de intervenções de apoio à família durante a hospitalização da criança, que possam elevar as competências parentais na prestação de cuidados em contexto hospitalar, e posteriormente no domicílio. Atualmente, a presença e a participação dos pais nos cuidados

de saúde durante a hospitalização de crianças, é sugerida e incentivada, sendo uma realidade nas unidades de pediatria (Melo, 2011).

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), reafirmando-se assim a necessidade de a equipa ficar atenta e identificar as necessidades reais de cada família com o objetivo de direcionar as orientações e os cuidados (Lorenzi, Ribeiro, 2006).

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

### **1 – METODOLOGIA**

### **2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## 1 – METODOLOGIA

A pesquisa é uma atividade voltada para a solução de problemas através do emprego de processos científicos, porém não é a única forma de obtenção de conhecimentos e descobertas (Cervo e Bervian, 1983, cit por Sousa, 2005), a pesquisa tem como objeto fundamental encontrar as respostas para os problemas, mediante a utilização de procedimentos científicos.

A investigação permite descrever, explicar e prever factos, conhecimentos ou fenómenos, logo, para se concretizar um trabalho de investigação é necessário estar convicto da sua importância.

A metodologia pode significar “diferentes formas de fazer pesquisa com propósitos diferentes, formas de apresentar as hipóteses, os métodos de colheita de dados, medição e técnicas de análise de dados” (Biondo-Wood e Haber, 2001: 116-117); é também definida como o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2009).

Nesta perspectiva, será realizada a descrição de todo o processo metodológico, fundamentando as decisões tomadas, com a finalidade de servir de guia orientador em todo o processo de investigação.

A escolha do tema está relacionada com o meu contacto diário enquanto enfermeira pediátrica com a hospitalização da criança e com as diferentes respostas dos pais a essa hospitalização, durante a qual percebo e observo por um lado, as dificuldades e necessidades dos pais e, por outro, a satisfação ou insatisfação dessas mesmas necessidades face às diferentes respostas proporcionadas, razões suficientes para me despertarem para o tema deste estudo: As Necessidades dos Pais da Criança Hospitalizada.

Este trabalho tem como objetivos, identificar quais as necessidades percebidas pelos pais da criança hospitalizada, identificar qual a importância que os pais atribuem às diferentes necessidades percebidas durante a hospitalização da sua criança, identificar qual a satisfação dos pais da criança hospitalizada face às diferentes necessidades identificadas e identificar qual a independência percebida pelos pais da criança hospitalizada face às necessidades por eles reconhecidas, aquando da hospitalização da sua criança.

A hospitalização é uma situação complicada para os pais e, a participação ativa destes dentro da equipa de saúde torna a hospitalização uma situação menos traumática para a criança. Ao identificar as necessidades dos pais, pretende-se contribuir para a melhoria da

qualidade dos cuidados de enfermagem pediátricos, no sentido de promover a plena integração e satisfação das necessidades dos pais aquando a hospitalização da criança.

O tipo de estudo delineado para a concretização deste trabalho, encontra-se no âmbito da investigação não experimental, que é a investigação que se realiza sem manipular deliberadamente as variáveis, ou seja, trata-se duma pesquisa em que não fazemos variar intencionalmente as variáveis independentes; o que se faz neste tipo de investigação é observar fenómenos tal como se produzem no seu contexto natural, para depois os analisarmos (Sampieri, Collado e Lucio, 2006).

A investigação não experimental pode ser classificada em transversal e longitudinal (Sampieri, Collado e Lucio, 2006). O presente trabalho insere-se no âmbito da pesquisa transversal onde se recolhem os dados num momento só, num tempo único, em que o seu objetivo é descrever variáveis e analisar a sua incidência e inter-relação em dado momento. A pesquisa transversal ainda se subdivide em modelos exploratórios, descritivos e correlacionais/casuais (Sampieri, Collado e Lucio, 2006). No exploratório o objetivo é começar a conhecer uma comunidade, um contexto, um evento, uma situação, uma variável ou um conjunto de variáveis. Nos descritivos o objetivo é indagar a incidência e os valores em que se manifestam uma ou mais variáveis (numa perspetiva quantitativa) ou situar, categorizar e proporcionar uma visão de uma comunidade, um evento, um contexto, um fenómeno ou uma situação (Sampieri, Collado e Lucio, 2006).

As duas abordagens contribuem para a concretização deste trabalho, na medida em que se aplicará o estudo exploratório e o estudo descritivo no qual “o pesquisador observa, regista, analisa e correlaciona factos ou fenómenos” (Barros e Lehfeld, 1986: 90) e “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (Gil, 1989: 45).

Os estudos descritivos ainda se podem considerar como interpretativos, estes não se limitam a descrevê-los como também a interpretá-los, já que nas pesquisas descritivas, os factos além de serem observados, registados, analisados e classificados são também interpretados (Andrade, 1994).

Neste estudo, através da identificação das necessidades dos pais da criança hospitalizada, vai-se descrever o fenómeno, bem como analisar as informações fornecidas de forma a descrevê-las, classificá-las e interpretá-las (Barros e Lehfeld, 1986; Rudio, 1989; Andrade, 1994).

Sendo um estudo de carácter descritivo, o método quantitativo é o mais frequentemente aplicado, na medida em que proporciona a possibilidade de quantificar os

resultados de uma maneira mais ampla e facilita a comparação com estudos semelhantes (Dalfonvo, Lana e Silveira, 2008).

No entanto, a escolha do método a utilizar, quantitativo ou qualitativo, é guiada pela natureza do problema e pelos objetivos propostos, por vezes é necessário recorrer a ambas, na medida em que nos permitem obter mais dados.

Assim, foi desenvolvido um estudo de carácter descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, uma vez que se pretende identificar quais as necessidades dos pais das crianças hospitalizadas e a sua relação com algumas variáveis sociodemográficas.

As hipóteses são diretrizes para uma pesquisa, elas indicam o que estamos a pesquisar ou tentando provar, e definem-se como tentativas de explicação do fenómeno pesquisado, formuladas como preposições nas quais se estabelecem relações entre as variáveis (Sampieri, Collado e Lucio, 2006). Para o alcançar dos objetivos propostos para este estudo, formulámos as seguintes hipóteses:

- Existe relação entre as características dos pais e a importância atribuída, a satisfação e independência percebidas pelos pais em relação às suas necessidades.

- Existe relação entre as características das crianças hospitalizadas e a importância atribuída, a satisfação e independência percebidas pelos pais relativamente às suas necessidades.

- Existe relação entre as características da hospitalização e a importância atribuída, a satisfação e independência percebidas pelos pais em relação às suas necessidades.

Para que as hipóteses sejam testadas, o seu enunciado contém conceitos que se podem relacionar, conceitos esses, que se definem como variáveis.

## 1.1 – VARIÁVEIS DO ESTUDO

Uma variável pode ser definida como qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos; é qualquer característica que numa experiência é manipulada, medida ou controlada (Freixo, 2010).

As variáveis, são aspetos mensuráveis ou potencialmente mensuráveis, através dos valores que assumem, discerníveis em um objeto de estudo, ou seja, são determinadas características que variam dentro de determinado valor, chamado de domínio da variável, esta representa assim uma característica do objeto cujo valor irá variar em qualidade ou quantidade, dentro desse domínio (Almeida e Freire, 2000).

As definições conceptuais das variáveis servem de guia à definição operacional das mesmas, as definições operacionais atribuem significado a um conceito ou a uma variável precisando as atividades ou operações necessárias à sua medida. Para Freixo (2010), o processo de investigação consiste numa série de operações, logo é necessário converter as variáveis consideradas abstratas para formas operacionais. Operacionalizar as variáveis significa formulá-las numa forma observável e mensurável, convertendo-as em formas disponíveis para serem manipuladas, controladas e examinadas.

A operacionalização das variáveis pode ser definida como o processo que sofre uma variável a fim de se encontrar os correlatos empíricos que possibilitem a sua mensuração, (Gil, 1989). É o processo que transforma uma variável situada num nível abstrato, noutras com o mesmo significado e que são suscetíveis de medição empírica e, para isso, é necessário decompor as variáveis principais noutras mais específicas que, por sua vez, se traduzem em indicadores suscetíveis de observação direta e, por último, em índices.

As variáveis podem ser classificadas de diferentes formas, dependendo do tipo de utilização que delas se faz numa investigação, sendo necessárias depois de se formularem as hipóteses, de forma a identificá-las e definir o seu estatuto (Freixo, 2010).

A variável dependente é aquela que o investigador está interessado em compreender, ou explicar, é a variável cujos valores são, em princípio, o resultado de variações de uma ou mais variáveis independentes e respetivas condições (Almeida e Freire, 2000). As variáveis deste estudo serão seguidamente operacionalizada.

### **Variável dependente**

Neste estudo a variável dependente são *as necessidades percecionadas pelos pais da criança hospitalizada*.

A variável dependente foi categorizada em seis tipos de necessidades que são medidas através do questionário das necessidades dos pais de crianças hospitalizadas, na versão portuguesa adaptada do Needs of Parents Questionnaire – NPQ (Anexo I).

✓ Necessidade de Confiar (NC): que traduz a confiança dos pais na prestação de cuidados de saúde pelos profissionais, mesmo quando se ausentam.

✓ Necessidade de Sentir que Confiam em Si (NSCS): que traduz a confiança e segurança dos pais relativamente ao seu papel parental durante a hospitalização da criança, sendo esta também transmitida pelos profissionais de saúde.

✓ Necessidade de Informação (NI): que traduz como obter informações em vários aspetos, desde a própria hospitalização da criança, como o diagnóstico, exames e tratamentos a realizar à mesma, a existência de informações escritas, sobre como obter outros tipos de

apoio, nomeadamente social, sobre a própria coordenação dos serviços e das informações que recebem no hospital.

✓ Necessidade de Suporte e Orientação (NSO): que traduz a orientação que os pais possam requerer no sentido de se sentirem mais seguros e confiantes, na possibilidade de contactarem o serviço após a alta da criança. Mas também durante a hospitalização, a criança ter o apoio de um educador de infância ou professor para a manter motivada para lhe proporcionarem quer a distração, quer a aprendizagem, mantendo o seu desenvolvimento.

✓ Necessidades Relativas a Recursos Físicos e Humanos (NRFH): que traduz as expectativas dos pais relativamente aos recursos existentes no hospital, ou seja, a existência de um local para descansarem, para se auto-cuidarem, para comerem, para se reunirem com outros pais ou com a própria equipa de enfermagem e médica; existência de consciência e compreensão por parte da equipa de enfermagem sobre os sentimentos dos pais, e para os ajudar a tomar consciência das suas próprias necessidades, contribuindo assim para o bem-estar da criança hospitalizada.

✓ Necessidades relativas à Criança e Outros membros da família (NCO): que traduz as expectativas dos pais face à situação envolvente da sua criança e qual a influência sobre a restante família, bem como a possibilidade de acompanhamento pela equipa de saúde dos cuidados de saúde primários após a alta da criança; a possibilidade de durante a hospitalização existir uma pessoa encarregue de cuidar das necessidades da criança, ou mesmo a possibilidade de serem os mesmos enfermeiros a cuidar da criança durante a maior parte do tempo em que se encontra hospitalizada.

O quadro 1 faz a correspondência das seis categorias de necessidades e as respetivas frases do questionário.

Quadro 1 – Categorias de necessidades e número das frases correspondentes no questionário.

Categorias	Frases
Necessidade de confiar (NC)	4; 32
Necessidade de sentir que confiam em si (NSCS)	18; 26; 34; 40
Necessidade de informação (NI)	6; 8; 15; 19; 24; 29; 31; 38, 43; 49
Necessidade de suporte e orientação (NSO)	2; 3; 7; 9; 11; 13; 16; 17; 36; 42; 44; 50; 51
Necessidades de recursos físicos e humanos (NRFH)	1; 5; 10; 12; 14; 21; 33; 35; 37; 39; 41, 45; 46; 47
Necessidades relativas à criança e outros membros da família (NCO)	20; 22; 23; 25; 27; 28; 30; 48

As frases são analisadas sob três perspetivas diferentes, a **Importância** que os pais atribuem às necessidades percecionadas, a **Satisfação** dessas necessidades e a **Independência** dos pais face ao hospital na satisfação das mesmas.

A subescala da **Importância** corresponde à questão A, e refere-se à importância que os pais da criança hospitalizada atribuem aos diferentes tipos de necessidades expressas nas frases. Cada frase foi pontuada numa escala tipo Likert, com as opções de resposta “muito importante”, “importante”, “com alguma importância”, “sem importância” e “não aplicável”.

A subescala da **Satisfação** corresponde à questão B, e é relativa ao grau de satisfação dos pais da criança hospitalizada face à satisfação dos diferentes tipos de necessidades sentidas. Utiliza uma escala de Likert, que inclui as seguintes possibilidades de resposta: “completamente”, “quase sempre”, “de alguma forma”, “raramente” e “nunca”.

A subescala da **Independência** corresponde à questão C, de forma a identificar o grau de independência percebida pelos pais da criança hospitalizada face aos diferentes tipos de necessidades sentidas. Esta escala compreende uma resposta dicotómica: “sim” ou “não”.

As qualidades psicométricas de um instrumento são habitualmente avaliadas através de estudos de fiabilidade e de validade que, no seu conjunto, nos indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar (Maroco, 2007).

A fiabilidade dos resultados num teste refere o grau de confiança ou de exatidão que se pode ter na informação obtida. Deste modo, a consistência interna, refere-se ao grau de uniformidade e de coerência existente entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o instrumento de colheita de dados. É habitualmente utilizado em escalas tipo Likert. Este coeficiente constitui o índice mais importante de fiabilidade de um teste.

A coerência interna foi assegurada através do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, para as subescalas de importância, de satisfação e de independência. A sua determinação avalia a correlação entre cada escala com as restantes, que, supostamente pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa (Maroco, 2007).

Kristjánisdóttir (1991,1995) após realizar o seu primeiro estudo num Hospital Pediátrico na Islândia, onde abrangeu 34 pais de crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos testou a fiabilidade do instrumento através da consistência interna do instrumento com o coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach, o qual foi superior a 0,91 em todas as subescalas do questionário, correspondendo a 0,92 para a subescala da importância, 0,95 para a subescala da satisfação e 0,91 para a subescala da independência.

No caso da versão portuguesa assegurou a fiabilidade do questionário com os seguintes valores de  $\alpha$  de Cronbach 0,932 para a subescala da importância, 0,942 para a

subescala da satisfação e 0,963 para a subescala da independência. Os resultados permitem afirmar que a consistência interna deste questionário é muito boa, uma vez que apresenta valores de coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach superiores a 0,9 (Reis, 2007; Silva, 2010).

### **Variável independente**

A variável independente é a que determina, influencia, ou condiciona a variável dependente, ou seja, é aquela que é independente dos procedimentos de investigação, que não depende da investigação, recorrendo o investigador à sua manipulação para observar os efeitos produzidos na variável dependente (Sousa, 2005).

Neste estudo, as variáveis independentes são:

- Características dos pais da criança hospitalizada;
- Características da criança hospitalizada;
- Características da hospitalização.

Tratando-se de variáveis relativamente abstratas, houve necessidade de proceder à operacionalização das mesmas, de forma a torná-las mensuráveis.

#### ✓Características dos pais

As características dos pais da criança hospitalizada deste estudo referem-se ao género, idade, área de residência, estado civil, profissão, habilitações literárias, experiências anteriores de internamento e agregado familiar.

O *género* refere-se a uma construção social do papel do homem e da mulher a partir das diferenças sexuais, a sua operacionalização fez-se em feminino e masculino.

A *idade* é o número de anos transcorridos desde o nascimento até à época em questão. Foi questionada em números absolutos, no entanto, foi agrupada em intervalos de 5 anos e uma amplitude dos 20 aos 60 anos, baseados nos grupos etários definidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

A *área de residência* foi considerada como o local onde reside a família, tendo sido operacionalizada em rural (fora da cidade) e urbana (dentro da cidade).

O *estado civil* é a qualidade definidora do estado pessoal que consta no registo civil, tendo em conta o código civil português:

- Solteiro;
- Casado;
- Separado, mas ainda legalmente casado;
- Viúvo;
- Divorciado;

- União de facto.

A *profissão* representa a atividade que o indivíduo desempenha na sociedade. A sua operacionalização foi realizada de acordo com a Classificação Nacional das Profissões, apresentada pelo INE, tendo havido necessidade de incluir o grupo dos desempregados, que embora não obedeça aos critérios de definição de profissão foram identificados na amostra em estudo:

- Profissões das forças armadas;
- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos;
- Especialistas das atividades intelectuais e científicas;
- Técnicos e profissões de nível intermédio;
- Pessoal administrativo;
- Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores;
- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;
- Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices;
- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;
- Trabalhadores não qualificados;
- Desempregados.

As *habilitações literárias*, referem-se ao grau de instrução do indivíduo obtido através do estudo. Como referência para a sua operacionalização utilizou-se a tabela de habilitações literárias utilizada pela Direção Geral da Administração e do Emprego Público do Ministério das Finanças:

- Menos de 4 anos de escolaridade;
- 4 anos de escolaridade (1.º ciclo do ensino básico);
- 6 anos de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico);
- 9.º ano (3.º ciclo do ensino básico);
- 11.º ano;
- 12.º ano (ensino secundário);
- Curso tecnológico/profissional/outros (equivalente ao 12º ano);
- Bacharelato;
- Licenciatura;
- Pós-graduação;
- Mestrado;
- Doutoramento.

O *agregado familiar* é entendido como o número de elementos que coabitam com a família.

A *experiência anterior de internamento* refere-se à experiência dos pais relativamente a hospitalizações anteriores, quer com a criança que acompanham no momento da recolha de dados, quer com outra criança hospitalizada.

#### ✓ Características da criança hospitalizada

As características da criança hospitalizada abrangem o género, a idade, a doença atual e a gravidade da doença.

O *género* refere-se a uma construção social do papel do homem e da mulher a partir das diferenças sexuais, a sua operacionalização faz-se em feminino e masculino.

A *idade* é o número de anos transcorridos desde o nascimento até à época em questão. No entanto a idade pediátrica, encontra-se definida pela Convenção dos Direitos da Criança, desde o 1º dia de vida até aos 18 anos, sendo necessário também não esquecer que as crianças, consoante a sua idade, têm um desenvolvimento próprio, esta foi questionada em anos e apresentada sob a forma de intervalos de acordo com as etapas do desenvolvimento da criança:

- 0-12 meses (latente);
- 1-3 anos (infante ou *Toddler*);
- 4-6 anos (pré-escolar);
- 7-12 anos (escolar);
- 13-18 anos (adolescente).

A *doença atual* foi identificada tendo por base o conhecimento dos pais relativamente à doença do filho que deu origem à hospitalização. Sendo posteriormente agrupada por especialidades médicas, nomeadamente:

- Doença Respiratórias;
- Doença Cardíaca;
- Doença Urológica e Renal;
- Doença Ortopédica;
- Doença Neurológica;
- Doença Metabólica;
- Doença Gastrointestinal;
- Doença Garganta e Ouvidos;
- Situação Cirúrgica;
- Situações Clínicas mal definidas (os pais não sabem especificar ou não têm

conhecimento);

- Outras doenças.

A *gravidade da doença* diz respeito à perspectiva dos pais, face à situação de doença em que a criança se encontrava (no momento da colheita de dados), independentemente da evolução que tenha tido. A sua operacionalização foi efetuada em três parâmetros: não é grave, grave e muito grave.

#### ✓ Características da hospitalização

As características da hospitalização da criança abrangem o tipo de admissão para o internamento, o acolhimento realizado, o número de hospitalizações da criança, e as oportunidades dadas aos pais para cuidar da sua criança.

O *tipo de admissão* é a forma como ocorre a entrada na instituição de saúde, foi operacionalizada em planeada ou não planeada.

O *acolhimento* é um processo que vai promover a confiança dos pais na equipa e o estabelecimento de uma relação que irá ou não conduzir à colaboração mútua, foi operacionalizado em bom, razoável e mau.

O *responsável pela receção da criança no serviço*, é a pessoa que recebe a criança e os pais quando entram no serviço para a hospitalização, foi operacionalizado em: enfermeiro, médico, assistente operacional e outros.

O *número de hospitalizações da criança* diz respeito ao número de vezes que a criança já esteve hospitalizada.

As *oportunidades para participação nos cuidados* visam a participação da família nos cuidados promovendo um sentimento de utilidade e de compreensão, ajudando-os na recuperação, promovendo o bem-estar geral de toda a família e traduzem a plena integração da família na equipa que assiste a criança e foram operacionalizadas como: nenhuma, poucas e muitas.

As variáveis selecionadas foram organizadas de forma a estruturar-se um instrumento de colheita de dados que as pudesse medir.

## 1.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Existem diversos instrumentos para efetuar a colheita de dados, só que todos eles precisam ser objetivos e sistemáticos. Objetivos, na medida em que os dados não têm que ser

influenciados por outra pessoa e sistemáticos na medida em que têm de ser colhidos da mesma forma (Biondo-Wood e Haber, 2001).

O instrumento de colheita de dados deve ser um instrumento capaz de produzir todas as informações adequadas e necessárias para testar as hipóteses, no entanto, para que este instrumento seja capaz de produzir a informação adequada deverá conter perguntas sobre cada um dos indicadores previamente definidos (Quivy e Campenhoudt, 2005 cit. por Silva, 2011).

Na pesquisa descritiva as técnicas mais usadas para a colheita de dados são a entrevista, o questionário e o formulário, cada um deles com as suas vantagens e desvantagens (Sousa, 2005).

A técnica selecionada para concretização deste estudo foi o questionário, que é uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito aos sujeitos (Gil, 1989; Fortin 2009), sendo este “o instrumento mais usado para o levantamento de informações” (Barros e Lehfeld, 1986: 108).

O questionário é um processo estruturado de recolha de informação através da elaboração prévia de um conjunto de perguntas, sendo este um processo segundo o qual são colocadas as mesmas perguntas, na mesma forma e sequência aos sujeitos de forma a obter a máxima informação para comparação e facilitar a análise (Dallas e Villa, 1991).

São várias as vantagens do questionário, tais como o anonimato, um menor custo em relação a outros instrumentos de colheita de dados, podem ser enviados pelo correio e/ou fornecidos a um grande número de sujeitos ao mesmo tempo, abrangendo assim um grande número de pessoas; este também permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente, para refletir sobre as questões e responderem adequadamente, facilitando a tabulação e o tratamento dos dados obtidos (Barros e Lehfeld, 1986; Gil, 1989; Polit, Beck e Hungler, 2006; Fortin, 2009).

Claro que apresenta as suas limitações, nomeadamente a exclusão das pessoas que não sabem ler nem escrever, ou seja, requer o mínimo de escolarização por parte dos sujeitos; impede o conhecimento das circunstâncias em que foi respondido e não se tem a garantia de que a maioria das pessoas o devolva devidamente preenchido, podendo conduzir a fracas taxas de resposta e uma taxa elevada de dados em falta (Barros e Lehfeld, 1986; Gil, 1989; Polit, Beck e Hungler, 2006; Fortin, 2009).

Para a construção do questionário é necessário ter em conta a forma, o conteúdo, a escolha, a formulação, o número e a ordem das perguntas e a apresentação do próprio questionário. A primeira parte do instrumento de colheita de dados é a escala NPQ na versão portuguesa, o qual manteve a estrutura apresentada por Reis (2007) e Melo (2011). A segunda parte inclui perguntas fechadas, sobre as características dos pais, da criança, bem como da sua

hospitalização e perguntas abertas, que permitirão aos pais acrescentar alguma observação ou ideia sobre algumas variáveis (Silva, 2011).

Para a utilização da escala NPQ foi pedida autorização a um dos autores que a validaram, tendo a mesma sido concedida, verbalmente e por escrito (Anexo II).

O questionário elaborado (Anexo III) em conjunto com a escala NPQ foi fornecido aos pais que constituíram a amostra do estudo.

### 1.3 – AMOSTRA

A amostragem é uma das etapas mais importantes do processo de investigação, resumindo-se ao processo de selecionar unidades representativas de uma população para uma investigação (Biondo-Wood e Haber, 2001), descreve como é que um subgrupo é selecionado, e permite que, ao selecionar apenas alguns elementos numa população, se possam tirar conclusões sobre toda a população (Cooper e Schindler, 2003 cit. por Valeretto, 2010).

A amostra é um subconjunto de entidades que compõem a população, mas deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada (Polit, Beck e Hungler, 2006; Fortin, 2009). Para que uma amostra seja representativa é necessário que as suas características se aproximem das da população, tal como refere Biondo-Wood e Haber (2001).

As técnicas de amostragem são agrupadas em duas categorias: não probabilística e probabilística. Na amostragem não probabilística os elementos são escolhidos por métodos não aleatórios, e divide-se em 3 métodos: por conveniência ou acidental, por quota e intencional. Na amostragem probabilística os elementos são selecionados a partir de uma população através de processos aleatórios e divide-se em 4 métodos: aleatória simples, estratificada, de grupo e sistemática (Biondo-Wood e Haber, 2001; Polit, Beck e Hungler, 2006).

A técnica de amostragem a ser utilizada será a não probabilística, com o método de amostragem por conveniência/acidental, este favorece o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis e acessíveis como sujeitos de um estudo, embora tenda a ser menos representativa, tem a vantagem de ser a mais fácil para a obtenção de sujeitos para o estudo (Biondo-Wood e Haber, 2001; Polit, Beck e Hungler, 2006).

Embora a amostragem não probabilística seja aquela que permite o mais fácil recrutamento de sujeitos, há a necessidade de definir quais os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos participantes para a amostra.

Os critérios de exclusão referem-se a casos de crianças hospitalizadas cujo acompanhante não é a figura parental, nomeadamente crianças que se encontrem institucionalizadas; e casos de crianças que estejam internadas por um período inferior a 48 horas.

Os critérios de inclusão compreendem todos os pais de crianças hospitalizadas com idade compreendida entre os 28 dias e os 17 anos inclusive, que se encontrem a acompanhá-las o maior período de tempo durante as 24 horas, no serviço de pediatria dos Hospitais HAL, CHCB e HSM.

Neste estudo, a população acessível foi constituída por todos os pais das crianças que se encontravam a acompanhar as suas crianças hospitalizadas, no período compreendido entre Janeiro e Março de 2012, no serviço de pediatria do HAL, do CHCB e HSM, há mais de 48 horas e que compreendiam portugueses.

No entanto, qualquer investigação realizada junto de seres humanos levanta claramente questões morais e éticas.

#### 1.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação aplicada a seres humanos pode causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, logo, é necessário protegê-los. Para isso recorre-se aos códigos de ética, ao direito à autodeterminação (qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria a sua participação no estudo); ao direito à intimidade (no qual o investigador deve assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível protegendo a intimidade dos sujeitos, fornecendo apenas a informação que ache pertinente); ao direito ao anonimato e à confidencialidade (protegendo a identidade do sujeito e não estabelecendo relação entre as respostas individuais de forma a que o sujeito não seja reconhecido); ao direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo (no qual se visa a proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou a prejudicarem), ao direito a um tratamento justo e equitativo antes, durante e após a sua participação num estudo, e, por fim o direito a ser informado sobre a natureza, fim e duração da investigação para a qual está a ser solicitado (Polit, Beck e Hungler, 2006; Fortin, 2009).

A investigação deve obrigatoriamente contemplar os aspetos éticos, salientando-se um pedido de autorização às entidades competentes das instituições de saúde referidas, bem como o consentimento informado dos participantes.

A proposta de investigação foi entregue, analisada e autorizada pelos Conselhos de Administração bem como pela Comissão de Ética para a Saúde do HAL, do CHCB e do HSM (Anexo IV).

Os questionários foram entregues aos pais da criança hospitalizada, mediante o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, solicitação da sua participação e respetivo consentimento, garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados colhidos, e informando-os sobre a sua liberdade de se recusarem a participar sem qualquer implicação na prestação de cuidados de saúde para com a criança.

Após o exposto, os pais que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo V), tendo-lhes sido explicado a forma de preenchimento do questionário, podendo o mesmo ser devolvido no dia da alta da criança.

Após a colheita de dados é necessário organizar a informação obtida.

## 1.5 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Após efetuar a recolha de dados é necessário proceder à sua análise e interpretação, ou seja, analisá-los de forma a organizá-los e resumi-los de maneira a que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema de investigação inicialmente proposto. A sua interpretação visa dar sentido às respostas (Gil, 1989).

Os dados obtidos nas perguntas fechadas serão sujeitos a análise quantitativa. Na análise quantitativa proceder-se-á ao tratamento estatístico descritivo, com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20 para Windows, para o qual se criou uma matriz de dados onde foram inseridas de forma codificada as respostas obtidas pela aplicação do questionário, para depois se classificarem e categorizarem, de forma a examiná-los e transformá-los em elementos essenciais que facilitem a resposta ao problema de investigação.

Os dados obtidos nas perguntas abertas serão tratados pela análise de conteúdo (análise qualitativa), o que evidenciará as relações existentes entre os dados conseguidos e o fenómeno estudado. A classificação dos dados é uma atividade que conduz o pesquisador a organizar os dados em grupos, ordenando-os e dividindo-os em classes ou categorias, assim sendo é necessário recorrer a critérios que abranjam os dados colhidos de acordo com os objetivos da investigação. A codificação é o processo usado para colocar a informação em categorias de forma a transformar os dados em elementos quantificáveis, a tabulação é a

última etapa na qual se apresentam os dados obtidos em tabelas categorizadas (Barros e Lehfeld, 1986, Bardin, 2009).

A leitura e transcrição das respostas dadas, permite a análise das mesmas, emergindo assim categorias, que para Bardin (2009) são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos, as unidades de registo.

O tratamento estatístico dos dados vai permitir proceder à sua análise e posterior discussão dos resultados.

## 2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo faz-se a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos, com recurso a gráficos e tabelas, os quais surgem após às informações relativas à sua compreensão. Na apresentação dos dados escolheu-se a utilização das frequências relativas percentuais para facilitar a leitura e análise.

Sendo a amostra um subgrupo da população em estudo, é necessário ter em conta as suas próprias características, ou seja, as características dos pais das crianças hospitalizadas.

Foram entregues 130 questionários aos pais das crianças hospitalizadas nos serviços de Pediatria das três instituições incluídas no estudo. Responderam ao questionário 94 pais (72,3%) e 29 (27,6%) pais não devolveram o questionário. Foram anulados 7 questionários (5,3%) por preenchimento incorreto, nomeadamente por apresentarem apenas uma ou duas folhas preenchidas. No final a amostra foi constituída por 94 pais. Destes 38 pertencem à pediatria do HAL, 47 à pediatria do CHCB e 9 à pediatria do HSM.

A distribuição dos questionários pelas 3 instituições não foi uniforme devido a autorização cedida pelas mesmas ter sido em tempo diferente.

### 2.1 – CARATERIZAÇÃO DOS PAIS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

As características dos pais da criança hospitalizada são determinadas pelo género, idade, residência, estado civil, profissão, habilitações literárias, experiência anterior de internamento e agregado familiar.

A amostra estudada foi constituída por 94 pais dos quais, 88 mães, 5 pais e um com género desconhecido por não ter respondido a essa questão. A maioria dos pais, com 34% (N=32) situa-se na classe dos 30-34 anos (N=32), seguida da classe dos 35-39 com 24,5% (N=23), e 21,3% (N=20) de pais com idade compreendida entre 25-29.

Em relação à residência, 26,6% dos pais (N=25) residem em área rural e 69,1% dos pais (N=65) residem em área urbana.

Quanto ao estado civil, 68,1% dos pais (N=64) são casados, seguido de 14,9% (N=14) em união de facto, 9,6% deles (N=9) são pais solteiros e 5,3 % são pais divorciados (N=5).

A profissão dos pais revela que o grupo com maior frequência (N=26) com 27,7% são os trabalhadores não qualificados, seguido de 20,2% de pais desempregados (N=19), 16% (N=15) são especialistas das atividades intelectuais e científicas e 10,6% (N=10) de técnicos e profissões de nível intermédio.

Nas habilitações literárias atendendo às maiores frequências, 28,7% dos pais (N=27) concluiu o ensino secundário, 22,3% dos pais (N=21) são licenciados e 17% dos pais (N=16) possuem o 3º ciclo do ensino básico.

A nível do agregado familiar, a maior percentagem com 41,5% centra-se nas famílias com 4 pessoas (N=39), com algumas referências a pais e irmão/a, seguindo-se as famílias compostas por 3 elementos com 35,1% (N=33), e com 18,1% (N=17) os agregados familiares com mais de 4 elementos, no entanto as respostas obtidas não especificam quem são os elementos da família que coabitam.

Em relação à experiência anterior de internamento, verificou-se que se encontram equiparados com 50% os pais (N=47) que tiveram e os que não tiveram essa experiência.

De acordo com os valores obtidos, verifica-se que a amostra é constituída na sua maioria por mães, com idade entre os 30-34 anos, que residem em área urbana, casadas, com um agregado familiar de 4 pessoas, que concluíram o ensino secundário e são essencialmente trabalhadoras não qualificadas, no entanto 20,2% dos pais (N=19) encontram-se no desemprego o que, neste momento, tendo em conta a situação económica do pais era previsível, na medida em que permanecem estes a acompanhar a criança enquanto, o outro cuidador da criança garante o rendimento familiar.

O fato da criança ser maioritariamente acompanhada pela mãe, significa que as mães mantêm o seu papel protetor e de maior proximidade dos filhos, dando à criança segurança e estabilidade. No entanto, atualmente existe uma complementaridade de funções entre a mãe e o pai, no qual este também é envolvido nos cuidados à criança desde o seu nascimento (Relvas, 2007), o que se poderá relacionar com os 5,3% de género masculino (N=5) a acompanhar a criança na hospitalização.

Nos estudos realizados por Kristjánsdóttir (1991,1995), Bragadóttir (1998), Shields, Kristensson-Hallström e O'Callaghan (2004) e Kyritsy, Matziou, Perdikaris e Evangelou (2005) a percentagem das mães que acompanham a criança hospitalizada é também mais elevada, o que vem confirmar que esta é uma realidade europeia.

Tabela 1 - Características dos pais das crianças hospitalizadas

	Responderam		Não responderam		Total	
	F	%	F	%	F	%
<b>Género dos pais</b>						
Feminino	88	93,6	1	1,1	94	100
Masculino	5	5,3				
<b>Idade</b>						
20-24	2	2,1				
25-29	20	21,3				
30-34	32	34	3	3,2	94	100
35-39	23	24,5				
40-44	10	10,6				
45-49	3	3,2				
55-60	1	1,1				
<b>Residência</b>						
Rural	25	26,6	4	4,3	94	100
Urbana	65	69,1				
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	9	9,6				
Casado	64	68,1	2	2,1	94	100
Divorciado	5	5,3				
União de fato	14	14,9				
<b>Profissão</b>						
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	15	16				
Técnicos e profissões de nível intermédio	10	10,6				
Pessoal administrativo	5	5,3				
Trabalhadores dos serviços pessoais, proteção e segurança, vendedores	5	5,3	11	11,7	94	100
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3	3,2				
Trabalhadores não qualificados	26	27,7				
Desempregados	19	20,2				
<b>Habilitações literárias</b>						
4 anos de escolaridade (1º ciclo do ensino básico)	4	4,3				
6 anos de escolaridade (2º ciclo do ensino básico)	4	4,3				
9º ano (3º ciclo do ensino básico)	16	17				
11º ano	2	2,1				
12º ano(ensino secundário)	27	28,7	3	3,2	94	100
Curso tecnológico/profissional/outros	9	9,6				
Bacharelato	4	4,3				
Licenciatura	21	22,3				
Pós graduação	2	2,1				
Mestrado	2	2,1				
<b>Experiencia anterior de internamento</b>						
Sim	47	50	0	0,0	94	100
Não	47	50				
<b>Agregado familiar</b>						
Com 2 elementos	2	2,1				
Com 3 elementos	33	35,1	3	3,2	94	100
Com 4 elementos	39	41,5				
Mais de 4 elementos	17	18,1				

## 2.2 – CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

A maioria das crianças hospitalizadas é de género feminino com 53,2% (N=50), sendo a idade mais frequente com 33,7% a que se situa entre 1-3 anos (N=35), seguido dos latentes (0-1 ano) com 24% (N=25).

A doença respiratória é a mais frequente com 42,6% (N=40), resultado que não surpreende tendo em conta que o estudo foi efetuado nos meses de Inverno, seguida da gastrointestinal com 17% (N=16). A clinica mal definida surge com 9,6% (N=9), 2,1% dos pais (N=2) não responderam a esta questão, talvez por não conseguirem descrever qual a doença ou não terem sido informados da mesma.

Como já foi referido na metodologia, a gravidade da doença diz respeito à perspetiva dos pais, face à situação de doença em que a criança se encontra, independentemente das influências que essa perspetiva tenha tido. Assim 62,7% dos pais (N=59) percecionam a doença da sua criança como grave, 27,7% (N= 26) como não é grave e 9,6% (N=9) considera-a muito grave.

Desta forma, pode-se dizer que neste estudo predominam as crianças do género feminino com idade entre 1-6 anos, com doença respiratória e com situação clínica grave, na opinião dos pais, o que nos fornece uma noção da perceção que os pais têm da doença dos seus filhos, de acordo com a informação que receberam ou não.

Tabela 2 - Características das crianças hospitalizadas

	Responderam		Não responderam		Total	
	F	%	F	%	F	%
<b>Género das crianças</b>						
Feminino	50	53,2	0	0,0	94	100
Masculino	44	46,8				
<b>Idade</b>						
0-12 meses (latente)	25	24				
1-3 anos (infante)	35	33,7	0	0,0	94	100
4-6 anos (pré escolar)	18	17,3				
7-12 (2ª infância)	8	7,7				
13-18 (adolescência)	8	7,7				
<b>Doença atual</b>						
Respiratória	40	42,6				
Cardíaca	2	2,1				
Urológica e renal	3	3,2				
Ortopédica	1	1,1				
Neurológica	7	7,4	2	2,1	94	100
Metabólica	3	3,2				
Gastrointestinal	16	17				
Garganta e ouvidos	3	3,2				
Cirúrgica	3	3,2				
Clinica mal definida	9	9,6				
Outras doenças	5	5,3				
<b>Gravidade da doença</b>						
Não é grave	26	27,7				
Grave	59	62,7	0	0,0	94	100
Muito grave	9	9,6				

### 2.3 - CARACTERIZAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO

Na caracterização da hospitalização teve-se em consideração o tipo de admissão, o acolhimento e o responsável pelo mesmo, o número de hospitalizações, e a oportunidade dos pais para participarem nos cuidados da criança.

Para complementar as respostas dos pais em relação ao acolhimento e à oportunidade dos pais participarem nos cuidados da criança vai-se analisar também as questões abertas existentes no questionário em relação a esta temática.

Verificou-se que, em 91,5% das situações (N=86) a hospitalização da criança não foi planeada, registando-se apenas 5,3% (N=5) de admissões planeadas.

O acolhimento realizado foi considerado bom para 79,8% (N=75) dos pais e para 20,2% (N=19) foi razoável, relativamente ao item mau não se obteve nenhuma resposta por parte dos pais.

Maioritariamente, 69,1% dos pais foram recebidos pelo enfermeiro (N=65), no entanto, 29,8% dos pais (N=28) e crianças foram recebidos pelo médico.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram 24h na enfermaria, sendo estes aqueles que têm o primeiro contato com a criança doente e sua família, e ao serem os enfermeiros a acolherem a criança e sua família estes vão-se sentir integrados na equipa (Tavares, 2008), no entanto atualmente com a falta de recursos humanos, ou até mesmo a existência deles mas que não têm preparação para lidar com a pediatria, serão os médicos como elementos da equipa de saúde a proporcionarem a entrada no serviço de internamento.

Para a maioria das crianças, 53,2% (N=50), trata-se da primeira hospitalização, seguido de 25,5 % das quais (N=24) já tinham estado hospitalizadas uma vez e 12,8% (12) mais de duas vezes.

95,7% dos pais (N=90) mencionam que tiveram muitas oportunidades para participar nos cuidados realizados à criança, e 4,3% (N=4) faz referência a poucas oportunidades, não houve nenhum caso em que tenha sido referido “nenhumas”.

Assim pode-se dizer que o tipo de admissão foi essencialmente não planeado, no qual o acolhimento realizado foi bom e realizado por um enfermeiro. Tratando-se maioritariamente da primeira hospitalização da criança, na qual os pais tiveram muitas oportunidades para participarem nos cuidados prestados à sua criança.

Tabela 3 - Características da hospitalização

	Responderam		Não responderam		Total	
	F	%	F	%	F	%
<b>Tipo de admissão</b>						
Planeada	5	5,3	3	3,2	94	100
Não planeada	<b>86</b>	<b>91,5</b>				
<b>Acolhimento</b>						
Bom	<b>75</b>	<b>79,8</b>	0	0,0	94	100
Razoável	19	20,2				
<b>Responsável pelo acolhimento</b>						
Enfermeira/o	<b>65</b>	<b>69,1</b>	0	0,0	94	100
Médica/o	28	29,8				
Assistente Operacional	1	1,1				
<b>Nº de hospitalizações com esta criança</b>						
Nunca	<b>50</b>	<b>53,2</b>				
Uma vez	24	25,5	2	2,1	94	100
Duas vezes	6	6,4				
Mais de 2	12	12,8				
<b>Oportunidades de participação nos cuidados</b>						
Poucas	4	4,3				
Muitas	<b>90</b>	<b>95,7</b>	0	0,0	94	100

Uma outra forma de avaliação aos pais no que diz respeito ao *acolhimento* no serviço onde a criança ficou hospitalizada e se este contribuiu para *a satisfação das necessidades quer dos pais quer das crianças*, foi obtida através da resposta à questão número 17 “ *De que forma o acolhimento efetuado o ajudou na satisfação das suas necessidades bem como das do seu/sua filho/a no internamento?* ”.

Para realizar a análise de conteúdo foi considerada unidade de registo cada frase ou palavra com significado sobre o assunto., Da análise às respostas obtidas, 70,2% dos inquiridos responderam às questões abertas, ou seja 66 questionários em 94 (Anexo VI). Desta análise emergiram três categorias para dar resposta à temática proposta, nomeadamente a “forma de acolher”, com 64,6%, a “transmissão de informação” com 15,9% e o “profissionalismo da equipa de saúde” que os recebeu com 19,5%. Estas categorias deram origem a subcategorias.

Na *categoria da forma de acolher*, emergiram três subcategorias, a “forma de acolher adequada” com 40 unidades de resposta (“foi o correto” - Q2, “foi o adequado” - Q28, entre outros); a “forma razoável” com 10 indicadores de resposta (“quanto a mim foi razoável permitiram-me que ficasse junto dele”- Q10) e a “forma inadequada”, com 3 indicadores de resposta (“o acolhimento não é efetuado da melhor maneira”- Q41).

Quanto a *transmissão de informação*, foram delineadas três subcategorias: *transmissão esclarecedora de informação* com 5 unidades de registo em que os pais fazem referência à qualidade do acolhimento (“acolhimento na chegada ao serviço foi muito importante, na medida em que me explicaram como funcionava e as suas regras”- Q32 e, “sempre que precisei de ajuda para cuidar da minha filha e/ou esclarecimento de algumas dúvidas pude contar com a ajuda dos enfermeiros”- Q57). A *transmissão parcial de informação* apresentou 5 unidades de registo em que os pais referem que “apresentaram-nos o funcionamento do serviço” (Q93). Relativamente à *transmissão de informação completa* com 3 unidades de registo (“bem acolhidos e informados de tudo”- Q15).

O *profissionalismo da equipa de saúde* emergiu também como categoria dentro das respostas obtidas, onde 19,6%, dos pais se referem à *competência* dos mesmos com 15 unidades de registo tendo como exemplo “toda a equipa enfermeiros e médicos são muito responsáveis” (Q26), ou então “o tratamento tem sido fantástico, as pessoas tanto médicos, enfermeiros e auxiliares têm sido incansáveis para nos sentirmos bem” (Q42) e houve apenas uma referência a *profissionais negligentes* (1 unidade de registo), “é como tudo na vida, houve profissionais bons e alguns que na minha opinião foram um pouco negligentes” (Q1).

Tabela 4 – Contributo do acolhimento na satisfação das necessidades dos pais e da criança hospitalizada.

Categoria	Subcategoria	F	%
Forma de Acolher	Adequada	40	
	Razoável	10	
	Inadequada	3	
	<b>Subtotal</b>	<b>53</b>	<b>64,6</b>
Transmissão de Informação	Esclarecedora	5	
	Parcial	5	
	Completa	3	
	<b>Subtotal</b>	<b>13</b>	<b>15,9</b>
Profissionalismo da equipa de saúde	Competentes	15	
	Negligentes	1	
	<b>Subtotal</b>	<b>16</b>	<b>19,5</b>
<b>Total</b>		<b>82</b>	<b>100,0</b>

Uma outra questão, a número 19, referia-se à noção dos pais sobre o seu envolvimento pessoal quando têm uma criança hospitalizada, estando formulada da seguinte maneira: “*O que entende por envolvimento dos pais nos cuidados de saúde quando um/a filho/a está hospitalizado?*”.

A esta questão obteve-se 76,6 % de respostas, o que corresponde a 72 questionários (Anexo VII). Da análise destas respostas dadas pelos pais criou-se a categoria” **prestação de cuidados à criança**” e várias subcategorias apresentadas na tabela 5.

A *satisfação das necessidades da criança* foi a subcategoria mais evidente com 47,6% das unidades de registo (“Poder ajudar, ver, participar na recuperação do meu filho”- Q3, “para que em conjunto possamos prestar um melhor cuidado físico e emocional à criança” - Q20). Seguiu-se a *interação pais e equipa de saúde* com 14% das unidades de registo, à qual se encontraram respostas como: “julgo que o envolvimento deverá ter em conta a proximidade e interação entre pais e profissionais de saúde” (Q5), “o envolvimento enunciado consubstancia-se pela coordenação de cuidados empreendidos quer pelos pais quer pela equipa de enfermagem na criança” (Q86). A *presença dos pais* surge com 13,1%, o que se justifica por algumas das respostas dadas: “o estar presente é o melhor envolvimento, tanto para a criança como para os pais” (Q79), “poder estar 24h com ele” (Q88).

A *transmissão de informação* aparece referenciada nas respostas dos pais no total de 12,2% das unidades de registo. Aqui os pais referem querer “ser informados do estado de saúde do filho e ser-lhe explicado o que pode fazer quanto aos cuidados de saúde” (Q2), “estarmos a par de tudo o que se passa com o estado de saúde do nosso filho” (Q16).

A *realização pessoal* com 10,3% de respostas considerando os pais que “poder cuidar dos seus filhos e sentirem que são capazes e úteis” (Q24), “acho muito importante, tanto para os pais como para os filhos. É uma forma de se sentirem mais úteis e confiantes” (Q40).

Relativamente às *competências dos pais* surgem com 2,8% de indicadores de resposta em que os pais referem: “os pais devem estar familiarizados com os tratamentos, para os poderem fazer em casa” (Q82).

Tabela 5 – Envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança hospitalizada

Categoria	Subcategoria	F	%
Prestação de cuidados à criança	Satisfação das necessidades da criança	51	47,6
	Interação pais e equipa de saúde	15	14,0
	Presença dos pais	14	13,1
	Transmissão de informação	13	12,2
	Realização pessoal	11	10,3
	Competências dos pais	3	2,8
<b>Total</b>		<b>107</b>	<b>100,0</b>

Em outra das questões abertas pediu-se opinião aos pais acerca do que se poderia melhorar para promover o envolvimento dos pais, através da questão número 20: “*O que poderia ser feito para melhorar o seu envolvimento nos cuidados de saúde do seu/sua filho/a?*”.

Obteve-se dos pais 64,9 % de respostas (Anexo VIII).

A classe temática foi definida como *o que melhorar* para promover o envolvimento dos pais nos cuidados de saúde da criança, tendo em conta as 61 respostas obtidas, nas categorias definiu-se uma delas *sem necessidade de melhorar*, com a subcategoria de *envolvimento pleno*, com 29 unidades de registo. Um dos pais relata: “penso que neste momento o serviço funciona muito bem, a equipa permite-nos em pleno este envolvimento, devem aliás continuar assim com esta abertura para com os pais!” (Q55), outro “para mim acho que tudo foi feito” (Q80).

A outra categoria denominou-se *necessidade de melhorar* e surge com 59,2%. A subcategoria que se salienta é a da *comunicação e informação* com 24 unidades de registo onde os pais referem “o fornecimento de informação necessária de modo a poder dar os melhores cuidados de saúde” (Q18), ou então “gostaria de ter tido mais informação acerca da doença do meu filho” (Q33).

O *apoio aos pais* aparece com 5 unidades de registo em que apontam: “os pais poderem descansar mais, devia haver mais ajuda dos profissionais de saúde, pois os pais estão aqui 24h seguidas” (Q4), “estar menos preocupada e ansiosa” (Q31), e que “os médicos e enfermeiros tenham em consideração a preocupação dos pais” (Q18).

Com o mesmo realce para os pais as *condições físicas do serviço*, com 5 unidades de registo, em que os pais referem “melhoramento do local para manter o filho mais próximo dos progenitores” (Q12), como também “ter uma cama ao pé da criança e poder fazer algumas refeições junto da mesma” (Q57).

Equiparados aparecem o profissionalismo da equipa de saúde e a interação pais/equipa ambos com três unidades de registo. Relativamente ao *profissionalismo da equipa de saúde* aparecem registos como “deveria haver mais profissionalismo por parte dos técnicos” (Q1), “ser a mesma médica a acompanhar sempre desde o início até ao fim” (Q38). Quanto a *interação pais/equipa* um dos registos foi “a melhoria no envolvimento pode passar pela coordenação/interação entre os pais e profissionais de saúde” (Q5).

Com uma unidade de referência apareceu a *preparação para a alta* em que os pais referem “em caso de medicação esta deveria ser preparada na presença dos pais para que estes no domicílio não ficassem com dúvidas” (Q52), bem como a *promoção de ações de sensibilização*, “formação junto da comunidade” (Q94).

Tabela 6 – Como melhorar o envolvimento dos pais nos cuidados à criança hospitalizada

Categoria	Subcategoria	F	%
Necessidade de melhorar	Comunicação e informação	24	
	Apoio aos pais	5	
	Condições físicas	5	
	Interação pais/equipa	3	
	Profissionalismo da equipa de saúde	3	
	Preparação para a alta	1	
	Promoção de ações de sensibilização	1	
	<b>Subtotal</b>	<b>42</b>	<b>59,2</b>
Sem necessidade de melhorar	Envolvimento pleno	29	
	<b>Subtotal</b>	<b>29</b>	<b>40,8</b>
	<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

De forma a melhorar a qualidade dos cuidados, revelou-se pertinente saber qual a opinião dos pais e suas sugestões *para melhorar a assistência às crianças quer durante quer após a hospitalização*, as respostas foram obtidas através da questão número 21: “o que poderia ser feito para melhorar a assistência às crianças durante e após a hospitalização?”.

A esta questão obteve-se 67,1% de respostas (Anexo IX).

Com as respostas obtidas criaram-se duas categorias, “*as necessidades de melhorar*” e “*sem necessidade de melhorar*”, a esta última 19,8% parece que se encontra satisfeito com o que é feito, como se pode registar “penso que mais nada, porque tudo o que tem que ser feito, tem sido sempre feito da melhor maneira” (Q77), parecendo ter sentido satisfação plena.

Relativamente às *necessidades a melhorar a assistência à criança durante a hospitalização* obteve 50% de unidades de registo que se justificam por afirmações dos pais como: “mais disponibilidade dos profissionais para com as crianças e pais”, “os profissionais procurarem mais a criança e a pessoa que está a acompanhar” (Q41).

A *comunicação e a informação* surge com 9 unidades de registo com justificações como “continua comunicação entre os intervenientes”, (Q5), as *condições físicas* (“melhores condições para o doente e para os pais” - Q16), e os *recursos humanos* (“haver mais funcionários de serviço” - Q56) têm 7 unidades de registo cada, o *apoio de uma educadora ou*

*professora* (“durante a hospitalização parece-me não haver grande intervenção do animador ou educador do hospital em prol das crianças” - Q13), o *apoio médico* (“o médico deveria passar mais do que uma vez pelo serviço para analisar melhor a evolução dos doentes” - Q30), e a *disponibilidade dos profissionais para com as crianças e pais* surgem com 5 unidades de registo cada.

Com *necessidade a melhorar a assistência as crianças após a hospitalização* houve 30,2% de unidades de registo de onde os pais evidenciam o *seguimento da criança em consultas da especialidade* com 14 unidades de registo (“consultas regulares para monitorização do estado de saúde da criança” - Q11), a *articulação entre as unidades de saúde, hospital e centro de saúde*, (“haver maior contato entre a entidade hospitalar e o centro de saúde” - Q22) surge com 5 unidades de registo e a *existência de linha telefónica ou e-mail do serviço onde a criança esteve hospitalizada para contatos pós alta* (“após hospitalização considero importante sere possível contatar via telefone ou e-mail os profissionais que trataram do meu filho no caso de alguma dúvida ou dificuldade” - Q32) surge com 4 unidades de registo.

Tabela 7 - Como melhorar a assistência à criança

Categoria	Subcategorias	F	%
Necessidades a melhorar durante a hospitalização	Comunicação e informação	9	
	Condições físicas	7	
	Recursos humanos	7	
	Apoio da educadora/professora	5	
	Apoio médico	5	
	Disponibilidade dos profissionais para com as crianças e pais	5	
	Competências dos profissionais de saúde	2	
	Apoio especializado (psicólogo, assistente social) à criança e pais	2	
	Facilitar as visitas às crianças	1	
	<b>Subtotal</b>	<b>43</b>	<b>50,0</b>
Necessidades a melhorar após a hospitalização	Seguimento em consulta de Pediatria	14	
	Articulação entre unidades de saúde (hospital e centro de saúde)	5	
	Existência de linha telefónica ou e-mail do serviço para contatos pós alta	4	
	Informação escrita	2	
	Ações de sensibilização	1	
	<b>Subtotal</b>	<b>26</b>	<b>30,2</b>
Sem necessidade de melhorar	Satisfação Plena	17	
	<b>Subtotal</b>	<b>17</b>	<b>19,8</b>
	<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

De uma forma geral, as categorias que emergiram das questões abertas vêm reforçar as respostas dadas pelos pais às perguntas fechadas, permitindo ainda aos pais um meio através do qual puderam expressar algumas das necessidades que no seu entender não foram completamente satisfeitas em relação ao acolhimento.

Apesar de não haver nenhuma resposta na pergunta fechada relativamente a avaliação do item “mau”, nesta questão tiveram oportunidade de expressar livremente a sua opinião. Contudo verificou-se que apenas 3 pais se referiram ao acolhimento como inadequado, o que

pode apresentar alguma relação com a Necessidade de Informação que os pais anseiam colmatar, daí terem-se referido à transmissão de informação completa em apenas 3 unidades de respostas.

Quanto ao envolvimento dos pais na prestação de cuidados, ressalta apenas uma categoria a de prestação de cuidados à criança, com quase 50% de unidades de registo a dar ênfase a satisfação das necessidades da criança.

Relativamente a questão sobre o que se poderia melhorar no envolvimento dos pais na hospitalização, os pais, consideram-se satisfeitos com as respostas do serviço, contudo alguns dos pais referiram a necessidade de melhorar a comunicação e a informação.

Procurou-se saber a opinião dos pais bem como sugestões com vista a melhorar a assistência da criança hospitalizada, relativamente ao período da hospitalização referenciaram essencialmente uma melhoria na comunicação e na informação dada aos pais, bem como uma melhoria nas condições físicas e humanas e após a hospitalização sugeriram a existência de seguimento em consulta de pediatria nem que fosse temporário, curioso também foi a referência a existência de linha telefónica ou e-mail do serviço onde a criança esteve internada apesar da existência da linha de saúde 24.

## 2.4 - AS NECESSIDADES DOS PAIS

As necessidades dos pais foram identificadas como já referido, através do NPQ.

Tendo em conta as alternativas de resposta, determinaram-se as percentagens para as seis diferentes categorias de necessidades dentro das três subescalas, para que se pudesse perceber qual a **Importância**, a **Satisfação** e a **Independência** que os pais da criança hospitalizada atribuem aos diferentes tipos de necessidades percecionadas.

### **Necessidades dos pais e a Importância percebida**

As tabelas de 8 a 14 apresentam os resultados referentes à importância que os pais atribuem aos diferentes tipos de necessidades, as quais serão analisadas pelas suas categorias.

#### *Necessidade de Confiar*

Os resultados que se encontram na tabela 8 expõem a importância que os pais atribuem à necessidade de confiarem nos enfermeiros e médicos. Constata-se que 92% das respostas dadas pelos pais atribuem como *Muito Importante* poderem confiar na equipa de saúde e 8% referem como *Importante* essa necessidade de confiar.

Tabela 8 – Importância atribuída à Necessidade de Confiar

Frasas	Muito importante (5)		Importante (4)		Algo importante (3)		Sem importância (2)		Não aplicável (1)		Total	
	Score		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
4 – Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados de enfermagem	88	93,6	6	6,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
32 – Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados médicos	85	90,4	9	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>92,0</b>	<b>15</b>	<b>8,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

### *Necessidade de Sentir que Confiam em Si*

Da análise da tabela 9, verifica-se que 78,7% dos pais (N=74) consideram *Muito Importante* sentirem que os profissionais confiam neles para cuidarem do seu filho no hospital (frase 18), também *Muito importante* para 74,5% dos pais (N=70) serem contactados e consultados pelos enfermeiros acerca dos cuidados necessários ao filho (frase 34). Relativamente à necessidade dos pais não se sentirem culpados pela doença do filho para 63,8% destes (N=60) esta necessidade foi *Muito Importante* (frase 26); 54,3% (N=51) consideraram *Muito importante*, sentirem que são necessários no serviço (frase 40) e cerca de 10,6% (N=10,6) consideram *Algo importante*. 5,3% (N=5) não respondeu a esta questão ou porque não quis ou porque considerou *Não aplicável* opinar sobre a importância da frase 40.

Tabela 9 – Importância atribuída à Necessidade de Sentir que Confiam em Si

Frasas	Muito importante (5)		Importante (4)		Algo importante (3)		Sem importância (2)		Não aplicável (1)		Sem resposta		Total	
	Score		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
18 – Sentir que confiam em mim para cuidar do meu filho também no hospital	74	<b>78,7</b>	18	19,1	1	1,1	1	1,1	0	0,0	0	0,0	94	100
26 – Sentir que não sou culpada(o) pela doença do meu filho	60	<b>63,8</b>	17	18,1	7	7,4	4	4,3	5	<b>5,3</b>	1	1,1	94	100
34 – Que os enfermeiros me contactem e consultem acerca dos cuidados necessários ao meu filho.	70	<b>74,5</b>	20	21,3	4	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
40 – Sentir que sou necessário no serviço.	51	<b>54,3</b>	28	29,8	10	<b>10,6</b>	2	2,1	3	3,2	0	0,0	94	100
<b>TOTAL</b>	<b>255</b>	<b>67,8</b>	<b>83</b>	<b>22,1</b>	<b>22</b>	<b>5,8</b>	<b>7</b>	<b>1,9</b>	<b>8</b>	<b>2,1</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>376</b>	<b>100</b>

### *Necessidade de Informação*

A necessidade de informação que recebem dos profissionais de saúde foi considerada *Muito importante* em 74,3% das respostas dadas pelos pais; destaca-se com 91,5% (N=86) a frase que se refere à obtenção de informações sobre todos os tratamentos que o seu filho vai receber (frase 19). Também os pais consideraram *Muito importante* com 90,4% (N=85), a obtenção de informação exata sobre o estado de saúde do seu filho (frase 38).

Com valores entre 85-90% os pais também atribuem muita importância às frases 15, 31, 43 que estão relacionadas com as informações que os pais recebem sobre os prognósticos possíveis, resultados dos exames realizados e tudo o que é feito ao seu filho e porquê.

Os pais consideram *Muito Importante* (40%) e *Importante* (42,6%) que seja alguém da equipa a coordenar os serviços e as informações prestadas, nomeadamente o enfermeiro que revelou a sua importância para os pais em cerca de 83% (frase 49).

Relativamente à frase 6 a importância da assistente social para os pais não teve a mesma importância, salienta-se a distribuição da avaliação dos pais entre o *Muito Importante* (27,7%), *Importante* (35,1%), *Algo importante* (24,5%) e, *Sem Importância, Não Aplicável e Sem Resposta* 12,8%.

Nas frases 8 e 29, 22,3% dos pais (N=21) evidenciaram como *Importante*, a obtenção de informações escritas sobre o estado de saúde do seu filho para consultar mais tarde (frase 8) e igualmente *Importante* informações de forma a estarem preparados para a alta do seu filho ou que sejam informados sobre qualquer alteração sobre essa mesma data igualmente 22,3% (frase 29).

Como podemos observar pela tabela 10 se considerarmos a avaliação *Muito Importante* junto com *Importante* feita pelos pais a uma mesma necessidade, verifica-se que “as necessidades de informação sobre os tratamentos do filho” e a “necessidade de informação sobre os resultados obtidos nos exames feitos à criança” foram de todas as mais importantes para os pais, 100%. Contudo outras se revelaram logo de grande importância para os pais quando estes as classificam em cerca de 90% ou mais como *Muito Importante* sendo várias as necessidades que se podem observar com esta condição. O que nos leva a concluir que a necessidade de informação é sem dúvida das mais necessárias para os pais. Tal como a necessidade de confiar, que apresenta as necessidades de confiar acima dos 90% como *Muito Importante*.

Tabela 10 – Importância atribuída à Necessidade de Informação

Frases	Muito importante (5)		Importante (4)		Algo importante (3)		Sem importância (2)		Não aplicável (1)		Sem resposta		Total		
	Score	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
6 - Poder contar uma assistente social para obter informações sobre ajuda financeira, por causa da hospitalização do meu filho.		26	27,7	33	<b>35,1</b>	23	24,5	3	3,2	8	8,5	1	1,1	94	100
8 – Que eu receba informações escritas sobre o estado de saúde do meu filho para poder consultar mais tarde (por ex., motivo para o internamento, diagnósticos, nome de medicamentos e dos exames e explicações simples deste género).		68	72,3	21	<b>22,3</b>	4	4,3	1	1,1	0	0,0	0	0,0	94	100
15 – Que eu seja informado sobre todos os prognósticos possíveis para o meu filho.		82	<b>87,2</b>	11	11,7	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
19 – Que eu seja informado sobre todos os tratamentos que o meu filho vai receber.		86	<b>91,5</b>	8	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
24 – Aprender a ser informado sobre como a doença e o tratamento afetam o crescimento e desenvolvimento da criança.		76	80,9	16	17,0	0	0,0	0	0,0	2	2,1	0	0,0	94	100
29 – Que eu esteja preparado para o dia da alta do meu filho e que seja informado sobre qualquer alteração dessa data.		71	75,5	21	<b>22,3</b>	2	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
31 – Que eu seja informado assim que possível sobre os resultados dos exames realizados ao meu filho.		84	<b>89,4</b>	10	10,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
38 – Que eu receba informações exatas sobre o estado de saúde do meu filho.		85	<b>90,4</b>	9	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
43 – Tomar conhecimento de tudo o que está a ser feito ao meu filho e porquê.		80	<b>85,1</b>	11	11,7	2	2,1	0	0,0	0	0,0	1	1,1	94	100
49 – Que uma pessoa (um enfermeiro) coordene os serviços e as informações que recebemos no hospital.		40	<b>42,6</b>	36	38,3	12	12,8	5	5,3	1	1,1	0	0,0	94	100
<b>TOTAL</b>		<b>698</b>	<b>74,3</b>	<b>176</b>	<b>18,7</b>	<b>44</b>	<b>4,7</b>	<b>9</b>	<b>1,0</b>	<b>11</b>	<b>1,1</b>	<b>2</b>	<b>0,2</b>	<b>940</b>	<b>100</b>

### *Necessidade de Suporte e Orientação*

Pela análise da tabela 11 e de uma forma muito global pode-se afirmar que 59,4% e 25,3% das respostas dadas pelos pais, consideraram *Muito Importante* e *Importante* respetivamente a necessidade de Suporte e Orientação. Salientando-se no item *Muito importante* com 92,6% dos pais (N=87), a frase 13, que refere a necessidade que os pais sentem em ser aconselhados durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com o meu filho. De salientar igualmente a frase 44, em que 82% dos pais (N=77) consideram para si próprios *Muito importante* manterem a esperança sobre o estado de saúde do filho.

Dos 94 pais, 35,1% (N=33) consideraram como *Importante*, terem reuniões planeadas com outros pais, para partilhar e discutir a experiência da hospitalização do seu filho (frase 2), apesar de 18,1% (N=17) referir que é algo *Sem importância*.

Também 35,1% dos pais (N=33) também consideraram como *Importante* poderem encontrar-se com outros pais que tenham experiências semelhantes com filhos doentes (frase 7).

Tabela 11 – Importância atribuída à Necessidade de Suporte e Orientação

Frase	Muito importante (5)		Importante (4)		Algo importante (3)		Sem importância (2)		Não aplicável (1)		Sem resposta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2 – Ter reuniões planeadas com outros pais, para partilhar e discutir a experiência da hospitalização do seu filho.	8	8,5	33	<b>35,1</b>	30	31,9	17	<b>18,1</b>	6	6,4	0	0,0	94	100
3 – Que os profissionais de saúde incentivem os pais a fazer perguntas e a procurar respostas.	61	64,9	28	29,8	4	4,3	1	1,1	0	0,0	0	0,0	94	100
7 – Poder encontrar-me com outros pais que tenham experiências semelhantes com filhos doentes.	24	25,5	33	<b>35,1</b>	22	23,4	12	12,8	3	3,2	0	0,0	94	100
9 – Poder perguntar aos enfermeiros e aos médicos como explicar a doença e/ou os exames ao meu filho.	62	66,0	24	25,5	5	5,3	0	0,0	3	3,2	0	0,0	94	100
11 – Ter uma pessoa no Serviço (enfermeiro ou médico) especialmente encarregue de cuidar e responder às suas necessidades dos pais.	51	54,3	25	26,6	11	11,7	4	4,3	3	3,2	0	0,0	94	100
13 – Que eu seja aconselhada(o) durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com o meu filho.	87	<b>92,6</b>	5	5,3	2	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
16 – Ser incentivada(o) pelos profissionais de saúde para vir e ficar com o meu filho.	62	66	22	23,4	4	4,3	2	2,1	4	4,3	0	0,0	94	100
17 – Que um enfermeiro me ajude a tomar consciência das minhas próprias necessidades (por ex.: refeições, dormir).	45	47,9	31	33	12	12,8	2	2,1	4	4,3	0	0,0	94	100
36 – Saber que posso contactar o Serviço, depois do meu filho ter tido alta.	62	66,0	28	29,8	3	3,2	1	1,1	0	0,0	0	0,0	94	100
42 – Que eu receba assistência no sentido de tomar consciência das necessidades do meu filho.	63	67,0	25	26,6	3	3,2	2	2,1	1	1,1	0	0,0	94	100
44 – Que possa manter a esperança sobre o estado de saúde do meu filho.	77	<b>81,9</b>	13	13,8	0	0,0	0	0,0	2	2,1	2	2,1	94	100
50 – Que eu não desespere.	64	68,1	18	19,1	9	9,6	0	0,0	2	2,1	1	1,1	94	100
51 – Que um professor, educador de infância ou animador cultural me ajude a motivar o meu filho e a manter o seu desenvolvimento e aprendizagem.	60	63,8	24	25,5	4	4,3	4	4,3	2	2,1	0	0,0	94	100
<b>TOTAL</b>	<b>726</b>	<b>59,4</b>	<b>309</b>	<b>25,3</b>	<b>109</b>	<b>8,9</b>	<b>45</b>	<b>3,7</b>	<b>30</b>	<b>2,5</b>	<b>3</b>	<b>0,2</b>	<b>1222</b>	<b>100</b>

### *Necessidade de Recursos Físicos e Humanos*

Quanto à necessidade de recursos físicos e humanos a análise à tabela 12 apresenta as necessidades sentidas pelos pais distribuídas pelos diferentes níveis de importância. Ou seja, a

avaliação destes relativamente aos recursos físicos e humanos foi *Muito Importantes* para 56,8% dos pais. De todas as necessidades relativas aos recursos salienta-se “poder dormir no quarto do filho” que foi de todas a que apresentou maior importância para os pais com 91,5% (N= 86) (frase 41), seguida da necessidade de sentir que é importante contribuir para o bem-estar do filho, e de sentir que os enfermeiros compreendem os seus sentimentos como pais respetivamente com 79,8% e 75,5% (frases 33 e 41). 47,9% das respostas dos pais (N=45) avaliaram como *Importante* que descansem e durmam o suficiente (frase 5), como também 38,3% dos pais (N=36) consideram *Importante* que exista flexibilidade no trabalho do serviço, de acordo com as necessidades dos pais (frase 10).

Ter um local próprio no serviço onde os pais possam estar sozinhos (frase 1) é considerado por 31,9% das respostas dos pais (N=30) como sendo *Muito importante*, 26,6% (N=25) como sendo *Importante* e com 19,1% cada (N=18) como sendo *Algo importante* e também *Sem importância*.

Tabela 12 – Importância atribuída à Necessidade de Recursos Físicos e Humanos

Frases	Muito importante (5)		Importante (4)		Algo importante (3)		Sem importância (2)		Não aplicável (1)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	Score											
1 – Ter um local próprio no Serviço onde os pais possam estar sozinhos.	30	31,9	25	26,6	18	<b>19,1</b>	18	<b>19,1</b>	3	3,2	94	100
5 – Que eu descanse e durma o suficiente.	28	29,8	45	<b>47,9</b>	15	16	5	5,3	1	1,1	94	100
10 – Que haja flexibilidade no trabalho do Serviço, de acordo com as necessidades dos pais.	41	43,6	36	<b>38,3</b>	11	11,7	4	4,3	2	2,1	94	100
12 – Que eu tenha possibilidade de falar em privado com o médico ou enfermeiro sobre os meus próprios sentimentos ou preocupações.	48	51,1	28	29,8	14	14,9	3	3,2	1	1,1	94	100
14 – Que eu possa tomar a decisão final sobre o tratamento que o meu filho vai receber, depois de médicos e enfermeiros me terem dado a conhecer as propostas de tratamento.	48	51,1	25	26,6	10	10,6	4	4,3	7	7,4	94	100
21 – Que eu tenha um lugar para dormir no hospital.	59	62,8	25	26,6	8	8,5	0	0,0	2	2,2	94	100
33 – Que os enfermeiros tomem consciência e compreendam os sentimentos dos pais.	71	75,5	20	21,3	3	3,2	0	0,0	0	0,0	94	100
35 – Sentir que sou importante ao contribuir para o bem-estar do meu filho.	75	79,8	18	19,1	0	0,0	0	0,0	1	1,1	94	100
37 – Que eu receba assistência e apoio no sentido de tomar consciência e compreender as minhas próprias necessidades (ex.: ansiedade, cansaço).	49	52,1	27	28,7	12	12,8	2	2,1	4	4,3	94	100
39 – Que eu me sinta menos ansiosa(o).	48	51,1	35	37,2	9	9,6	1	1,1	1	1,1	94	100
41 – Poder dormir no quarto do meu filho.	86	<b>91,5</b>	7	7,4	1	1,1	0	0,0	0	0,0	94	100
45 – Que eu possa comer com o meu filho, no serviço.	48	51,1	25	26,6	12	12,8	5	5,3	4	4,3	94	100
46 – Que haja casas de banho e duchas para os pais.	65	69,1	25	26,6	4	4,3	0	0,0	0	0,0	94	100
47 – Saber que o meu filho vai ter aulas e atividades para não se atrasar nos estudos e no seu desenvolvimento.	52	55,3	29	30,9	4	4,3	3	3,2	6	6,4	94	100
<b>TOTAL</b>	<b>748</b>	<b>56,8</b>	<b>370</b>	<b>28,1</b>	<b>121</b>	<b>9,2</b>	<b>45</b>	<b>3,4</b>	<b>32</b>	<b>2,5</b>	<b>1316</b>	<b>100</b>

### *Necessidades relativas à Criança doente e Outros membros da família*

A tabela 13 vem traduzir as respostas dos pais às necessidades relativas à criança doente e outros membros da família. Pela análise da mesma, verifica-se que 88,3% dos pais (N=83) consideram *Muito importante* que possam ficar com o meu filho 24 horas por dia, se puderem fazê-lo (frase 25) e 80,9% (N=76) que possam prestar cuidados ao seu filho, como dar banho, dar de comer medir a temperatura (frase 27). Também se observa que 35,1% dos pais (N=33) acha *Importante* poder participar nos cuidados de enfermagem prestados ao filho (frase 23).

A importância que sejam os mesmos enfermeiros a tratar do filho a maior parte do tempo (frase 48) apresenta-se como *Muito importante* para 43,6% dos pais (N=41) e como *Algo importante* para 14,9% dos pais (N=14).

Tabela 13 – Importância atribuída às Necessidades relativas à Criança doente e Outros membros da família

Frases	Muito importante (5)		Importante (4)		Algo importante (3)		Sem importância (2)		Não aplicável (1)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	Score											
20 – Ter uma pessoa no serviço especialmente encarregue de cuidar das necessidades do meu filho.	50	53,2	31	33,0	9	9,6	1	1,1	3	3,2	94	100
22 – Que um enfermeiro (ex.: do centro de saúde) acompanhe o meu filho depois de ter tido alta, tendo em conta a sua saúde.	49	52,1	31	3,0	10	10,6	1	1,1	3	3,2	94	100
23 – Poder participar nos cuidados de enfermagem prestados ao meu filho.	54	57,4	33	<b>35,1</b>	4	4,3	3	3,2	0	0,0	94	100
25 – Que eu possa ficar com o meu filho 24 horas por dia, se quiser.	83	<b>88,3</b>	10	10,6	1	1,1	0	0,0	0	0,0	94	100
27 – Poder prestar cuidados ao meu filho (ex.: dar banho, dar de comer, medir a temperatura).	76	<b>80,9</b>	16	17,0	0	0,0	2	2,1	0	0,0	94	100
28 – Que eu seja capaz de explicar aos meus familiares, amigos e ao(s) meu(s) outro(s) filho(s), aspetos da hospitalização do meu filho.	60	63,8	25	26,6	3	3,2	4	4,3	2	2,1	94	100
30 – Que eu tenha tempo para estar com o(s) meu(s) outro(s) filho(s).	61	64,9	21	22,3	4	4,3	0	0,0	8	8,5	94	100
48 – Que sejam os mesmos enfermeiros a tratar do meu filho a maior parte do tempo.	41	<b>43,6</b>	29	30,9	14	<b>14,9</b>	7	7,4	3	3,2	94	100
<b>TOTAL</b>	<b>474</b>	<b>63</b>	<b>196</b>	<b>26,1</b>	<b>45</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>2,4</b>	<b>19</b>	<b>2,5</b>	<b>752</b>	<b>100</b>

Na subescala da importância verifica-se que a necessidade a que os pais atribuíram maior importância foi à Necessidade de Confiar (NC), na medida em que 100% dos pais distribuíram a sua avaliação entre *Muito Importante* (92%) e *Importante* (8%), tendo sido esta a única das necessidades a apresentar este resultado.

Relativamente à Necessidade de Recursos Físicos e Humanos (NRFH) esta foi a menos valorizada sendo a única necessidade na qual apenas 56,8% dos pais a percecionou como *Muito importante*, o que vai de encontro ao estudo de Shields, Kristensson-Hallström e

O'Callaghan (2004), no qual identificaram que os pais davam mais importância à necessidade de confiar e menos relevo a necessidade relativa aos recursos físicos e humanos.

A Necessidade de Informação (NI) foi de todas a segunda necessidade a que os pais atribuem maior importância (93%) distribuída a avaliação dos pais como *Muito importante* (74,3%) e *Importante* (18,7%), o que vai ao encontro de outros estudos que referem que a informação durante a hospitalização da criança é fundamental para os pais (Shields, Kristensson-Hallström e O'Callaghan, 2004, Kyritsi, Matziou, Perdikaris e Evagelou, 2005, Reis, 2007 e Melo, 2011).

Os pais pretendem saber tudo o que se está a passar ou possa vir a acontecer ao seu filho. Toda a informação relativa ao seu filho é relevante para os pais (Melo, 2011). Logo a falta de informação é um dos aspetos que mais preocupa os pais e lhes causa ansiedade. Assim, na assistência à criança hospitalizada é necessário não descurar o papel desempenhado pelos pais na hospitalização, e decorrente deste emerge a necessidade de receber informações a respeito do seu filho (Kristjánsdóttir, 1991, Sabatés e Borba, 2005).

Esta mesma necessidade é declarada na Carta da Criança Hospitalizada (Brito, 2006), no artigo 4º que refere que “ as crianças e os pais têm direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito”. O direito a informação é igualmente contemplado pela Ordem dos Enfermeiros, através do seu código deontológico.

Na Necessidade de Suporte e Orientação (NSO), 92,6% dos pais consideraram muito importante o aconselhamento e a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com o filho, assim como 81,9% dos pais atribuíram como muito importante a manutenção da esperança sobre o estado de saúde da criança, o que, corrobora com Melo (2011), que refere que as equipas de saúde devem estar preparadas para ajudar os pais a gerirem as suas emoções e expectativas em relação ao estado de saúde da criança.

Quanto às Necessidades de Recursos Físicos e Humanos (NRFH), 91,5% dos pais atribuíram como o recurso mais importante dormirem no quarto do seu filho, o que Schneider e Medeiros (2011) justificam ser um sentimento de segurança para os pais dormir perto da criança.

Nas Necessidades relativas à Criança e Outros membros da família (NCO), 88,3% dos pais atribuíram maior importância à oportunidade de ficarem 24 horas por dia com o filho, tal como as conclusões obtidas por Melo (2011) no seu estudo.

No sentido de tornar mais clara e perceptível a elevada quantidade de informação obtida para as diferentes necessidades sentidas pelos pais na tabela 14 apresentam-se os resultados sumarizados, e através do gráfico 1 torna-se mais visível a informação a transmitir.

Tabela 14 – Importância atribuída pelos pais às diferentes necessidades

IMPORTÂNCIA	Muito importante %	Importante %	Algo importante %	Sem importância %	Não aplicável %
NC	92,0	8,0	0,0	0,0	0,0
NSCS	67,8	22,1	5,8	1,9	2,1
NI	74,3	18,7	4,7	1,0	1,1
NSO	59,4	25,3	8,9	3,7	2,5
NRFH	56,8	28,1	9,2	3,4	2,5
NCO	63,0	26,1	6,0	2,4	2,5

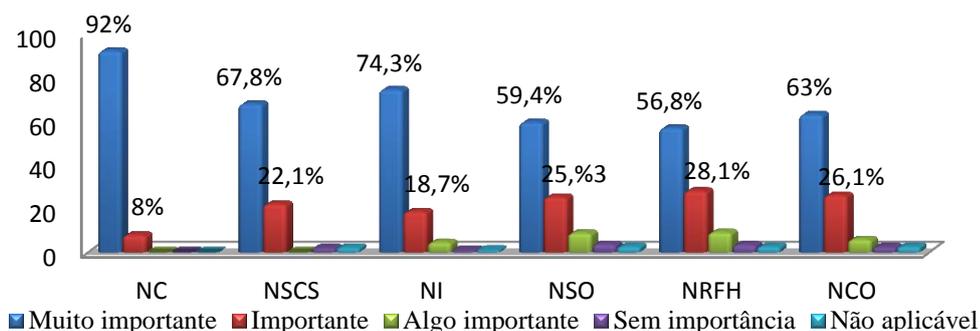


Gráfico 1- Importância atribuída pelos pais às diferentes necessidades

### Necessidades dos pais e a Satisfação sentida

As tabelas de 15 a 21 apresentam os resultados relativos à *Satisfação* das diferentes necessidades.

#### *Necessidade de Confiar*

Da análise dos resultados da tabela 15, observam-se 59,6% dos pais a revelaram estar completamente *Satisfeitos* relativamente à necessidade de confiar, ou seja, confiam que quando não estão presentes os seus filhos recebem os melhores cuidados da equipa de enfermagem, e 57,4% (frase 4) apresentam essa mesma confiança relativamente à equipa médica (frase 32). 34,5% das respostas mostram que se mostram *Quase sempre* se encontram satisfeitos em relação à confiança depositada nos enfermeiros e médicos.

Os trabalhos de pesquisa realizados por Hayes e Knox (1984) cit. por Reis (2007), demonstraram que os pais sentem necessidade de confiar nos profissionais de saúde nos cuidados à criança, dando continuidade ao seu papel parental no ambiente hospitalar, o que lhes reduz a sua ansiedade e stresse.

Tabela 15 – Satisfação atribuída à Necessidade de Confiar

Frases	Completamente		Quase sempre		De alguma forma		Raramente		Nunca		Total	
	(5)		(4)		(3)		(2)		(1)			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
4 – Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados de enfermagem	56	59,6	32	34,0	4	4,3	1	1,1	1	1,1	94	100
32 – Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados médicos	54	57,4	33	35,1	6	6,4	1	1,1	0	0,0	94	100
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>58,5</b>	<b>65</b>	<b>34,5</b>	<b>10</b>	<b>5,4</b>	<b>2</b>	<b>1,1</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

### *Necessidade de Sentir que Confiem em Si*

A *Satisfação* da NSCS apresenta 46,8% das respostas dos pais revelando-se *Completamente* satisfeitos relativamente à necessidade de sentir que confiam em si. Destes 59,6% (N=56) sentem-se também completamente satisfeitos por sentir que a equipa confia neles para cuidar do filho também no hospital (frase 18).

39,4% (N=37) referem-se *Completamente* satisfeitos que os enfermeiros contatem e consultem os pais acerca dos cuidados necessários ao seu filho (frase 34), bem como se sentem *Completamente* satisfeitos em sentirem que são necessários no serviço. Relativamente ao sentimento de culpa perante a doença do seu filho 12,8% dos pais (N=12) referem que *Nunca* sentiram satisfação face a essa necessidade.

Tabela 16 – Satisfação atribuída à Necessidade de Sentir que Confiem em Si

Frases	Completamente		Quase sempre		De alguma forma		Raramente		Nunca		Sem resposta		Total	
	(5)		(4)		(3)		(2)		(1)					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
18 – Sentir que confiam em mim para cuidar do meu filho também no hospital	56	<b>59,6</b>	28	29,8	8	8,5	1	1,1	1	1,1	0	0,0	94	100
26 – Sentir que não sou culpada(o) pela doença do meu filho	46	<b>48,9</b>	21	22,3	13	13,8	1	1,1	12	<b>12,8</b>	1	1,1	94	100
34 – Que os enfermeiros me contactem e consultem acerca dos cuidados necessários ao meu filho.	37	<b>39,4</b>	34	36,2	23	24,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
40 – Sentir que sou necessário no serviço.	37	39,4	29	30,9	21	22,3	5	5,3	2	2,1	0	0,0	94	100
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>46,8</b>	<b>112</b>	<b>29,8</b>	<b>65</b>	<b>17,3</b>	<b>7</b>	<b>1,8</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>376</b>	<b>100</b>

### *Necessidade de Informação*

Relativamente à *necessidade de informação* apenas cerca de 30% dos pais se mostraram *completamente satisfeitos*. Fazendo uma análise mais aprofundada percebe-se que se se considerarem as diferentes necessidades relativas a Informação “*completamente satisfeitas*” com “*quase sempre satisfeitas*”, mais de 60% dos pais revelaram-se satisfeitos com a informação recebida.

Relativamente à *necessidade de informação*, os resultados obtidos encontram-se próximos aos de outros autores que concluíram pelos seus resultados que além da informação cedida sobre a situação clínica dos seus filhos, diagnóstico, tratamento, os pais gostariam de saber mais sobre os exames realizados aos filhos e como cuidar deles e reconhecem que os profissionais são sensíveis a estas necessidades e valorizam o seu papel parental (Sabatés e Borba, 2005), pela tabela 17 podemos observar que também os pais da nossa amostra deram maior ênfase a estas mesmas necessidades.

Tabela 17 – Satisfação atribuída à Necessidade de Informação

Frases	Score	Completamente (5)		Quase sempre (4)		De alguma forma (3)		Raramente (2)		Nunca (1)		Sem resposta		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
6 - Poder contactar uma assistente social para obter informações sobre ajuda financeira, por causa da hospitalização do meu filho.	15	16,0	13	13,8	26	27,7	14	14,9	24	<b>25,5</b>	2	2,1	94	100	
8 - Que eu receba informações escritas sobre o estado de saúde do meu filho para poder consultar mais tarde (por ex., motivo para o internamento, diagnósticos, nome de medicamentos e dos exames e explicações simples deste género).	18	19,1	14	14,9	26	27,7	17	18,1	19	20,2	0	0,0	94	100	
15 - Que eu seja informado sobre todos os prognósticos possíveis para o meu filho.	26	27,7	34	36,2	25	26,6	7	7,4	1	1,1	0	0,0	94	100	
19 - Que eu seja informado sobre todos os tratamentos que o meu filho vai receber.	35	37,2	38	40,4	15	16,0	6	6,4	0	0,0	0	0,0	94	100	
24 - Aprender a ser informado sobre como a doença e o tratamento afetam o crescimento e desenvolvimento da criança.	27	28,7	27	28,7	31	<b>33,0</b>	4	4,3	4	4,3	1	1,1	94	100	
29 - Que eu esteja preparado para o dia da alta do meu filho e que seja informado sobre qualquer alteração dessa data.	36	<b>38,3</b>	37	39,4	17	18,1	3	3,2	1	1,1	0	0,0	94	100	
31 - Que eu seja informado assim que possível sobre os resultados dos exames realizados ao meu filho.	36	<b>38,3</b>	30	31,9	19	20,2	7	7,4	2	2,1	0	0,0	94	100	
38 - Que eu receba informações exatas sobre o estado de saúde do meu filho.	33	35,1	39	41,5	20	21,3	2	2,1	0	0,0	0	0,0	94	100	
43 - Tomar conhecimento de tudo o que está a ser feito ao meu filho e porquê.	31	33,0	42	44,7	13	13,8	6	6,4	1	1,1	1	1,1	94	100	
49 - Que uma pessoa (um enfermeiro) coordene os serviços e as informações que recebemos no hospital.	24	25,5	24	25,5	31	<b>33,0</b>	11	11,7	4	4,3	0	0,0	94	100	
<b>TOTAL</b>	<b>281</b>	<b>29,9</b>	<b>298</b>	<b>31,7</b>	<b>223</b>	<b>23,7</b>	<b>77</b>	<b>8,2</b>	<b>56</b>	<b>5,9</b>	<b>5</b>	<b>0,5</b>	<b>940</b>	<b>100</b>	

### *Necessidade de Suporte e Orientação*

Pela análise da tabela 18, apenas 28,3% dos pais se avaliaram como *Completamente* satisfeitos face à NSO. Esta necessidade não apresentou um nível de satisfação tão elevado comparativamente a outras necessidades sentidas pelos pais para “*Completamente*” satisfeito contudo, se considerarmos *Completamente* e *Quase sempre* satisfeito, os resultados apresentam maior satisfação por parte dos pais relativamente ao suporte e orientação.

Com 51,1% (N=48) os pais referem estar *Completamente* satisfeitos face a serem aconselhados durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com o seu filho (frase 13) e 45,7% (N=43) com o incentivo dos profissionais de saúde para virem e ficarem com o seu filho no hospital (frase 16). Se avaliarmos conjuntamente estes pais com os pais que se sentiram quase sempre satisfeitos o nível de satisfação dos pais aumenta acima dos 80% para a necessidade de ser aconselhado durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com a criança (86,2%).

Um enfermeiro que desperte os pais para as suas necessidades básicas que possam estar a ser descuradas (frase 17) 81%, e a necessidade de manter a esperança sobre o estado de saúde do seu filho (cerca de 81%). De alguma importância é de realçar que apenas 8,5% dos pais se sentiram *Completamente* satisfeitos e *Quase sempre* satisfeitos face à “necessidade de ter reuniões planeadas com outros pais” (frase 2), contudo 63,8% dos pais referiu *nunca* ter sentido satisfação perante esta mesma necessidade. Também para os pais “partilhar experiências semelhantes com pais com as mesmas vivências” foi sentida por apenas cerca de 20% dos pais (frase 7) e cerca de 31% dos pais também nunca sentiu satisfação face a esta necessidade.

Tabela 18 – Satisfação atribuída à Necessidade de Suporte e Orientação

Frases	Completamente		Quase sempre		De alguma forma		Raramente		Nunca		Sem resposta		Total	
	(5)		(4)		(3)		(2)		(1)					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2 – Ter reuniões planejadas com outros pais, para partilhar e discutir a experiência da hospitalização do seu filho.	2	2,1	6	6,4	11	11,7	15	16,0	60	<b>63,8</b>	0	0,0	94	100
3 – Que os profissionais de saúde incentivem os pais a fazer perguntas e a procurar respostas.	14	14,9	25	26,6	41	<b>43,6</b>	10	10,6	4	4,3	0	0,0	94	100
7 – Poder encontrar-me com outros pais que tenham experiências semelhantes com filhos doentes.	8	8,5	11	11,7	18	19,1	27	<b>28,7</b>	29	30,9	1	1,1	94	100
9 – Poder perguntar aos enfermeiros e aos médicos como explicar a doença e/ou os exames ao meu filho.	24	25,5	30	31,9	28	29,8	5	5,3	6	6,4	1	1,1	94	100
11 – Ter uma pessoa no Serviço (enfermeiro ou médico) especialmente encarregue de cuidar e responder às suas necessidades dos pais.	18	19,1	27	28,7	28	29,8	17	18,1	4	4,3	0	0,0	94	100
13 – Que eu seja aconselhada(o) durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com o meu filho.	48	<b>51,1</b>	33	35,1	13	13,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
16 – Ser incentivada(o) pelos profissionais de saúde para vir e ficar com o meu filho.	43	<b>45,7</b>	31	33,0	13	13,8	3	3,2	4	4,3	0	0,0	94	100
17 – Que um enfermeiro me ajude a tomar consciência das minhas próprias necessidades (por ex.: refeições, dormir).	37	39,4	27	28,7	21	22,3	3	3,2	6	6,4	0	0,0	94	100
36 – Saber que posso contactar o Serviço, depois do meu filho ter tido alta.	33	35,1	31	33,0	22	23,4	7	7,4	1	1,1	0	0,0	94	100
42 – Que eu receba assistência no sentido de tomar consciência das necessidades do meu filho.	33	35,1	37	<b>39,4</b>	16	17,0	8	8,5	0	0,0	0	0,0	94	100
44 – Que possa manter a esperança sobre o estado de saúde do meu filho.	39	41,5	37	<b>39,4</b>	12	12,8	2	2,1	0	0,0	4	4,3	94	100
50 – Que eu não desespere.	25	26,6	22	23,4	37	39,4	6	6,4	3	3,2	1	1,1	94	100
51 – Que um professor, educador de infância ou animador cultural me ajude a motivar o meu filho e a manter o seu desenvolvimento e aprendizagem.	22	23,4	14	14,9	25	26,6	18	19,1	15	16,0	0	0,0	94	100
<b>TOTAL</b>	<b>346</b>	<b>28,3</b>	<b>331</b>	<b>27,1</b>	<b>285</b>	<b>23,3</b>	<b>121</b>	<b>9,9</b>	<b>132</b>	<b>10,8</b>	<b>7</b>	<b>0,6</b>	<b>1222</b>	<b>100</b>

### *Necessidades de Recursos Físicos e Humanos*

Confirma-se pela análise da tabela 19, que 35,5% das respostas dos pais mostram que estes se encontram *Completamente* satisfeitos com o que o hospital oferece em termos de recursos físicos e humanos.

Em pormenor observa-se que 84% dos pais (N=79) responderam que se sentiriam *Completamente* satisfeitos face á necessidade de poderem dormir no quarto do filho (frase 41) contudo, para 50% dos pais ficariam *Completamente* satisfeitos perante a possibilidade de terem um lugar qualquer para poderem dormir no hospital (frase 21) para estes pais a necessidade é dormir no hospital perto dos seus filhos, não importando o lugar onde o façam. 64,9% dos pais (N=61) estão igualmente *Completamente* satisfeitos por existirem casas de banho e duches para os pais (frase 46).

Os valores evidenciam que, 24,5% dos pais (N=23) revelam que *Raramente* se encontram satisfeitos perante a necessidade de terem um lugar próprio no serviço onde possam estar sozinhos (frase 1) e 14,9% dos pais (N=14) responderam que *Raramente* estão satisfeitos com a possibilidade de falar em privado com o médico ou enfermeiro sobre os seus sentimentos ou preocupações (frase 12), bem como por poderem descansar e dormir o suficiente (frase 5). É uma realidade a necessidade do ser humano de ter privacidade em situações mais preocupantes, pelo que se percebe esta necessidade insatisfeita nos pais.

Relativamente á necessidade de dormirem e descansarem o suficiente, não sendo uma necessidade satisfeita para a maioria como acima referido, colocamos a possibilidade de esta resposta de sono e descanso insuficiente ser mais uma consequência da preocupação e ansiedade face ao estado de doença do filho.

Tabela 19 – Satisfação atribuída à Necessidade de Recursos Físicos e Humanos

Frases	Completamente		Quase sempre		De alguma forma		Raramente		Nunca		Sem resposta		Total	
	(5)		(4)		(3)		(2)		(1)					
	F	%	F	%	F	%	F	%			F	%	F	%
1 – Ter um local próprio no Serviço onde os pais possam estar sozinhos.	21	22,3	9	9,6	20	21,3	23	<b>24,5</b>	21	22,3	0	0,0	94	100
5 – Que eu descanse e durma o suficiente.	16	17,0	25	26,6	35	37,2	14	<b>14,9</b>	3	3,2	0	0,0	94	100
10 – Que haja flexibilidade no trabalho do Serviço, de acordo com as necessidades dos pais.	26	27,7	20	21,3	42	<b>44,7</b>	3	3,2	3	3,2	0	0,0	94	100
12 – Que eu tenha possibilidade de falar em privado com o médico ou enfermeiro sobre os meus próprios sentimentos ou preocupações.	26	27,7	15	16,0	34	36,2	14	<b>14,9</b>	4	4,3	1	1,1	94	100
14 – Que eu possa tomar a decisão final sobre o tratamento que o meu filho vai receber, depois de médicos e enfermeiros me terem dado a conhecer as propostas de tratamento.	19	20,2	23	24,5	27	28,7	16	17,0	8	8,5	1	1,1	94	100
21 – Que eu tenha um lugar para dormir no hospital.	47	50,0	13	13,8	26	27,7	5	5,3	2	2,1	1	1,1	94	100
33 – Que os enfermeiros tomem consciência e compreendam os sentimentos dos pais.	31	33,0	36	38,3	23	24,5	4	4,3	0	0,0	0	0,0	94	100
35 – Sentir que sou importante ao contribuir para o bem-estar do meu filho.	56	59,6	29	30,9	7	7,4	1	1,1	1	1,1	0	0,0	94	100
37 – Que eu receba assistência e apoio no sentido de tomar consciência e compreender as minhas próprias necessidades (ex.: ansiedade, cansaço).	22	23,4	23	24,5	35	37,2	11	11,7	3	3,2	0	0,0	94	100
39 – Que eu me sinta menos ansiosa(o).	17	18,1	28	29,8	41	<b>43,6</b>	5	5,3	3	3,2	0	0,0	94	100
41 – Poder dormir no quarto do meu filho.	79	<b>84,0</b>	8	8,5	6	6,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0	94	100
45 – Que eu possa comer com o meu filho, no serviço.	22	23,4	11	11,7	22	23,4	12	12,8	27	<b>28,7</b>	0	0,0	94	100
46 – Que haja casas de banho e duches para os pais.	61	<b>64,9</b>	9	9,6	13	13,8	4	4,3	7	7,4	0	0,0	94	100
47 – Saber que o meu filho vai ter aulas e atividades para não se atrasar nos estudos e no seu desenvolvimento.	24	25,5	11	11,7	23	24,5	10	10,6	23	24,5	3	3,2	94	100
<b>TOTAL</b>	<b>467</b>	<b>35,5</b>	<b>260</b>	<b>19,8</b>	<b>354</b>	<b>26,9</b>	<b>122</b>	<b>9,3</b>	<b>106</b>	<b>8,1</b>	<b>6</b>	<b>0,4</b>	<b>1316</b>	<b>100</b>

### *Necessidades relativas à Criança e Outros membros da família*

Face à NCO, constata-se na tabela 20 que 43,2% das respostas dos pais se sentem *Completamente* satisfeitos. A observação da tabela deixa sobressair percentagens de 89,4% de pais (N=84) a referirem que poderiam ficar com o filho 24 horas por dia, se o quisessem fazer os deixava *Completamente* satisfeitos (frase 25).

35,1% dos pais (N=33), referem estar *Quase sempre* satisfeitos relativamente a serem os mesmos enfermeiros a tratar do seu filho a maior parte do tempo (frase 48), no entanto, 34% (N=32) faz referência a estar só *De alguma forma* satisfeitos.

33% dos pais (N=31) estão *Quase sempre* satisfeitos com a existência de uma pessoa no serviço que esteja encarregue de cuidar das necessidades do seu filho (frase 20).

Relativamente ao acompanhamento da criança por um enfermeiro após ter tido alta (por exemplo do centro de saúde) (frase 22) 25,5% dos pais (N=24) responderam que *Raramente* estão satisfeitos e 23,4% (N=22) responderam que *Nunca* se encontram satisfeitos com esse aspeto.

Apesar de só 36,2% dos pais (N=34) referirem que se encontram completamente satisfeitos por podem participar nos cuidados de enfermagem ao filho, 77,7% (N=73) refere estar completamente satisfeito em poder prestar cuidados ao filho como dar banho, dar de comer, medir a temperatura, o que revela que a negociação dos cuidados e o respeito pelas decisões dos pais facilitam a participação destes nos cuidados, se a parceria não for conseguida surgem conflitos, prolongam o processo de recuperação e de adaptação da família à hospitalização (Reis, 2007).

Tabela 20 – Satisfação atribuída à Necessidade relativa à Criança e Outros membros da família

Frases	Completamente		Quase sempre		De alguma forma		Raramente		Nunca		Sem resposta		Total	
	(5)		(4)		(3)		(2)		(1)					
	F	%	F	%	F	%	F	%			F	%	F	%
20 – Ter uma pessoa no serviço especialmente encarregue de cuidar das necessidades do meu filho.	28	29,8	31	<b>33,0</b>	25	26,6	8	8,5	2	2,1	0	0,0	94	100
22 – Que um enfermeiro (ex.: do centro de saúde) acompanhe o meu filho depois de ter tido alta, tendo em conta a sua saúde.	14	14,9	16	17,0	18	19,1	24	<b>25,5</b>	22	<b>23,4</b>	0	0,0	94	100
23 – Poder participar nos cuidados de enfermagem prestados ao meu filho.	34	<b>36,2</b>	22	23,4	31	33,0	6	6,4	1	1,1	0	0,0	94	100
25 – Que eu possa ficar com o meu filho 24 horas por dia, se quiser.	84	<b>89,4</b>	6	6,4	4	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
27 – Poder prestar cuidados ao meu filho (ex.: dar banho, dar de comer, medir a temperatura).	73	<b>77,7</b>	16	17,0	3	3,2	2	2,1	0	0,0	0	0,0	94	100
28 – Que eu seja capaz de explicar aos meus familiares, amigos e ao(s) meu(s) outro(s) filho(s), aspetos da hospitalização do meu filho.	36	38,3	30	31,9	21	22,3	5	5,3	2	2,1	0	0,0	94	100
30 – Que eu tenha tempo para estar com o(s) meu(s) outro(s) filho(s).	33	35,1	17	18,1	27	28,7	8	8,5	5	5,3	4	4,3	94	100
48 – Que sejam os mesmos enfermeiros a tratar do meu filho a maior parte do tempo.	16	17,0	33	<b>35,1</b>	32	<b>34,0</b>	9	9,6	3	3,2	1	1,1	94	100
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>42,3</b>	<b>171</b>	<b>22,7</b>	<b>161</b>	<b>21,4</b>	<b>62</b>	<b>8,3</b>	<b>35</b>	<b>4,6</b>	<b>5</b>	<b>0,7</b>	<b>752</b>	<b>100</b>

Na subescala da Satisfação, constata-se que face à necessidade de confiar (NC) 58,5% dos pais se sentem completamente satisfeitos e 46,8% encontram satisfação na necessidade de sentir que confiam em si (NSCS), na medida em que a hospitalização da criança torna os pais muitas vezes impotentes, com sentimentos de medo, ansiedade e culpa, sentimentos estes, que se manifestam por falhas no seu papel de pais e nas expectativas de si próprios (Fernandes, 1988).

Na NCO, 42,3% dos pais estão completamente satisfeitos em todas as frases que avaliam esta necessidade, mas surge com 89,4% dos pais uma satisfação completa em poder permanecer com o filho 24 horas por dia se os pais quiserem.

Relativamente à NRFH, verifica-se que apesar de 35,5% dos pais se encontram *completamente* satisfeitos, evidenciam-se duas situações específicas, 84% dos pais sentem-se

*completamente* satisfeitos em poderem dormir no quarto do filho e 64,9% dos pais estão também completamente satisfeitos com a existência de casas de banho e duches para os pais.

A NI evidencia-se com 31,7% dos pais a atribuírem como *quase sempre* satisfeitos as suas respostas em todas as frases que avaliam esta necessidade, onde 44,7% dos pais (N=42) refere estar quase sempre satisfeito na tomada de conhecimento de tudo o que está a ser feito ao filho e o porquê.

Na NSO, com 28,3% das respostas dadas, percebe-se que os pais estão menos satisfeitos nesta necessidade em relação às outras, os pais esperam iniciativas, mais suporte e orientação por parte dos profissionais de saúde para os ajudar a adaptarem-se ao hospital a vários níveis incluindo a preparação para a alta do filho que surge com 51,1% (N=48), para que possam concretizar os seus papéis parentais em função das necessidades dos seus filhos, mas também que adquiram meios para responder positivamente às expetativas sociais atribuídas aos pais (Relvas, 2007).

Machado (2006) cit. por Melo (2011), refere que os pais consideram fundamental o suporte emocional prestado à criança e família, para a ajudar a enfrentar a hospitalização, a necessidade de suporte intensifica no momento em que recebem a informação do diagnóstico, o que Kyritsi, Matziou, Perdikaris e Evagelou, (2005), referem que para que os pais sejam capazes de apoiar a criança doente, precisam eles próprios de suporte, nomeadamente de informação, confiança e orientação por parte da equipa de saúde.

No sentido de tornar mais clara e perceptível a elevada quantidade de informação obtida para as diferentes necessidades sentidas pelos pais na tabela 21 apresentam-se os resultados sumarizados, e através do gráfico 2 torna-se mais visível a informação a transmitir.

Tabela 21 - Satisfação atribuídas pelos pais às diferentes necessidades

SATISFAÇÃO	Completament e %	Quase Sempre %	De alguma forma %	Raramente %	Nunca %
NC	58,5	34,5	5,4	1,1	0,5
NSCS	46,8	29,8	17,3	1,8	4,0
NI	29,9	31,7	23,7	8,2	5,9
NSO	28,3	27,1	23,3	9,9	10,8
NRFH	35,5	19,8	26,9	9,3	8,1
NCO	42,3	22,7	21,4	8,3	4,6

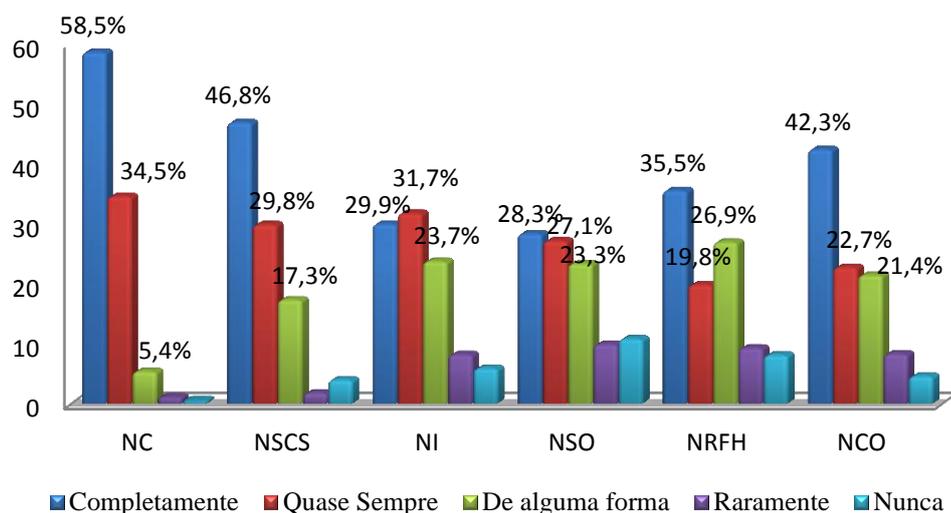


Gráfico 2 – Satisfação atribuída pelos pais às diferentes necessidades

## Necessidades dos pais e a Independência percebida

As tabelas 22 a 27 apresentam os resultados das necessidades dos pais e a independência percebida por eles na satisfação das diferentes categorias de necessidades.

### *Necessidade de confiar*

Ao observar-se a tabela 22, percebe-se que 92% das respostas dos pais mostram que é para si da maior importância que o hospital os ajude a superar a necessidade de confiar nas respostas de saúde, ou seja, tem necessidade de sentir que confiam no hospital, que, os seus filhos recebam os melhores cuidados de enfermagem e médicos, mesmo quando não estão junto deles, ou seja sentimento de *Independência* face ao Hospital. Apenas 7,5% não parecem sentir que o hospital os deva ajudar nesta necessidade de confiar.

Tabela 22 – Independência atribuída à Necessidade de Confiar

Frases	Score	Sim (1)		Não (2)		Sem resposta		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
4 – Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados de enfermagem		88	93,6	6	6,4	0	0,0	94	100
32 – Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados médicos		85	90,4	8	8,5	1	1,1	94	100
<b>TOTAL</b>		<b>173</b>	<b>92,0</b>	<b>14</b>	<b>7,5</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

### *Necessidade de Sentir que Confiam em Si*

80,9% dos pais (N=76) considera que os enfermeiros devem procurar a sua opinião sobre os cuidados, ou seja sentirem-se necessários no acompanhamento da doença da criança.

Relativamente ao sentimento de culpa pela doença do filho, 68,1% dos pais (N=64) sente que o hospital deve ajudá-lo a superar essa necessidade, e 79,8% (N=75) sentiram necessidade de que confiassem em si. Face a estas necessidades sentidas, 75,6% dos pais esperam essa resposta do hospital sentido que devem ser os profissionais a ajudar na satisfação destas necessidades, ou seja transmitindo-lhes que confiam em si no cuidar do seu filho e envolvendo-os nas diferentes tarefas eles sentem que ganham *Independência* face ao hospital (tabela 23).

Tabela 23 – Independência atribuída à Necessidade de Sentir que Confiam em Si

Frases	Score	Sim (1)		Não (2)		Sem resposta		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
18 – Sentir que confiam em mim para cuidar do meu filho também no hospital	75	<b>79,8</b>	18	19,1	1	1,1	94	100	
26 – Sentir que não sou culpada(o) pela doença do meu filho	64	<b>68,1</b>	29	30,9	1	1,1	94	100	
34 – Que os enfermeiros me contactem e consultem acerca dos cuidados necessários ao meu filho.	76	<b>80,9</b>	17	18,1	1	1,1	94	100	
40 – Sentir que sou necessário no serviço.	69	73,4	23	24,5	2	2,1	94	100	
<b>TOTAL</b>	<b>284</b>	<b>75,6</b>	<b>87</b>	<b>23,1</b>	<b>5</b>	<b>1,3</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	

### *Necessidade de Informação*

A *necessidade de informação* revelou-se da maior importância para os pais como já anteriormente referido na análise de outras variáveis.

Face às diferentes necessidades sentidas pelos pais relativamente à informação, 88,3% destes considera que o Hospital deve ajudá-lo a superar ou diminuir estas necessidades, transmitindo-lhes as informações necessárias para se sentiram mais confiantes e seguros. Das *necessidades de informação* mais sentidas pelos pais realçam-se as informações escritas sobre o estado de saúde dos filhos em que 96,8% (N=91) dos pais sentiu esta necessidade. Informação sobre todos os possíveis prognósticos da doença do filho e, dos resultados dos exames ambas as necessidades sentidas por 91,5% dos pais (N=86). Revela-se de interesse fazer notar que todas as necessidades de informação foram sentidas por mais de 80% dos pais como pode ser observado pela tabela 24. A importância dada pelos pais à transmissão de informações está diretamente relacionada com a *Independência* sentida por estes relativamente ao Hospital, porque com as suas necessidades de informação satisfeitas sentem-se mais seguros.

Tabela 24 – Independência atribuída à Necessidade de Informação

Frases	Score	Sim (1)		Não (2)		Sem resposta		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
6 - Poder contatar uma assistente social para obter informações sobre ajuda financeira, por causa da hospitalização do meu filho.	70	74,5	22	23,4	2	2,1	94	100	
8 – Que eu receba informações escritas sobre o estado de saúde do meu filho para poder consultar mais tarde (por ex., motivo para o internamento, diagnósticos, nome de medicamentos e dos exames e explicações simples deste género).	91	<b>96,8</b>	2	2,1	1	1,1	94	100	
15 – Que eu seja informado sobre todos os prognósticos possíveis para o meu filho.	86	<b>91,5</b>	7	7,4	1	1,1	94	100	
19 – Que eu seja informado sobre todos os tratamentos que o meu filho vai receber.	84	89,4	10	10,6	0	0,0	94	100	
24 – Aprender a ser informado sobre como a doença e o tratamento afetam o crescimento e desenvolvimento da criança.	84	89,4	9	9,6	1	1,1	94	100	
29 – Que eu esteja preparado para o dia da alta do meu filho e que seja informado sobre qualquer alteração dessa data.	81	86,2	13	13,8	0	0,0	94	100	
31 – Que eu seja informado assim que possível sobre os resultados dos exames realizados ao meu filho.	86	<b>91,5</b>	8	8,5	0	0,0	94	100	
38 – Que eu receba informações exatas sobre o estado de saúde do meu filho.	83	88,3	10	10,6	1	1,1	94	100	
43 – Tomar conhecimento de tudo o que está a ser feito ao meu filho e porquê.	84	89,4	9	9,6	1	1,1	94	100	
49 – Que uma pessoa (um enfermeiro) coordene os serviços e as informações que recebemos no hospital.	81	86,2	13	13,8	0	0,0	94	100	
<b>TOTAL</b>	<b>830</b>	<b>88,3</b>	<b>103</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>0,7</b>	<b>940</b>	<b>100</b>	

### *Necessidade de Suporte e Orientação*

Das respostas obtidas dos pais relativamente às *necessidades de suporte e orientação* por eles sentidas, verifica-se pela tabela 25 que todas foram sentidas no mínimo por 70,2% dos pais e no máximo 93,6%.

83,1% dos pais que sentiram necessidades de suporte e orientação consideraram que cabe ao hospital ajudá-los na gestão destas necessidades.. Apenas 15,3% dos pais não consideraram missão do hospital a satisfação das suas necessidades de suporte e orientação. Com 93,6% (N=88), os pais reconhecem a sua dependência do hospital para com os profissionais de saúde no sentido de que estes os incentivem mais a fazer perguntas; que lhes expliquem a doença e os resultados dos exames (frase 3 e 9); que os aconselhem sobre a preparação para a alta (92,6% e N=87); que os ajudem a tomar consciência das necessidades expressas pelos filhos (85,1% e N=80) entre outras necessidades expressas pelos pais e que podem ser consultadas na tabela 25. Assim, percebe-se maior Independência nos pais face ao hospital se as suas necessidades de suporte e orientação foram satisfeitas.

Tabela 25 – Independência atribuída à Necessidade de Suporte e Orientação

Frases	Score	Sim		Não		Sem resposta		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
2 – Ter reuniões planeadas com outros pais, para partilhar e discutir a experiência da hospitalização do seu filho.		66	70,2	28	29,8	0	0,0	94	100
3 – Que os profissionais de saúde incentivem os pais a fazer perguntas e a procurar respostas.		88	<b>93,6</b>	6	6,4	0	0,0	94	100
7 – Poder encontrar-me com outros pais que tenham experiências semelhantes com filhos doentes.		70	74,5	24	25,5	0	0,0	94	100
9 – Poder perguntar aos enfermeiros e aos médicos como explicar a doença e/ou os exames ao meu filho.		88	<b>93,6</b>	5	5,3	1	1,1	94	100
11 – Ter uma pessoa no Serviço (enfermeiro ou médico) especialmente encarregue de cuidar e responder às suas necessidades dos pais.		80	85,1	14	14,9	0	0,0	94	100
13 – Que eu seja aconselhada(o) durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com o meu filho.		87	<b>92,6</b>	6	6,4	1	1,1	94	100
16 – Ser incentivada(o) pelos profissionais de saúde para vir e ficar com o meu filho.		73	77,7	20	21,3	1	1,1	94	100
17 – Que um enfermeiro me ajude a tomar consciência das minhas próprias necessidades (por ex.: refeições, dormir).		73	77,7	20	21,3	1	1,1	94	100
36 – Saber que posso contactar o Serviço, depois do meu filho ter tido alta.		79	84	14	14,9	1	1,1	94	100
42 – Que eu receba assistência no sentido de tomar consciência das necessidades do meu filho.		80	<b>85,1</b>	14	14,9	0	0,0	94	100
44 – Que possa manter a esperança sobre o estado de saúde do meu filho.		74	78,7	16	17	4	4,3	94	100
50 – Que eu não desespere.		74	78,7	17	18,1	3	3,2	94	100
51 – Que um professor, educador de infância ou animador cultural me ajude a motivar o meu filho e a manter o seu desenvolvimento e aprendizagem.		84	89,4	10	10,6	0	0,0	94	100
<b>TOTAL</b>		<b>1016</b>	<b>83,1</b>	<b>194</b>	<b>15,3</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>1222</b>	<b>100</b>

### *Necessidade de Recursos Físicos e Humanos*

82,5 % dos pais evidenciaram *necessidades relativas a Recursos Físicos e Humanos* como podemos ver pela tabela 24

Na tabela 24 evidenciaram-se as *necessidades dos pais relativamente a Recursos Físicos e Humanos* e à expectativa destes relativamente á resposta hospitalar. Todas essas necessidades apresentaram mais de 75% dos pais a considerar que o hospital deve ajudá-lo na satisfação das mesmas, exceto a necessidade de o serviço disponibilizar um local para os pais estarem sozinhos (frase 1) que apresentou 68,1% dos pais (N=64) As duas necessidades que os pais mais esperam satisfeitas pelo serviço durante a hospitalização do filho com 87,2% (N=82) dos pais a identificarem-na, foram as necessidades relativas à disponibilidade de dormir no quarto do filho (frase 41) e à necessidade de um espaço privado para falar sobre os seus sentimentos e dúvidas (frase 12). Seguiu-se com 86,2% (N=81) os pais que responderam que o hospital deveria ajudá-los a usufruir de um lugar para dormirem no hospital (frase 21). Mais de 80% dos pais face a necessidade como diminuir a sua ansiedade, comer com o filho no serviço, que os enfermeiros compreendam os seus sentimentos, entre outras que constam da tabela 26, os pais consideraram que o hospital deve ajudá-los a superar ou satisfazer estas necessidades.

Tabela 26 – Independência atribuída à Necessidade de Recursos Físicos e Humanos

Frases	Score	Sim		Não		Sem resposta		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1 – Ter um local próprio no Serviço onde os pais possam estar sozinhos.		64	68,1	28	<b>29,8</b>	2	2,1	94	100
5 – Que eu descanse e durma o suficiente.		80	85,1	13	13,8	1	1,1	94	100
10 – Que haja flexibilidade no trabalho do Serviço, de acordo com as necessidades dos pais.		80	85,1	13	13,8	1	1,1	94	100
12 – Que eu tenha possibilidade de falar em privado com o médico ou enfermeiro sobre os meus próprios sentimentos ou preocupações.		82	<b>87,2</b>	12	12,8	0	0,0	94	100
14 – Que eu possa tomar a decisão final sobre o tratamento que o meu filho vai receber, depois de médicos e enfermeiros me terem dado a conhecer as propostas de tratamento.		76	80,9	18	19,1	0	0,0	94	100
21 – Que eu tenha um lugar para dormir no hospital.		81	<b>86,2</b>	12	12,8	1	1,1	94	100
33 – Que os enfermeiros tomem consciência e compreendam os sentimentos dos pais.		79	84	14	14,9	1	1,1	94	100
35 – Sentir que sou importante ao contribuir para o bem-estar do meu filho.		71	75,5	21	22,3	2	2,1	94	100
37 – Que eu receba assistência e apoio no sentido de tomar consciência e compreender as minhas próprias necessidades (ex.: ansiedade, cansaço).		75	79,8	18	19,1	1	1,1	94	100
39 – Que eu me sinta menos ansiosa(o).		76	80,9	17	18,1	1	1,1	94	100
41 – Poder dormir no quarto do meu filho.		82	<b>87,2</b>	11	11,7	1	1,1	94	100
45 – Que eu possa comer com o meu filho, no serviço.		80	85,1	14	14,9	0	0,0	94	100
46 – Que haja casas de banho e duchas para os pais.		80	85,1	14	14,9	0	0,0	94	100
47 – Saber que o meu filho vai ter aulas e atividades para não se atrasar nos estudos e no seu desenvolvimento.		80	85,1	14	14,9	0	0,0	94	100
<b>TOTAL</b>		<b>1086</b>	<b>82,5</b>	<b>219</b>	<b>16,6</b>	<b>11</b>	<b>0,9</b>	<b>1316</b>	<b>100</b>

### *Necessidades relativas à Criança e Outros membros da família*

Na tabela 27, correspondente à NCO, observa-se que 79,5% das respostas dos pais apontam como dever do hospital ajuda-los a superarem as necessidades relativas ao filho hospitalizado e aos outros membros da família. Com evidência para que os pais possam participar nos cuidados de enfermagem prestados ao seu filho (frase 23) com 84% dos pais (N=79).

A existência de uma pessoa no serviço especialmente encarregue de cuidar das necessidades dos filho (frase 20) e que sejam os mesmos enfermeiros a tratar do seu filho a maior parte do tempo (frase 48) surgem, cada uma com 81,9% (N=77) dos pais a considerar que o hospital deveria ajuda-los a superar essas necessidades.

79,5% dos pais espera igualmente que o hospital os ajude a poder participar nos cuidados de enfermagem prestados ao filho, na medida em que receiam a ida para casa,

Segundo Melo (2011), através da avaliação das necessidades específicas de cada família, planeiam-se as intervenções a realizar, os ensinamentos, o desenvolvimento de habilidades para que os pais se sintam mais seguros e demonstrem competências para continuar a prestação de cuidados específicos, que muita vez têm receio de os realizar.

Tabela 27 – Independência atribuída às Necessidades relativas á Criança e Outros membros da família

Frases	Score	Sim (1)		Não (2)		Sem resposta		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
20 – Ter uma pessoa no serviço especialmente encarregue de cuidar das necessidades do meu filho.	77	<b>81,9</b>	17	18,1	0	0,0	94	100	
22 – Que um enfermeiro (ex.: do centro de saúde) acompanhe o meu filho depois de ter tido alta, tendo em conta a sua saúde.	74	78,7	20	21,3	0	0,0	94	100	
23 – Poder participar nos cuidados de enfermagem prestados ao meu filho.	79	<b>84,0</b>	15	16	0	0,0	94	100	
25 – Que eu possa ficar com o meu filho 24 horas por dia, se quiser.	75	79,8	18	19,1	1	1,1	94	100	
27 – Poder prestar cuidados ao meu filho (ex.: dar banho, dar de comer, medir a temperatura).	75	79,8	18	19,1	1	1,1	94	100	
28 – Que eu seja capaz de explicar aos meus familiares, amigos e ao(s) meu(s) outro(s) filho(s), aspetos da hospitalização do meu filho.	71	75,5	22	23,4	1	1,1	94	100	
30 – Que eu tenha tempo para estar com o(s) meu(s) outro(s) filho(s).	70	74,5	23	24,5	1	1,1	94	100	
48 – Que sejam os mesmos enfermeiros a tratar do meu filho a maior parte do tempo.	77	<b>81,9</b>	16	17,0	1	1,1	94	100	
<b>TOTAL</b>	<b>598</b>	<b>79,5</b>	<b>149</b>	<b>19,8</b>	<b>5</b>	<b>0,7</b>	<b>752</b>	<b>100</b>	

Os resultados obtidos mostram que os pais esperam ajuda das equipas de saúde para a concretização de todas as suas necessidades durante a hospitalização da criança. No entanto, esse sentimento evidencia-se mais na Necessidade de sentir que confiam em si (NSCS) seguido da Necessidade de suporte e orientação (NCO), coloca-se a possibilidade de os pais sentirem como fundamentais como resposta á doença dos filhos, porque ao sentir que confiam em si podem participar mais em tudo o que querem e os securiza, necessidade que de certa forma está diretamente relacionada com a necessidade de suporte e orientação, pois que ao sentirem orientação e suporte dos serviços hospitalares sentem-se mais capazes e mais confiantes.

No sentido de tornar mais clara e perceptível a elevada quantidade de informação obtida para as diferentes necessidades sentidas pelos pais na tabela 28 apresentam-se os resultados sumarizados, e através do gráfico 3 torna-se mais visível a informação a transmitir.

Tabela 28 - Independência face ao hospital atribuída pelos pais às diferentes necessidades

INDEPENDÊNCIA	Sim %	Não %
NC	92,0	7,5
NSCS	75,6	23,1
NI	88,3	11,0
NSO	83,1	15,3
NRFH	82,5	16,6
NCO	79,5	19,8

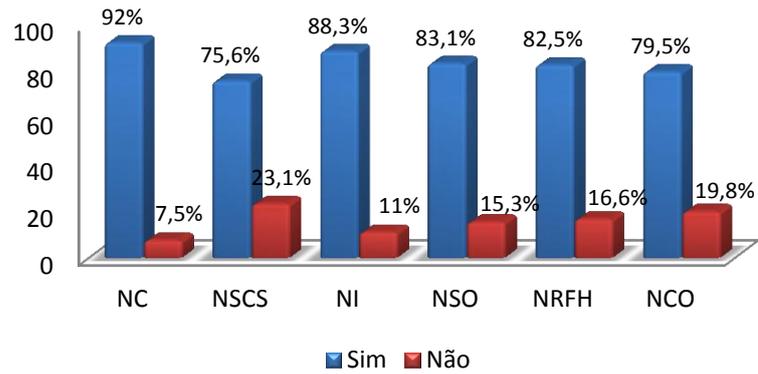


Gráfico 3 – Independência face ao hospital atribuída pelos pais às diferentes necessidades

Seguidamente procede-se à análise da relação existente entre a variável dependente e as independentes, através da análise da escala para a consistência interna bem como o estabelecimento da relação entre as subescalas (*Importância*, *Satisfação* e *Independência*) da escala NPQ.

## 2.5 – RELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS DA ESCALA NPQ

A escala NPQ, vai de encontro aos objetivos propostos, e visto já se encontrar validada para a população portuguesa, neste momento procede-se à avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas.

Os resultados expostos na tabela 29 mostram que a consistência interna é de 0,933 para a escala da *Importância* e 0,946 e 0,964, respetivamente, para as subescalas de *Satisfação* e de *Independência*. Para a escala global o valor obtido do coeficiente de fiabilidade foi de 0,944 (Anexo X). Assim, a consistência interna obtida na avaliação da correlação entre cada escala e as restantes revelou um valor limite que nos permite considerar essa consistência de “muito boa” (superior a 0,8) como se pode confirmar na tabela 26.

Os coeficientes de fiabilidade ( $\alpha$  de Cronbach) apresentaram valores altos de consistência interna em todas as partes do questionário, constatação referida por Reis (2007) quando da validação da escala.

Tabela 29 - Consistência interna da Escala NPQ e suas subescalas

NPQ	$\alpha$ de Cronbach
Subescala Importância	0,933
Subescala Satisfação	0,946
Subescala Independência	0,964
Escala global	0,944

O estudo da correlação entre as subescalas foi obtido pelo coeficiente de correlação de Pearson, para valores de significância inferiores a 0,05.

A análise dos valores obtidos relativamente à correlação entre as diferentes subescalas (tabela 30) mostra-nos a existência de correlação entre a *Importância* que os pais atribuem às diferentes necessidades e a sua *Satisfação* percebida, o que nos permite dizer que quanto maior foi a *Importância* atribuída pelos pais às diferentes categorias de necessidades avaliadas, maior foi a sua *Satisfação* relativamente às necessidades sentidas durante a hospitalização da sua criança ( $p=0,01$ )

A relação entre a subescala *Independência* e a subescala *Satisfação* não apresentou significância.

A análise da relação entre a *Importância* que os pais atribuem às diferentes necessidades e a *Independência* dos pais face ao hospital na satisfação dessas diferentes categorias de necessidades apresentou significância, os valores obtidos de -0,288 mostram uma correspondência negativa, com um ( $p<0,009$ ). Pode-se dizer pelos valores obtidos que, quanto maior for a *Independência* atribuída pelos pais face ao hospital na satisfação das necessidades menor será a *Importância* que os pais atribuem a essas mesmas necessidades. O que de certa forma se compreende, pois que, se se sentirem satisfeitos nas suas necessidades durante a hospitalização do seu filho sentem menos dependência relativamente aos serviços hospitalares.

Tabela 30 – Correlação entre as subescalas Importância, Satisfação e Independência

		SATISFAÇÃO	IMPORTANCIA	INDEPENDENCIA
SATISFAÇÃO	Correlação de Pearson	1	,455**	-,088
	Sig. (2-tailed)		,000	,448
	N	94	94	94
IMPORTANCIA	Correlação de Pearson	,455**	1	-,288**
	Sig. (2-tailed)	,000		,009
	N	94	94	94
INDEPENDENCIA	Correlação de Pearson	-,088	-,288**	1
	Sig. (2-tailed)	,448	,009	
	N	94	94	94

\*\* Correlação significativa para  $p < 0.01$ (2-tailed).

Após se confirmar a existência de correlação significativa ( $p<0,01$ ) entre as duas subescalas *Importância* e *Satisfação*, tentámos apurar a significância existente entre a *Satisfação* dos pais e a *Importância* por eles atribuída mas em cada uma das necessidades identificadas.

Os resultados que se observam pela tabela 31 indicam-nos existir correlação significativa ( $p < 0,05$ ) na *Importância* atribuída a cada necessidade e a *Satisfação* das mesmas. Com exceção da necessidade de confiar (NC) que apresentou um ( $p = 0,113$ ).

Podemos assim concluir que quanto maior a *Informação* maior a *Satisfação* dos pais em quase todas as necessidades sentidas.

Tabela 31 – Correlação de Pearson entre a subescala da Satisfação e a subescala da Importância nas seis categorias de necessidades.

		SATISFAÇÃO
SATISFAÇÃO	Correlação de Pearson	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	94
Importância NC	Correlação de Pearson	,178
	Sig. (2-tailed)	,113
	N	94
Importância NSCS	Correlação de Pearson	,383**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	94
Importância NI	Correlação de Pearson	,375**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	94
Importância NSO	Correlação de Pearson	,403**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	94
Importância NRFH	Correlação de Pearson	,412**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	94
Importância NCO	Correlação de Pearson	,437**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	94

\*\* . Correlação significativa para  $p < 0.01$  (2-tailed).\*\*

Fomos tentar obter os resultados para a correlação entre a subescala da *Importância* e a subescala da *Independência* em todas as necessidades. A observação e análise desses resultados através da tabela 32, permitem-nos dizer que existe correlação entre as duas escalas *Importância* e *Independência* em todas as necessidades, exceto na necessidade de confiar e na necessidade de informação. Pelo que podemos concluir que quanto maior a importância dada às necessidades pelos pais menor a independência destes face a essas mesmas necessidades.

Tabela 32 – Correlação de Pearson entre a subescala da importância e a subescala da independência nas seis categorias de necessidades.

		IMPORTANCIA
IMPORTÂNCIA	Correlação de Pearson	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	94
Independência NC	Correlação de Pearson	-,034
	Sig. (2-tailed)	,757
	N	94
Independência NSCS	Correlação de Pearson	-,246*
	Sig. (2-tailed)	<b>,023</b>
	N	94
Independência NI	Correlação de Pearson	-,162
	Sig. (2-tailed)	,140
	N	94
Independência NSO	Correlação de Pearson	-,267*
	Sig. (2-tailed)	<b>,014</b>
	N	94
Independência NRFH	Correlação de Pearson	-,402**
	Sig. (2-tailed)	<b>,000</b>
	N	94
Independência NCO	Correlação de Pearson	-,250*
	Sig. (2-tailed)	<b>,020</b>
	N	94

\*. Correlação significativa para  $p < 0.05$  level (2-tailed).\*

\*\* . Correlação significativa para  $p < 0.01$  level (2-tailed).\*\*

Após o apuramento das correlações entre as subescalas, segue-se o apuramento de relação entre as “necessidades sentidas” com as “características da amostra” tendo em conta as subescalas da escala global NPQ.

## 2.6 – RELAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES DOS PAIS E AS SUAS CARACTERÍSTICAS

Tendo em conta os valores obtidos na fiabilidade da escala e considerando os objetivos do estudo e o tipo de variáveis, a análise dos dados foi baseada em métodos estatísticos descritivos e inferenciais, com recurso a testes paramétricos (t-student, ANOVA) e a testes não paramétricos (teste de independência do qui-quadrado que vai permitir verificar se duas variáveis estão relacionadas) já que à medida que a dimensão da amostra aumenta, a distribuição da média amostral tende para a distribuição normal (teorema do limite central, este garante que mesmo que os dados não sejam distribuídos conforme uma distribuição normal, a média dos dados converge para a distribuição normal conforme o número de dados aumenta) (Maroco, 2007).

Os testes aplicados visam a identificação de relações com significado estatístico entre as variáveis em estudo. Assim, com o objetivo de operacionalizar o estudo foram apenas analisadas as características com valor estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

Tendo em conta as características dos pais procurou-se saber se existe relação entre as características dos pais (género, idade, área de residência, estado civil, profissão, habilitações literárias, agregado familiar e experiência anterior de internamento) e a *Importância* atribuída, a *Satisfação* e *Independência* percebidas em relação às suas necessidades.

Pela análise da relação existente entre as diversas “*características dos pais*” e a “*Importância atribuída*”, concluiu-se que relativamente ao género ( $p=0,036$ ) e à idade ( $p=0,037$ ) existe significância estatística com a subescala, as restantes características não apresentam valores de significância.

No entanto, ao analisar as seis categorias de necessidades na relação com a *Importância* atribuída pelos pais, conclui-se que o grau de *Importância* atribuída face à “*Necessidade de suporte e Orientação* (NSO) difere para o “*género*” ( $t=2,813$ ;  $p=0,006$ ) e para o “*grupo etário*” ( $p=0,003$ ), e nas “*Necessidades relativas à criança e outros membros da família* NCO” relativamente a “*experiência anterior de internamento*” ( $p=0,043$ ).

Tabela 33 – Significância da relação entre o género dos pais e a NSO e a subescala da *Importância*

	Género Pais	N	Média	Desvio Padrão	t-student	p value
Importância NSO	Feminino	87	57,0230	5,94935	2,813	0,006
	Masculino	4	48,2500	9,42956		
IMPORTANCIA	Feminino	82	228,0122	19,55334	2,135	0,036
	Masculino	4	206,5000	22,84002		

Assim podemos afirmar que existem diferenças significativas entre o *género dos pais* que se encontram a acompanhar a criança e a *necessidade de suporte e orientação*.

O grupo etário ao apresentar um  $p=0,037$  para a subescala da *Importância* significa que existe relação estatisticamente significativa entre a variável do “*grupo etário*” com a subescala da *Importância*, apresenta uma média total de 226,532 e um desvio padrão de 6,31037, verificando-se que na categoria da NSO, o grupo etário é estatisticamente significativo para com a *importância* atribuída pelos pais ( $p=0,003$ ), no qual o grupo dos pais com idade compreendida dos 20-24 apresenta um valor de média de 63,00 atribuindo assim maior grau de *importância* à categoria da *necessidade de suporte e orientação*, seguindo-se o grupo etário dos 45 aos 49 anos.

Tabela 34 – Significância da relação entre a idade dos pais e a NSO e a subescala da Importância

	Grupo etário	N	Média	Desvio padrão	p value
Importância NSO	20-24	2	63,0000	2,82843	0,003
	25-29	18	56,8333	5,49063	
	30-34	32	57,5938	4,39104	
	35-39	23	54,6087	7,96435	
	40-44	10	56,1000	5,21643	
	45-49	3	61,0000	2,64575	
	55-60	1	35,0000	.	
Total	89	56,4831	6,31037		
IMPORTANCIA	20-24	2	250,5000	4,94975	0,037
	25-29	16	227,6250	18,80736	
	30-34	32	229,1250	15,88010	
	35-39	22	222,0000	24,84044	
	40-44	8	222,7500	16,29855	
	45-49	3	238,0000	8,71780	
	55-60	1	173,0000	.	
Total	84	226,5238	20,03820		

Com “*experiência anterior de internamento*” existe relação estatisticamente significativa para com a NCO ( $t=2,055$ ;  $p=0,043$ ), os resultados apresentam que os pais com “*experiência anterior de internamento*” têm uma média de 36,35 e um desvio padrão de 3,27.

Tabela 35 – Significância da relação entre a experiência anterior de internamento e a Importância NCO

	Experiência anterior de internamento	N	Média	Desvio padrão	t-student	p value
IMPORTÂNCIA NCO	Sim	45	36,3556	3,26939	2,055	0,043
	Não	47	34,8723	3,63328		

Relativamente à satisfação sentida pelos pais pode-se verificar que apenas existem diferenças significativas relativamente a NCO e ao “*grupo etário*” dos pais, com ( $p=0,050$ ). O grupo de pais inserido na classe 45-49 anos é o se pode afirmar que se encontra mais satisfeito em relação a essa categoria de necessidade com uma média de 35,33 seguido da classe dos 20-24 anos com uma média de 35,00.

Tabela 36 – Significância da relação entre a idade dos pais e a Satisfação da NCO

	Grupo etário	N	Média	Desvio Padrão	p value
SATISFAÇÃO NCO	20-24	2	35,0000	7,07107	0,050
	25-29	18	31,9444	3,60510	
	30-34	31	30,4839	4,16230	
	35-39	21	31,8095	5,64464	
	40-44	10	29,1000	3,38132	
	45-49	3	35,3333	3,51188	
	55-60	1	21,0000	.	
	Total	86	31,1163	4,62326	

As restantes características dos pais não apresentam valores que permitam afirmar que existem diferenças significativas entre as mesmas e a satisfação que atribuem às diferentes necessidades.

Relativamente à independência percebida pelos pais, ao utilizar o teste do qui-quadrado para um ( $p < 0,05$ ), verifica-se pelos resultados obtidos de que entre as características dos pais, a que mostra uma diferença estatisticamente significativa face às necessidades percebidas é o género dos pais para com a NRFH, e a profissão para com a NSCS e para com a NSO, as restantes características não apresentam valores com significância.

Pela análise do teste do qui-quadrado ( $\chi^2 = 5,206$  e  $p = 0,023$ ), pode-se concluir que existem diferenças significativas entre o género dos pais e a independência na necessidade de recursos físicos e humanos, ou seja a perceção dos pais consoante o seu género sendo o predominante o feminino, vai influenciar na NRFH, bem como também em relação a subescala da independência em que o valor de  $\chi^2 = 42,948$  com um  $p = 0,026$  (tabela 37), assim pode-se inferir que o género feminino é aquele que considera que o hospital o deve ajudar a superar a NRFH na medida em que são as mães que acompanham mais a criança durante a hospitalização, logo são elas que mais sentem a NRFH quanto mais satisfeita esta necessidade maior a sua independência face ao hospital.

Tabela 37 – Significância da relação entre o género dos pais, a NRFH e a subescala da Independência

		Género Pais		Total	Qui-quadrado ( $\chi^2$ )	p value
		Feminino (F)	Masculino (F)			
Independência na NRFH	Sim	77	3	80	5,206	0,023
	Não	7	2	9		
<b>Total</b>		<b>84</b>	<b>5</b>	<b>89</b>		
Subescala da Independência	Sim	63	2	65	42,948	0,026
	Não	15	1	16		
<b>Total</b>		<b>78</b>	<b>3</b>	<b>81</b>		

Quanto a profissão dos pais, foi outra característica que apresentou valores de significância estatística. Isto é pelo teste do qui-quadrado, verificou-se que a profissão para com a NSCS e para a NSO apresentou valores  $p < 0,05$ . Pela análise da tabela 38 pode-se dizer que os *trabalhadores não qualificados* são os que apresentam maior grau de *Independência* face ao hospital na *necessidade de sentir que confiam em si* e na *necessidade de suporte e orientação*, relativamente as outras profissões.

Tabela 38 – Significância da relação entre as profissões com a Independência das necessidades NSCS e NSO

Profissões	Independência na NSCS					Independência na NSO				
	Sim	Não	Total	Qui quadrado ( $\chi^2$ )	<i>p</i> value	Sim	Não	Total	Qui quadrado ( $\chi^2$ )	<i>p</i> value
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	9	5	14	19,716	0,003	11	3	14	14,830	0,022
Técnicos e profissões de nível intermédio	8	2	10			10	0	10		
Pessoal administrativo	4	1	5			3	2	5		
Trabalhadores dos serviços pessoais, proteção, segurança e vendedores	1	3	4			4	0	4		
Operadores de instalações e máquinas, trabalhadores da montagem	3	0	3			2	1	3		
Trabalhadores não qualificados	23	2	25			23	1	24		
Desempregados	19	0	19			19	0	19		
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>13</b>	<b>80</b>			<b>72</b>	<b>7</b>	<b>79</b>		

Em resumo, da amostra em estudo conclui-se que em relação as características dos pais: existem diferenças significativas entre o género dos pais que se encontram a acompanhar a criança e a importância para com a necessidade de suporte e orientação;

o grupo de pais com idade compreendida entre 20-24 anos atribui mais importância à categoria da necessidade de suporte e orientação;

- os pais com experiência anterior de internamento atribuem mais importância a categoria das necessidades relacionadas com a criança doente e com outros membros da família;

- os pais com idade compreendida entre os 45-49 anos são os que se apresentam mais satisfeitos na categoria das necessidades relacionadas com a criança doente e com outros membros da família;

- a percepção do género feminino dos pais quanto à independência face ao hospital é significativa para a necessidade de recursos físicos e humanos, como também para a subescala da independência no seu todo;

- os pais que são trabalhadores não qualificados são os que apresentam um grau de independência face ao hospital maior na necessidade de sentirem que confiam em si e na necessidade de suporte e orientação em relação a satisfação das suas necessidades.

## 2.7 – RELAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES DOS PAIS E AS CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Quanto às características das crianças procurou-se saber se “Existe relação entre as características gênero, idade, doença atual e gravidade da doença e, a Importância atribuída, a Satisfação e a Independência percebida em relação às suas necessidades.”

Os dados encontrados não permitem afirmar relações entre o *gênero* da criança e a importância atribuída, a satisfação e a independência percebida pelos pais uma vez que os valores não são estatisticamente significativos.

Quanto a “*idade*”, apenas apresentou valores de significância para com a *Importância* atribuída à NRFH, com ( $p=0,032$ ), para com a *Satisfação* e a *Independência* percebida pelos pais não se verificou relação de significância uma vez que os valores não se apresentaram estatisticamente significativos. No grupo etário, os pais de crianças com idade compreendida entre 7-12 anos são os que atribuem mais *Importância* à necessidade de recursos físicos e humanos com uma média de 66,00 e um desvio padrão de 4,65.

Tabela 39 – Significância da relação entre a idade da criança e a Importância da NRFH

	Grupo etário	N	Média	Desvio padrão	p value
Importância NRFH	0-12 meses	25	60,0400	8,13163	0,032
	1-3 anos	35	59,0000	5,61511	
	4-6 anos	17	63,5294	7,43402	
	7-12 anos	8	66,0000	4,65986	
	13-18 anos	8	59,1250	5,64263	
	Total	93	60,7204	6,92407	

Na “*doença atual*” da criança internada, na categoria da necessidade de confiar e na categoria das necessidades relacionadas com a criança e outros membros da família não se verificou o estabelecimento de relação com a *Importância* atribuída pelos pais na medida em que não apresentou valores de significância. Contudo observou-se que existe relação entre a *Importância* atribuída pelos pais às necessidades categorizadas e a doença da criança, a qual surge com um  $p=0,032$ .

Dentro da subescala da *Importância*, existe relação entre a “*doença atual*” da criança com a necessidade de sentir que confiam em si ( $p=0,001$ ), com a necessidade de informação ( $p=0,010$ ), com a necessidade de suporte e orientação ( $p=0,001$ ) e, com a necessidade de recursos físicos e humanos ( $p=0,031$ ), (tabela 40).

Tabela 40 – Significância da relação entre a doença atual da criança e a Importância

	Doença atual	N	Média	Desvio padrão	p value
Importância NSCS	Respiratória	39	18,5385	1,74486	0,001
	Cardíaca	2	20,0000	,00000	
	Urológica e renal	3	13,0000	2,64575	
	Ortopédica	1	20,0000	.	
	Neurológica	7	17,7143	3,09377	
	Metabólica	3	20,0000	,00000	
	Gastrointestinal	16	16,7500	2,72029	
	Garganta e ouvidos	3	19,6667	,57735	
	Situação cirúrgica	3	17,3333	3,05505	
	Clinica mal definida	9	18,1111	1,69148	
	Outras doenças	5	19,2000	,83666	
	Total	91	18,0659	2,34664	
Importância NI	Respiratória	40	46,6000	2,68710	0,010
	Cardíaca	2	49,0000	1,41421	
	Urológica e renal	3	41,3333	5,13160	
	Ortopédica	1	49,0000	.	
	Neurológica	7	47,8571	1,46385	
	Metabólica	3	49,3333	1,15470	
	Gastrointestinal	16	46,1875	3,33104	
	Garganta e ouvidos	3	48,3333	2,88675	
	Situação cirúrgica	3	43,3333	2,30940	
	Clinica mal definida	8	45,0000	3,50510	
	outras doenças	5	48,0000	1,87083	
	Total	91	46,5055	3,07814	
Importância NSO	Respiratória	39	57,2821	4,80103	0,001
	Cardíaca	2	59,5000	,70711	
	Urológica e renal	3	41,0000	14,93318	
	Ortopédica	1	57,0000	.	
	Neurológica	7	60,5714	2,63674	
	Metabólica	3	59,3333	1,52753	
	Gastrointestinal	16	56,0000	4,85798	
	Garganta e ouvidos	3	61,6667	2,30940	
	Situação cirúrgica	3	54,0000	10,14889	
	Clinica mal definida	8	54,0000	8,53564	
	Outras doenças	5	58,6000	3,50714	
	Total	90	56,7000	6,33600	
Importância NRFH	Respiratória	39	61,7436	6,46333	0,031
	Cardíaca	2	66,0000	2,82843	
	Urológica e renal	3	50,6667	9,01850	
	Ortopédica	1	65,0000	.	
	Neurológica	7	62,4286	3,99404	
	Metabólica	3	68,0000	2,64575	
	Gastrointestinal	16	57,6250	6,73177	
	Garganta e ouvidos	3	65,0000	7,81025	
	Situação cirúrgica	3	60,3333	6,42910	
	Clinica mal definida	9	57,4444	8,57483	
	Outras doenças	5	63,0000	5,87367	
	Total	91	60,7473	6,99777	
IMPORTÂNCIA	Respiratória	37	229,8649	17,25489	0,006
	Cardíaca	2	242,5000	3,53553	
	Urológica e renal	3	185,3333	35,16153	
	Ortopédica	1	238,0000	.	
	Neurológica	7	233,1429	10,69935	
	Metabólica	2	246,0000	4,24264	
	Gastrointestinal	16	220,9375	18,22624	
	Garganta e ouvidos	3	242,6667	16,19671	
	Situação cirúrgica	3	220,0000	25,53429	
	Clinica mal definida	7	220,0000	25,38372	
	Outras doenças	5	235,8000	12,79453	
	Total	86	227,3256	20,15612	

Os pais das crianças com doença cardíaca, ortopédica e metabólica atribuem mais *Importância* à NSCS, com um valor de média de 20,00 e um desvio padrão de 0,00. Os pais das crianças com doença metabólica atribuem também mais *Importância* do que os restantes à NI (média de 49,333 e desvio padrão de 1,154) e à NRFH (média de 68,00 e desvio padrão de 2,64575). Quanto à NSO evidenciam-se os pais das crianças com doenças de garganta e ouvidos (média de 61,666 e desvio padrão de 2,3094).

Para com a Satisfação atribuída pelos pais, não existe relação com a doença atual da criança internada na medida em que os dados estatísticos obtidos não apresentam valores de significância.

Para a independência face ao hospital atribuída pelos pais, pela análise da tabela 41, concluiu-se haver relação estatisticamente significativa entre a doença da criança hospitalizada e a necessidade de informação, logo podemos inferir que qualquer que seja a doença da criança hospitalizada, esta altera a percepção dos pais acerca das necessidades de informação ( $\chi^2 = 20,909$  e  $p = 0,022$ ).

Tabela 41 – Significância da relação entre a doença da criança e a Independência da necessidade de informação

Doença atual	Independência na Necessidade de Informação			Qui quadrado ( $\chi^2$ )	p value
	Sim	Não	Total		
Respiratória	34	4	38	20,909	0,022
Cardíaca	2	0	2		
Urológica e Renal	2	1	3		
Ortopédica	1	0	1		
Neurológica	7	0	7		
Metabólica	2	0	2		
Gastrointestinal	16	0	16		
Garganta e Ouvidos	3	0	3		
Situação cirúrgica	1	2	3		
Clinica mal definida	8	0	8		
Outras doenças	5	0	5		
Total	81	7	88		

Na característica da “*gravidade da doença*” da criança, verificou-se que para com a *Importância* não existem valores estatisticamente significativos. Para com a *Satisfação* sentida pelos pais emerge dos resultados obtidos a existência de relação estatisticamente significativa para a necessidade de confiança ( $p = 0,011$ ), na medida em que a maioria dos pais considera a doença do filho grave com resultados de média de 9,22 e desvio padrão de 0,911 e tendo em conta o valor de  $p$ , pode-se dizer que os pais estão satisfeitos face a necessidade de confiança considerada.

Tabela 42 – Significância da relação entre a gravidade da doença e a Satisfação da NC

	Gravidade da doença	N	Média	Desvio Padrão	p value
Satisfação NC	Não é grave	26	8,7692	1,17670	0,011
	Grave	59	9,2203	,91100	
	Muito grave	9	8,1111	1,83333	
	Total	94	8,9894	1,14060	

Perante a *Independência* atribuída pelos pais ao hospital, dos resultados obtidos, verifica-se a existência de relação estatisticamente significativa da “*gravidade da doença*” para com as necessidades relativas à criança e outros membros da família ( $\chi^2= 10,174$  e  $p=0,006$ )

Os valores do *p value* da tabela 43 demonstram haver diferenças estatisticamente significativas entre a “*gravidade da doença*” considerada pelos pais e a *Independência* face à necessidade relativa a criança e outros membros da família, posto isto, os resultados demonstram que a gravidade da doença considerada pelos pais modifica a percepção dos pais acerca da independência face ao hospital atribuída pelos pais na NCO.

Tabela 43 – Significância da relação entre a gravidade da doença da criança e a categoria da NCO

		Gravidade			Total	Qui- quadrado ( $\chi^2$ )	p value
		Não é grave	Grave	Muito grave			
Independência NCO	Sim	20	53	5	78	10,174	0,006
	Não	6	4	4	14		
Total		26	57	9	92		

Em suma, face às características da criança conclui-se que:

- os pais das crianças com idade entre 7-12 anos são os que dão mais importância à necessidade de recursos físicos e humanos;
- os pais das crianças com doença cardíaca, ortopédica e metabólica atribuem mais importância à necessidade de sentir que confiam em si;
- os pais das crianças com doença metabólica, atribuem mais importância à necessidade de informação e à necessidade de recursos físicos e humanos;
- os pais das crianças com doença da garganta e dos ouvidos dão mais importância à necessidade de suporte e orientação;
- a doença da criança faz com que os pais apresentem maior grau de independência do hospital face à satisfação da necessidade de informação;
- a gravidade da doença considerada pelos pais vai alterar a percepção dos pais sobre a independência face ao hospital na categoria das necessidades relativas à criança e outros membros da família.

## 2.8 – RELAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES DOS PAIS E AS CARACTERÍSTICAS DA HOSPITALIZAÇÃO

Quanto às características da hospitalização procurou-se saber se: “Existe relação entre as características da hospitalização (tipo de admissão, acolhimento, responsável pelo acolhimento, número de hospitalizações e oportunidades de participação nos cuidados) e a Importância atribuída, à Satisfação e a Independência percebida em relação às suas necessidades.”

O “*tipo de admissão*” nos dados obtidos não apresenta valores com significância estatística para com a *Importância* atribuída pelos pais. Relativamente à *Satisfação*, verifica-se que existem diferenças significativas relativamente às necessidades categorizadas, com exceção da NSCS e da NRFH. Em média verifica-se na tabela 44 que para a necessidade de confiar ( $t=8,637$ ;  $p=0,001$ ), de informação ( $t=2,019$ ;  $p=0,047$ ), de suporte e orientação ( $t=2,057$ ;  $p=0,043$ ) e relativa à criança e outros membros da família ( $t=2,129$ ;  $p=0,036$ ), o tipo de admissão planeada é aquela em que os pais sentem mais satisfação (média sempre superior) do que a não planeada, sendo uma diferença estatisticamente significativa.

Tabela 44 – Significância da relação entre o tipo de admissão e a Satisfação das necessidades

	<b>Tipo de admissão</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>t-student</b>	<b>p value</b>
Satisfação NC	Planeada	5	10,0000	,00000	8,637	0,000**
	Não planeada	86	9,0000	1,07375		
Satisfação NI	Planeada	5	43,2000	4,32435	2,019	0,047
	Não planeada	82	36,8415	6,93616		
Satisfação NSO	Planeada	4	54,0000	5,71548	2,057	0,043
	Não planeada	82	45,9512	7,70266		
Satisfação NCO	Planeada	5	35,6000	3,64692	2,129	0,036
	Não planeada	81	31,1481	4,57742		
SATISFAÇÃO	Planeada	4	225,0000	17,33974	2,438	0,017
	Não planeada	73	191,2055	27,32518		

Correlação significativa para  $p < 0.01$ \*\*

Face a *Independência*, pelos valores do qui-quadrado e valor de significância que se observam na tabela 45 conclui-se que existe relação significativa entre o tipo de admissão e as categorias referenciadas, o que nos leva a dizer que o tipo de admissão da criança na hospitalização influencia a percepção dos pais na independência para com o hospital.

Tabela 45 – Significância da relação entre o tipo de admissão e a independência das necessidades

Independência		Tipo de Admissão		Total	Qui quadrado ( $\chi^2$ )	p value
		Planeada	Não planeada			
NC	Sim	4	83	87	4,564	0,033
	Não	1	2	3		
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>85</b>	<b>90</b>		
NSO	Sim	2	74	76	6,887	0,009
	Não	2	7	9		
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>81</b>	<b>85</b>		
NRFH	Sim	2	76	78	14,103	0,000**
	Não	3	6	9		
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>82</b>	<b>87</b>		
NCO	Sim	2	73	75	7,832	0,005
	Não	3	11	14		
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>84</b>	<b>89</b>		
INDEPENDÊNCIA	Sim	2	62	64	46,316	0,012
	Não	2	14	16		
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>76</b>	<b>80</b>		

Correlação significativa para  $p < 0.01^{**}$

Quanto ao “acolhimento” realizado, os valores estatísticos obtidos não permitem afirmar que existem relações com a *Importância* atribuída pelos pais, visto não serem significativos. Quanto à *Satisfação*, em média os pais encontram-se mais satisfeitos para com a necessidade de confiança e de sentir que confiam em si. A maioria dos pais, consideram um bom acolhimento (média de 9,10 e desvio padrão de 1,121) o que lhes aumenta a satisfação na necessidade de confiança ( $p=0,047$ ) e de sentir que confiam em si ( $p=0,006$ ).

Tabela 46 – Significância da relação entre o Acolhimento e a Satisfação das necessidades

	Acolhimento	N	Média	Desvio Padrão	p value
Satisfação NC	Bom	75	9,1067	1,12194	0,047
	Razoável	19	8,5263	1,12390	
	<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>8,9894</b>	<b>1,14060</b>	
Satisfação NSCS	Bom	74	16,9459	2,47670	0,006
	Razoável	19	15,0000	3,31662	
	<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>16,5484</b>	<b>2,76435</b>	

Para a *Independência*, segundo os valores observados do qui-quadrado e de significância explícitos na tabela 47 pode-se dizer que existe relação significativa entre o “acolhimento” realizado aos pais e criança, com a necessidade de sentir que confiam em si e com as necessidades relativas à criança e outros membros da família, concluindo-se assim que o acolhimento realizado influencia a percepção dos pais na *Independência* para com o hospital na NSCS e na NCO.

Tabela 47 – Significância da relação entre o acolhimento e a independência na NSCS e NCO

Independência		Acolhimento		Total	Qui quadrado ( $\chi^2$ )	p value
		Bom	Razoável			
NSCS	Sim	57	19	76	4,740	0,029
	Não	15	0	15		
	<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>19</b>	<b>91</b>		
NCO	Sim	60	18	78	4,017	0,045
	Não	14	0	14		
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>18</b>	<b>92</b>		

Perante o “*responsável pelo acolhimento*”, verifica-se pelos resultados obtidos que, esta variável apenas apresentou valores de significância para com a *Importância* atribuída à NC com  $p=0,001$ , onde os enfermeiros surgem como a pessoa que mais recebeu a criança e os pais (média de 9,846 e um desvio padrão de 0,441), o que veio atribuir mais *Importância* à necessidade de confiar por parte dos pais (tabela 48). Quanto a *Satisfação e Independência* percebida pelos pais, não apresentaram valores estatisticamente significativos.

Tabela 48 – Significância da relação entre o responsável pelo acolhimento e a Importância da NC

	Responsável pelo acolhimento	N	Média	Desvio Padrão	p value
Importância NC	Enfermeira/o	65	9,8462	,44126	0,000**
	Médica/o	28	9,8929	,31497	
	Assistente operacional	1	8,0000	.	
	Total	94	9,8404	,44729	

Correlação significativa para  $p<0,01$ \*\*

Os dados estatísticos obtidos não permitem afirmar existir relação entre o número de hospitalizações e as oportunidades de participação nos cuidados uma vez que os valores não são estatisticamente significativos entre essas duas características e a *Importância* atribuída pelos pais bem como pela *Satisfação e Independência* percebida durante a hospitalização.

Em resumo, conclui-se que:

- o tipo de admissão planeada é aquela em que os pais sentem mais satisfação, apresentando relação com a NC, NI, NSO, NCO;
- o tipo de admissão da criança/pais na hospitalização influencia a percepção dos pais na independência para com o hospital;
- os pais consideram que um bom acolhimento satisfaz-lhes mais a NC e a NSCS;
- o acolhimento realizado influencia a percepção dos pais na independência para com o hospital na NSCS e na NCO;
- o responsável pelo acolhimento veio contribuir para que os pais atribuíssem mais importância à NC.

Estes resultados podem-se comparar com os resultados encontrados por Bragadóttir (1998), em que os resultados por ele investigado demonstraram que há evidências da influência de alguns fatores sobre as necessidades dos pais em contexto hospitalar nomeadamente, a distância entre a casa e o hospital, o tempo de internamento e a severidade da doença. Shields, Kristensson-Hallstrom e O’Callaghan (2004) no estudo que realizaram sobre as percepções dos pais e equipa de saúde face às necessidades dos pais da criança hospitalizada num Hospital Pediátrico na Suécia no qual utilizaram o mesmo instrumento de colheita de dados (Needs of Parents of Children Hospitalized Questionnaire), os resultados por eles obtidos mostraram

diferenças significativas entre as percepções dos pais e a Importância das diferentes necessidades. As necessidades parentais diferem de acordo com o gênero, o nível de instrução dos pais, com a doença da criança, o conhecimento e a experiência dos pais e o apoio recebido pelos profissionais, quer na admissão, quer durante o internamento. A interação manifestada pelos pais e equipa de saúde, levaram a compreender as mudanças produzidas no papel parental na admissão da criança no hospital e na informação cedida pelos profissionais de saúde.

Kyritsi, Matziou, Perdikaris e Evagelou (2005), desenvolveram também um estudo num Hospital Pediátrico de Atenas, onde aplicaram o mesmo instrumento, a escala NPQ, os resultados obtidos apresentaram que os pais das crianças hospitalizadas têm as mais variadas necessidades de acordo com o parentesco (ser mãe ou pai), as habilitações literárias, a nacionalidade, a idade da criança e o diagnóstico da doença. As necessidades evidenciadas para melhor cuidarem da criança são a informação constante, o apoio e a confiança na equipa de saúde.

No estudo realizado por Reis (2007), em que também foi utilizada a mesma escala NPQ, os resultados obtidos mostraram que, os pais das crianças hospitalizadas deram mais Importância às necessidades de confiar e de informação, e têm maior satisfação quando se encontram satisfeitos na necessidade de confiar e na necessidade de sentirem que confiam em si e em todas as necessidades expressas a maioria dos pais se encontram dependentes da ajuda do hospital para superar as suas necessidades.

## CONCLUSÕES

Com a concretização deste estudo, houve uma construção de conhecimento em áreas específicas de atuação, houve igualmente um desenvolvimento de competências na abordagem às famílias das crianças hospitalizadas, assim como uma aprendizagem na valorização do papel parental na parceria de cuidados, tal como refere Reis (2007).

A hospitalização de uma criança é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, com capacidade para desencadear uma situação de crise, logo, para que os pais possam ajudar a criança durante a hospitalização é necessário que os enfermeiros se centrem no papel parental, identifiquem quais as suas necessidades sentidas durante a mesma facilitando a adaptação da criança e da família à hospitalização.

A presença dos pais nos serviços de pediatria veio introduzir uma nova dinâmica de trabalho, dando um novo movimento à equipa de enfermagem, na medida em que têm que envolver os pais nos cuidados a prestar à criança, independentemente da predisposição e capacidade destes ou da situação da criança.

A participação dos pais nos cuidados implica uma relação de parceria com a equipa de saúde com vista a promover o bem-estar da criança.

Assim, foram identificadas as necessidades percecionadas pelos pais da criança hospitalizada, sendo elas a Necessidade de Confiar, Necessidade de Sentir que Confiam em Si (NSCS), a Necessidade de Informação (NI), a Necessidade de Suporte e Orientação (NSO), a Necessidade de Recursos Físicos e Humanos (NRFH) e as Necessidades relativas à Criança e Outros membros da família (NCO) tendo sido atingido o primeiro objetivo proposto.

Após identificadas as necessidades, e na tentativa de atingir outro dos objetivos, identificou-se qual a Importância, a Satisfação e a Independência que os pais atribuem às diferentes necessidades.

Pelo que se observou que os pais atribuíram maior **Importância** à Necessidade de Confiar, na medida em que 100% dos pais distribuíram a sua avaliação entre o muito importante (92%) e o importante (8%), seguida da Necessidade de Informação com 93% de importância atribuída, no qual a distribuição dos pais foi de 74,3% para muito importante e 18,7% para importante. Na Necessidade de Sentir que Confiam em Si, 67,8% dos pais consideraram esta necessidade como muito importante. A Necessidade relativa à Criança e Outros membros da família surge como “muito importante” para 63% dos pais, a

Necessidade de Suporte e Orientação com 59,4% e por fim a Necessidade de Recursos Físicos e Humanos com 56,8%.

Quanto ao grau de **Satisfação** dos pais da criança hospitalizada face às diferentes necessidades identificadas, verificou-se que os pais se encontram completamente (58,5%) e quase sempre (34,5%) satisfeitos na Necessidade de Confiar num total de 93% dos pais; seguida da Necessidade de Sentir que Confiam em Si com 46,8% dos pais a sentirem-se completamente satisfeitos e com 29,8% quase sempre satisfeitos; na Necessidade relativa à Criança e Outros membros da família revelou-se satisfação completa em 42,3% dos pais e 22,7% quase sempre satisfeitos; a Necessidade de Recursos Físicos e Humanos mostra 35,5% de completa satisfação dos pais e 19,8% quase sempre satisfeitos, a Necessidade de Informação com 29,9% de completa satisfação e 31,7% quase sempre satisfeitos e por fim a Necessidade de Suporte e Orientação com 28,3% completa satisfação e 27,1% quase sempre satisfeitos.

O último objetivo a que nos propusemos foi igualmente atingido e, refere-se à identificação da **Independência** percebida pelos pais da criança hospitalizada face às necessidades por eles reconhecidas aquando da hospitalização da sua criança. Os resultados obtidos evidenciaram mais a Necessidade de Confiar com 92% das respostas dadas pelos pais respondendo afirmativamente: “sim”, que o hospital deveria ajuda-los a superar essa necessidade; seguiu-se a Necessidade de Informação com 88,3% de respostas afirmativas dos pais, a Necessidade de Recursos Físicos e Humanos com 82,5%, a Necessidade relativa à Criança e Outros membros da família com 79,5% e por fim a Necessidade de Sentir que Confiam em Si com 75,6%.

Quanto às hipóteses colocadas neste trabalho, tentou-se verificar a existência de relação entre algumas características dos pais, da criança hospitalizada e da própria hospitalização, e a importância atribuída, a satisfação e a independência percebidas em relação às suas necessidades.

Quanto às características dos pais verificou-se que existe relação entre a característica género e a característica idade face a *Importância* atribuída à Necessidade de Suporte e Orientação, como também para a subescala da Importância; a experiência anterior de internamento apresentou relação com a importância atribuída à Necessidade relativa à Criança e Outros Membros da família. Relativamente à *Satisfação* apenas se verificou relação entre a idade e a satisfação percebida na Necessidade relativa à Criança e Outros membros da família. Relativamente à *Independência* verificou-se relação entre o género e a independência face à necessidade de Recursos Físicos e Humanos e também para com a própria subescala da

independência, outra característica que apresentou relação para com a independência face à Necessidade de Sentir que Confiam em Si e a Necessidade de Suporte e Orientação foi a profissão dos pais.

As características da criança apresentaram relação entre a idade da criança e a *Importância* atribuída à Necessidade de Recursos Físicos e Humanos; a doença atual da criança e a *Importância* atribuída à Necessidade de Sentir que Confiam em Si, à Necessidade de Informação, à Necessidade de Suporte e Orientação e à Necessidade de Recursos Físicos e Humanos, bem como com a própria subescala da importância. Apenas existe relação entre a gravidade da doença para com a satisfação sentida na Necessidade de Confiar. Quanto à *Independência* verificou-se a existência de relação com a doença atual percebida pelos pais e a Necessidade de Informação, assim como na Gravidade da doença e Necessidade relativa à Criança e Outros membros da família.

Quanto às características da hospitalização, verificou-se existir relação entre o responsável pelo acolhimento e a *Importância* atribuída pelos pais à Necessidade de Confiar. Quanto à *Satisfação* verificou-se relação com o tipo de admissão da criança à hospitalização com a Necessidade de Confiar, com a Necessidade da Informação, com a Necessidade de Suporte e Orientação e com a Necessidade relativa à Criança e Outros membros da família. A subescala da Satisfação, também apresentou relação com o acolhimento, com a Necessidade de Confiar e com a Necessidade de Sentir que Confiam em Si. Para finalizar verificou-se existir relação entre o tipo de admissão e a *independência* percebida pelos pais face ao hospital na Necessidade de Confiar, na Necessidade de Suporte e Orientação, na Necessidade de Recursos Físicos e Humanos e na Necessidade relativa à Criança e Outros membros da família, como também para a escala da independência. O acolhimento também evidencia uma relação para com a *Independência* percebida pelos pais na Necessidade de Sentir que Confiam em Si e na Necessidade relativa à Criança e outros membros da família.

Assim, em forma de sumarização os resultados revelam que:

- Os pais das crianças hospitalizadas atribuíram mais importância à Necessidade de Confiar e à Necessidade de Informação;
- Os pais das crianças hospitalizadas apresentam mais satisfeitos face à Necessidade de Confiar e a Necessidade de Sentir que confiam em Si são satisfeitas;
- Os pais esperam da equipa de saúde a ajuda necessária para a satisfação de todas as suas necessidades durante a hospitalização da criança;
- O género feminino com idade compreendida entre 20-24 anos e que se encontra a acompanhar a criança hospitalizada, atribuí mais importância à Necessidade de Suporte e Orientação;

- Os pais com idade compreendida entre 45-49 anos, são os que se apresentam mais satisfeitos na Necessidade relativa à Criança e Outros membros da família;
- A percepção do género feminino quanto à Independência face ao hospital é significativa para com a Necessidade de Recursos Físicos e Humanos;
- Os pais das crianças com idade entre 7-12 anos são os que atribuem mais Importância à Necessidade de Recursos Físicos e Humanos
- Qualquer que seja a doença da criança, os pais apresentam um grau de independência do hospital quanto maior for a satisfação da Necessidade de Informação;
- Os pais que consideram a doença do filho uma situação clínica grave encontram maior satisfação face à Necessidade de Confiar;
- A admissão planeada é aquela em que os pais sentem mais satisfação nomeadamente na Necessidade de Confiar, na Necessidade de Informação, na Necessidade de Suporte e Orientação e na Necessidade relativa à Criança e Outros membros da família;
- Os pais consideram que um bom acolhimento lhes aumenta a satisfação na Necessidade de Confiar e na Necessidade de Sentir que Confiam em Si, não esquecendo que é muito importante para os pais poder confiar nos responsáveis profissionais nomeadamente o enfermeiro e o médico, que são quem faz o acolhimento;

Da análise às questões abertas verifica-se pelas respostas obtidas dos pais o reforço da necessidade de confiar, de sentir que confiam em si, de informação, de suporte e orientação e da necessidade de recursos físicos e humanos.

Assim, conclui-se que cerca de 80% dos pais considera de importância que o Hospital se envolva e colabore na satisfação das suas necessidades dando ajuda e suporte face às diferentes necessidades sentidas. Contudo, face à análise da satisfação observada pelos pais face a essas mesmas necessidades por eles sentidas verifica-se um nível de satisfação médio para a maioria das necessidades ligeiramente acima dos 50%, a NC satisfaz “completamente” e “quase sempre” em 93% dos pais, a NSCS 76,6% obtidos pelos dois itens, apenas na NCO apresentou 42,3% dos pais satisfeitos face às suas necessidades durante a hospitalização da sua criança. Estes resultados permitem uma avaliação das respostas humanas e físicas dos serviços de pediatria.

Pelos resultados obtidos com este estudo pode-se sugerir melhorias e mudanças na forma como decorre a hospitalização da criança, dando não só atenção às necessidades da criança mas também dar relevo às necessidades dos pais.

Para finalizar e tendo em conta que os objetivos propostos foram atingidos, deixo um desafio para com as equipas de saúde, no sentido de desenvolverem em conjunto com os pais estratégias personalizadas tendo em conta o momento, para promover o desenvolvimento de

competências e capacitar os pais para promoverem a continuidade dos cuidados e a promoção da saúde da criança, contribuindo desta forma para a obtenção de cuidados humanizados e de qualidade.

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. S. e Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (2ª ed.). Braga: Editora Psiquilibrios.
- Alto Comissariado da Saúde (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. (2ª ed.). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Andrade, M. M. (1994). *Introdução à metodologia do trabalho científico*. (5ª ed.). Lisboa: Editora Atlas.
- Andraus, L. M. S., Minamisava, R. e Munari, D. B. (2004). Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 3 (2), 203-208.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. (5ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barradas, A. M. C. R. (2008). *Parentalidade na relação com o Recém-nascido prematuro: Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção*, Dissertação de Mestrado em Comunicação da Saúde. Acedido em Julho 21, 2010 em Universidade Aberta: <http://hdl.handle.net/10400.2/735>
- Barros, A. J. P. e Lehfeld, N. A. S. (1986). *Fundamentos de metodologia, um guia para a iniciação científica*. McGraw – Hill.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica - Perspectiva desenvolvimentista*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bernardo, F. (1995). Aspectos da pedagogia do acolhimento eficaz, da relação empática, congruente e terapêutica. *Revista Informar*. I (2), 16-19.
- Biondo-Wood, G. L. e Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem – Métodos, Avaliação, Crítica e Utilização*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

- Bragadóttir, H. (1998). A Descriptive Study of the Extent to Which Self-perceived Needs of Parents are met in Paediatric Units in Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 13, 201-207.
- Brito, I. (2006). *O acolhimento e a hospitalização da criança pequena*. Lisboa: Instituto de apoio à Criança (IAC).
- Bowlby, J. (2006). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Calvetti, P. U.; Silva, L. M. e Gauer, G. J. C. (2008). Psicologia da saúde e criança hospitalizada. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 9 (2), 229-234. Acedido em Março, 25, 2012, em PSIC: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v9n2/v9n2a11.pdf>
- Cardoso, A. C. A. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em Março, 25, 2011 em Universidade do Porto em: <http://repositório-aberto.up.pt>
- Cervo, A. L. e Bervian, P. A. (1983). *Metodologia Científica*. (3ª ed.).São Paulo: McGraw-Hill,
- Collet, N. e Rocha S. M. M. (2004). Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 12 (2), 191-197. Acedido em Novembro, 20, 2011 em : [www.scielo.br](http://www.scielo.br).
- Cunha, S. (2004). A adoção pela voz das crianças, representações e expetativas sobre a adoção e a família, em crianças institucionalizadas. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Acedido em Junho, 22, 2012 em: <http://maracujah.net/files/doc/adop.pdf>
- Dalfonvo, M. S.; Lana, R. A.; Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2 (4), 01-13. Acedido em Maio, 4, 2012, em: <http://rica.unibes.com.br/index.php/rica/article/viewFile/243/234>

- Dallas, J. M. A. e Villa, J. J.(1991). *Métodos de Investigacion aplicados a la atencion primária de salud*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Diário da República. Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro. *Acompanhamento familiar em internamento hospitalar*. Assembleia da República. Lisboa, 1ª série (178), 6254.
- Dias, A. (1997). Urgências...e as crianças?. *O Petiz, revista do serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora*. VI (1), 4-8.
- Dias, S. M. Z. e Motta, M. G. C. (2004). Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. *Revista ciência, cuidado e saúde*. Acedido em Dezembro 16, 2011, em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5515>
- Dicionário da Língua Portuguesa (2011). Porto Editora, Acedido em Dezembro 16, 2011, em Porto Editora: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa>
- Dionísio, R. P. P. e Escobar, E. M. A. (2002). Importância da presença e participação dos pais durante a hospitalização da criança, *Revista de Enfermagem UNISA*. Acedido em Dezembro 16, 2011, em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-05.pdf>
- Doca, F. N. P. e Costa Júnior, A. L. (2007). *Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão*. Acedido em Dezembro 16, 2011, em Universidade de Brasília, em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Elhart, D., Firsich, S.C. (1983). *Princípios Científicos de Enfermagem*. (8ª ed.). Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda.
- Fernandes, A. M. (1988). A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada, *Revista Saúde Infantil*, 2 (10), 117-127.
- Fernandes, C. (2011). *A ludoterapia dentro do contexto hospitalar*. Acedido em Dezembro 14, 2011, em [www.psicologia.pt](http://www.psicologia.pt)

- Ferreira, P. L.; Melo E.; Reis G. e Mello D.F.(2010). Validation and reliability analysis of the Portuguese language version of Needs of Parents Questionnaire. *Jornal de Pediatria by Sociedade Brasileira de Pediatria*, 86 (3), 221-227.
- Ferreira, C. e Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Revista Informar*. 30, 10-13.
- Figueiredo, M. C. e Pinto, C. (1995). Cuidar da criança doente. *Revista Nursing*. 95 (8), 15-16.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M. J. V. (2010). *Metodologia científica, Fundamentos Métodos e Técnicas*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Gil, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (2ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Gomes, G. C. e Erdmann, A. L. (2005). O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 26 (1), 20-30. Acedido em, Dezembro 16, 2011, em: [www.repositorio.furg.br:8080/jspui/bistream/1/1549/1/ocuidadocompartilhado.PDF](http://www.repositorio.furg.br:8080/jspui/bistream/1/1549/1/ocuidadocompartilhado.PDF)
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem, uma perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. e Wilson, D. (2011). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8ª ed.), Rio de Janeiro: Mosby - Elsevier Editora Lda.
- Jorge, A. M. (2004). *A família e hospitalização da criança. (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Kristjánsdóttir, G. (1991). A study of the needs of parents of hospitalized 2-to 6-year-old children. *Comprehensive Pediatric Nursing, Hemisphere Publishing Corporation*. 14, 49-64.
- Kristjánsdóttir, G. (1995). Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized two-to six-years-old. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 9, 95-103.
- Kyritsi, H.; Matziou, V.; Perdikaris, P. e Evagelou, H. (2005). Parent's needs during their child's hospitalization. *Nursing*. 23, 1-9.
- Lima, M. e Silva, G. M. (2011). Estação digital: uma janela para o mundo. *Revista Participação da universidade de Brasília*, Acedido em Dezembro 18, 2011 em: [seer.bce.unb.br/index.php/participação/article/download/6003/4967](http://seer.bce.unb.br/index.php/participação/article/download/6003/4967)
- Lorenzi, P. D. C. e Ribeiro, N. R. R. (2006). Rede de apoio familiar na hospitalização infantil. *Revista Família Saúde e Desenvolvimento*, 8 (2), 138-145. Acedido em Dezembro 18, 2011 em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Magalhães, S. C. R. S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Dissertação de Mestrado do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em Janeiro, 6, 2012, em: [www.comum.rcaap.pt/bistream/123456789/1784/1/dissertação.pdf](http://www.comum.rcaap.pt/bistream/123456789/1784/1/dissertação.pdf)
- Maia, M. E.; Pacheco, M. J.; Costa, M. L. e Leal, Z. (2001). Saber acolher, reflecte uma atitude “cuidativa”. *Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, (AESOP)*, 6, 17.
- Marconi, M .A. e Lakatos, E. M. (2004). *Metodologia Científica*. (4ª ed.). São Paulo: Editora Atlas SA.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª ed.). Edições Sílabo Lda.
- Melo, E. M. O. P. (2011). *Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas*. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.

- Mendes, M. G. S. (2010). *Enfermeiros e Pais em parceria na construção do bem-estar da família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família (NIEF), Comunicação apresentada no III Simpósio Internacional Enfermagem de Família, em 20 de Novembro. Acedido em Dezembro, 18, 2011 em Universidade do Minho em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11750>
- Mendes, M. G. S. R. e Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, 6, 113-121.
- Monteiro, M. A. J. (2003). *Parceria de cuidados – experiência dos pais num hospital pediátrico*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em Maio 4, 2012 em Universidade do Porto em: <http://repositório-aberto.up.pt>
- Oliveira, C. S. e Lopes, M. J. (2010). Construir laços de confiança e promover o conforto, *Revista Pensar Enfermagem*, 14 (1), 67-74.
- Opperman, C. S. e Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e pediátrica (2010). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Vol. 1. Lisboa. Ordem dos enfermeiros.
- Papalia, D. E.; Olds, S. W. e Feldman, R.D. (2001). *O mundo da criança*. (8ª ed.). Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Pesce, C. (1994). O acolhimento positivo. *Revista Dirigir*. VI (31), 63-64.
- Pinto, M. C. M., Camata, D. G., Oliveira A. C, Dalge D. P. e Paes, A. T. (2009). Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. *Revista*

Einstein. Acedido em Dezembro 16, 2011 em [http://apps.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/1037-einsteinv7n1p18\\_23.pdf](http://apps.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/1037-einsteinv7n1p18_23.pdf)

Pinto, C. e Figueiredo, M. C. (1995). Cuidar da criança doente. *Revista Nursing*. 95 (8), 15-16.

Pinto, J. P., Ribeiro, C. A. e Silva, C. V. (2005). Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (6), 974-981. Acedido em Dezembro 16, 2011, em <http://www.scielo.br>

Polit, D.; Beck, C. T e Hungler, B. (2006). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem, métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.). Artmed Editora SA.

Queiroz, A. A., Meireles, M. A. e Cunha, S. R. (2007). *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Reis, G. M. R. (2007). *Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em Novembro 18, 2011 em Universidade do Porto em: <http://repositório-aberto.up.pt>

Relvas, A. P. e Alarcão, M. (2007). *Novas formas de famílias*. (2ª ed.) Coimbra: Quarteto.

Rudio, F. V. (1989). *Introdução ao projecto de pesquisa científica*. (13ªed.) Rio de Janeiro: Editora Petrópolis.

Sabatés, A. L. e Borba, R. I. H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino- Americana de enfermagem*, 13 (6), 968-973. Acedido em Janeiro 17, 2012 em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

Sampieri, R. H.; Collado, C. F. e Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. (3ª ed.) São Paulo: McGraw-Hill.

- Santos, M. C. (2001). A criança e o hospital. *Revista nascer e crescer – Revista do Hospital de crianças Maria Pia* – Porto 10 (2), 74-77.
- Schneider, C. M. e Medeiros, L. G. (2011). Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Revista Unoesc e Ciencia – ACHS 2* (2), 140-154. Acedido em Junho, 26, 2012 em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/index>
- Schultz, L. F. (2007). *A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho*. Dissertação do curso de Mestrado em Enfermagem, do Centro de Pós- Graduação Pesquisa e Extensão da Universidade de Guarulhos. Acedido em Maio 31, 2010 em [http://tede.ung.br/tde\\_arquivos/2/TDE-2008-01-28T104759Z-13/Publico/Lidiane%20Ferreira%20Schultz.pdf](http://tede.ung.br/tde_arquivos/2/TDE-2008-01-28T104759Z-13/Publico/Lidiane%20Ferreira%20Schultz.pdf)
- Serrão, D. (1996). De feto a Recém- nascido - o acolhimento. *Revista nascer e crescer – Revista do Hospital de crianças Maria Pia* – Porto, 5 (1), 12-14.
- Shields, L. e Kristensson-Hallstrom I. (2003). We have needs, too: parental needs during a child's hospitalization. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Acedido em Janeiro, 6, 2012 em: [www.uff.br/nepae/objn303shieldetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn303shieldetal.htm)
- Shields, L.; Kristensson-Hallström I. e O'Callaghan, M. (2004). An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents'and staff's perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 17, 176-184.
- Silva, C. A. M. (2011). *Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em Fevereiro 20, 2012 em Universidade do Porto em: <http://repositório-aberto.up.pt>
- Sousa, A. B. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Tavares, P. P. S. (2008). *Acolher...Brincando - A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Acedido em Setembro 30, 2011 em Universidade do Porto em: <http://repositório-aberto.up.pt>

UNICEF (2004) *A convenção sobre os direitos da criança*. Acedido em Dezembro 16, 2011, em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

Valeretto, G. J. (2010). *A tentativa tributária na formação dos bacharéis em ciências contábeis: um estudo comparativo entre os constituídos das universidades federais brasileiras com a proposta nacional do conselho federal de contabilidade*. Acedido em Maio 6, 2012 em Fundação Brasileira de Contabilidade, em: [http://pt.scribd.com/gvalereto\\_1/d/55132421/35](http://pt.scribd.com/gvalereto_1/d/55132421/35)

Valverde, D. L. D. (2010). *O suporte psicológico e a criança hospitalizada: o impacto da hospitalização na criança e em seus familiares*. Monografia da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana. Acedido em Dezembro 16, 2011, em: <http://www.psicologia.pt/>

Venâncio, L. e Pereira, S. (2002). Humanização do atendimento da criança no serviço de urgência. *Revista Informar: revista de formação contínua em enfermagem* 29, 30-33.

[www.educared.org](http://www.educared.org)

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Versão adaptada NPQ**

# QUESTIONÁRIO SOBRE AS NECESSIDADES DOS PAIS

## Questionário aos Pais

Leia cuidadosamente as seguintes instruções que lhe indicam como responder ao questionário.

Existem dois conjuntos de perguntas. O primeiro inclui perguntas para responder em relação a algumas frases; o segundo inclui perguntas directas em relação ao questionário e para obter informação adicional a seu respeito e a respeito do internamento do seu filho ou da sua filha.

Quando estiver a responder às perguntas de escolha múltipla, faça uma cruz no quadrado na linha que escolher. As perguntas abertas devem ser respondidas com as suas próprias palavras. Não há respostas certas ou erradas para estas perguntas. Dê por favor respostas francas e sinceras.

Seguem-se exemplos de perguntas e respostas de escolha múltipla.

EXEMPLOS:

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
1. Piscinas exteriores com piscina para crianças	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Piscinas interiores com piscina para crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Note que, neste questionário, para cada frase sobre necessidades há três perguntas (A, B e C) e, portanto, três respostas possíveis.

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
1. Ter um local próprio no Serviço onde os pais possam estar sozinhos.												
2. Ter reuniões planeadas com outros pais para partilhar e discutir a experiência da hospitalização dos seus filhos.												
3. Que os profissionais de saúde incentivem os pais a fazer perguntas e a procurar respostas.												
4. Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados de enfermagem.												
5. Que eu descanse e durma o suficiente.												
6. Poder contactar uma assistente social para obter informações sobre ajuda financeira, por causa da hospitalização do meu filho.												
7. Poder encontrar-me com outros pais que tenham experiências semelhantes com filhos doentes.												
8. Que eu receba informações escritas sobre o estado de saúde do meu filho para poder consultar mais tarde (por ex., motivo para o internamento, diagnósticos, nomes dos medicamentos e dos exames, e explicações simples deste género).												
9. Poder perguntar aos enfermeiros e aos médicos como explicar a doença e/ou os exames ao meu filho.												

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
10. Que haja flexibilidade no trabalho do Serviço de acordo com as necessidades dos pais.												
11. Ter uma pessoa no Serviço (um enfermeiro ou um médico) especialmente encarregue de cuidar e responder às necessidades dos pais.												
12. Que eu tenha possibilidade de falar em privado com um médico ou enfermeiro sobre os meus próprios sentimentos ou preocupações.												
13. Que eu seja aconselhado durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com o meu filho.												
14. Que eu possa tomar a decisão final sobre o tratamento que o meu filho vai receber, depois de médicos e enfermeiros me terem dado a conhecer as propostas de tratamento.												
15. Que eu seja informado sobre todos os prognósticos possíveis para o meu filho.												
16. Ser incentivado pelos profissionais de saúde para vir e ficar com o meu filho.												
17. Que um enfermeiro me ajude a tomar consciência das minhas próprias necessidades, por exemplo, refeições, dormir.												
18. Sentir que confiam em mim para cuidar do meu filho também no hospital.												

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
19. Que eu seja informado sobre todos os tratamentos que o meu filho vai receber.												
20. Ter uma pessoa no Serviço especialmente encarregue de cuidar das necessidades do meu filho.												
21. Que eu tenha um lugar para dormir no hospital.												
22. Que um enfermeiro (por exemplo, do Centro de Saúde) acompanhe o meu filho depois de ter tido alta, tendo em conta a sua saúde.												
23. Poder participar nos cuidados de enfermagem prestados ao meu filho.												
24. Aprender e ser informado sobre como a doença e o tratamento afectam o crescimento e o desenvolvimento da criança.												
25. Que eu possa ficar com o meu filho 24 horas por dia se quiser.												
26. Sentir que não sou culpado pela doença do meu filho.												
27. Poder prestar cuidados ao meu filho como por exemplo lavá-los, dar-lhes de comer, medir-lhes a temperatura.												
28. Que eu seja capaz de explicar aos meus familiares, amigos e ao(s) meus outro(s) filho(s) aspectos da hospitalização do meu filho.												
29. Que eu esteja preparado para o dia da alta do meu filho e que seja informado sobre qualquer alteração dessa data.												

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
30. Que eu tenha tempo para estar com o(s) meu(s) outro(s) filho(s).												
31. Que eu seja informado assim que possível sobre os resultados dos exames realizados ao meu filho.												
32. Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados médicos.												
33. Que os enfermeiros tomem consciência e compreendam os sentimentos dos pais.												
34. Que os enfermeiros me contactem e consultem acerca dos cuidados necessários para o meu filho.												
35. Sentir que sou importante ao contribuir para o bem-estar do meu filho.												
36. Saber que posso contactar o Serviço depois do meu filho ter tido alta.												
37. Que eu receba assistência e apoio no sentido de tomar consciência e compreender as minhas próprias necessidades, por exemplo, ansiedade, cansaço.												
38. Que eu receba informações exactas sobre o estado de saúde do meu filho.												
39. Que eu me sinta menos ansioso.												
40. Sentir que sou necessário no Serviço.												
41. Poder dormir no quarto do meu filho.												

PERGUNTAS	A. Que importância dá às seguintes frases sobre a hospitalização do seu filho?					B. Até que ponto é que neste momento isso é uma realidade neste hospital?					C. Acha que o hospital deveria ajudá-lo a superar as suas necessidades particulares de que se apercebeu com esta frase?	
	Muito importante	Importante	Algo importante	Sem importância	Não aplicável	Completamente	Quase sempre	De alguma forma	Raramente	Nunca	Sim	Não
42. Que eu receba assistência no sentido de tomar consciência das necessidades do meu filho.												
43. Tomar conhecimento de tudo o que está a ser feito ao meu filho e porquê.												
44. Que eu possa manter a esperança sobre o estado de saúde do meu filho.												
45. Que eu possa comer com o meu filho no Serviço.												
46. Que haja casa de banho e duchas para os pais.												
47. Saber que o meu filho vai ter aulas e actividades para não se atrasar nos estudos e no seu desenvolvimento.												
48. Que sejam os mesmos enfermeiros a tratar do meu filho a maior parte do tempo.												
49. Que uma pessoa (um enfermeiro) coordene os serviços e as informações que recebemos no hospital.												
50. Que eu não desespere.												
51. Que um professor, um educador de infância ou um animador cultural me ajude a motivar o meu filho e a manter o seu desenvolvimento e a aprendizagem.												

**ANEXO II – Autorização concedida para usar o NPQ**



*Centro de Estudos  
e Investigação em Saúde  
da Universidade de Coimbra*

**Pedro Lopes Ferreira**  
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt  
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 25 de Janeiro de 2012

Ex.ma Senhora Dr<sup>a</sup>.:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento de medição NPQ (*Needs Parents Questionnaire*), destinado a conhecer as necessidades sentidas pelos pais durante o internamento dos seus filhos, no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Cópia da versão 2 do questionário é enviada em anexo.

Dados sobre esta medida, a sua estrutura psicométrica e resultados da sua validação podem ser encontrados na publicação:

- Ferreira PL, Melo E, Reis G, Mello DF. Validation and reliability analysis of Portuguese language version of Needs of Parents Questionnaire. *J Pediatr (Rio J)* 2010 Mai-Jun; 86(3): 221-7.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

*Carta enviada por correio electrónico*

**ANEXO III – Questionário entregue aos pais das crianças hospitalizadas  
em conjunto com a escala NPQ**

AGRADECEMOS O FORNECIMENTO DE ALGUNS DADOS A SEU RESPEITO E A  
RESPEITO DO SEU/SUA FILHO/A

**DADOS RELATIVOS AOS PAIS**

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

1. Género <sub>1</sub> Feminino <sub>2</sub> Masculino

2. Idade \_\_\_\_\_

3. Residência <sub>1</sub> Rural <sub>2</sub> Urbana

4. Estado civil

<sub>1</sub> Solteiro

<sub>2</sub> Casado

<sub>3</sub> Separado, mas ainda legalmente casado

<sub>4</sub> Viúvo

<sub>5</sub> Divorciado

<sub>6</sub> União de facto

5. Profissão \_\_\_\_\_

6. Habilitações literárias

<sub>1</sub> Menos de 4 anos de escolaridade

<sub>2</sub> 4 anos de escolaridade (1.º ciclo do ensino básico)

<sub>3</sub> 6 anos de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)

<sub>4</sub> 9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)

<sub>5</sub> 11.º ano

<sub>6</sub> 12.º ano (ensino secundário)

<sub>7</sub> Curso tecnológico/profissional/outros

<sub>8</sub> Bacharelato

<sub>9</sub> Licenciatura

<sub>10</sub> Pós-graduação

<sub>11</sub> Mestrado

<sub>12</sub> Doutoramento

<sub>13</sub> Curso de especialização tecnológica

7. Teve experiência anterior de acompanhamento de crianças internadas neste serviço?

<sub>1</sub> Sim

<sub>2</sub> Não

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

Ponha uma cruz, na alternativa de resposta que corresponde ao seu/sua filho/a e dê a sua opinião

8. Género <sub>1</sub> Feminino <sub>2</sub> Masculino

9. Idade \_\_\_\_\_

10. Indique as pessoas que vivem na mesma casa com seu/sua filho/a? \_\_\_\_\_

11. Anteriormente, quantas vezes esteve internado o seu/sua filho/a? \_\_\_\_\_

12. O internamento foi: <sub>1</sub> Planeado <sub>2</sub> Não planeado

13. Qual a doença que deu origem ao internamento do seu/sua filho/a? \_\_\_\_\_

14. O que pensa da doença do seu/sua filho/a?

<sub>1</sub> Não é grave

<sub>2</sub> Grave

<sub>3</sub> É muito grave

15. Quem recebeu a criança quando chegou ao serviço?

<sub>1</sub> Enfermeira

<sub>2</sub> Médico

<sub>3</sub> Assistente operacional

<sub>4</sub> Outro \_\_\_\_\_

16. Como considera o acolhimento realizado no serviço?

<sub>1</sub> Bom

<sub>2</sub> Razoável

<sub>3</sub> Mau

17. De que forma o acolhimento efectuado o ajudou na satisfação das suas necessidades bem como das do seu/sua filho/a no internamento?

---

---

---

---

---

---

18. Que oportunidade os enfermeiros/profissionais de saúde deste serviço lhe dão para cuidar do seu/sua filho/a?

<sub>1</sub> Nenhuma

<sub>2</sub> Poucas

<sub>3</sub> Muitas

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

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

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

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

**ANEXO IV – Autorizações do HAL, CHCB e HSM para aplicação do estudo**

Exma. Senhora  
Profª Dra. Fernanda Maria Trindade Lopes  
Escola Superior de Saúde da Guarda  
Av. Rainha D. Amélia, S/N  
6000-749 Guarda

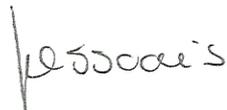
Sua Referência	Sua comunicação	N/ Ofício - Data
		Administracao HAL HAL 01 465 2012-01-13 18:05:42
Assunto:	Pedido de autorização – Aplicação de Questionário	

Em resposta ao v/ ofício supracitado, somos a informar V. Exa. que se autoriza a aplicação do questionário sobre “As necessidades dos pais da criança hospitalizada e o acolhimento” pela Sra. Enfermeira Sílvia Maria Gaiola dos Santos.

Para concretização do pedido recomenda-se contacto prévio junto da Directora do Serviço de Pediatria, Sra. Dra. Almerinda Silva e respectiva Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Pediatria Sra. Enfermeira Celeste Nunes.

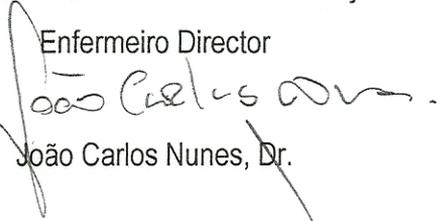
Sempre ao dispor para todas as colaborações que V. Exas. desejem e se enquadrem nas nossas possibilidades, somos com os melhores cumprimentos,

Com os melhores cumprimentos,



O Vogal do Conselho de Administração

Enfermeiro Director

  
João Carlos Nunes, Dr.

R.M

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



Dados  
adicionados  
MS

Núcleo de Investigação  
19-FEV-2012

<p>Parecer:</p>	<p>Despacho: <i>CD</i></p> <p>Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração</p> <p><i>[Signature]</i> Prof. Doutor Miguel Castelo Branco</p>
<p><b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº119/2011 -"As necessidades dos pais da criança hospitalizada e o acolhimento"</p>	
<p><b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração</p> <p><b>DE:</b> Núcleo de Investigação</p>	<p><b>N.º</b> 6/GAI</p> <p><b>Data</b> 25/01/2012</p>
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Sílvia Maria Gaiola dos Santos, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde da Guarda, Instituto Politécnico da Guarda para a realização de um estudo subordinado ao tema, "As necessidades dos pais da criança hospitalizada e o acolhimento" a realizar no Serviço de Pediatria e Neonatologia deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer favorável nº3 /2012, emitido pela Comissão de Ética</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>pestoacis</i></p> <p>P'lo Gabinete de Apoio à Investigação</p> <p><i>[Signature]</i> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p> <p><b>Nota:</b> Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.</p>	



Exma. Senhora  
Professora Doutora  
Fernanda Maria Trindade Lopes  
Escola Superior de Saúde Guarda  
Instituto Politécnico da Guarda  
Av. Dr. Francisco Sá Carneiro nº 50  
6300 – 559 Guarda

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data,  
Guarda, 22/02/12

1352

**ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar um questionário “As necessidades dos pais da criança hospitalizada e o acolhimento”.**

Relativamente ao seu pedido de realização de um questionário sobre “As necessidades dos pais da criança hospitalizada e o acolhimento” e de acordo com o parecer da Comissão de Ética, de que nada tem a opor, informo que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de Administração

(Dra. Ana Manso)

## **ANEXO V – Consentimento livre e esclarecido**

## **Consentimento Livre e Informado**

Sílvia Maria Gaiola dos Santos, enfermeira no serviço de Pediatria, a frequentar o I Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, encontro-me a realizar um trabalho de investigação, subordinado ao tema "As necessidades dos pais da criança hospitalizada e o acolhimento", vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

### **Consentimento Informado**

**Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:**

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

---

**Nome do Investigador (Legível)**

---

**(Assinatura do Investigador)**

---

**(Data)**

### **Consentimento Informado**

**Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:**

- O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

---

**Nome do Doente (Legível)**

---

**Representante Legal**

---

**(Assinatura do Doente ou Representante Legal)**

---

**(Data)**

**ANEXOVI - Contributo do acolhimento na satisfação das necessidades dos pais e da criança hospitalizada**

Categoria	Subcategoria	Freq. (F)	Unidades de Registo
Forma de Acolher	Adequada	40	<p>Q2 – Foi o correto.</p> <p>Q3 – Tranquilizou-me.</p> <p>Q6 – Bom atendimento e bom para o internamento.</p> <p>Q9 – Foi positivo, a criança tinha a sala de tratamento disponível para a acolherem bem como a enfermeira. O quarto tinha uma poltrona para o pai que acompanhava a criança para descansar. Os técnicos de saúde disponibilizaram-se para ajudar.</p> <p>Q10 – Para as necessidades do meu filho foi bom.</p> <p>Q12 – Bem estar da minha filha e perceber que se sente bem com os cuidados prestados.</p> <p>Q15 – Bem acolhidos e informados de tudo.</p> <p>Q16 – Um bom acolhimento é muito importante pois dá segurança e mais tranquilidade num momento de grande ansiedade.</p> <p>Q19 – Mal a minha filha chegou começaram logo com o tratamento pois isso me satisfaz bastante e também trataram-me muito bem.</p> <p>Q21 – Foi bom.</p> <p>Q23 – Ajudou-me, foi como se estivesse em casa, bons cuidados.</p> <p>Q24 – Fui muito bem recebida principalmente pelas enfermeiras. Deixaram-nos muito à-vontade. Logo houve uma satisfação da nossa parte.</p> <p>Q25 – Foram-me facultadas todas as informações necessárias sobre o funcionamento do serviço (horários, instalações e direitos). De salientar que o mesmo foi feito de forma bastante acolhedora por todo o pessoal presente.</p> <p>Q28 – Foi o adequado.</p> <p>Q29 – Forma satisfatória.</p> <p>Q31 – Simpatia, disponibilidade, à-vontade.</p> <p>Q32 – O acolhimento na chegada ao serviço foi muito importante, na medida em que me explicaram como funcionava e as suas regras. Além disso, os profissionais foram também muito simpáticos e carinhosos, deixando-me completamente à-vontade para expor qualquer dúvida ou pedir qualquer esclarecimento.</p> <p>Q33 – Todo o pessoal de enfermagem foi extraordinário com o meu filho. Isso acalma-nos porque nos sentimos confiantes na resolução da doença.</p> <p>Q34 – Foram bastante atenciosos quer a equipa de enfermagem como auxiliares desempenham bem o seu trabalho.</p> <p>Q36 – Nas melhoras do meu filho.</p> <p>Q37 – Sim ajudou.</p> <p>Q40 – Foi bom.</p> <p>Q42 – Fomos muito bem recebidos e o tratamento tem sido fantástico, as pessoas tanto médicos, enfermeiros e auxiliares têm sido incansáveis para nos sentirmos bem.</p> <p>Q44 – Fomos bem acolhidos, esclarecidos em todos os aspetos, quer em relação à doença, quer em relação ao serviço.</p> <p>Q49 – Ajudou muito. Muito bom.</p> <p>Q52 – Em 1º lugar a simpatia e empatia dos profissionais de saúde pelo problema e situação da criança doente e dos pais ajuda muito. Já que a fragilidade que ambos sentem é como que amparada pela atitude que o profissional de saúde tem no acolhimento. Ao acolher tranquilizam os pais informando qual a equipa que naquele momento irá cuidar do seu filho, é apresentada a equipa, é quando informam os pais dos procedimentos do serviço e os confortam e insistem que para além da criança, também vão estar atentos ao pai que a acompanha e fazem de tudo para que esteja bem e possa acompanhar diariamente o seu filho.</p> <p>Q53 – O meu filho sentir apoio e ficar confiante vai colaborar e logo melhora.</p> <p>Q55 – Fomos muito bem acolhidos, no que respeita as necessidades da minha filha não tenho nada a dizer.</p> <p>Q63 – Foram o melhor possível, sempre prontos a ajudar, a explicar qualquer situação mais desagradável.</p>

			<p>Q65 – Ajudou a tranquilizar, manter-nos informados, sempre atentas a ajudar.</p> <p>Q69 – Fomos muito bem acolhidos por todos os profissionais.</p> <p>Q70 – Com um bom acolhimento os pais ficam mais à-vontade, mais confiantes principalmente quando é a primeira vez.</p> <p>Q71 – Fiquei mais tranquila, mais segura e satisfeita.</p> <p>Q73 – Foi bom e atencioso, simpático.</p> <p>Q77 – A sentir-me muito bem, com muita confiança.</p> <p>Q78 – Fez o meu filho sentir-se à vontade e abstrair-se um pouco da doença.</p> <p>Q81 – O internamento foi inesperado daí o meu desespero, tive o apoio de todos os enfermeiros, marido e família.</p> <p>Q89 – Foi um bom acolhimento, tratam da criança a 100% e eu como mãe aprendo muito com eles, de forma a não voltarmos cá por razões da mesma doença e estarmos alertas para não deixar adoecer os filhos e se tal acontecer vir logo ao hospital.</p> <p>Q90 – Simpatia, rápida intervenção e amabilidade.</p> <p>Q94 – O acolhimento médico e humano apoiam e tranquilizam o doente e o acompanhante durante o internamento.</p>
	Razoável	10	<p>Q4 – Razoável, tem muita coisa a mudar para satisfação dos pais e das crianças a começar por algumas regras do serviço.</p> <p>Q10 – Quanto a mim foi razoável permitiram-me que eu ficasse junto dele e que o acompanha-se na medicação e alimentação.</p> <p>Q18 – O acolhimento efetuado foi razoável na satisfação das minhas necessidades bem como as da minha filha.</p> <p>Q27 – Forma razoável.</p> <p>Q38 – Penso que foi eficaz, dentro do possível.</p> <p>Q43 – Foi razoável e acompanhado de várias explicações acerca funcionamento do serviço.</p> <p>Q67 – Insistência.</p> <p>Q82 – Da forma que foi possível, devido as condições do hospital.</p> <p>Q84 – A simpatia, a prontidão para tentar satisfazer qualquer pedido e acima de tudo o profissionalismo.</p> <p>Q88 – Houve uma preocupação dos enfermeiros em perceber o porquê do internamento.</p>
	Inadequada	3	<p>Q41 – O acolhimento não é efetuado da melhor maneira, encaminham para os quartos e já não existe mais contato entre pais e enfermeiros ou assistentes operacionais.</p> <p>Q46 – Não ajudou muito pois a pediatria estava cheia nesse dia e ficou em SO pois não havia quarto vago.</p> <p>Q60 – Nenhuma.</p>
Transmissão de Informação	Esclarecedora	5	<p>Q32 – os profissionais foram também muito simpáticos e carinhosos, deixando-me completamente à-vontade para expor qualquer dúvida ou pedir qualquer esclarecimento.</p> <p>Q43 – Foi razoável e acompanhado de várias explicações acerca funcionamento do serviço.</p> <p>Q44 – Fomos bem acolhidos, esclarecidos em todos os aspetos, quer em relação à doença, quer em relação ao serviço.</p> <p>Q57 – Sempre que precisei de ajuda para cuidar da minha filha e/ou esclarecimento de algumas dúvidas pude contar com a ajuda dos enfermeiros.</p> <p>Q72 – Ajudou-me a perceber como funciona o internamento e os cuidados a ter com a criança.</p>
	Parcial	5	<p>Q30 – Permitiu-nos ficar a conhecer melhor o funcionamento do serviço, os direitos e deveres que temos na estadia no mesmo.</p> <p>Q52 - O interesse demonstrado quando ao ser acolhido o profissional tenta recolher o máximo de informação possível acerca do que levou os pais a dirigirem-se à urgência, ou seja, a escuta ativa ajuda os pais a sentir que o profissional de saúde está atento e regista tudo da forma que os pais falam. Ao acolher tranquilizam os pais informando qual a equipa que naquele momento irá cuidar do seu filho, é apresentada a equipa, é quando informam</p>

			<p>os pais dos procedimentos do serviço.</p> <p>Q63 – Foram o melhor possível, sempre prontos a ajudar, a explicar qualquer situação mais desagradável.</p> <p>Q92 – Deu uma perspetiva geral do funcionamento do serviço.</p> <p>Q93 – Apresentaram-nos o serviço.</p>
	Completa	3	<p>Q11 – Com informação pormenorizada acerca do estado clínico.</p> <p>Q15 – Bem acolhidos e informados de tudo.</p> <p>Q25 – Foram-me facultadas todas as informações necessárias sobre o funcionamento do serviço (horários, instalações e direitos).</p>
Profissionalismo da equipa de saúde	Competentes	15	<p>Q22 – A equipa muito presente implica melhor vigilância do estado de saúde da minha filha.</p> <p>Q26 – Toda a equipa enfermeiros e médicos são muito responsáveis.</p> <p>Q32 – Os profissionais foram também muito simpáticos e carinhosos, deixando-me completamente à-vontade para expor qualquer dúvida ou pedir qualquer esclarecimento.</p> <p>Q33 – Todo o pessoal de enfermagem foi extraordinário com o meu filho. Isso acalma-nos porque nos sentimos confiantes na resolução da doença.</p> <p>Q42 – Fomos muito bem recebidos e o tratamento tem sido fantástico, as pessoas, tanto médicos, enfermeiros e auxiliares têm sido incansáveis para nos sentirmos bem.</p> <p>Q45 – Meu filho foi bem tratado, e isso a mim é o importante.</p> <p>Em 1º lugar a simpatia e empatia dos profissionais de saúde pelo problema e situação da criança doente e dos pais ajuda muito. Já que a fragilidade que ambos sentem é como que amparada pela atitude que o profissional de saúde tem no acolhimento. O interesse demonstrado quando ao ser acolhido o profissional tenta recolher o máximo de informação possível acerca do que levou os pais a dirigirem-se à urgência, ou seja, a escuta ativa ajuda os pais a sentir que o profissional de saúde está atento e regista tudo da forma que os pais falam.</p> <p>Q56 – A ser bem tratado e com muita atenção.</p> <p>Q57 – Sempre que precisei de ajuda para cuidar da minha filha e/ou esclarecimento de algumas dúvidas pude contar com a ajuda dos enfermeiros.</p> <p>Q62 – Foram o melhor possível, sempre prontos a ajudar, a explicar qualquer situação mais desagradável.</p> <p>Q66 – Muita atenção tanto nos cuidados médicos, como nos cuidados prestados pelo serviço de enfermagem e auxiliares.</p> <p>Q84 – A simpatia, a prontidão para tentar satisfazer qualquer pedido e acima de tudo o profissionalismo.</p> <p>Q86 – Entramos no serviço cerca da 1:00 e foi uma equipa de enfermeiros que nos recebeu, prepararam de imediato a minha filha de acordo com as instruções médicas a nível da terapêutica, após isso acomodaram-nos num quarto, encaminhando-nos para a cama respetiva.</p> <p>Q88 – Houve uma preocupação dos enfermeiros em perceber o porquê do internamento.</p> <p>Q90 – Simpatia, rápida intervenção e amabilidade.</p>
	Negligentes	1	<p>Q1 – É como tudo na vida, houve profissionais bons e alguns que na minha opinião foram um pouco negligentes.</p>

## **ANEXO VII - Envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança**

Categoria	Subcategoria	Freq. (F)	Unidades de Registo
Prestação de cuidados à criança	Satisfação das necessidades da criança	51	<p>Q1 – Devem ajudar em tudo que os profissionais indicam claro, também terem iniciativa de darem de comer, dar banho, ajudar a dar alguma da medicação, fazer os vapores, etc, ajudarem a criança a reagir, brincar com ela, etc. Ficarem a dormir no quarto com a criança ao lado.</p> <p>Q3 – Participar nos cuidados prestados durante o internamento. Poder ajudar, ver, participar na recuperação do meu filho.</p> <p>Q10 – A equipa de enfermagem permitir que eu cuida-se sempre do meu filho quanto á sua alimentação, à sua higiene e sinto-me muito satisfeita com tudo o que me foi permitido.</p> <p>Q11 – Possibilidade de permanência constante junto do filho, com possibilidade de efetuar tarefas da rotina diária, como alimentação, banho etc.</p> <p>Q12 – A função dos pais aquando de um filho hospitalizado é muito importante tanto a nível físico no auxílio dos competentes de enfermagem a realizar a sua função, como psicológico para manter o filho seguro de si o mais confortável possível.</p> <p>Q17 – Ajudar a aclamar a criança na sala de tratamento, ajudar na toma de remédios.</p> <p>Q19 – Que os pais possam participar nas melhoras do filho.</p> <p>Q20 – O envolvimento dos pais passa pela comunicação entre estes e os profissionais de saúde para que em conjunto possamos prestar um melhor cuidado físico e emocional à criança, para que também, enquanto pais, possamos estar mais tranquilos, menos ansiosos no decurso deste período.</p> <p>Q22 – Prestação de cuidados diretos ao filho como higiene, alimentação, vigilância da temperatura, administração de terapêutica oral/retal.</p> <p>Q23 – Os pais estão cá para ajudar no que pudermos, para que os nossos filhos fiquem bons e melhores depressa para irem para casa.</p> <p>Q24 – Os pais poderem cuidar dos seus filhos e sentirem que são capazes e úteis.</p> <p>Q25 – O envolvimento dos pais deve ser ao nível de prestação de cuidados de enfermagem, higiene, vigilância, bem como o conhecimento total de tudo quanto vai ser feito ao seu filho.</p> <p>Q26 – Fundamental os pais da criança ajudarem na recuperação dos seus filhos a todos os níveis.</p> <p>Q29 – Trata-se de uma mais valia, em relação ao conhecimento da criança e para a própria se sentir mais segura.</p> <p>Q31 – Ajudar nos tratamentos que tenham de ser efetuados.</p> <p>Q32 – Total participação dos pais nos cuidados prestados, em termos de higiene, alimentação, tratamento e atividades lúdicas.</p> <p>Q34 – Os pais poderem participar nalgumas tarefas como o banho, a alimentação etc.</p> <p>Q35 – Ser informado dos tratamentos e de alguma forma poder participar neles.</p> <p>Q36 – Bem-estar e segurança do meu filho.</p> <p>Q42 – É uma forma de a criança não se sentir abandonada enquanto está hospitalizada e sentir o amor dos pais.</p> <p>Q43 – Acompanha-la nos tratamentos, higiene e alimentação.</p> <p>Q44 – Os pais devem fazer parte de todos os cuidados prestados aos sus filhos, embora devam ser sempre acompanhados pelos profissionais nos cuidados de intervenção médica,.</p> <p>Q45 – Saber realmente o que tem o meu filho, participar ajudando a dar medicamentos por exemplo.</p> <p>Q46 – Poder ajudar nos tratamentos, conseguir perceber a doença dos filhos e compreender o que se pode fazer para minimizar o seu sofrimento.</p> <p>Q49 - Acho que temos que ajudar tal como por o termómetro entre outros.</p> <p>Q50 – Os pais participaram a cuidar do seu filho por exemplo no banho, etc.</p> <p>Q52 – Os pais terem conhecimento dos procedimentos a tomar em relação aos cuidados de saúde dos seus filhos e estes serem os</p>

		<p>próprios a executa-los</p> <p>Q53 – Implica confiança, e a criança ao sentir-se segura colabora.</p> <p>Q55 – Pedir ajuda na administração de medicamentos, dar banho, dar alimentação, ter conhecimento acerca da evolução do seu estado de saúde, ser esclarecida quando surge alguma dúvida, ser informada sempre que haja alguma alteração.</p> <p>Q57 – Que os pais possam ajudar a tratar e a confortar os seus filhos durante e após o internamento.</p> <p>Q60 – Poder participar nas tarefas diárias sentido que se contribui para a melhoria do estado de saúde do filho.</p> <p>Q62 – Informação sobre a criança e participação nas consultas, etc.</p> <p>Q63 – Acho que nesse aspeto devemos manter-nos aquém das pessoas especializadas para o fazerem, embora possamos ajudar em certas tarefas.</p> <p>Q66 – Pela ajuda que possam prestar nos cuidados com o nosso filho e tendo em conta o carater de cada um é mais fácil para ajudar a compreender a criança.</p> <p>Q70 – Qualquer pai ou mãe gosta de participar para que o seu filho se sinta mais à vontade.</p> <p>Q71 – Dá mais segurança a ambos, deixa-os mais calmos e a recuperação é muito mais rápida.</p> <p>Q72 – É importante para que as crianças se sintam protegidas pelo pai/mãe e participem em todos os tratamentos.</p> <p>Q73 – Seja muito bom e com bastantes regalias e que sejam mais atenciosos com os seus filhos.</p> <p>Q74 – Os pais devem poder estar e participar nos pensos feitos aos filhos como de outras coisas, tirar a febre.</p> <p>Q75 – Os pais estarem a apar de tudo o que se passa com a criança e ajudar na administração dos medicamentos à criança e em tudo o que a envolve.</p> <p>Q77 – Entendo que é muito bom para nós e para os filhos, sentindo-se eles mais apoiados estando nós a participar.</p> <p>Q78 – Poder estar sempre com ele, dar-lhe de comer e dar-lhe mimos que eles tanto necessitam quando estão doentes principalmente tentar diminuir a dor dele.</p> <p>Q80 – Tratar do filho em todos os aspetos, da sua higiene, da sua terapêutica desde que não seja muito complicada. Estar informado de tudo o que se passa com ele através de toda a informação que não deve ser negada.</p> <p>Q81 – O envolvimento que eu posso falar e me deram oportunidade foi amamentar, mudar a fralda, participar no banho e dar medicação.</p> <p>Q82 – Os pais devem estar familiarizados com os tratamentos, para os poderem administrar em casa.</p> <p>Q84 – Poder estar sempre com ele, acompanhando-o e fazendo-lhe companhia para que não se sinta tão só e fora do seu ambiente natural e tenha sempre uma pessoa em quem possa confiar.</p> <p>Q86 – O envolvimento enunciado consubstancia-se pela coordenação de cuidados empreendidos quer pelos pais quer pela equipa de enfermagem na criança: os pais ao nível da prestação de cuidados de higiene, de vestir, acarinhar, dar os alimentos, entreter a criança e vigiar o estado geral, os enfermeiros na administração de terapêutica prescrita e vigilância dos sinais da doença.</p> <p>Q88 – Poder estar 24h com ele, ajudar quando possível, nos tratamentos, estar sempre informado sobre o estado de saúde da criança.</p> <p>Q89 – Colaborar dando banho, mudar a fralda, dar de comer e se necessário auxiliar o enfermeiro em alguma tarefa simples que possamos fazer.</p>
--	--	--

			<p>Q90 – Os pais poderem medir a temperatura do filho, por exemplo, demonstrar que podem fazer um pouco de enfermeiro e envolverem-se nos cuidados à criança.</p> <p>Q94 – Apoio na prestação dos mesmos quando estes não necessitem de conhecimentos exclusivamente técnicos para a sua execução e execução de tarefas auxiliares.</p>
Interação pais e equipa de saúde	15		<p>Q5 – Julgo que o envolvimento deverá ter em conta a proximidade e interação entre os pais e profissionais de saúde.</p> <p>Q9 – Deve passar por acalmar a criança, para que os técnicos de saúde possam obter resultados positivos e desta forma facilitar o trabalho de todos.</p> <p>Q12 – A função dos pais aquando de um filho hospitalizado é muito importante tanto a nível físico no auxílio dos competentes de enfermagem a realizar a sua função, como psicológico para manter o filho seguro de si o mais confortável possível.</p> <p>Q18 – É que os pais estejam cientes dos cuidados que são efetuados e que se pretendem efetuar de modo a poder colaborar com os médicos e enfermeiros.</p> <p>Q20 – O envolvimento dos pais passa pela comunicação entre estes e os profissionais de saúde para que em conjunto possamos prestar um melhor cuidado físico e emocional à criança, para que também, enquanto pais, possamos estar mais tranquilos, menos ansiosos no decurso deste período.</p> <p>Q30 – Significa ajudar os enfermeiros em cuidados básicos que não necessitem de tratamento especializado (ex. medir a febre).</p> <p>Q39 – Os pais ajudarem no tratamento.</p> <p>Q44 – Os pais devem fazer parte de todos os cuidados prestados aos sus filhos, embora devam ser sempre acompanhados pelos profissionais nos cuidados de intervenção médica.</p> <p>Q52 – Os pais terem conhecimento dos procedimentos a tomar em relação aos cuidados de saúde dos seus filhos e estes serem os próprios a executa-los, isto é, por exemplo, em caso de ser necessário tomar uma medicação regular, ou em caso de ser necessário fazer procedimentos específicos que terão de ser repetidos no domicílio, os pais devem estar atentos e tomar consciência da necessidade de em meio hospitalar adquirirem os conhecimentos e a prática necessária para tal, para isso terão de se envolver e de realizar os cuidados de saúde no meio hospitalar e com a ajuda e ensinamentos dos profissionais de saúde para depois poderem realizar essas tarefas sozinhos no domicílio.</p> <p>Q46 – Poder ajudar nos tratamentos, conseguir perceber a doença dos filhos e compreender o que se pode fazer para minimizar o seu sofrimento.</p> <p>Q56 – Ajudar os médicos ou enfermeiros nos cuidados ao meu filho.</p> <p>Q67 – Uma necessidade absoluta para haver feedback de ambas as partes.</p> <p>Q69 – Tratar dele, colabora com os médicos e enfermeiros, estar a par de tudo o que estão a fazer ao meu filho.</p> <p>Q86 – O envolvimento enunciado consubstancia-se pela coordenação de cuidados empreendidos quer pelos pais quer pela equipa de enfermagem na criança: os pais ao nível da prestação de cuidados de higiene, de vestir, acarinhar, dar os alimentos, entreter a criança e vigiar o estado geral, os enfermeiros na administração de terapêutica prescrita e vigilância dos sinais da doença.</p> <p>Q89 – Colaborar dando banho, mudar a fralda, dar de comer e se necessário auxiliar o enfermeiro em alguma tarefa simples que possamos fazer.</p>
Presença dos pais	14		<p>Q1 – Devem ajudar em tudo que os profissionais indicam claro, também terem iniciativa de darem de comer, dar banho, ajudar a dar alguma da medicação, fazer os vapores, etc, ajudarem a criança a reagir, brincar com ela, etc. Ficarem a dormir no quarto com a criança ao lado.</p> <p>Q4 – Os pais poderem estar com os filhos.</p> <p>Q5 – Julgo que o envolvimento deverá ter em conta a proximidade e interação entre os pais e profissionais de saúde.</p> <p>Q6 – Estar sempre presente.</p>

		<p>Q7 – Acompanhar sempre a criança durante todo o tempo do internamento.</p> <p>Q11 – Possibilidade de permanência constante junto do filho.</p> <p>Q17 – Ajudar a aclamar a criança na sala de tratamento, ajudar na toma de remédios.</p> <p>Q23 – Os pais estão cá para ajudar no que pudermos, para que os nossos filhos fiquem bons e melhores depressa para irem para casa.</p> <p>Q58 – Estar no mesmo quarto ao lado dele a acompanha-lo.</p> <p>Q74 – Os pais devem poder estar e participar nos pensos feitos aos filhos como de outras coisas, tirar a febre.</p> <p>Q78 – Poder estar sempre com ele, dar-lhe de comer e dar-lhe mimos que eles tanto necessitam quando estão doentes principalmente tentar diminuir a dor dele.</p> <p>Q79 – O estar presente é o melhor envolvimento, tanto para a criança como para os pais.</p> <p>Q84 – Poder estar sempre com ele, acompanhando-o e fazendo-lhe companhia para que não se sinta tão só e fora do seu ambiente natural e tenha sempre uma pessoa em quem possa confiar.</p> <p>Q88 – Poder estar 24h com ele, ajudar quando possível, nos tratamentos, estar sempre informado sobre o estado de saúde da criança.</p>
	Transmissão de informação	<p>13</p> <p>Q2 – Ser informado do estado de saúde do filho e ser-lhe explicado o que pode fazer quanto aos cuidados de saúde.</p> <p>Q4 – Os pais poderem estar com os filhos e ajudar no tratamento da criança dando toda a informação necessária para melhor tratamento do filho.</p> <p>Q15 – Estarmos a par de tudo o que se passa com o estado de saúde do nosso filho.</p> <p>Q16 – Saber informar os pais de como podem ajudar na recuperação do filho e como evitar comportamentos de risco para futuramente se aplicarem.</p> <p>Q25 – O envolvimento dos pais deve ser ao nível de prestação de cuidados de enfermagem, higiene, vigilância, bem como o conhecimento total de tudo quanto vai ser feito ao seu filho.</p> <p>Q45 – Saber realmente o que tem o meu filho, participar ajudando a dar medicamentos por exemplo.</p> <p>Q52 – Os pais terem conhecimento dos procedimentos a tomar em relação aos cuidados de saúde dos seus filhos e estes serem os próprios a executa-los, isto é, por exemplo, em caso de ser necessário tomar uma medicação regular, ou em caso de ser necessário fazer procedimentos específicos que terão de ser repetidos no domicílio, os pais devem estar atentos e tomar consciência da necessidade de em meio hospitalar adquirirem os conhecimentos e a pratica necessária para tal, para isso terão de se envolver e de realizar os cuidados de saúde no meio hospitalar e com a ajuda e ensinamentos dos profissionais de saúde para depois poderem realizar essas tarefas sozinhos no domicílio.</p> <p>Q55 – Pedir ajuda na administração de medicamentos, dar banho, dar alimentação, ter conhecimento acerca da evolução do seu estado de saúde, ser esclarecida quando surge alguma dúvida, ser informada sempre que haja alguma alteração.</p> <p>Q62 – Informação sobre a criança e participação nas consultas, etc.</p> <p>Q69 – Tratar dele, colabora com os médicos e enfermeiros, estar a par de tudo o que estão a fazer ao meu filho.</p> <p>Q75 – Os pais estarem a par de tudo o que se passa com a criança e ajudar na administração dos medicamentos à criança e em tudo o que a envolve.</p> <p>Q80 – Tratar do filho em todos os aspetos, da sua higiene, da sua terapêutica desde que não seja muito complicada. Estar informado de tudo o que se passa com ele através de toda a informação que não deve ser negada.</p> <p>Q88 – Poder estar 24h com ele, ajudar quando possível, nos tratamentos, estar sempre informado sobre o estado de saúde da criança.</p>

	Realização pessoal	11	<p>Q20 – O envolvimento dos pais passa pela comunicação entre estes e os profissionais de saúde para que em conjunto possamos prestar um melhor cuidado físico e emocional à criança, para que também, enquanto pais, possamos estar mais tranquilos, menos ansiosos no decurso deste período.</p> <p>Q24 – Os pais poderem cuidar dos seus filhos e sentirem que são capazes e úteis.</p> <p>Q28 – Algo indispensável.</p> <p>Q33 – Os pais são insubstituíveis.</p> <p>Q38 – Algo importante.</p> <p>Q40 – Acho muito importante, tanto para os pais como para os filhos. É uma forma de se sentirem mais úteis e confiantes.</p> <p>Q42 – É uma forma de a criança não se sentir abandonada enquanto está hospitalizada e sentir o amor dos pais.</p> <p>Q60 – Poder participar nas tarefas diárias sentido que se contribui para a melhoria do estado de saúde do filho.</p> <p>Q71 – Dá mais segurança a ambos, deixa-os mais calmos e a recuperação é muito mais rápida.</p> <p>Q73 – Seja muito bom e com bastantes regalias e que sejam mais atenciosos com os seus filhos.</p> <p>Q77 – Entendo que é muito bom para nós e para os filhos, sentindo-se eles mais apoiados estando nós a participar.</p>
	Competências dos pais	3	<p>Q18 – É que os pais estejam cientes dos cuidados que são efetuados e que se pretendem efetuar de modo a poder colaborar com os médicos e enfermeiros.</p> <p>Q52 – Os pais terem conhecimento dos procedimentos a tomar em relação aos cuidados de saúde dos seus filhos e estes serem os próprios a executa-los, isto é, por exemplo, em caso de ser necessário tomar uma medicação regular, ou em caso de ser necessário fazer procedimentos específicos que terão de ser repetidos no domicílio, os pais devem estar atentos e tomar consciência da necessidade de em meio hospitalar adquirirem os conhecimentos e a prática necessária para tal, para isso terão de se envolver e de realizar os cuidados de saúde no meio hospitalar e com a ajuda e ensinamentos dos profissionais de saúde para depois poderem realizar essas tarefas sozinhos no domicílio.</p> <p>Q82 – Os pais devem estar familiarizados com os tratamentos, para os poderem administrar em casa.</p>

**ANEXO VIII – Como melhorar o envolvimento dos pais nos cuidados à  
criança hospitalizada**

Categoria	Subcategoria	Freq. (F)	Unidades de Registo
Necessidade de melhorar	Comunicação e informação	24	<p>Q2 – Fornecimento de mais informação.</p> <p>Q5 – Enquanto mãe quero saber o que se passa, como será efetuado o tratamento etc, para minimizar a minha angústia e ansiedade promovendo um melhor ambiente.</p> <p>Q9 – Deveriam informar os pais mais frequentemente do estado de saúde do seus filhos para assim eles poderem estar mais ativos tratamento. Saber quais os medicamentos, as horas, as alterações que foram feitas...</p> <p>Q12 – Melhoramento do local para manter o filho mais próximo dos progenitores, os auxiliares explicarem devidamente os procedimentos para os pais poderem ajudar o mais possível.</p> <p>Q13 – Ter acesso à informação relativa aos tratamentos e desenvolvimento da situação clínica da criança. Haver comunicação entre enfermeiros/pais e médicos/pais.</p> <p>Q16 – Ter mais informação disponível sobre o assunto.</p> <p>Q18 – O fornecimento de informação necessária de modo a poder dar os melhores cuidados de saúde, e que os médicos/enfermeiros tenham em consideração a preocupação dos pais.</p> <p>Q20 – A comunicação entre os profissionais de saúde e os pais.</p> <p>Q25 – Deveria ser explicado aos pais, de forma clara e simples todo o tratamento aplicado aos filhos, sem alguns termos mais técnicos.</p> <p>Q29 – Mais esclarecimento nos procedimentos.</p> <p>Q30 – Fornecerem-nos mais informação sobre a doença do meu filho e como deve proceder para melhorar a sua situação.</p> <p>Q33 – Gostaria de ter tido mais informação acerca da doença do meu filho, por parte dos médicos.</p> <p>Q36 – Mais informação.</p> <p>Q39 – Os pais deveriam ter mais conhecimento do estado de saúde dos filhos, das doenças e dos tratamentos para assim ser mais fácil ajudar a tratar deles.</p> <p>Q41 – Dar-nos a conhecer o que poderemos fazer mais, além do que o profissional faz.</p> <p>Q52 – Em caso da medicação e/ou procedimentos a tomar relativamente à doença específica da minha filha deveriam ser dados por escrito para serem levados para o domicílio, já que muitas vezes temos de entregar os nossos filhos ao cuidado de outras pessoas e as mesmas depois deveriam estar informadas.</p> <p>Q56 – Ser às vezes mais e melhor informado.</p> <p>Q57 – Poder estar sempre com o meu filho e acompanhá-lo de noite e de dia. Ter uma cama ao pé da criança e poder fazer algumas refeições junto da mesma, e ser informado pelos médicos de todas as alterações do estado da criança.</p> <p>Q62 – deveria melhorar as informações dos médicos como por exemplo o que a criança realmente tem, o tipo de medicamento que a criança toma e para que serve, sobre os exames, sobre a melhora ou piora do seu filho, etc.</p> <p>Q63 – Acho que devíamos ter mais informação em relação ao que se passa com o estado de saúde dos nossos filhos para podermos ajudar e perceber melhor.</p> <p>Q73 – Poderia ter mais informação, apesar de os pais e enfermeiros terem às vezes as mesmas opiniões e serem mais compreensíveis.</p> <p>Q74 – Não por à parte de início os pais. E ser-lhes explicado qualquer procedimento feito pelos enfermeiros.</p> <p>Q78 – Explicarem-nos melhor a doença dele e dizer ou fazer-nos entender como eles se podem sentir melhor, principalmente a nível psicológico.</p> <p>Q93 – Ouvirem o que os pais têm a dizer.</p>

	Apoio aos pais	5	<p>Q4 – Os pais poderem descansar mais, devia haver mais ajuda dos profissionais de saúde com as crianças, pois os pais estão aqui 24h seguidas.</p> <p>Q5 – Enquanto mãe quero saber o que se passa, como será efetuado o tratamento etc, para minimizar a minha angústia e ansiedade promovendo um melhor ambiente.</p> <p>Q18 – O fornecimento de informação necessária de modo a poder dar os melhores cuidados de saúde, e que os médicos/enfermeiros tenham em consideração a preocupação dos pais.</p> <p>Q31 – Estar menos preocupada, ansiosa.</p> <p>Q78 – Explicarem-nos melhor a doença dele e dizer ou fazer-nos entender como eles se podem sentir melhor, principalmente a nível psicológico.</p>
	Condições físicas	5	<p>Q11 – A possibilidade de os pais poderem efetuar a sua alimentação no mesmo piso de internamento dos filhos, para que não tenham qualquer problema em se ausentar para o fazer.</p> <p>Q12 – Melhoramento do local para manter o filho mais próximo dos progenitores, os auxiliares explicarem devidamente os procedimentos para os pais poderem ajudar o mais possível.</p> <p>Q27 – Poder dormir numa cama com o meu filho no mesmo quarto.</p> <p>Q57 – Poder estar sempre com o meu filho e acompanhá-lo de noite e de dia. Ter uma cama ao pé da criança e poder fazer algumas refeições junto da mesma, e ser informado pelos médicos de todas as alterações do estado da criança.</p> <p>Q81 – O que podia ser feito neste caso era termos um pouco mais de privacidade.</p>
	Interação pais/equipa	3	<p>Q5 – A melhoria no envolvimento pode passar pela coordenação/interação entre os pais e profissionais de saúde</p> <p>Q9 – Deveriam informar os pais mais frequentemente do estado de saúde do seus filhos para assim eles poderem estar mais ativos tratamento. Saber quais os medicamentos, as horas, as alterações que foram feitas. . .</p> <p>Q74 – Não por à parte de início os pais. E ser-lhes explicado qualquer procedimento feito pelos enfermeiros.</p>
	Profissionalismo da equipa de saúde	3	<p>Q1 – Na minha opinião fiz tudo o que deveria ter feito, a nível de saúde, deveria haver mais profissionalismo da parte dos técnicos.</p> <p>Q38 – Ser a mesma médica a acompanhar sempre desde o início ao fim, com a ajuda dos enfermeiros, claro.</p> <p>Q66 – Acho que neste serviço estão a prestar um serviço impecável com muita competência.</p>
	Preparação para a alta	1	<p>Q52 – Em caso de medicação esta deveria ser preparada na presença dos pais, para que estes no domicílio não ficassem com dúvidas que surgem à posteriori.</p>
	Promoção de ações de sensibilização	1	<p>Q94 – Promoção de ações de sensibilização/formação junto da comunidade.</p>
Sem necessidade de melhorar	Envolvimento pleno	29	<p>Q10 – Penso que tudo correu muito bem no serviço, permitem que ele esteja bem a todos os níveis. É assim que ele consegue estar a par com toda a situação que lhe está a acontecer.</p> <p>Q17 – Nada.</p> <p>Q19 – Acho que fizeram de tudo o que puderam.</p> <p>Q21 – Eles já fazem.</p> <p>Q22 – Nada a registar.</p>

		<p>Q23 – Nada, estava tudo perfeito, nada a apontar.</p> <p>Q26 – Estou bastante satisfeita com o internamento.</p> <p>Q28 – Os cuidados foram bons.</p> <p>Q34 – Acho que o serviço está muito bom.</p> <p>Q35 – Nesta situação nada.</p> <p>Q40 – Acho que o que está a ser feito está muito bem.</p> <p>Q49 – Acho que nada.</p> <p>Q53 – Penso que mais nada, a equipa é excelente.</p> <p>Q55 – Penso que neste momento o serviço funciona muito bem, a equipa permite-nos em pleno este envolvimento, devem aliás continuar assim com esta abertura para com os pais!</p> <p>Q60 – Quase nada.</p> <p>Q65 – Temos todas as condições e estamos sempre presentes e todos os auxiliares, enfermeiros nunca nos impedem de os acompanhar.</p> <p>Q66 – Acho que neste serviço estão a prestar um serviço impecável com muita competência.</p> <p>Q67 – Nada para referir.</p> <p>Q69 – Já me considero bastante envolvida nos cuidados prestados ao meu filho.</p> <p>Q70 – Nada.</p> <p>Q71 – Nada.</p> <p>Q72 – Os cuidados de saúde no meu entender foram bons.</p> <p>Q77 – Penso que mais nada, todas as vezes que estou neste sítio tenho participado nas tarefas que posso e devo fazer.</p> <p>Q80 – Para mim acho que tudo foi feito.</p> <p>Q82 – Nada.</p> <p>Q85 – Não tenho razão de queixa.</p> <p>Q88 – Nada.</p> <p>Q89 – Não deveria fazer nada porque já nos dão oportunidade de participar.</p> <p>Q90 – Nada.</p>
--	--	--

## **ANEXO IX – Como melhorar a assistência à criança**

Categoria	Subcategorias	Freq. (F)	Unidades de Registo
Necessidade de melhorar durante a hospitalização	Comunicação e informação	9	<p>Q5 – A contínua comunicação entre os intervenientes.</p> <p>Q10 – Eu espero que o meu filho na doença dele seja acompanhado sempre por um médico, que me informa de todos os perigos que ele agora corra e de tudo o que ele não pode fazer.</p> <p>Q20 – Melhor comunicação pais e equipa.</p> <p>Q31 – Mais informação sobre o estado de saúde.</p> <p>Q33 – Os médicos têm uma relação distante, com os pais enquanto que os enfermeiros são próximos e afáveis, se eles pudessem falar connosco sobre a doença, seria bom.</p> <p>Q46 – Haver mais diálogo por parte dos enfermeiros e auxiliares no que diz respeito ao bem-estar e tratamento das crianças e dos acompanhantes.</p> <p>Q52 – Prestar uma melhor informação acerca das áreas que cada pai/familiar/criança pode frequentar dentro do serviço, percebendo o porquê da limitação dessas áreas. Na alta fazer entregar por escrito de como administrar a medicação e quais os procedimentos, a tomar mediante a situação específica da criança doente. Fazer entrega de um relatório pormenorizado de tudo o que foi registado durante o internamento e fazer entrega de qualquer relatório de exame efetuado, até porque muitas crianças são seguidas noutros serviços de saúde e/ou os pais podem querer procurar uma segunda opinião (noutra unidade de saúde).</p> <p>Q62 – Informação do médico diretamente com os pais sobre a saúde da criança e uma carta para o médico de família com informações sobre o paciente.</p> <p>Q75 – Deveríamos de dialogar mais com os médicos a fim de saber qual o estado em que a criança se encontra.</p>
	Condições físicas	7	<p>Q11 – Durante: quartos com apenas 2 camas para as crianças e mais auxiliares de serviço ao fim de semana.</p> <p>Q16 – Melhores condições para o doente e para os pais.</p> <p>Q25 – Durante a hospitalização, os pais deveriam poder tomar as suas refeições juntamente com o filho internado.</p> <p>Q34 – Acho que devia haver uma sala de atividades para as crianças não se aborrecerem.</p> <p>Q52 – Durante a hospitalização deveria haver uma maior atenção e cuidado na distribuição dos quartos, para que as crianças com problemas idênticos ficassem próximas, até para os pais poderem conversar entre eles e apoiarem-se mutuamente.</p> <p>Q73 – Enquanto à hospitalização é boa mas podia ter melhores condições tanto para eles como para os pais.</p> <p>Q85 – Os pais terem melhor cama para dormir.</p>
	Recursos humanos	7	<p>Q11 – Durante: quartos com apenas 2 camas para as crianças e mais auxiliares de serviço ao fim de semana.</p> <p>Q29 – Obter um maior número de equipa médica visto que passam visita uma vez dia e durante dias ser sempre o mesmo médico.</p> <p>Q36 – Mais acompanhamento.</p> <p>Q39 – As crianças deveriam ter um pouco mais de assistência.</p> <p>Q46 – Haver mais diálogo por parte dos enfermeiros e auxiliares no que diz respeito ao bem-estar e tratamento das crianças e dos acompanhantes. Os auxiliares deveriam ser escolhidos por vocação, deveriam gostar de crianças, ter paciência para as mesmas e saber que os pais também precisam de alguma compreensão e que os ajudem a superar certas adversidades do dia a dia no internamento dos seus filhos.</p> <p>Q56 – Haver mais funcionários de serviço.</p> <p>Q80 – Mais efetivos no serviço. Acho que a falta de profissionais, apesar de não lhes faltar nada, se houvesse mais efetivos a qualidade era em muito superior.</p>

	Apoio da educadora/professora	5	<p>Q4 – Poderia haver mais envolvimento da educadora da sala de atividades.</p> <p>Q9 – Deveria ter uma sala de atividades mais ativa com as crianças, para que as crianças continuassem com o desenvolvimento que deviam ter na escola tendo em conta as suas idades.</p> <p>Q13 – Durante a hospitalização parece-me não haver grande intervenção do animador ou educador do hospital em prol das crianças.</p> <p>Q20 – A importância de uma educadora que acompanhe e motive as crianças, através da criação de jogos didáticos, contos.</p> <p>Q94 – Durante: promoção de atividades educativas</p>
	Apoio médico	5	<p>Q10 – Eu espero que o meu filho na doença dele seja acompanhado sempre por um médico, que me informa de todos os perigos que ele agora corra e de tudo o que ele não pode fazer.</p> <p>Q30 – O médico deveria passar mais do que uma vez pelo serviço para analisar melhor a evolução dos doentes.</p> <p>Q33 – Os médicos têm uma relação distante, com os pais enquanto que os enfermeiros são próximos e afáveis, se eles pudessem falar connosco sobre a doença, seria bom.</p> <p>Q38 – Talvez os médicos levarem o caso do doente internado até ao fim, para não haver confusões entre outros médicos, por vezes baralham um pouco os pais.</p> <p>Q63 – Acho que na receção da criança na urgência pediátrica, deveria ser sempre feita por um pediatra, pois às vezes os médicos de clínica geral nem sempre é o melhor atendimento.</p>
	Disponibilidade dos profissionais para com as crianças e pais	5	<p>Q1 – Poderiam dar mais atenção às crianças, por vezes em alguns turnos algumas pessoas são extremamente mal educadas.</p> <p>Q18 – Durante a hospitalização que as crianças sintam carinho e atenção para que colaborem melhor nos tratamentos que lhes são efetuados e que se sintam bem no ambiente em que estão.</p> <p>Q41 – Os profissionais procurarem mais a criança e a pessoa que está a acompanhar.</p> <p>Q46 – Os auxiliares deveriam ser escolhidos por vocação, deveriam gostar de crianças, ter paciência para as mesmas e saber que os pais também precisam de alguma compreensão e que os ajudem a superar certas adversidades do dia a dia no internamento dos seus filhos.</p> <p>Q49 – Virem mais vezes a ver a criança a ver se precisa de alguma coisa.</p>
	Competências dos profissionais de saúde	2	<p>Q71 – Um bocadinho mais de rapidez, nalguns métodos.</p> <p>Q73 – Em primeiro o serviço de urgência ser mais rápido no atendimento.</p>
	Apoio especializado (psicólogo, assistente social) à criança e pais	2	<p>Q72 – Talvez ficar mais tempo com ele, mas a nível profissional foi um pouco complicado.</p> <p>Q78 – Haver alguém que o fizesse entender a doença e como viver com ela e com as suas restrições.</p>
	Facilitar as visitas às crianças	1	<p>Q81 – Durante a hospitalização as visitas dos avós deviam ser um pouco mais alargadas.</p>
Necessidade de melhorar Após a hospitalização	Seguimento em consulta de Pediatria	14	<p>Q4 – Após a hospitalização deveriam ter acompanhamento médico ou quando necessário.</p> <p>Q11 – Após: consultas regulares para monitorização do estado de saúde da criança.</p> <p>Q15 – Após a hospitalização acho que deveria haver mais acompanhamento.</p> <p>Q18 – Após a hospitalização deveriam ter um melhor acompanhamento médico.</p> <p>Q21 – Seguimento em consultas.</p> <p>Q25 – Após, penso que, no caso de haver necessidade, proporcionar um contato mais direto e acessível com a unidade onde a criança esteve internado.</p>

			<p>Q36 – Mais acompanhamento.</p> <p>Q39 – Depois da hospitalização deviam ser vigiadas pelos mesmos profissionais durante um tempo.</p> <p>Q42 – Haver um acompanhamento após a saída e ter toda a informação disponível para saber o que fazer quando houver uma recaída.</p> <p>Q45 – Para além dos cuidados no hospital, ter acompanhamento após o internamento.</p> <p>Q49 – Depois da hospitalização marcar uma consulta para ver como se encontra a criança.</p> <p>Q56 – Serem mais vezes seguidos.</p> <p>Q57 – Poderem ter uma vigilância durante um período necessário tanto pelos enfermeiros como pelos médicos.</p> <p>Q70 – Após hospitalização deveriam ser acompanhadas em consultas de rotina por um pediatra.</p>
	Articulação entre unidades de saúde (hospital e centro de saúde)	5	<p>Q22 – Haver maior contato entre a entidade hospitalar e o centro de saúde após a alta.</p> <p>Q27 – Mais facilidade em voltar ao serviço após a hospitalização.</p> <p>Q52 – Fazer entrega de um relatório pormenorizado de tudo o que foi registado durante o internamento e fazer entrega de qualquer relatório de exame efetuado, até porque muitas crianças são seguidas noutros serviços de saúde e/ou os pais podem querer procurar uma segunda opinião (noutra unidade de saúde).</p> <p>Q74 – Terem após hospitalização um seguimento pelo centro de saúde.</p> <p>Q94 – Após: melhor articulação entre o serviço e o médico de família.</p>
	Existência de linha telefónica ou e-mail do serviço para contatos pós alta	4	<p>Q32 – Após a hospitalização, considero importante ser possível contactar via telefone ou e-mail os profissionais que trataram do meu filho no caso de alguma dúvida ou dificuldade.</p> <p>Q42 – Haver um acompanhamento após a saída e ter toda a informação disponível para saber o que fazer quando houver uma recaída.</p> <p>Q52 – E à necessidade de terem estes relatórios, disponibilizar um número de telefone que os pais no domicílio pudessem contactar para esclarecer dúvidas e para o qual os profissionais que com este trabalhassem tivessem sempre toda a informação da criança disponível e em tempo real (tipo linha saúde 24).</p> <p>Q55 – Acho, no entanto, que devia haver a possibilidade de podermos ligar caso haja alguma alteração, problema com o qual não saibamos lidar em casa.</p>
	Informação escrita	2	<p>Q52 – Na alta fazer entregar por escrito de como administrar a medicação e quais os procedimentos, a tomar mediante a situação específica da criança doente. Fazer entrega de um relatório pormenorizado de tudo o que foi registado durante o internamento e fazer entrega de qualquer relatório de exame efetuado, até porque muitas crianças são seguidas noutros serviços de saúde e/ou os pais podem querer procurar uma segunda opinião (noutra unidade de saúde).</p> <p>Q62 – Informação do médico diretamente com os pais sobre a saúde da criança e uma carta para o médico de família com informações sobre o paciente.</p>
	Ações de sensibilização	1	<p>Q12 – Manter os cuidados continuados, explicando aos pais sintomas que possam por em alerta os pais para manifestações de certas doenças, fazendo reuniões pelo menos anuais para estes compreenderem a importância médico/criança.</p>
<b>Sem necessidade de melhorar</b>	Satisfação Plena	17	<p>Q2 – Nada a apontar.</p> <p>Q19 – Acho que nada mais, acho que se esforçam bastante e fazem de tudo o que está ao seu alcance.</p> <p>Q23 – Por mim, não havia nada a melhorar.</p> <p>Q26 – Confio nos médicos mas na minha opinião só internam quando a criança está muito doente.</p> <p>Q28 – O serviço é bom.</p>

			<p>Q35 – Nada.</p> <p>Q37 – O meu filho foi muito bem tratado.</p> <p>Q60 – Quase nada.</p> <p>Q67 – Nada para referir.</p> <p>Q69 – Penso que hoje em dia a assistência às crianças está muito mais desenvolvida.</p> <p>Q77 – Penso que mais nada, porque tudo o que tem que ser feito, tem sido sempre feito da melhor maneira a nível de enfermeiros e auxiliares.</p> <p>Q81 – A assistência no meu caso, penso que foi muito boa.</p> <p>Q82 – Foi feito tudo o que era necessário.</p> <p>Q88 – Nada, penso que até agora estão a fazer tudo com profissionalismo e rigor.</p> <p>Q89 – A assistência é muito boa.</p> <p>Q90 – Nada.</p> <p>Q93 – Esta tudo bem.</p>
--	--	--	--

**ANEXO X – Consistência Interna Global da escala de NPQ**

CN°	Frases	Média	Desvio padrão	Correlação
1	Tem um lugar próprio no serviço onde os pais possam estar sozinhos	2,56	1,056	0,219
2	Ter planeadas com outros pais para partilhar e discutir a experiência da hospitalização dos seus filhos	2,05	0,854	0,131
3	Que os profissionais de saúde incentivem os pais a fazer perguntas e a procurar respostas	3,04	0,640	0,316
4	Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho receba os melhores cuidados de enfermagem	3,52	0,408	0,159
5	Que eu descanse e durma o suficiente	2,80	0,776	0,191
6	Poder contactar uma assistente social para obter informações sobre ajuda financeira, por causa da hospitalização do meu filho	2,58	0,9981	0,201
7	Poder encontrar-me com outros pais que tenham experiências semelhantes com filhos doentes	2,42	0,926	0,148
8	Que eu receba informações escritas sobre o estado de saúde do meu filho para poder consultar mais tarde (por ex., motivo para o internamento, diagnósticos, nomes dos medicamentos e dos exames, e explicações simples deste género)	2,88	0,743	0,155
9	Poder perguntar aos enfermeiros e aos médicos como explicar a doença e/ou os exames ao meu filho	3,10	0,733	0,470
10	Que haja flexibilidade no trabalho do serviço de acordo com as necessidades dos pais	2,95	0,801	0,310
11	Ter uma pessoa no serviço (um enfermeiro ou um médico) especialmente encarregue de cuidar e responder às necessidades dos pais	2,94	0,845	0,315
12	Que eu tenha possibilidade de falar em privado com um médico ou um enfermeiro sobre os meus próprios sentimentos ou preocupações	3,00	0,794	0,35
13	Que eu seja aconselhado durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com o meu filho	3,48	0,432	0,308
14	Que eu possa tomar a decisão final sobre o tratamento que o meu filho vai receber, depois de médicos e enfermeiros me terem dado a conhecer as propostas de tratamento	2,85	0,984	0,243
15	Que eu seja informado sobre todos os prognósticos possíveis para o meu filho	3,27	0,525	0,295
16	Ser incentivado pelos profissionais de saúde para vir e ficar com o meu filho	3,26	0,821	0,232
17	Que um enfermeiro me ajude a tomar consciência das minhas próprias necessidades, por exemplo, refeições, dormir	3,12	0,839	0,308
18	Sentir que confiam em mim para cuidar do meu filho também no hospital	3,49	0,53	0,282
19	Que eu seja informado sobre todos os tratamentos que o meu filho vai receber	3,38	0,486	0,309
20	Ter uma pessoa no serviço especialmente encarregue de cuidar das necessidades do meu filho	3,14	0,724	0,296
21	Que eu tenha um lugar para dormir no hospital	3,26	0,718	0,209
22	Que um enfermeiro (por exemplo, do centro de saúde) acompanhe o meu filho depois de ter tido alta, tendo em conta a sua saúde	2,80	0,894	0,256
23	Poder participar nos cuidados de enfermagem prestados ao meu filho	3,18	0,693	0,358
24	Aprender e ser informado sobre como a doença e o tratamento afetam o crescimento e o desenvolvimento da criança	3,22	0,650	0,426
25	Que eu possa ficar com o meu filho 24 horas por dia se quiser	5,26	0,400	0,128

26	Sentir que não sou culpado pela doença do meu filho	3,19	0,996	0,227
27	Poder prestar cuidados ao meu filho como por exemplo lavá-los, dar-lhes de comer, medir-lhes a temperatura	3,56	0,514	0,283
28	Que eu seja capaz de explicar aos meus familiares, amigos e ao(s) meus outro(s) filho(s) aspetos da hospitalização do meu filho	3,25	0,800	0,308
29	Que eu esteja preparado para o dia da alta do meu filho e que seja informado sobre qualquer alteração dessa data	3,32	0,592	0,383
30	Que eu tenha tempo para estar com os meus outro(s) filho(s)	3,15	0,883	0,148
31	Que eu seja informado assim que possível sobre os resultados dos exames realizados ao meu filho	3,36	0,531	0,364
32	Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho receba os melhores cuidados médicos	3,50	0,399	0,244
33	Que os enfermeiros tomem consciência e compreendam os sentimentos dos pais	3,33	0,573	0,362
34	Que os enfermeiros me contactem e consultem acerca dos cuidados necessários para o meu filho	3,38	0,558	0,296
35	Sentir que sou importante ao contribuir para o bem-estar do meu filho	3,48	0,589	0,249
36	Saber que posso contactar o serviço depois do meu filho ter tido alta	3,25	0,643	0,328
37	Que eu receba assistência e apoio no sentido de tomar consciência e compreender as minhas próprias necessidades, por exemplo, ansiedade, cansaço	3,01	0,835	0,382
38	Que eu receba informações exatas sobre o estado de saúde do meu filho	3,39	0,473	0,285
39	Que eu me sinta menos ansioso	3,05	0,684	0,400
40	Sentir que sou necessário no serviço	3,20	0,757	0,331
41	Poder dormir no quarto do meu filho	3,57	0,452	0,029
42	Que eu receba assistência no sentido de tomar consciência das necessidades do meu filho	3,25	0,680	0,368
43	Tomar conhecimento de tudo o que está a ser feito ao meu filho e porquê	3,32	0,567	0,331
44	Que eu possa manter a esperança sobre o estado de saúde do meu filho	3,43	0,568	0,335
45	Que eu possa comer com o meu filho no serviço	2,76	1,015	0,189
46	Que haja casa de banho e duches para os pais	3,37	0,723	0,216
47	Saber que o meu filho vai ter aulas e atividades para não se atrasar nos estudos e no seu desenvolvimento Que haja casa de banho e duches para os pais	2,90	0,908	0,311
48	Que sejam os mesmos enfermeiros a tratar do meu filho a maior parte do tempo	2,93	0,813	0,346
49	Que uma pessoa (um enfermeiro) coordene os serviços e as informações que recebemos no hospital	2,99	0,775	0,354
50	Que eu não desespere	3,13	0,743	0,294
51	Que um professor, um educador de infância ou um animador cultural me ajude a motivar o meu filho e a manter o seu desenvolvimento e a aprendizagem	2,98	0,831	0,321
<b>Coefficiente Alpha Cronbach global</b>		<b>0,944</b>		