

Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Infantil e Pediatria

As necessidades dos pais perante a  
hospitalização da criança

Julinho Ulé Cá

outubro | 2021



Escola Superior  
de Saúde



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

## **As necessidades dos pais perante a hospitalização da criança**

Julinho Ulé Cá

Guarda

2021



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

## **As necessidades dos pais perante a hospitalização da criança**

### Relatório de Estágio

Relatório final apresentado à Escola Superior da Saúde da Guarda para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Julinho Ulé Cá

Orientado por:

Professora Doutora Ana Maria Jorge

Professora Doutora Fernanda Maria Trindade Lopes

Guarda

2021

## **SIGLAS**

**CHEDV** - Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

**EEESIP** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**HSS** - Hospital São Sebastião

**IAC** - Instituto Apoio Criança

**MESIP** - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**UCIP** - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

**UNICEF** - United Nations International Childrens Emergency Fund

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este relatório do Mestrado ao meu pai, Ulé Cá, e à minha mãe, Ocanhem Cá (*in memoriam*), que, apesar de não estarem presentes entre nós, estarão sempre no meu coração.

Estendo também a dedicatória à minha namorada, Vina Nbabu Nanque, pelo amor incondicional e a todas as pessoas que amei na vida e que já não se encontram presentes entre nós.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Jorge, pela sábia orientação e pelos valiosos contributos ao longo de todas as fases deste trabalho.

À coorientadora, Professora Doutora Fernanda Maria Trindade Lopes.

Ao Vice-Presidente, Professor Doutor Carlos Rodrigues.

À Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, pelo apoio e pela confiança; e em especial do MESIP.

Ao Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (Hospital São Sebastião), em especial à Sra. Enfermeira gestora Paula Fontoura, pela confiança e autorização para realizar o estágio; e às Sras. Enfermeiras Especialistas: Carla Silva, Andreia Gonçalves e Sandra Cainé, pela sábia orientação e pelos valiosos contributos ao longo de todas as fases deste estágio, pelo apoio e confiança; espero que um dia Deus vos recompense.

Aos meus irmãos, Orlando Ulé Cá, José Incate Nanque, Joãozinho A. Indi, pela paciência, alegria e inspiração.

Aos meus Pastores: Carlos Lopes, Tcharton Sana da Costa e ao Dr. Elisio P. Indi, da Igreja Evangélica Assembleia de Deus da Guarda, por tudo; em todas as etapas da vida, ofereceram-me apoio, incentivo, amor e motivação até por via financeira, estando sempre comigo para enfrentar desafios sem nunca desistir. Embora fisicamente distantes, sinto-vos sempre perto de mim, chorando e sorrindo comigo.

Que Deus vos abençoe a todos.

De mesma maneira que, se um membro padece, todos os membros padecem com ele; e, se um membro é honrado, todos os membros se regozijam com ele. Portanto, procurai com zelo os melhores dons; e vos mostrarei um caminho ainda mais excelente.

(Apóstolo Paulo)

## RESUMO

A necessidade da hospitalização da criança constitui uma experiência que ocasiona grandes mudanças na vida dela e da família. A compreensão das necessidades dos pais e a minimização do sofrimento passam pela presença deles 24 horas por dia durante o internamento.

O estudante desenvolveu um estágio focado no objetivo de compreender as necessidades dos pais perante a hospitalização da criança, nomeadamente de informação, de cuidados de enfermagem, necessidade de informação, necessidade de suporte de orientação, necessidade de confiança, necessidade de sentir confiante em si, necessidade relativa a criança e outros membros da família, necessidades relativamente a recursos físico e humano, entre outros.

Desenvolveu-se um estudo fenomenológico que serve para compreender o sentido da realidade social na qual se inscrevem as ações, fazendo uso do raciocínio indutivo e tendo por finalidade chegar a uma compreensão alargada do fenómeno.

Os resultados demonstram que os pais, perante a hospitalização, estão completamente satisfeitos por participar nos cuidados de enfermagem aos filhos, e que sejam os enfermeiros a tratá-los a maior parte do tempo. Daí ser necessário disponibilizar informações, suporte e orientação, ter recursos físicos e humanos disponíveis. A maioria das crianças hospitalizadas é acompanhada pelas mães, o que significa uma menor participação dos homens no processo de hospitalização da criança, apesar de isso constituir muita satisfação para os pais que fazem parte deste estudo.

Concluimos que os atuais contextos de assistência à criança a presença dos pais junto das crianças nas unidades de saúde hospitalares, a sua participação na prestação direta de cuidados e o seu envolvimento em todo o processo de vida da criança reforçam o papel parental, tornando assim uma prioridade que os profissionais de saúde integrem estes paradigmas.

**Palavras-chaves:** Necessidades, Hospitalização, Pais e crianças



## **ABSTRAT**

The child's need for hospitalization is an experience that causes great changes in her and her family's life. Understanding the needs of the parents and minimizing the suffering go through their presence 24 hours a day during hospitalization.

The student developed an internship focused on the objective of understanding the needs of parents when the child is hospitalized, namely information, nursing care, need for information, need for guidance support, need for trust, need to feel confident in themselves, needs related to the child and other family members, needs related to physical and human resources, among others.

A phenomenological study was developed that serves to understand the meaning of the social reality in which actions are inscribed, making use of inductive reasoning, and aiming to reach a broad understanding of the phenomenon.

The results show that parents, faced with hospitalization, are completely satisfied to participate in the nursing care of their children, and that nurses treat them most of the time. Hence, it is necessary to provide information, support, and guidance, to have physical and human resources available. Most hospitalized children are accompanied by their mothers, which means a lower participation of men in the child's hospitalization process, although this is very satisfying for the fathers who are part of this study.

We conclude that in the current contexts of childcare, the presence of parents with children in hospital health units, their participation in the direct provision of care and their involvement in the child's entire life process reinforce the parental role, thus making a priority that health professionals integrate these paradigms.

Keywords: Needs, Hospitalization, Parents, and children

## INDÍCE DAS QUADROS

	Folha
Quadro 1 – Características da criança hospitalizada .....	555
Quadro 2 – Características dos pais das crianças hospitalizadas .....	566
Quadro 3 – Características da hospitalização/doença-----	57
Quadro 4 – Satisfação, participação nos cuidados .....	58
Quadro 5 – Necessidade de informação .....	59
Quadro 6 – Necessidade de Suporte e Orientação.....	60
Quadro 7 – Necessidade de confiança.....	60
Quadro 8 – Necessidade de sentir confiante em si .....	61
Quadro 9 – Necessidades relativas à criança e outros membros da família .....	61
Quadro 10 – Necessidade de recursos físicos e humanos .....	61

## INDICE

	<b>Folha</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO .....</b>	<b>15</b>
1.1 – CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES .....	15
1.2 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....	19
<b>2 – A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA .....</b>	<b>30</b>
2.1 – O ACOLHIMENTO .....	36
2.2 – OS PAIS PERANTE A HOSPITALIZAÇÃO .....	39
<b>3 - CONTRIBUTO PESSOAL .....</b>	<b>49</b>
3.1 – METODOLOGIA .....	49
3.2 – VARIÁVEIS .....	50
3.3 – MÉTODO DE RECOLHA DOS DADOS .....	53
3.4 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO .....	54
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>72</b>



## INTRODUÇÃO

A criança é um membro essencial da unidade familiar. Os cuidados de enfermagem são mais eficazes quando prestados com a convicção de que a família é a cliente. Esta convicção está presente em todo o momento a vida da criança. A família é vista nas suas mais variadas estruturas; cada uma com o potencial de fornecer um ambiente protetor e suporte em que a criança pode crescer e maximizar o seu potencial humano. Os cuidados, para além de estarem integrados na compreensão da família, são fundamentais na vida da criança (Hockenberry e Wilson, 2014).

A doença e a hospitalização da criança constituem para os pais motivo de elevada preocupação e geram necessidades específicas. A organização da família altera-se, sendo necessário o acompanhamento e a inclusão no processo de cuidados ao próprio filho. Portanto, cuidar da criança é também cuidar da família, o que implica um sentimento que permita identificar as suas necessidades através de um processo de empatia promotor de uma melhor adaptação à doença. Por conseguinte, é importante conhecer as necessidades dos pais no sentido de definir estratégias de apoio que se traduzam numa melhoria efetiva dos cuidados à criança/família.

A necessidade da hospitalização da criança constitui uma experiência que ocasiona grandes mudanças na vida dela e da família. A compreensão das necessidades dos pais e a minimização do sofrimento passam pela presença deles 24 horas por dia durante o internamento. Das funções da família, fazem parte responder às necessidades físicas e de saúde dos membros, ser um lugar de amor, intimidade e motivação, bem como fornecer raízes psicológicas e sociológicas (Jorge, 2004).

A escolha do tema, as necessidades dos pais perante a hospitalização da criança, foi motivada pelas experiências pessoais (vida profissional e pessoal) e pela leitura das obras do domínio de estudo deste trabalho, resultando um tema suscetível de interessar o pesquisador suficientemente para manter a sua motivação ao longo de toda a investigação. Relaciona-se da condição de enfermeiro Guineenses consciente das elevadas necessidades que os pais enfrentam na Guiné-Bissau, os quais retratam a carência de cuidados durante a hospitalização. É de salientar que foram identificadas muitas necessidades de investimento na melhoria da qualidade do percurso assistencial dos pais perante a hospitalização dos filhos, mesmo após alta.

Assim, é necessário aprofundar o conhecimento nesta área através de estratégias metodológicas diferentes, com objetivo de contribuir para construção do conhecimento direcionado à implementação de intervenções que diminuam o impacto das necessidades dos pais perante a hospitalização da criança.

De acordo com a OE (2018), no regulamento nº 422/2018, de 12 de julho, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EEESIP) exerce os cuidados centrados na família como filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica, e a sua performance é traduzida

na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e sua família. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria é responsável pela promoção da gestão familiar proficiente nos cuidados às crianças e pela promoção do mais elevado estado de saúde possível, em parceria com criança saudável ou doente e família em qualquer contexto, visando a capacitação e autonomia da família.

Reconhecendo esta situação e descrevendo a experiência profissional em contexto clínico no Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, onde existe uma equipa de pediatria muito dinâmica destacando, pode-se perceber uma assistência de enfermagem de muito alto nível e a convicção da importância de uma mudança de paradigma na gestão de cuidados das necessidades dos pais perante a hospitalização da criança, quer no internamento quer após a alta ou consulta de enfermagem. Este tipo de modelo ideal de gestão já é uma realidade em países europeus, esperando levá-lo para implementar na Guiné-Bissau, aproveitando a experiência clínica de observação em contexto internacional.

O relatório final do Estágio tem como objetivos:

- Prestar cuidados de enfermagem à criança que recorre ao serviço de Urgência ou durante a hospitalização e à família desde a admissão até à alta;
- Compreender as necessidades dos pais perante a hospitalização da criança em termos de informação, de cuidados de enfermagem, entre outros;

Este estudo fenomenológico permite compreender o sentido da realidade social na qual se inscrevem as ações, fazer uso do raciocínio indutivo tendo por finalidade chegar a uma compreensão alargada do fenómeno em investigação. Os aportes teórico-metodológicos assentam na abordagem dos documentos sobre as necessidades dos pais perante a hospitalização da criança e na observação e registo em diário de bordo, durante o estágio.

O relatório está dividido estruturalmente em três capítulos: no primeiro capítulo faz-se a contextualização do desenvolvimento do estágio; no segundo aborda-se a hospitalização da criança, focando-se o acolhimento, a assistência à criança/família, o envolvimento dos pais e as necessidades dos pais; no terceiro parte capítulo apresenta-se o contributo pessoal, que inclui o problema de investigação, os objetivos, a amostra, bem como as variáveis estudadas, o instrumento de recolha de dados e a análise e discussão dos resultados. Por fim, apresenta-se a conclusão e as referências bibliográficas utilizadas na concretização deste relatório.

## **1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO**

O Estágio com Relatório Final decorreu em diferentes contextos da prática clínica, em cuidados hospitalares especializados. Neste sentido, é necessário compreender o contexto em que ocorreu cada prática, em cada uma das instituições, para uma melhor compreensão do desempenho e desenvolvimento de competências durante o estágio.

### **1.1 – CARATERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES**

O Estágio promove o conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e a tradução do conhecimento da teoria para a prática. As diferentes situações vivenciadas durante o período de estágio levam à melhoria contínua dos cuidados prestados e, conseqüentemente, ao aprimoramento profissional. Assim, a Unidade Curricular – Estágio com Relatório Final foi realizada em dois contextos, designadamente: no Serviço de Urgência Pediátrica e no Serviço de Pediatria do Hospital de São Sebastião (HSS) pertencendo ao Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, com localização em Santa Maria da Feira.

#### **Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga**

O Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga (CHEDV), tem como missão, prestar atendimento atempado aos concelhos da parte norte do distrito de Aveiro, com eficiência, qualidade e a custos socialmente comportáveis, em articulação com a rede de hospitais que integram o Serviço Nacional de Saúde, com a rede de cuidados de saúde primários e com a rede nacional de cuidados continuados integrados. Ainda faz parte da missão participar no ensino e na formação pré e pós-graduada do pessoal técnico de saúde e o desenvolvimento das linhas de investigação clínica.

A área de influência direta do CHEDV corresponde aos concelhos da Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e algumas freguesias de Castelo de Paiva.

O CHEDV está inserido na parte norte do distrito de Aveiro, região onde se encontram localizadas mais quatro unidades hospitalares de pequena dimensão, ou seja, o Hospital de São João da Madeira, o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis), o Hospital Francisco Zagalo (Ovar) e o Hospital de Espinho, este último integrado, no 3º trimestre de 2007 no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

## Hospital de São Sebastião

De acordo com o HSS (2009), o nome do hospital está relacionado com a história da região. No século XVI o povo das Terras de Santa Maria, nome pela qual era conhecida essa vasta região, vitimado pelos surtos de peste terá resolvido fazer um voto a São Sebastião, em que se comprometia homenagear a santo, no dia da sua festa, em troca de proteção. Para isso ofereciam-lhe três grandes pães doces, as fogaças, os quais eram levados, em procissão, do castelo até à igreja matriz. Aí, depois de benzidos, os pães eram distribuídos aos pobres. Reza ainda a história, que o voto terá sido cumprido a preceito durante mais de 100 anos e que, quando foi interrompido, já no século XVII, terá havido um novo surto de peste. Descontente, a população reclamou junto do município e, desde então, a promessa nunca mais foi quebrada. A procissão realiza-se todos os anos a 20 de janeiro, dia de São Sebastião e é feriado nesse concelho.

O Hospital São Sebastião (2009) iniciou o seu funcionamento em 4 de janeiro de 1999, na sequência da publicação do Decreto-Lei nº 151/98, de 5 de junho. Foi dotado de um estatuto jurídico que consagrava um modelo de gestão próprio, constituindo a primeira experiência de gestão empresarial no conjunto de Hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Assim, podia recorrer a métodos, técnicas e instrumentos habitualmente utilizadas pelo setor privado, designadamente a celebração de contratos individuais de trabalho, a atribuição de incentivos aos profissionais, a agilização dos processos de aquisição de bens e serviços e a contratualização do financiamento com o Ministério da Saúde, em função dos objetivos de produção definidos.

De acordo com HSS (2009), em 2002, foi transformado em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, evoluindo, em 2005, para Entidade Pública Empresarial (EPE), a exemplo do que aconteceu com a generalidade dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

A 1 de fevereiro de 2009, por força da aplicação do Decreto-Lei n 27/2009, de 27 de janeiro, o HSS passou a integrar o Centro Hospitalar do Entre o Douro e Vouga, EPE, em conjunto com o Hospital de São João da Madeira e Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis) (HSS 2009).

Do HSS fazem parte muitos serviços, entre eles os Serviço de Urgência Pediátrica e Pediatria, onde realizamos o estágio.

### **Serviço de Urgência**

No âmbito da rede de prestação de cuidados nos serviços de urgência hospitalares, definida pelo Ministério da Saúde, o Serviço de Urgência do HSS foi classificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), funcionando 24 horas por dia e atendendo doentes emergentes e urgentes. O serviço de urgência encontra-se estruturado como Urgência Médico-Cirúrgica, integram-se três sectores diferentes no que reporta à prestação de cuidados (Campos, 2014).



- A Urgência Geral, direcionada a prestação de cuidados urgentes/emergentes sendo composta por dois balcões: um azul/verde e um segundo amarelo/laranja, posto de triagem e a sala de emergência;

- A Urgência de Observação destinada à estabilização e vigilância do estado clínico em regime não internamento.

- A Urgência Pediátrica, valência que se dedica à prestação de cuidados urgentes/emergentes a doentes com idade inferior a 18 anos com funcionamento das 8 a 24 horas. Este serviço está localizado no 2 piso do HSS.

A Urgência Pediátrica tem a lotação de 8 camas de observação; 5 camas na zona de Covid-19 e 3 camas de zona não Covid-19. A equipa multidisciplinar do serviço de urgência do HSS integra a equipa médica, de enfermagem e assistentes operacionais em cada turno: 3 pediatras, 3 enfermeiros e 2 assistentes operacionais, com horário de trabalho, no turno da manhã é das 8-14, no turno da tarde 14-20 e no turno da noite de 20-8 horas.

De acordo com Freitas (Campos, 2014), urgência é uma situação clínica de instalação súbita, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais; uns episódios clínicos podem ser classificados como urgências hospitalares (necessidade de assistência médica imediata, sem que exista perigo de via para o doente) e episódios não urgentes (situação que podem aguardar por avaliação em consulta programada pelo médico assistente.

Após a entrada do doente nas instalações do Serviço de Urgência, procede-se à sua inscrição no balcão administrativo para que, em seguida, se possa realizar a triagem de enfermagem. No Serviço de Urgência Pediátrica está implementado o Sistema de triagem de Prioridades de Manchester, pelo que, quanto maior for a gravidade de situação clínica dos doentes, mais prioritário será o atendimento. O objetivo é proporcionar um melhor atendimento nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar, pelo que os doentes poderão ser atendidos, não só pela ordem de chegada, mas em função da gravidade da situação clínica. Assim, a população só deverá deslocar-se ao Serviço de Urgência quando considerar que a sua situação clínica não pode ser atendida no Centro de Saúde da sua área de residência.

O cliente será encaminhado para um gabinete onde um enfermeiro utilizará um protocolo clínico, conhecido como o Sistema de Triagem de Prioridade de Manchester. O grau de gravidade da situação clínica será classificado como uma cor que corresponde a um tempo de espera recomendado. Este sistema aplica-se também às crianças até aos 18 anos, menos um dia, sendo a triagem pediátrica realizada de acordo com o definido de sistema de triagem manchester do Centro Hospitalar.

O Serviço de Urgência Pediátrica tem uma boa ligação com o Serviço de internamento de Pediatria.

## **Serviço de Pediatria**

A pediatria inclui a vertente preventiva e curativa dos cuidados de saúde, e os cuidados médicos e de enfermagens, das crianças e dos adolescentes desde o nascimento até aos 18 anos menos um dia. A pediatria é uma especialidade médica relativamente nova, que teve origem com Abraham Jacobi (1830-1919), considerado o pai da pediatria (Mandal, 2020), mas que em Portugal só se individualizou em meados do século XX.

De acordo com Mandal (2020), os alvos do estudo da pediatria são reduzir a taxa de mortalidade em crianças, controlar a propagação da doença infecciosa, promover estilos de vida saudáveis para uma vida sã, longa e ajudá-las a resolver os problemas das crianças e dos adolescentes.

O Serviço de Pediatria encontra-se no piso 4 do HSS, embora haja outros serviços no mesmo piso. Tem como objetivos:

- Providenciar ao doente crítico, cuidados de saúde diferenciados, garantindo padrões elevados de desempenho técnico, científico e de eficácia e eficiente gestão de recursos, orientados em três pontos:

1 - Preservar a vida humana através da proteção e suporte temporário de funções vitais, para doentes do foro médico, pediátrico, com situações clínicas que comprometam a vida e que sejam potencialmente reversíveis.

2 - Providenciar cuidados especializados de reabilitação aos doentes internados no serviço de pediatria.

3 - Para aqueles doentes que foram admitidos na pediatria para tratamento no serviço, mas durante o processo deste tratamento se verificou terem situações clínicas irreversíveis, ou em relação aos quais, por esse motivo, foi decidido suspender ou não implementar novas medidas de suporte artificial de funções vitais, tem como missão providenciar ao doente um processo de morte sem sofrimento, e aos seus familiares cuidados de conforto (HSS, 2009).

- Elaborar e implementar sistemas, clarificar conjuntamente com outros serviços do hospital, que permitam melhorar a assistência ao doente crítico no serviço de pediatria.

- Explorar caminho através da formação contínua para prevenir o desenvolvimento da doença crítica.

- Providenciar um ambiente académico propícia para a formação pós-graduada em cuidado de pediatria.

O Serviço de Pediatria tem lotação de 28 camas. É constituído por equipa multidisciplinar que integra, uma equipa médica constituída por 23 médicos, 35 enfermeiros e 28 assistentes operacionais.

O horário dos turnos é o mesmo do Serviço de Urgência Pediátrica. Em cada turno, os enfermeiros desempenham funções e desenvolvem competências para ajudar as famílias que têm necessidades de assistência para recuperar a saúde das suas crianças.

## 1.2 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Segundo Dias (2006), competências dizem respeito às características individuais (potencialidades, habilidades, capacidades de ação, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados), conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de atividades, designadas por cuidados de enfermagem nos domínios preventivo, curativo, reabilitação e/ou reinserção do cliente no seio da família, comunidade e mundo laboral. Estas competências podem ser observadas através da qualidade de execução das técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão e permitem discutir, analisar e decidir sobre os aspetos relacionados com a profissão.

Um enfermeiro especialista tem um papel muito importante na promoção do desenvolvimento da criança, assim como na descoberta das necessidades da criança e família de forma a corrigir, definitivamente, que precisam de vários procedimentos e intervenções que permitam a sobrevivência de muitas crianças, vítimas de várias doenças, que interferem no crescimento e no desenvolvimento, com o objetivo de adquirirem qualidade de vida e desenvolverem a sua autonomia. Assim, a assistência de enfermagem à criança, que tem como finalidade a minimização dos efeitos negativos inerentes a seus estados de vida e bem-estar físico e psicológico.

As equipas multidisciplinares de pediatria desempenham um papel importantíssimo no cuidado complexo às crianças, adolescentes e pais. Os enfermeiros executam um conjunto de ações fundamentais à vinculação da tríade pai/mãe/filho. A utilização de medidas que visam prevenir a infeção, o incentivo ao aleitamento materno e a integração dos pais no cuidado dos seus filhos são alguns exemplos das medidas que devem estar sempre presentes nos serviços. Os cuidados devem ser agrupados de forma a respeitar o sono e o repouso da criança/jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Um profissional procura sempre estabelecer uma relação de partilha de conhecimentos de modo a promover a pesquisa na sua área de formação e promover uma interrelação de comunicação para compreender as atividades de cada um, compartilhar ideias e decisões necessárias para melhorar o bem-estar da criança. Essa forma de recolher informação e reforçar o envolvimento de todos os técnicos nas tomadas de decisões, a fim de proporcionar momentos

de reflexão e aprendizagem, também na delegação de competências do exercício da autorresponsabilidade e da responsabilidade partilhada.

A formação deve ser vetor primordial do desenvolvimento das capacidades e competências. O conjunto das qualidades humanas desenvolvidas contribui para tornar os saberes e o saber-fazer mais estáveis. É através dos diversos tipos de formação que se desenvolvem as capacidades, a atividade e o gosto pela experimentação (Dias, 2006).

Ainda de acordo com Dias (2006), do ponto de vista do desenvolvimento das competências, é importante fomentar a partilha de saberes e iniciativas que conduzam a uma maior participação individual nas decisões coletivas. Além disso, é importante criar relações fortes entre a formação e as atividades de trabalho. Portanto, as competências não surgem espontaneamente. Aparecem associadas, por um lado, ao desenvolvimento de metodologias de ensino para a competência e, por outro, a um momento de mudança das teorias, práticas, organização e desenvolvimento das instituições.

Segundo Mendes (1999), existem três polos essenciais para o desenvolvimento das competências: a família, a escola e o mundo do trabalho. Admite que no futuro não existirão novas ou velhas competências, mas todas elas assumirão um papel importante, porque apresentar-se-ão mais exigentes, principalmente no que diz respeito à atualização permanente dos conhecimentos.

De acordo com Dias (2006), a competência é um conjunto de saberes ligados às formas de base e à experiência adequada ao longo do exercício profissional. O conhecimento e a aquisição de competências são um domínio específico de enfermagem que resulta em profunda compreensão das pessoas que estão incluídas nos processos de saúde/doença a que estão mais expostas, sendo uma forma de entendimento das respostas humanas em situações específicas, intervenções de alto nível adequadas às necessidades de crianças/jovens e famílias.

Os profissionais de enfermagem têm um corpo de conhecimentos próprios que são a arte e ciência de cuidar de pessoas de uma forma adequada dependendo de cada caso. Isto quer dizer que os coloca em contacto com os problemas e desenvolve as próprias capacidades de aprendizagem e reflexão, para constituir um elemento importante na construção do conhecimento e evidência científica em prática.

O trabalho quotidiano, do enfermeiro é ir de encontro aos problemas das crianças/jovens e famílias que se encontram numa situação de necessidade de cuidados de saúde, precisando de ajuda, tendo a responsabilidade de ajudá-los, porque são pessoas vulneráveis com muito sofrimento.

No decorrer das atividades do estágio, houve várias oportunidades de prestar cuidados de enfermagem nos diferentes domínios de competências do enfermeiro especialista. Enquanto enfermeiro formado na Guiné-Bissau, com uma realidade totalmente diferente na formação e na

assistência à população, na saúde e na doença, observou-se alguma dificuldade na integração no serviço de urgência, mas, devido à experiência acumulada ao longo da atividade profissional na Guiné-Bissau, foi possível ultrapassá-la. Por outro lado, a orientação tutorial, muito próxima, e as múltiplas experiências foram fundamentais para o desenvolvimento e crescimento profissional, ajudando, de forma contínua, à autonomia e ao desenvolvimento pessoal e profissional no âmbito das competências na assistência à criança e família.

Houve a possibilidade de desenvolver a ação autónoma e interdependente, no sentido de assumir a responsabilidade na prestação dos cuidados numa interdependência com outro, onde a relação multidisciplinar é extremamente importante e interveniente no processo do cuidado à criança, tudo isto demonstra a capacidade de colaboração da equipa de forma adequada, multidisciplinar e interdisciplinar nos cuidados.

Nesse sentido, ao longo de todo o percurso nos diferentes contextos de estágio, pretendeu-se desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP). Para tal, desenvolveram-se as competências comuns e específicas do EEESIP em cada contexto de assistência à criança, que foram concretizadas através do planeamento e realização de atividades ao longo de todo o estágio, e que estão organizadas, primeiro por domínio das competências comuns e depois, pelas competências específicas.

#### 1ª - Domínio de responsabilidade, ética e legal

Objetivo - Demonstrar responsabilidade respeitando normas e valores humanos.

##### Atividades desenvolvidas

- Demonstra tomada de decisão segundo princípios, normas e valores deontológicos;
- Avaliação do processo e os resultados da tomada de decisão;
- Colaboração de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética;
- Promoção da proteção dos direitos humanos;
- Participação em equipa, nas práticas de cuidados fomentando a segurança, privacidade e a dignidade do cliente.

Segundo os princípios gerais, a ética visa a reflexão sobre o agir, através do debate plural na comunidade. Abrange todo um conjunto de valores morais e princípios que norteiam, ou devem nortear, a conduta do Homem na sociedade, conducentes à realização do bem, portanto cada um de nós tem o direito de pensar e decidir de acordo com esses princípios respeitando as normas e o valor humano.

O princípio ético da autonomia está sempre presente, e deve ser um direito de toda a criança/família, independentemente da idade que possui. Assim, a criança/jovem e família tem prioridade na tomada de decisões acerca das informações que ver reveladas para outrem.

## 2ª - Domínio de melhoria contínua da qualidade

Objetivo – Orientar projetos institucionais no contexto da qualidade.

### Atividades desenvolvidas

- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria da qualidade;
- Avalia a qualidade das práticas clínicas;
- Planeia programas de melhoria continua;
- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2016), a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão é um elemento central da estratégia da qualidade que se tem desenvolvido no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a acreditação de unidades de saúde surge como uma metodologia de trabalho destinada a favorecer e impulsionar esses processos de melhoria contínua, integrando todos os elementos do sistema. Por isso, definem-se as ferramentas necessárias que permitem observar e reconhecer até que ponto as tecnologias, as instituições e os profissionais correspondem aos critérios das qualidades estabelecidas, criando padrões de referência que faz avançar para o caminho da qualidade contínua e da excelência.

A enfermagem enquanto profissão deve garantir a qualidade de serviço prestado, tendo o compromisso de promover desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Os padrões de qualidade surgem com o objetivo de uniformizar as práticas dos cuidados, protegendo as pessoas e dignificando a profissão. Para atingir a excelência dos cuidados de enfermagem, os padrões devem ser possíveis de ser medidos e avaliados para se transformarem em ganhos de saúde (OE, 2010).

Durante o decurso do estágio mobilizou-se o conhecimento para garantir a melhoria da qualidade através diferentes trabalhos realizados.

Promoveu-se um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da criança/família, antes de realização dos procedimentos de enfermagem.

## 3ª - Domínio de gestão de cuidados

### Objetivos

- Desenvolver conhecimentos e competências na área da gestão de enfermagem;
- Compreender o processo de gestão de cuidados implementado em cada serviço;

- Compreender o papel do EEESIP na gestão de cuidados;
- Incorporar aspetos da liderança e supervisão de cuidados em saúde infantil e pediatria.

#### Atividades desenvolvidas

- Observação da gestão de cuidados realizada pela enfermeira especialista em cada unidade de prestação de cuidados à criança/família, colaborando sempre que possível;
- Observação das estratégias utilizadas pela EEESIP como líder a equipa;
- Colaboração com a enfermeira no processo do desempenho das suas funções de enfermeira responsável da equipa de enfermagem de serviço de urgência e internamento;
- Colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar;
- Conhecimento do processo de integração de novos profissionais e de estudantes.

O regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (OE 2019: 2628), afirma que este profissional gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos a situações e ao contexto visando a otimização da qualidade do cuidado. Neste sentido, ao longo de todo o estágio, promoveu-se a aquisição de competências nesta área, através, da observação do papel da EEESIP, conhecendo e compreendendo as suas estratégias; colaborou-se, sempre que foi possível, na tomada de decisão da enfermagem e da equipa multidisciplinar.

Geralmente são os enfermeiros ligados à gestão das unidades de cuidados que gerem os recursos materiais, humano e os cuidados de enfermagem. Este facto acontece porque são estes enfermeiros que têm uma maior perceção de suporte organizacional num modelo de gestão e poderão contribuir para a eficiência, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade. Esta eficiência é entendida como uma relação entre os custos e os resultados, ou seja, pretendem-se atingir os melhores resultados na prestação de cuidados com os recursos disponíveis. Assim, é possível prestar bons serviços de saúde com menores custos e sem desaproveitamento, sejam recursos humanos, materiais ou financeiros. Também é elementar que se entenda que não se pode sacrificar a qualidade de cuidados em nome da eficiência, devendo o enfermeiro utilizar algumas ferramentas de gestão, nomeadamente: normas, processos, indicadores e resultados.

O sistema de registos do hospital, utilizando a linguagem Medtrix, permitiu a elaboração do processo de enfermagem através da identificação das necessidades da criança e família, formulando diagnósticos de enfermagem sensíveis à organização dos cuidados, na unidade de internamento. Permitiu implementar medidas e estratégias para a prestação de cuidados centrados na criança e família, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados. Também foi possível participar na articulação dos recursos, promovendo a melhoria da acessibilidade.

No que diz ao papel de enfermeiro especialista, houve oportunidade de observar o papel desse profissional na gestão de conflitos, quer no seio da equipa multidisciplinar, quer junto da

família. Quando se trata do sofrimento ou da situação de angústia, as famílias podem reagir com agressividade e irracionalidade para com os profissionais de saúde, sendo essencial alguém com aptidão para gerir esses momentos e comunicar de forma assertiva.

Foi possível observar as estratégias utilizadas pela EEESIP como líder da equipa.

#### 4ª - Domínio das aprendizagens profissionais

##### Objetivos

- Demonstrar capacidade de trabalhar com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Conhecer a dinâmica e a organização de cada contexto de assistência.
- Desenvolver uma relação profissional com a equipa de enfermagem e restantes elementos da equipa multidisciplinar;

##### Atividades desenvolvidas

- Consulta dos manuais de integração de cada unidade;
- Consulta dos protocolos e as normas existentes no serviço;
- Compreensão da dinâmica de cada contexto assistencial;
- Compreensão da articulação com outros recursos existentes;
- Contribuição para um ambiente favorável ao trabalho em equipa
- Suporta a prática clínica em evidência científica;
- Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

Para desenvolver estas atividades, foi feita, necessariamente, uma observação durante alguns dias sobre as dinâmicas de cada unidade, a abordagem dos profissionais de saúde que nelas desempenham as suas funções, fazendo questionamentos para melhor compreensão dos seus objetivos com a realização de cada intervenção. Além disso, fora consultados diversos documentos e regulamentos em cada unidade para melhor conhecer a missão, a visão e os seus objetivos, analisados também os seus principais protocolos, ou pelo menos os que houve necessidade de implementar.

Para o desenvolvimento deste domínio de competências houve muita pesquisa pessoal em bases de dados científicas e em documentação de organismos de referência nacional, na área da saúde e da saúde infanto juvenil.

#### 5ª - Competências Específicas do EEESIP

- Promover a parceria de cuidados em cada área de assistência à criança;

##### Objetivos

- Desenvolver competências no apoio e na promoção da parentalidade em cada contexto assistencial;



- Assistência à criança/jovem/família na maximização da sua saúde.

#### Atividades desenvolvidas

- Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade;
- Ajuda aos pais no desempenho do papel parental;
- Apoio e estímulo ao exercício adequado das responsabilidades parentais;
- Incentivo e negociação do envolvimento da família na prestação de cuidados à criança/jovem utilizando medidas promotoras da parceria de cuidados.

A importância do cuidado centrado na família, uma filosofia que considera a família uma constante na vida da criança, fica especialmente evidente no cuidado a crianças. À medida que os pais começam a conhecer as necessidades de saúde do filho, com frequência se tornam especialistas na promoção desses cuidados. Profissionais da saúde, incluindo os de enfermagem, são coadjuvantes ao cuidado infantil e precisam formar parcerias com os pais. A comunicação e a negociação efetiva entre pais e enfermeiras são essenciais para formar parcerias eficazes e seguras e encontrar as melhores maneiras de atender às necessidades da criança e da família. Relações colaborativas são caracterizadas por comunicação, diálogo, escuta ativa, conscientização e aceitação das diferenças dos outros (Hockemberry e Wilson, 2014: 1380).

Partindo-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem em parceria com família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma com ênfase no estilo colaborativo, de cariz dinâmico, flexível e interativo, a sua estrutura operativa permite aos enfermeiros proporem intervenções que deem respostas às necessidades de cuidados das famílias identificando, com rigor, tais necessidades.

A avaliação de desenvolvimento de parentalidade força o enfermeiro a centrar-se nas respostas às necessidades da criança enquanto prestador de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem. Ele cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, implementa e gere, junto com a família, um plano de saúde promotor de parentalidade, em particular pela promoção da aprendizagem de habilidades especializadas e individuais à criança e à família, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde /doença pela procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem reforçando-se novamente a importâncias às famílias da maximização do potencial de desenvolvimento infantil (OE, 2019).

6ª - Cuida a criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

#### Objetivo

- Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestação de cuidados de enfermagem apropriados;

- Implementar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor da criança/ jovem.

#### Atividades desenvolvidas

- Avaliação da situação clínica de cada criança/jovem, com identificação da instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestação de cuidados de enfermagem apropriados;

- Gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;

- Resposta às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;

- Aprofundamento de conhecimentos e gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor;

- Implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor da criança/jovem procurando documentar apoio para situações complexas, com protocolos de atuação da criança de alto risco;

- Demonstração de capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), a prestação de cuidados de nível avançado com segurança e competências à criança/ jovem saudável ou doente proporciona educação para saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família significativa em qualquer contexto em que ela se encontre.

No decurso do estágio, houve oportunidade de encontrar dois adolescentes com intoxicação alcoólica e medicamentosa a quem foi possível prestar cuidados e permitiram o desenvolvimento da competência em análise.

Segundo Ordem dos enfermeiros (2019b), para o EEESIP, as intervenções promotoras de conforto são uma preocupação na maximização do potencial de desenvolvimento e na gestão do bem-estar da criança/jovem e dos pais em situações de especial complexidade, em qualquer altura do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem. Os cuidados especializados implicam uma gestão diferenciada do bem-estar e da dor das crianças/jovens como forma de promover o mais elevado estado de saúde possível.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2008), para minimização do impacto da doença e da hospitalização, é fundamental a gestão de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor da criança, pois esta constitui o principal motivo para a procura de cuidados de internamento pediátrico, a administração de sacarose, a presença dos pais, a utilização da sucção não nutritiva, para realização de colheitas.

No contexto de estágio, a urgência pediátrica e internamento de pediatria, sendo áreas particulares da pediatria permitiram o desenvolvimento das competências na gestão da dor em várias situações clínicas.

Nos serviços de urgência pediátrica e internamento de pediatria, a cateterização venosa é um dos momentos de dor e medo provocado nas crianças, pelo que promover medidas como a amamentação, e a contenção manual nos lactentes; a utilização de técnicas de distração, entre as quais a brincadeira com as crianças do pré-escolar e escolar, incentivando sempre a colaboração dos pais e, a congratulação da criança, felicitando-a pelo bom comportamento, são boas práticas que foram aplicadas.

A concretização deste objetivo foi muito importante no percurso de estágio, observou-se uma maior sensibilização dos profissionais neste aspeto, tendo sido facilitada a implementação destas estratégias não farmacológicas nos diferentes contextos.

**7ª - Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem**

#### Objetivos

- Desenvolver estratégias de comunicação com a criança e família;
- Promover o respeito pelos valores étnicos e religiosos do criança/jovem e família, prestando cuidados culturalmente sensíveis e adequados;
- Promover um meio favorável para uma relação de confiança com a criança e família;
- Desenvolver estratégias de comunicação nas notícias.

#### Atividades desenvolvidas

- Utilização de técnicas de comunicação tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família encontrando métodos e estratégias que facilitem sua expressão de sentimentos e emoções;
- Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde;
- Estabelecimento de uma relação de confiança com a criança/família;
- Respeito pelas crenças, culturas e religiosas, aplicando conhecimentos e capacidades facilitadores.

O enfermeiro que tem a capacidade de escuta deve estar disponível para a total comunicação com a criança/família, não só para as palavras que pronuncia, já que, só por si, as palavras não podem traduzir a realidade total das experiências vividas. Por isso, deve ter em atenção a globalidade da criança e sua família como indicador do estado de espírito, tendo em consideração o comportamento corporal, os movimentos e gestos, a sua mímica, entoação e

timbre de voz, a intensidade da reflexão e o silêncio. A comunicação foi o pilar central estando presente diariamente no relacionamento com a criança/família, assim como no contacto com os restantes profissionais de saúde pertencentes à equipa multidisciplinar.

A comunicação com a criança e família desenvolve competências de comunicação construindo relações produtivas na promoção da parceria de cuidados. A este respeito foram utilizados instrumentos como a observação, a entrevista, a relação de ajuda e a escuta ativa.

Portanto, tendo em conta a amplitude da faixa etária que atualmente a pediatria compreende, diversas técnicas relacionadas foram aplicadas no desenvolvimento da relação entre a criança/jovem e família, marcando diferenças em vários níveis, particularmente, no nível da comunicação.

Assim, foi essencial ter em atenção as características da etapa do desenvolvimento em que a criança se encontrava bem com as suas características individuais, e as características de cada família, tendo em conta as suas bases culturais de modo a adequar o discurso, com vista a estabelecer uma comunicação mais eficaz, individualizada e adaptada.

Como se sabe, a comunicação constitui a base das relações entre as pessoas, pode ter expressões tão variadas como o simples gesto, toque, postura, palavra ou um sorriso. É fundamental no exercício da enfermagem e, por isso, desenvolveram-se habilidades comunicacionais. Comunicar é um ato exigente que necessita do envolvimento integral do enfermeiro e é importante fazê-lo com eficácia, integridade e até imaginação.

Segundo Jorge (2003), em famílias estruturadas e psicologicamente saudáveis, com a hospitalização, a união é reforçada entre os membros, porém, em famílias fragilizadas pode acontecer rompimentos e separação. No período da hospitalização, os pais normalmente afastam-se de casa e também dos outros filhos, levando muitas vezes parentes e amigos a assumirem essas tarefas. Se a família da criança doente não possui uma base segura e uma forte rede de apoio, tornar-se difícil enfrentar esse processo em função do aumento de dificuldades.

Em todas as culturas, face à hospitalização dos filhos, os pais expressam sentimentos negativos tais como ansiedade, stresse e desconforto, necessitando, neste sentido, de serem encorajados a participar nos cuidados às crianças para além de as acompanhar.

Apesar das dificuldades vividas pela criança/família durante a hospitalização, especialmente em situação de pandemia por Covid-19, o EEESIP tem uma responsabilidade acrescida nesta área, pois tem maior dever de identificar os possíveis problemas, planear intervenções, promover a sua implementação e avaliar os resultados, de modo a produzir maiores benefícios em saúde.

Não foi fácil desenvolver as competências comuns e específicas do EEESIP, mas a experiência acumulada do estágio anterior, as oportunidades proporcionadas nos dois campos de estágio e o empenho pessoal, ao longo de todo o estágio, e que estará sempre presente ao longo do percurso profissional, motivaram a constante pesquisa de novos estudos pertinentes, a

mobilização dos quadros de referência próprios da profissão e da área de especialização, fundamentando a prática clínica.

## **2 - A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA**

A Convenção sobre os direitos da criança adotada pela Assembleia Geral das 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 for aplicável, atingir a maioridade mais cedo (UNICEF, 2004).

Segundo a OE (2011), 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 ajudá-las a enfrentar as experiências que lhes irão ser feitas durante a hospitalização.

A carta da criança hospitalizada, aprovada por associações de 15 países europeus em 1988 na cidade de Leiden, na Holanda, preconiza que a admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia, e que a equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

A hospitalização da criança é um acontecimento stressante e traumatizante para a criança e família, pois ocorre rutura com o seu meio social, suas atividades, seus hábitos e costumes. As crianças ficam imersas em um ambiente novo, repleto de restrições e rotinas, com pessoas desconhecidas e, além disso, são submetidas a procedimentos geradores de medo e dor (Silva, 2016).

A doença e a hospitalização são com frequência as primeiras crises que a criança enfrenta, sendo muito vulnerável a elas, especialmente durante os primeiros anos de vida, por ainda não possuir os mecanismos necessários para lidar com situações geradoras de grande stress (Whaley e Wondg, 1999 citados pela OE, 2011).

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, Wilson, 2014), e quer as reações dos pais quer as respostas da criança à hospitalização influenciam-se mutuamente.

De acordo com Silva (2016), a criança hospitalizada vivencia inúmeros sofrimentos: separação, dor, desconforto físico da intensa manipulação e doença, que influenciam nas esferas afetivas, psicológicas e emocionais, sendo importante que o enfermeiro reconheça tais sofrimentos. Para tanto, é necessário ouvi-la para apreender a dimensão da doença em sua vida e o modo como é vivida, sendo estes aspetos singulares para cada criança.

No entanto, a hospitalização muitas vezes é inevitável. Quando a criança é internada

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 nesse momento que se deve conhecer o desenvolvimento da criança, para que as explicações a dar sejam compatíveis com a capacidade de compreensão e a etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra.

O crescimento e o desenvolvimento dizem respeito aos fatores que induzem à mudança de ciclo da vida de um indivíduo, sendo o seu desenvolvimento atingido através do crescimento, maturação e aprendizagem (Hockenberry e Wilson, 2014).

A hospitalização para a criança pode significar a separação dos pais e irmãos, a rutura nas suas atividades diárias, doença e tratamentos dolorosos, ou seja, sofrimento e dor. Os principais fatores geradores de stresse durante a hospitalização 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, 2014), nomeadamente no lactente, primeira e segunda infância e adolescência.

## LACTENTE

O desenvolvimento motor e cognitivo do lactente consiste em três grandes estádios, que são: pré-convencional, convencional e pós-convencional e social. Através da mutualidade com a pessoa que fornece os cuidados (pai/mãe), o lactente estabelece uma confiança básica na nova realidade.

O primeiro mês de vida é crítico, é frequentemente diferenciado dos restantes, devido aos ajustes físicos à existência extrauterina, à adaptação ao ambiente e ao ajuste psicológico dos pais (Hockenberry e Wilson, 2014).

Hockenberry e Wilson (2014) fazem uma divisão da fase de lactente 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 esta ligação.

Antes do reconhecimento e ligação aos pais, as principais reações do lactente à hospitalização são reação à imobilização, à dor e mudança das atividades e costumes nos cuidados (Hockenberry e Wilson, 2014).

Portanto, no que se refere ao internamento, o lactente, antes da ligação ao responsável, reage principalmente à alteração das suas atividades habituais e também apresenta uma reação generalizada no nível da dor; depois da ligação ao responsável, o lactente consegue reagir à dor oferecendo resistência e falta de colaboração podendo recusar-se a ficar tranquilo. A distração não ajuda muito e tende a aumentar o medo e a forte resistência. Depois da ligação ao responsável,

são evidentes as manifestações associadas à separação do responsável, tornando-se bem mais exuberantes na primeira infância.

## PRIMEIRA INFÂNCIA

A primeira infância prolonga-se desde que a criança atinge o seu estado da locomoção ereta até à entrada no ano escolar, e esta é a fase em que a criança começa a caracterizar-se pela sua descoberta e atividade intensa, é o momento acentuado no seu desenvolvimento físico e da sua personalidade, com o desenvolvimento motor acelerado de forma continuada. As crianças nesta fase etária adquirem uma linguagem mais clara, bem como relacionamentos das áreas sociais, ganhando autocontrolo e domínio de desenvolver a consciência da dependência e independência iniciando o seu desenvolvimento com o autoconceito (Hockenberry e Wilson, 2014).

A classificação da primeira infância divide-se em duas fases: em *Toddler*, que engloba crianças dos 1-3 anos e em idade pré-escolar, com crianças dos 3-6 anos.

Quando acontece a hospitalização, na fase *Toddler* a criança tem stresse como fonte principal, pela separação dos pais, já que é nesta fase que a criança começa a apresentar maior independência dos pais, bem como as respostas que apresenta são influenciadas pela conquista da autonomia. Portanto, com esta fonte de stresse, **a separação**, existem três grandes fases/reações de comportamento pelas quais a criança passa: a de protesto, de desespero e de negação.

Na fase de protesto, a criança manifesta um comportamento agressivo, tal como chorar, gritar e fugir, pode tornar-se agitada e recusar a atenção de qualquer outra pessoa sem ser os seus pais, algumas crianças podem protestar de forma contínua e só sossegam devido à exaustão física (Hockenberry e Wilson, 2014).

A segunda fase, que é do desespero da criança, caracteriza-se por esta se apresentar não disponível e inativa, estando desesperadamente triste, sozinha ou isolada e apática, perder o interesse pelos seus brinquedos e retrair-se de outras pessoas próximas dela. Neste período, a característica principal é a depressão associada à angústia e à tristeza crescente, não quer ver ninguém nem brincar com o seu brinquedo, sente insegurança.

Na fase de negação, a criança pode aparentemente adotar a perda, parecendo interessada mais no ambiente que a rodeia, como seus brinquedos e a criação de novas amizades e relacionamentos. Este tipo de comportamentos pode resultar da resignação, e não é um sinal de grande alegria.

O outro fator de stresse, a **perda de controlo**, resulta das alterações dos hábitos. A criança costuma regredir, como, por exemplo, mostra que não quer comer e solicita alguém para a



alimentar. É uma luta conquistar a autonomia das crianças nesta idade. Elas podem reagir de forma negativa apresentando situação de crises de birra até as suas vontades serem satisfeitas.

Nesta fase de desenvolvimento, as crianças podem mostrar resposta à **dor**, observadas na reação com intensidade, perturbação emocional, resistência e, até mesmo agressão física.

Na *fase pré-escolar*, as crianças apresentam maior autossuficiência nas suas atividades quotidianas e começam já a assumir responsabilidades sob os fatores geradores de stresse da hospitalização, exibem ainda muitas das necessidades da criança da fase anterior.

As crianças na idade pré-escolar são mais seguras na criação de amizades e relacionamentos interpessoais, mas, com o surgimento da doença, os comportamentos de protesto são mais passivos, e os restantes são idênticos às crianças neste período. Elas podem demonstrar ansiedade da separação através da perda de apetite ou recusa alimentar, tendo dificuldade em adormecer ou chorar baixinho e chamar pelos pais, ou uma forma de se expressarem indiretamente é partindo os seus brinquedos ou batendo em outras crianças, isto demonstra uma forma de descontentamento. Podem também recusar-se a aceitar as suas atividades de habituais (Hockenberry e Wilson, 2014).

Neste período, a perda de controlo pode resultar também nas alterações da sua atividade quotidiana, surgindo a regressão e a negatividade, pois a restrição física, as rotinas alteradas e a dependência imposta também levam à perda de controlo na idade pré-escolar (Hockenberry e Wilson, 2014).

Nestes grupos etários as crianças querem gozar da sua liberdade e movimentar-se, por isso, qualquer coisa que possa imobilizá-las provoca reações de resistência para além da falta de cooperação. No entanto, são mais sensíveis à lesão corporal e à dor, pelo que os procedimentos mais dolorosos constituem uma ameaça. As reações das fases pré-escolares em junção aos fatores geradores de stresse, de dor e medo são a agressão, da qual a criança tenta fugir em vez de resistir fisicamente. Como forma de expressão verbal, pode agredir verbalmente e persuadir as pessoas a não realizar a atividade a que vai estar sujeita.

## SEGUNDA INFÂNCIA

Na segunda infância ou fase escolar, encontram-se as crianças de faixas etárias compreendidas entre os 6-12 anos de idade. Nesta idade o desenvolvimento da criança está dirigido para fora dos grupos familiares, centralizado num mundo mais interior e exterior nos relacionamentos com colegas, criando amizades. Existe uma aceleração contínua nos desenvolvimentos físicos, mental e social, com ênfase sobre o desenvolvimento das competências das habilidades, a cooperação emocional e social e o desenvolvimento moral, que inicialmente adquire maior importância e relevância para as fases posteriores da vida. Esta é uma

faixa etária crítica no desenvolvimento do autoconceito (Hockenberry e Wilson, 2014).

De acordo com Hockenberry e Wilson (2014), neste período as crianças apresentam uma maior capacidade para enfrentar e superar a separação quando surge a situação da hospitalização, embora também possa acontecer uma reação de regressão. Aqui, as necessidades de segurança, havendo orientação e apoio dos pais são relevantes. As crianças podem necessitar ou desejar os seus pais, mas são capazes de serem relutantes à sua solicitação já que se trata de um período em que a criança tem expectativas de agir e experienciar como os adultos, de serem grandes, pois a meta de conquistar a sua independência é tão importante para as crianças, nesta fase, não procuram ajuda diretamente, por se sentirem inseguras, envergonhadas, tendo medo de parecerem fracas, de infantilidades ou de serem dependentes dos seus segredos.

Neste período, a criança perde o controlo sendo demasiado vulnerável a acontecimentos que lhe diminuem o seu sentimento de poder, já que as crianças querem ter poder de lutar por independência e produtividade. Nesta faixa etária, uma das grandes situações críticas da criança quando está hospitalizada é o tédio, tornando-se um desafio mantê-la, por exemplo, em repouso. Além do próprio ambiente hospitalar, a criança apresenta um sentimento de perda de controlo, quando as suas atividades normais são interrompidas e prejudicadas, assim, reage com depressão perante a hospitalização ou a frustração.

Segundo Hockenberry e Wilson (2014), a preocupação com a dor real pode ser menor do que com a incapacidade de recuperação incerta e até mesmo com a possibilidade de morte. Isto demonstra que as crianças estão interessadas na sua situação de saúde e doença. A lesão corporal pode ser algo que as preocupa bastante na medida em que elas têm noção da indispensabilidade de certas partes do corpo e da possível situação de perigos do tratamento, das consequências a longo prazo, da lesão permanente ou, até mesmo, da perda de função de qualquer parte de corpo.

## A ADOLESCÊNCIA

A fase da adolescência abrange a faixa etária dos 13-18 anos. É um período transitório entre a infância e a idade adulta. Segundo Hockenberry e Wilson (2014), é considerada como a fase das complicações devido ao período de maturação e alterações aceleradas, que têm início da puberdade e se prolongam até à fase de mudança para o mundo do adulto. As maturações biológicas e da personalidade são acompanhadas por desordem física e emocional e têm a ver também com uma redefinição do autoconceito. Neste período, o jovem começa a interiorização de todos os valores aprendidos e concentra-se numa identidade individual ou de um grupo.

Neste período, os mecanismos para confrontar os stresses já estão mais desenvolvidos, bem como a capacidade de pensar tanto o momento difícil abstrato como concreto, e 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 referência no presente e futuro. Tendo em conta as suas forças, os adolescentes são um grupo de pessoas que se podem considerar vulneráveis e mais stressadas por motivos de doença e de hospitalização, constituindo-se como principais ameaças a perda de controlo, relacionada ao nível da identidade, o medo de uma imagem corporal alterada e a separação, principalmente dos seus pares. No que diz respeito à separação relativamente aos pais, pode até ser um acontecimento apreciado como normal para uns ou pode não ser bem-vindo para outros, já que é neste período que sempre procuram ser independentes, ao contrário da separação dos amigos, que se pode tornar numa ameaça emocional devido à perda do seu estatuto no seio dos colegas (apesar de poderem conhecer outros adolescentes durante a hospitalização).

Esta fase é aquela em que a maioria dos adolescentes luta para tornar-se independente, e a autoafirmação e a liberdade centram-se na busca de identidade pessoal. A hospitalização vai impor aos adolescentes um novo relacionamento com pessoas autoritárias às quais podem reagir com falta de cooperação ou reserva, podem também responder com autoafirmação, raiva ou frustração, tendo assim visível a perda de autocontrolo, já que eles podem sentir uma ameaça sobre a sua identidade (Hockenberry e Wilson, 2014).

De acordo com Hockenberry e Wilson (2014), a **lesão corporal** pode ser algo que se associa às aceleradas mudanças da imagem corporal que ocorrem dos adolescentes durante o período de desenvolvimento púbere, tornando-os com frequência inseguros em relação aos seus corpos, além de que é na fase de adolescência que a imagem corporal atinge o apogeu e qualquer diferença que pode acontecer em relação aos seus pares é considerada como uma tragédia.

Deste modo, o adolescente tem uma preocupação aumentada com a sua privacidade, devido às mudanças sexuais que ocorrem, e o desrespeito por estas poderá causar mais stress do que a dor física.

Face às características próprias do desenvolvimento de cada criança, quando acontece a hospitalização, é necessário criar condições para responder às necessidades de segurança afetiva da criança hospitalizada e para permitir que tenha uma vida de criança. No entanto, é necessária a presença indispensável dos pais perante a hospitalização ou de qualquer familiar da sua própria preferência para diminuir o trauma que a situação pode causar.

Os pais desempenham um papel importante na redução do trauma da separação, oferecendo afetividade e segurança à criança na condição em que se encontra, mas também são eles que irão ser a ponte entre a equipa de enfermagem e os adolescentes, e a equipa pode relacionar-se com os adolescentes através dos pais.

Perante a hospitalização, além da fase do desenvolvimento em que a criança se encontra, é necessário ter em conta outros fatores, tais como a separação total ou parcial dos seus familiares

significativos, a qualidade do relacionamento antes de ser hospitalizada, a condição física no momento da hospitalização, a capacidade de resiliência da criança e família, bem como o tipo de cuidados que se impõem de imediato e ao longo da hospitalização, as experiências anteriores relativamente a doenças e/ ou perante hospitalizações, também o tipo e a qualidade de afeto que recebe, não só da família, como também da equipa da enfermagem e, finalmente, se a própria hospitalização é programada ou urgente (Hockenberry e Wilson, 2014). Todos esses fatores devem ser tidos em consideração desde a admissão e acolhimento em toda e qualquer hospitalização.

## 2.1 - O ACOLHIMENTO

Acolher significa amparar, confortar, ouvir; prestar um suporte social e psicológico a todos/as os clientes que frequentam o serviço integrado de atendimento, orientar as famílias sobre serviços de assistência e estabelecer articulações que existem, a fim de garantir a eficácia dos encaminhamentos. Visa promover a humanização no atendimento a todas as pessoas de diferentes faixas etárias.

O acolhimento tem como objetivo otimizar um espaço de diálogo entre os clientes e as equipas de enfermagem, um momento em que possam ser esclarecidas as dúvidas sobre os assuntos relacionados com a saúde/doença de acordo com as necessidades dos clientes.

É no acolhimento que, de acordo com Jorge (2004), a relação de ajuda se inicia. Tem início, numa primeira etapa, que se designa de estabelecimento da relação e que consiste no primeiro encontro entre duas pessoas estranhas e ansiosas: o enfermeiro e a criança/família. É a fase do conhecimento e de garantia de confidencialidade. Os dois intervenientes observam-se mutuamente, os pais /as crianças notarão o tom de voz, linguagem e todos os indicadores não-verbais como a postura, o vestuário, a expressão facial. Temem que o enfermeiro não lhes dê a atenção necessária, os pressione, os rejeite ou se aborreça na sua companhia. É a partir do que foi vivenciado na primeira interação que a relação de ajuda se estabelecerá ou não. Para o sucesso desta, o enfermeiro deve conhecer a criança/família, apresentar-se pelo nome. Após este primeiro contacto, a relação de ajuda pode estabelecer-se e passa pela classificação das necessidades, expectativas e objetivos da criança/família, permitindo o planeamento da forma de intervenção. Passar-se-á então à segunda fase, que a autora designa de ação positiva, em que a relação é progressiva, estabelece-se pela comunicação e pressupõe disponibilidade, escuta, aceitação, respeito, isto é, o desenvolvimento da empatia, confiança e segurança. Todas estas características facilitam o aparecimento de mecanismos de adaptação e defesa da criança/pais a uma situação

invulgar - estar doente.

Deverá, na comunicação, ser-se assertivo, pois se é certo que qualquer elemento da equipa terapêutica pode ser tímido na sua vida privada, no desenrolar da sua atividade profissional esse aspeto não poderá impedi-lo de ser firme e seguro (Jorge, 2004).

A relação de ajuda é a essência dos cuidados de enfermagem e o segredo da personalização dos mesmos. Em enfermagem, a relação de ajuda é vista sob uma perspectiva holística e humanística, em que o ser humano é considerado um ser em relação. Ainda defende que a relação de ajuda que se realiza no acolhimento deverá ser uma relação progressiva que se estabelece pela comunicação e pressupõe disponibilidade, escuta, aceitação, respeito, isto é, o desenvolvimento da empatia, confiança e segurança. Deve-se saber ouvir os pais, esclarecer dúvidas, aceitar responder várias vezes às mesmas sem formular juízos de valor, procurando que exista uniformidade na informação, permitindo aos pais e à criança ultrapassar muitos medos e aumentar a confiança na equipa.

Jorge (2004 cit. Elhart e Firsich,1983) afirma que a admissão e o respetivo acolhimento dos pais perante a hospitalização da criança numa enfermaria são da responsabilidade do enfermeiro. Estes podem proceder ao acolhimento perante a hospitalização da criança da seguinte forma:

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

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

Além disto, o enfermeiro deverá também dedicar algum tempo a informar os pais da criança do que poderá acontecer em determinados momentos, de forma a adquirir a confiança

destes e o máximo de à-vontade e empatia.

Portanto, o acolhimento e a integração dos pais perante a hospitalização da criança num serviço de pediatria e urgência irão permitir aos pais a aquisição de segurança no desempenho do seu papel perante a hospitalização, de forma a ajudar a equipa de enfermagem, quer no planeamento da assistência, quer na sua prestação de cuidados à criança hospitalizada.

Percebe-se que o acolhimento é fundamental para garantir a assistência de qualquer cliente perante a hospitalização, por isso, qualquer enfermeiro tem que ter a responsabilidade de ser empático e carinhoso com os pais. É importante que se estabeleça confiança nos enfermeiros, isto dá melhor garantia da assistência de enfermagem de uma forma confortável.

Na assistência a crianças no hospital, é fundamental o conhecimento sobre o seu desenvolvimento. Neste contexto, torna-se necessário que os profissionais estejam atentos às questões relacionadas com a saúde da criança de forma integral. No ambiente hospitalar, é fundamental que a equipa de saúde da criança faça uma troca de conhecimentos com a sua família para discutir os problemas relacionados com o desenvolvimento da criança. Além disso, é muito importante destacar a postura dos profissionais no cuidado e na forma como interagem com a criança e sua família. Uma atitude, com a criança e seus pais, acolhedora e afetiva, demonstrada através do olhar, do tom de voz ou toque, pode estabelecer vínculo terapêutico mais eficaz (Calvetti, Silva e Gauer, 2008).

De acordo com Hockenberry e Wilson (2014), na assistência à criança/família pode ver-se uma variação considerável nas reações ao diagnóstico, na utilização dos mecanismos de defesa e no tempo necessário para lidar com problemas de hospitalização ou diagnóstico. É importante que os profissionais reconheçam e respeitem a grande variedade de reações e mecanismos de *coping*. De facto, o membro da família de uma criança doente pode sentir muitas emoções difíceis, como culpa, medo, ressentimento e ansiedade. Orientações para a prática de enfermagem, o apoio dos profissionais de saúde, os membros da família alargada e os amigos podem ajudar os membros da família a lidarem com os seus próprios sentimentos. Quando os pais são capazes de adaptar-se, com sucesso, a cuidarem da sua criança todos os membros da família vivem resultados positivos.

Segundo a OE (2019), o EEESIP assiste ou presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para saúde, assim com identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família significativa, em qualquer contexto em que elas se encontrem, nos hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, assistindo aos cuidados continuados de casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível.

Portanto, a assistência às crianças/jovens e suas famílias/ pessoas significativas/ prestador informal é garantir o acesso equitativo à assistência de enfermagem da criança hospitalizada, cuidados de enfermagem especializada em saúde infantil e pediatria, numa perspectiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.

No entanto, não se deve tomar decisões, por eles, nem os substituir em aspetos relativos à sua participação (quando presentes). Por outro lado, considera que, demasiadas vezes, os enfermeiros dão a impressão de estarem tão apressados e de que outros assuntos mais importantes os esperam noutra local, suas pesadas cargas e responsabilidades, fazendo com que os pais se sintam impedidos de expressar as suas necessidades durante a hospitalização da criança (Hockenberry e Wilson, 2014).

## 2.2 - OS PAIS PERANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Segundo a OE (2011), o impacto que a doença e a hospitalização provocam na criança e família afeta muitas vezes o normal desenvolvimento, devendo ser valorizada e constituída razão válida para manter a criança hospitalizada pelo menor período possível, assumindo-se para isso a necessidade de preparar o regresso a casa o mais precocemente possível. Assim, o processo deve iniciar-se no momento da admissão, para garantir que a alta hospitalar ocorra em tempo útil, de forma segura, e com o menor risco de uma rehospitalização não desejada, traumática e dispendiosa.

A doença e a hospitalização são acontecimentos inesperados para as famílias, que causam dor e sofrimento e podem dificultar a adaptação à parentalidade. A hospitalização da criança implica muitas vezes uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam ou não (OE, 2015).

De acordo com Smith, citado pela OE (2015), a criança é influenciada por fatores que afetam a unidade familiar e é reconhecido que a criança só pode funcionar no máximo do seu potencial dentro de um relacionamento familiar estável. Esta abordagem obrigou a uma visão mais abrangente e integradora na perspectiva de cuidar, provocando uma evolução nos cuidados de enfermagem. O modelo de Parceria de Cuidados, elaborado por Anne Casey, assume os pais como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho, e impulsionou novas formas da organização da assistência à criança hospitalizada, ampliando o foco de atenção em enfermagem e exigindo deste corpo de profissionais olhar a família como objeto do cuidado, num

processo de produção de relações e intervenções, que vão para além do atendimento clínico (Lopes, 2012 cit. Collet e Rocha, 2004).

A hospitalização da criança torna os pais mais vulneráveis, e as funções que anteriormente eram executadas pelos eles, tais como os cuidados de higiene, a alimentação, a proteção e o suporte emocional, podem ser assumidas pelos profissionais de saúde, causando nos pais um sentimento de revolta e frustração, comprometendo o seu papel parental.

Segundo Jorge (2004), a hospitalização gera frequentemente um sentimento de culpa nos pais. Muitos deles pensam que falharam em seu papel de pais e nas expectativas de si próprios, o que poderá prejudicar o funcionamento e as capacidades de apoio ao sofrimento do filho. O encargo financeiro que a doença acarreta é também causa de preocupação por parte dos pais. Outras fontes de sofrimento perante a doença do filho poderão ser a pena e o medo de o ver com dor. Por isso, alguns pais ficam angustiados, com medo de que a hospitalização ocasione danos nos seus filhos por se sentirem abandonados. Os problemas emocionais também são frequentes. Os pais podem experimentar sentimentos de culpa pela doença dos filhos, como nas situações de doença genética; um dos pais pode culpabilizar o outro provocando conflitos conjugais, distanciamento e mesmo separação ou divórcio.

A permanência no hospital deve permitir que os pais sintam que a instituição é uma caixa de ferramentas da qual têm a chave. Jorge (2004) afirma que a instituição não pode, por si só, resolver aquilo que faz com que a criança seja problema na família, mas ela pode, no entanto, trabalhar com a criança e família sobre os problemas que ela tem.

Ao cuidar da criança hospitalizada, os enfermeiros deparam-se com um ser humano e sua família em situação de vulnerabilidade emocional, física e social, o que exige do profissional de enfermagem não somente uma compreensão da doença, mas também sensibilidade para reconhecer suas peculiaridades. Portanto, é necessário incluí-los no processo.

Os enfermeiros, pelo tempo de permanência junto da criança e família detêm o privilégio do contacto podendo ser o elo de articulação da equipa multidisciplinar. O enfermeiro assiste a criança/os pais, orienta-os e facultá-lhes cada uma das etapas do processo de resolução do problema; não toma decisões por eles, nem deve substituí-los em aspetos relativos à sua participação na ação.

Segundo Jorge (2004), a presença dos pais durante a hospitalização da sua criança pode conferir-lhes um sentimento útil, ultrapassando-se assim os sentimentos de culpa ou de incapacidade de cuidar do próprio 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 no domicílio.



Em Portugal, a partir de finais dos anos 70 (mais concretamente, em 1977), à semelhança dos países europeus, registou-se uma preocupação em tomar medidas urgentes e promulgar legislação que facilitassem e valorizassem as funções parentais, reconhecessem os direitos da criança e concretizassem medidas de apoio à família.

A legislação portuguesa previa o acompanhamento familiar da criança hospitalizada até aos 15 anos de idade, com o direito ao acompanhamento familiar exercendo-se com respeito pelas instruções e demais técnicas relativas aos cuidados de saúde, aplicáveis e sem prejuízo do normal funcionamento dos serviços (Lei nº 106/2009, de 14 de setembro). Com o alargamento da idade pediátrica para os 18 anos (Despacho n.º 9871/2010 de 11 de junho), o enquadramento legal foi adaptado, estando o acompanhamento familiar assegurado aos adolescentes.

A carta da hospitalização (1988) faz referência à importância do acompanhamento das crianças hospitalizadas dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou estado. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados. A criança e os pais têm o direito de receber informação sobre a doença e os tratamentos adequados, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito. De acordo com o relatório da Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança (1993: 165, citado pela OE, 2015), a presença permanente dos pais junto das crianças hospitalizadas não diminui, antes reforça, o papel qualitativo e quantitativo dos enfermeiros dos serviços de pediatria, ampliando as suas funções assistenciais, exigindo um papel pedagógico junto das famílias e das crianças e valorizando as suas funções de observação, registo e de parte fundamental da equipa de saúde.

Os pais, no hospital, querem continuar a agir como tal e cabe aos enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, serem os ativistas deste processo: com aceitação e integração de forma sólida, com informação e orientação em tempo oportuno, aumentando a autoconfiança dos pais para que consigam eles próprios gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do seu filho (OE, 2015).

Como se sabe, a presença dos pais perante a hospitalização evita, por parte da criança, o trauma da separação, ameniza o seu sofrimento, proporciona-lhe a afetividade e segurança que só os pais lhe podem oferecer, diminuindo assim a quebra de continuidade do seu ritmo de vida em casa.

De acordo com Dias (1997, 2009), evitar a separação dos pais/filhos, diminuindo os transtornos físicos, psicológicos e sociais e o carácter agressivo da hospitalização, também lhe proporciona melhor aceitação e adaptação à hospitalização, bem como afetividade e segurança. Permite-lhe dar uma certa continuidade em relação ao seu ritmo de vida que faz em casa, 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.

Portanto, com a presença dos pais durante um conjunto de determinados procedimentos, a criança fica mais confortável, mas o mesmo pode não ser benéfico em outras, na medida em que há situações em que a criança pode ficar mais irritada ou expressar mais hostilidade ao pé de seus pais. Outros autores referem que a criança pode sentir-se traída quando os pais estão presentes permitindo que ela experimente a dor ou acontecimentos assustadores (Jorge, 2004).

O ensino oportuno, o reconhecimento das suas potencialidades e a identificação das suas competências ajudam os pais a integrar-se como verdadeiros elementos da equipa. Durante a hospitalização, o enfermeiro esclarece os pais dos procedimentos e eventuais efeitos do tratamento, para que, desta forma, possa dar um apoio válido ao filho, facilitando a obtenção da sua confiança e segurança (Jorge, 2004).

De acordo com o artigo nº 3 da carta de hospitalização da criança (1998), os pais devem ser encorajados a permanecer junto do seu filho, devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais, sem que isso implique um encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e a organização própria do serviço para que participem ativamente nos cuidados e na satisfação das necessidades dos filhos.

De acordo Jorge (2004), cada família tem necessidades diferentes no que se refere à hospitalização do filho. Assim, deverá ser acompanhada numa abordagem individualizada, proporcionando um mínimo de estabilidade e familiaridade dentro da situação que está vivendo. Reconhecer a importância do papel dos pais torna-se fundamental no desenvolvimento do processo de integração da criança e pais na unidade. A tríade, agora constituída, entre pais, criança e equipa assistencial permanecerá em constante interação da qual todos beneficiarão.

Perante a situação de hospitalização da criança, há necessidade de que a família apresente informações, das quais a equipa de enfermagem necessita estar a par e dar resposta. Refere-se às necessidades dos pais em termos cognitivos, emocionais, comportamentais e de relações conjugais relacionadas com a criança doente (Jorge, 2004).

O envolvimento dos pais, no cuidar do filho, proporciona e mantém o direito que a família tem de estar unida. Trará conforto e tranquilidade a ambos ajudando a reduzir a ansiedade e o medo (incluindo o da própria hospitalização). Os pais podem continuar a ser pais daquela criança, mesmo durante a hospitalização. Podem estar mais aptos a avaliar a variedade de efeitos emocionais que a doença, o tratamento e o prognóstico trazem livremente para os seus sentimentos, possibilitando-lhes a continuidade de cuidados adequados à criança mesmo após a alta. Família, criança e equipa beneficiarão muito deste envolvimento bem-sucedido (Jorge, 2004).

O hospital, enquanto detentor do saber técnico e científico determinante para a reabilitação da saúde, pode reorganizar-se e constituir um ponto fulcral na dinamização de programas

diversificados que estabeleçam um marco referencial e transformem o espaço pediátrico num verdadeiro mundo infantil, envolvendo profissionais, crianças e acompanhantes.

De acordo com Jorge (2004), o envolvimento e a colaboração dos pais incluem a vigilância como, por exemplo, alertando para sinais de infiltração ou até de risco de saída do cateter pela atividade da criança. Os pais têm necessidade de conhecimentos, técnicas terapêuticas e cuidados a prestar em casa. É de primordial importância explicar aos pais eventuais alterações no comportamento, ajudando-os a aceitá-las, bem como reações previsíveis no contexto da hospitalização. É com os enfermeiros que os pais falam com maior frequência. Para que tal suceda, de forma eficaz, tornar-se importante que os enfermeiros se mantenham acessíveis e estimulem os pais a verbalizar as suas preocupações, as suas dúvidas e receios. Esta disponibilidade é fundamental para que as questões possam ser reformuladas e a comunicação se processe em ambos os sentidos.

O hospital é um sistema de comportamentos e interações que se processam produzindo lógicas e atos singulares, um sistema complexo de comportamentos humanos que devem ser analisados a partir da clarificação das relações entre os diferentes atores, instituições e espaço.

Portanto, a hospitalização da criança envolve múltiplas áreas de decisão com implicações psicológicas e sociais importantes. A maior parte destas decisões é tomada exclusivamente pelo médico ao definir variadas circunstâncias em que a criança irá ser tratada. Mas as condições de hospitalização estão dependentes das decisões de outros profissionais, para além dos médicos, compreendem vários aspetos fundamentais para a vivência da criança e família: preparação da admissão, acolhimento, envolvimento, ambiente e equipamento, apoio e informação à criança/família, normas de funcionamento, equipa multidisciplinar, comunicação entre serviços e preparação da alta. A concretização destas atividades compete ao enfermeiro em colaboração com os outros intervenientes da equipa de saúde, para tal, necessita respeitar hierarquias e normas de funcionamento do próprio sistema institucional (Jorge, 2004). No entanto, a hospitalização permite que se estabeleça uma nova interação dos pais/equipa de saúde caracterizada por uma relação vital, complementar e obrigatória, pelo facto de a criança doente passar a ser o ponto de encontro das trocas resultantes dessa interação, e por ocupar uma centralidade absoluta nesse quadro. Esta relação de complementaridade traz vantagens, não só para os pais e crianças, pois permite melhorar a autoimagem e autoconfiança na continuidade de desempenho do seu papel, mas também para os enfermeiros porque, através da relação estabelecida, os pais têm maior apreço pela sua função (Jorge, 2004).

Segundo Jorge (2004), a comunicação ativa transcende a relação enfermeiro/pais/criança. Ela envolve a coordenação e cooperação com todos os elementos integrantes da equipa de saúde, incluindo a família. Todas as relações se concretizam dentro de um subsistema que é a equipa de

saúde inserida numa instituição hospitalar considerada aqui como um sistema aberto com trocas permanentes com o meio ambiente. O enfermeiro é um ser em relação a uma profissão e ao hospital, um espaço de múltiplas interações. Se, por um lado, as relações se processam de forma biunívoca entre os dois intervenientes (equipa de saúde e criança/pais), os grupos são constituídos por elementos heterogéneos com estatutos e papéis diferentes. No que se refere à equipa de saúde, o enfermeiro, pelo tempo e tipo de relação que estabelece com a família/criança, espera-se que sirva de ponte e elo de ligação, bem como de descodificação tanto verbal como não-verbal da comunicação entre médico e pais/criança e vice-versa. Este elo de ligação processa-se, ainda, com o cuidado de gerir conflitos, ansiedade e medos em ambas as partes, não os deixando transparecer para o outro lado. Este tipo de relação pode originar uma escalada simétrica em que o enfermeiro pode ser envolvido numa triangulação, podendo ser um agente mediador da relação entre pais/criança e os outros elementos da equipa de saúde.

Portanto, é neste sentido que pode ser considerado um elemento *go between*: entre a criança e a família (no contexto médico-clínico), entre os outros elementos da equipa (médico, assistente social, outros técnicos paramédicos) ou mesmo da administração e da família/criança perante a hospitalização. Na triangulação, o enfermeiro deve promover comunicações claras e complementaridades, evitando (ou tentando prevenir) alianças e coligações consigo próprio e com os outros elementos do triângulo (Jorge, 2004).

O envolvimento da família nos cuidados à criança hospitalizada resulta da expectativa que a sociedade possui das responsabilidades parentais. Os enfermeiros reconhecem a família como uma constante na vida da criança, respeitam os conhecimentos que esta possui acerca do seu filho. Os pais assumem no hospital alguns dos cuidados parentais, tais como a alimentação, a higiene e o apoio emocional. O envolvimento dos pais perante os cuidados é incentivado, mas é liderado pelos enfermeiros (Hutthfield,1999; Smith, 2006; Cardoso, 2010).

A participação dos pais perante os cuidados é chave para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Este nível de relacionamento entre os profissionais de saúde e os pais da criança é mais aberto e de natureza colaborativa. Eles participam no nível que desejam participar e nos cuidados que desejam realizar mediante um processo de negociação. Os enfermeiros são responsáveis por todos os cuidados prestados, ensinam os pais quando necessário e capacitam-nos para prestarem cuidados. Há, neste caso, partilha de conhecimentos, valorização das capacidades e das forças dos pais para cuidar da criança, mas os enfermeiros continuam a liderar o processo de decisão (Hutthfield,1999; Smith, 2006; Cardoso, 2010).

A parceria de cuidados requer equilíbrio de estado entre os enfermeiros e pais. É reconhecido que os pais são quem melhor conhece a criança. A informação, os conhecimentos e as capacidades que os pais detêm tornam-os peritos nos cuidados à criança. Os enfermeiros nesta

fase passam a ser sobretudo consultores e conselheiros, permanecendo o poder de decisão máxima na alçada dos pais. A comunicação estabelecida entre os enfermeiros e os pais é uma comunicação aberta, em que ocorre a negociação de papéis e a identificação das necessidades de apoio (Hutthfield,1999; Smith, 2006; Cardoso, 2010).

Cada família tem necessidades diferentes no que se refere à hospitalização do filho. Assim, deverá ser acompanhada numa abordagem individualizada, proporcionando um mínimo de estabilidade e familiaridade dentro da situação que está vivendo; reconhecer a importância do papel dos pais torna-se fundamental no desenvolvimento do processo de integração da criança e pais na unidade. A tríade, agora constituída, entre pais, criança e equipa assistencial, permanecerá em constante interação da qual todos beneficiarão. Perante a situação de hospitalização da criança, há necessidades que a família apresenta e às quais a equipa de enfermagem necessita estar atenta e dar resposta. Referem-se às necessidades dos pais em termos cognitivos, emocionais, comportamentais e de necessidades nas relações conjugais relacionadas com a criança doente (Jorge, 2004).

**Necessidades cognitivas** - relativamente a conhecimentos e informações sobre a forma como lidar com a doença, procedimentos e técnicas terapêuticas e cuidados a prestar em casa. Por vezes, são confrontados com informações contraditórias, demora na definição do diagnóstico, levando ainda mais à procura de opiniões que lhes permitam satisfazer a necessidade de segurança e confiança. Esta procura pode ser maior quando há indefinição de diagnóstico ou quando exacerbada por reações emocionais, negam e não aceitam ainda o diagnóstico.

A obtenção de informação é um fator importante na capacidade da família para crescer e mudar, sendo uma necessidade específica em tempo de crise ou stresse. A maneira como a informação é dada também é importante para o indivíduo. A informação dá à família algum controle sobre uma situação em que se sente com menos poder e também reduz os sentimentos de incerteza que, geralmente, são experimentados durante a fase de adaptação. Partilhar os saberes médicos e de enfermagem com os pais dá um certo alívio à equipa que, por sua vez, encontrará neles uma melhor e mais ativa colaboração nos momentos difíceis vividos pela criança, pelos pais, pela equipa e por todos em interação.

**Necessidades emocionais** – estes problemas estão mais estudados no que se refere aos problemas vividos pelos pais e crianças com doença crónica. Os pais podem experimentar sentimentos de culpa e acreditarem que são a causa da doença, como nas situações de doença genética. Um dos pais pode culpabilizar o outro (como, por exemplo, em situação de acidentes), criando-se graves conflitos conjugais e distanciamento, umas vezes expressam que prefeririam sofrer pelo filho (alguns dizem que preferiam tomar a doença da criança, outros sentem-se importantes para fazer o que quer que seja). Quando são incapazes de expressar a sua dor

emocional, podem tornar-se sintomáticos, a relação do casal pode ser vivida em escalada simétrica em que cada progenitor se preocupa em fazer o melhor pelo filho, podendo recriminar o outro. Nesta escalada simétrica, a equipa de saúde pode ser envolvida numa triangulação em que é usada como agente medidor da relação. Pode observar-se, particularmente nas mães, depressão, ansiedade, sentimentos de insegurança e atitudes de superproteção em relação aos filhos.

**Necessidades comportamentais** - a existência de uma criança doente leva a que o tempo e as energias dedicadas pelos pais em seu benefício e dos outros filhos estejam sacrificados. As mães ficam sobrecarregadas, para além do filho doente, têm outros filhos, os cuidados com a casa e o marido e, por vezes, ainda trabalham na indústria, no campo ou em serviços. O trabalho dos pais necessita frequentemente ser reorganizado para poderem dar resposta às necessidades da criança. Em situação da doença crónica, um deles pode ter necessidade de abandonar o emprego, o que poderá levar a que o outro tenha de trabalhar mais horas para dar suporte económico suficiente à família. Os projetos profissionais e promocionais e as mudanças de emprego podem ficar definitivamente adiados, porque escolheram ficar num centro especializado de tratamento mais adequado para o filho. Planos e sonhos dos pais, relativamente ao seu papel na família e no trabalho, podem ficar alterados e adiados.

**Necessidades nas relações conjugais** - durante a hospitalização poderão surgir as necessidades de cuidados aos filhos que criam e exacerbam frequentemente os conflitos nas relações conjugais. A falta de consenso acerca da maneira como tratar a criança, como resolver as necessidades da família, objetivos para futuro, etc. podem criar tensão e conflito que se tornam crónicos e irresolúveis. Os pais podem começar a passar menos tempo juntos e a ter papéis mais sagrados, criando-se distâncias e mais dificuldades para a resolução dos problemas. Este potencial para o conflito é congruente com o relato de aumento da insatisfação no casamento, mais tensão e stresse conjugal aumentado.

As necessidades dos pais, perante a hospitalização são, entre outras, ver que os filhos estão a receber cuidados físicos competentes, compreender a situação clínica e o tratamento instituído, sentir que são importantes para os seus filhos e capazes como pais e, ainda, ter oportunidade para discutir os seus sentimentos sobre a hospitalização dos filhos.

Para Jorge (2004), os pais querem continuar a ser pais durante a hospitalização dos filhos, eles esperam dos outros elementos da equipa, relacionamento, informação e orientação. O enfermeiro tem um papel fundamental ou crucial na aceitação/interação, deles na equipa, pediátrica. Pode dar apoio e aumentar a sua autoconfiança, estabelecendo um relacionamento caracterizado principalmente pela aceitação da ansiedade dos pais como fenómeno natural e pela sua participação nos cuidados à criança.

Jorge (2004), fez um estudo tendo como objetivo identificar as intervenções de enfermagem que mais apoiem as famílias perante a hospitalização da criança, sendo assinaladas de forma mais significativa as seguintes:

- Dar-me uma explicação bem clara do que pode ser feito pelo meu familiar;
- Tentar que o meu familiar esteja confortável;
- Ser sincero comigo;
- Mantê-lo limpo;
- Manter-me informado do estado do meu familiar;
- Explicar-lhe os procedimentos e tratamentos;
- Mostrar interesse em responder às minhas perguntas;
- Não abandonar o meu familiar;
- Acalmá-lo quando está perturbado;
- Providenciar-lhe tudo o que seja familiar ou de valor;
- Responder honestamente às suas perguntas.

Nesta ótica, foi atribuído um grande valor às intervenções relacionadas com a prestação de informação à família quando manifestada essa necessidade ao longo do processo de doença. Uma explicação para estes resultados é que a apreensão dos membros da família pode ser reduzida, quando estes estão seguros de que estão a ser prestados cuidados de suporte e confortos. Também podem perceber o papel do enfermeiro, como de prestador de cuidados exclusivamente à criança doente, não reconhecendo que os cuidados de enfermagem se dirigem a toda a família (Jorge, 2004).

Para Jorge (2004), com base nestes resultados, as intervenções de enfermagem destinadas a ensinar a criança e família devem ser assumidas prioritariamente na perspetiva de cuidados globais à família. Os familiares querem e precisam sentir-se seguros quanto às medidas de conforto e suporte, os enfermeiros devem reconhecer isto como uma necessidade importante. Ao mesmo tempo, devem prestar assistência aos membros da família para se tornarem conscientes das suas próprias necessidades.

Uma das premissas da teoria dos sistemas aplicada à família, reconhece a família como capaz de, recebendo informação, mudar e crescer ao longo da evolução da doença. Os enfermeiros necessitam valorizar esse aspeto do funcionamento saudável da família e facilitar o processo (Jorge, 2004).

Nesta ótica, Huerta citado por Jorge (2004), define o método PIP para que o enfermeiro integre os pais no papel que podem e devem assumir na equipa:

- P - Prestar atenção aos pais;
- I - Informar os pais sobre a situação da criança;

P - Permitir a participação dos pais nos cuidados à criança.

Deste modo, a hospitalização torna-se, tanto para a criança como para a família, numa ocasião em que eles necessitam ser integrados nos cuidados na globalidade. O enfermeiro deverá permitir que encontrem ou descubram recursos pessoais facilitadores da manutenção da sua dignidade, durante os momentos de hospitalização que é difícil. Assim, cabe à equipa de enfermagem dar à família esta oportunidade; estimular a presença dos pais, informá-los e envolvê-los nos cuidados; prestar os cuidados que abrangem a educação para saúde e a prevenção primária; dar orientação como a atuar com vista à reinserção da criança no seu meio, em colaboração com os recursos locais; trabalhar em equipa multidisciplinar.

Em síntese, as crianças e os pais necessitam de informação clara perante a hospitalização da criança, de modo que as suas opções possam ser aumentadas, o direito de ter o conhecimento e informação deverá ser partilhado entre os envolvidos neste processo, profissionais e família, para que os pais e as crianças estejam, sempre que possível, numa posição mais forte para tomar parte no planeamento e na tomada de decisões.



### **3 - CONTRIBUTO PESSOAL**

No sentido de dar resposta à componente de investigação, deste relatório, apresenta-se a metodologia de recolha e organização da informação, bem como da sua interpretação.

#### **3.1 – METODOLOGIA**

A metodologia de estudo ajuda a orientar o que se pretende estudar de forma sistemática e organizada. Desenvolveu-se um estudo fenomenológico que serve para compreender o sentido da realidade social na qual se inscrevem as ações, faz uso do raciocínio indutivo e tem por finalidade chegar a uma compreensão alargada do fenómeno.

O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e os fenómenos tais como se apresentam, mas não mede nem controla. A compreensão mútua do investigador e dos participantes é essencial no processo de investigação que se apoia numa metodologia qualitativa. Este visa compreender o fenómeno tal como é vivido e relatado pelos participantes.

A razão da escolha do tema tem a ver com a necessidade da Guiné-Bissau, porque, ao trabalhar no hospital local como enfermeiro no serviço de pediatria (UCIP), percecionaram-se as necessidades dos pais perante a hospitalização da criança, apresentando diferentes respostas em relação à situação da hospitalização do filho; por um lado, observaram-se as dificuldades e necessidades dos pais e, por outro, a insatisfação ou manifestação de descontentamento face às diferentes situações proporcionadas, razões suficientes para despertar o interesse para a escolha do tema deste estudo: as necessidades dos pais perante a hospitalização.

Este trabalho tem como objetivo:

- Compreender as necessidades dos pais perante a hospitalização da criança, nomeadamente de informação, de cuidados de enfermagem, necessidade de suporte de orientação, necessidade de sentir confiante em si, necessidades relativas à criança e outros membros da família, necessidades relativamente aos recursos físicos e humanos, entre outros.

A hospitalização é uma situação muito delicada para os pais, e o envolvimento ativo destes dentro da equipa de saúde torna a hospitalização uma situação menos traumática para a criança. Com a identificação destas, pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade de prestação de enfermagem no sentido de promover plena integração e satisfação das necessidades dos pais perante a hospitalização da criança.

As opções metodológicas deste estudo foram determinadas essencialmente pelos objetivos e pelo enquadramento teórico relacionado com a situação em estudo.

Orientado por objetivos de natureza descritiva, o estudo enquadra-se numa abordagem fenomenológica, por meio do qual se pretende efetuar uma pesquisa aprofundada sobre um grupo dos pais acerca de um problema específico.

O estudo foi realizado no decorrer do estágio realizado num serviço de pediatria no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com relatório final, junto de pais (2 pais e 9 mães) que acompanhavam os seus filhos na hospitalização no período entre janeiro e março de 2021.

### 3.2 – VARIÁVEIS

No ambiente, os fenómenos observados podem ser ligados a um dado conjunto de resultados possíveis. Dessa forma, variável pode ser entendida como qualquer quantidade, qualidade, magnitude de uma característica que pode possuir vários valores.

#### **Variável principal**

**As necessidades percebidas pelos pais da criança hospitalizada** foram registadas num diário de bordo, de acordo com os seis tipos de necessidades e medidas através do questionário das necessidades dos pais perante a hospitalização da criança, considerando a versão portuguesa adaptada no *Needs of parents questionnaire* (Ferreira, Reis e Melo, 2010).

- Necessidade de informação: informação é um fator muito importante pois quaisquer serviços para os pais e a criança podem traduzir-se em necessidades de informações de vários aspetos, desde a própria hospitalização da criança, como o diagnóstico, exames e tratamentos e realização de qualquer procedimento, a existência de informações escritas sobre como obter outros tipos de apoio, nomeadamente social, sobre a própria coordenação dos serviços e das informações que os pais têm direito a receber por parte de profissional de saúde,

- Necessidade de Suporte e Orientação: necessidade de suporte e orientação é uma das primeiras que os pais devem receber antes de ingressar; a orientação que os pais possam requer é no sentido de se sentirem mais seguros e confiantes, a possibilidade de contactarem o serviço após a alta da criança. Mas também, durante o processo de hospitalização, a criança deve ter o apoio de um educador de infância, mantendo os pais motivados para lhe proporcionarem a distração e a aprendizagem que permita manter o seu desenvolvimento.

- Necessidade de confiança: a confiança é primordial em qualquer relacionamento entre os profissionais e os pais na prestação de cuidados de saúde pelos profissionais, mesmo quando se ausentam os pais.

- Necessidade de sentir confiante em si: a confiança traz aos pais segurança no que refere ao seu papel parental perante a hospitalização da criança, e é também transmitida pelos profissionais de saúde.

- Necessidades relativas à criança e outros membros da família: as expectativas dos pais face à situação envolvente da sua criança e qual a influência sobre a restante da família, bem como a possibilidade de acompanhamento pela equipa de saúde dos cuidados de saúde primários após a alta da criança devendo existir uma pessoa responsável pelo cuidado à criança e família.

- Necessidade Relativa a Recursos Físicos e Humanos: há sempre expectativas dos pais relativamente aos recursos existentes no hospital, ou seja, a existência de um local para repousarem, para se autocuidarem, para comer, para se reunirem com outros pais ou com a própria equipa de enfermagem e médica; há também expectativas em relação à consciência e compreensão por parte da equipa de enfermagem sobre os sentimentos dos pais, para serem ajudados a tomar consciência das suas próprias necessidades, contribuindo assim para o bem-estar dos pais e da criança.

### **Variáveis secundárias**

- *Características da criança* (idade, sexo, número de pessoas do agregado familiar, lugar na fratria);

O sexo - trata-se de uma construção social do papel do homem e da mulher a partir das diferenças sexuais, o que se torna operacional em masculino e feminino. De acordo com Jorge, o sexo da criança pode encontrar-se associado a algumas patologias que têm maior incidência num ou noutro sexo ligado a outras variáveis.

O lugar na fratria e número de irmãos - foram duas variáveis consideradas por se estar estudando comportamentos diferentes dos pais de acordo com as variáveis existentes.

Idade é um fator biológico que caracteriza o individuo e tem um significado muito importante em todos os estádios da vida do homem. Desde o nascimento até à morte, o organismo cresce e desenvolve-se, apresentando necessidades que diferem ao longo da vida (Jorge, 2004, p. 105).

- *Características dos pais* (idade, sexo, residência, Zona de abrangência, estado civil, habilitações literárias, profissão, tipo de família);

A idade dos pais foi considerada em valores absolutos e distribuída por três grupos etários de acordo com a amplitude de variação encontrada.

Estado civil - de acordo com Jorge (2004), é a situação em que se encontram os indivíduos, tendo em conta o código civil português. Foi operacionalizado em: casado, união de fato, recasado/junto, solteiro, divorciado e viúvo. Esta variável foi considerada para

caracterização da amostra e por se considerar que nestas etapas do ciclo vital da família, em que muito se exige desta podendo o estado civil estar associado a maior ou menor estabilidade da família e interferir nas necessidades da família face à hospitalização da criança.

Profissão - diz respeito à atividade desempenhada por cada indivíduo. A opção por uma profissão é condicionada por diversos aspetos entre os quais a personalidade do indivíduo, o poder económico, a cultura, a religião, etc.; proporciona e determina grandemente ambiente físico e social em que uma pessoa vive, dando um *status* na comunidade, determinados papéis e padrões de vida.

Habilitações literárias - de acordo com a lei de bases do Sistema Educativo Nacional citado por Jorge (2004) (Lei nº 46/86 de 14/10), consideram-se vários níveis conforme os anos de escolaridade. Na operacionalização considerou-se o nível mais elevado concluído.

. Básico: 1º ciclo (1º ao 4º ano de escolaridade), 2º ciclo (5º ao 6º ano de escolaridade), 3º ciclo (7º ao 9º ano de escolaridade);

. Secundário (10º ao 12º ano de escolaridade);

. Superior: politécnico ou universitário.

Relativamente à zona de abrangência do hospital, foi importante considerar este aspeto atendendo a que o serviço onde os dados foram escolhidos recebendo pais de todo o distrito e, para além disto, considerou-se a colheita de dados com a possibilidade de acorrerem também crianças que aqui viessem passar férias tanto do país como do estrangeiro, prevendo-se dificuldades naqueles que não pertencem ao distrito (Jorge, 2004).

Tipo de família – de acordo com Jorge (2004), considerou-se o tipo de família quanto à sua composição por parecer importante o tipo de suporte familiar que poderá estar presente numa situação de crise e com necessidade de ajustes imediatos em cada tipo de família. Assim, incluíram-se as seguintes categorias: nuclear, constituída por pai, mãe e filhos; alargada, quando além dos elementos da família nuclear, coabitam outros elementos como avós, tios, etc.; monoparental, só pelo pai ou pela mãe e irmãos se houver.

- *Características da hospitalização da criança* (número de hospitalizações, tipo de internamento (previsto/não, previsto), motivo, prognóstico, admissão/acolhimento)

Na definição das condições e características da hospitalização da criança, foram incluídos aspetos que se consideraram pertinentes para darem uma ideia da gravidade da situação de hospitalização/doença. Assim, foi considerada a patologia de acordo com o foro envolvido (gravidade, oportunidade, acolhimento, receção, admissão, número de hospitalização, prognóstico, hospitalização anteriores.

De acordo com Jorge (2004), a doença é considerada súbita quando a sintomatologia ocorreu numa criança anteriormente saudável ou dissimulada, se a criança se encontrava doente

há alguns dias havendo um agravamento progressivo dos sintomas. Estas duas opções apresentarão diferentes possibilidades de adaptação da família à situação de doença.

O prognóstico (bom, reservado ou mau) reflete a gravidade da doença ou a incerteza quanto à sua evolução implicando respostas da família a uma situação que pode exigir mesmo mudanças de ordem.

A existência de hospitalização anterior pressupõe o contato com o ambiente hospitalar tanto por parte da criança, como dos pais; e, se esta decorreu de forma positiva, pensa-se que será mais fácil aceitar a integrar um conjunto de fatores para os quais já existiu uma resposta.

O tipo de admissão – diz respeito à entrada da criança no serviço de saúde para ocupar um leito com a finalidade de submeter a tratamento clínico, cirúrgico/ou realização de uns procedimentos especiais

O número de hospitalização da criança – refere-se ao número de vezes que a criança já esteve hospitalizada.

O acolhimento – é uma diretriz da política nacional de humanização ou um processo realizado para promover a confiança dos pais durante a hospitalização da criança, também com a equipa, e o estabelecimento de uma relação que irá conduzir a colaboração mútua. Pode ser bom, razoável e mau.

O responsável pela receção da criança no serviço é uma pessoa indicada para receber os pais e a criança quando entram no serviço para hospitalização, podendo ser um: Assistente Operacional, Enfermeiro, Médico e outros.

No que diz respeito às oportunidades dadas aos pais para participarem nos cuidados, tendo em conta a parceria com a família, visa a participação dos pais nos cuidados, para promover um sentimento de utilidade e de compreensão, ajustar o sentido de recuperação de trauma, promovendo o bem-estar em geral dos pais e traduzindo a plena integração dos pais na equipa que cuida da criança, pode ser muito bom, bom e mau.

### 3.3 – MÉTODO DE RECOLHA DOS DADOS

De acordo com Fortin (1996), o método fenomenológico consiste em descrever a percepção das pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica, e o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos

participantes na investigação, em explicitá-la de forma mais fiel possível e em comunicá-la. A análise fenomenológica implica, assim, uma descrição fina, densa e fiel da experiência relatada.

Para cumprir os objetivos do trabalho, recorreu-se ao registo da informação em diário de bordo (Apêndice A) construído para o efeito.

Os dados foram recolhidos e registados em diferentes momentos da hospitalização e respondem à importância percebida pelos pais, à realidade das necessidades e respostas dos pais durante a hospitalização da criança e satisfação das suas necessidades.

### 3.4 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Os resultados constituem uma fase pertinente de uma investigação científica que permite refletir acerca do estudo feito, evidenciar os resultados mais significativos e deste modo confrontá-los com a literatura científica. Os resultados obtidos foram igualmente sujeitos a uma reflexão crítica, com base na experiência pessoal e conhecimento acerca dos cuidados de enfermagem em contexto da pediatria, comparando-os com a revisão da literatura que deu suporte à investigação, e tendo em conta o objetivo do estudo.

#### **Análise descritiva de dados e discussão dos resultados**

Neste capítulo, faz-se a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos no estudo. Portanto, os dados foram registados em grelha do diário de bordo e posteriormente analisados com base nas frequências absolutas e relativas para facilitar a leitura e análise. É necessário interpretar os resultados, apoiando-se no quadro conceitual ou teórico e nos trabalhos de investigação anteriores. A interpretação é particularmente importante quando se trata de verificar a validade de proposições teóricas após os resultados obtidos (Fortin, 2009).

Neste sentido, apresentam-se os dados referentes às características da criança, dos pais, da hospitalização e seguidamente da percepção das necessidades dos pais face à hospitalização.

#### **Características da criança perante a hospitalização**

As características das crianças encontradas na amostra em estudo podem observar-se no quadro 1. A faixa etária da criança hospitalizada mais representativa é a de 0 e 12 meses, (54,55%), seguida de 10 a 17 anos, com 27,27%, e de 2 a 9 anos que corresponde a

18,18%. A maioria das crianças hospitalizadas é do sexo masculino, representando 63,64%; enquanto 36,36%, corresponde ao sexo feminino.

No que se trata do lugar na fratria, verifica-se 65,55% das crianças são filho único; o filho mais novo ou Benjamim conta com 27,27%, enquanto o filho de meio corresponde a 18,18%.

A criança vive habitualmente com pai e mãe com 36,37%; seguida pela categoria dos que vivem com o pai, mãe e irmãos que corresponde a 18,18%. É de salientar que as crianças que vivem com outros ocupam maior percentagem (45,45%)

Quanto ao número de irmãos, 54,55% são filhos únicos, 27,27% têm 5 irmãos e 18,18% têm 1 irmão.

Quadro 1 – Características da criança hospitalizada

Variável	Categoria	N	%
Idade	0-12 meses	6	54,55
	2-9 anos	2	18,18
	10-17 anos	3	27,27
Sexo	Masculino	7	63,64
	Feminino	4	36,36
Lugar na fratria	Único	6	54,55
	Filho de meio	2	18,18
	Benjamim	3	27,27
Com quem vive a criança	Pai e mãe	4	36,37
	Pai, mãe e irmãos.	2	18,18
	Outros	5	45,45
Número de irmãos	Nenhum	6	54,55
	1	2	18,18
	5	3	27,27

### Características dos pais da criança hospitalizada

As características dos pais da criança encontram-se no quadro 2. O tipo de família em que as crianças estão inseridas é maioritariamente família alargada, com 72,73%, e família nuclear corresponde a 27,27%.

A residência das famílias localiza-se essencialmente em meio urbano: 63,63%; e 36,36% corresponde à família que vive na zona rural. A maioria das famílias, 90,91%; vive na zona de abrangência do hospital e 9,09% residem noutra distrito.

Sobre a idade do pai, são maiores de 30 anos, e 6 das 9 mães têm mais de 30 anos idade.

Quanto às habilitações literárias do pai, 1 pai possui o ensino secundário e o outro curso superior; em relação às mães, a maioria, 55,56%, possui o 3º ciclo do ensino básico.

Quanto ao estado civil dos pais, estes são casados; as mães, 44,44% são solteiras o que poderá levar a que têm maiores dificuldades ao enfrentar a doença da criança, enquanto 33,33% casadas, ou vivem em união de facto (22,22%).

No que se trata da profissão dos pais, 1 é empregado de limpeza e o outro, técnico de qualidade; quanto às mães, são empregadas de balcão 22,22%, técnica de vendas 11,11%, professora (1º CEB) 11,11%, delegada comercial de equipamentos médicos 11,11%, vendedora de loja retalho alimentar 11,11%, empregada de mesa 11,11%, desempregadas 22,22%. Esta situação será mais complicada para mães que estão desempregadas tendo em conta a situação que se está a viver neste momento difícil para hospitalização da criança.

### Quadro 2 - Características dos pais das crianças hospitalizadas

Variável	Categoria	N	%
Tipo de Família	Alargada	8	72,73
	Nuclea	3	27,27
Residência	Urbana	7	63,64
	Rural	4	36,36
Zona de abrangência do hospital	Sim	10	90,91
	Não	1	9,09
Idade do pai	>30 anos	2	18,18
Idade da mãe	<30 anos	3	27,27
	>30 anos	6	54,55
Habilitações literárias do pai	Secundário	1	50,00
	Superior	1	50,00
Habilitações literárias da mãe	1º ciclo e. básico	1	11,11
	2º ciclo e. básico	2	22,22
	3º ciclo e. básico	5	55,56
	Superior	1	11,11
Estado civil do pai	Casado	2	100,00
Estado civil da mãe	Casada	3	33,33
	União de Fto	2	22,22
	Solteira	4	44,44
Profissão do pai	Empregado de limpeza	1	50,00
	Técnico de qualidade	1	50,00
Profissão da mãe	Técnica de vendas	1	11,11
	Professora (1.CEB)	1	11,11
	Empregada de Balcão	2	22,22
	Delegada comercial de equipamentos médicos	1	11,11
	Vendedora loja retalho alimentar	1	11,11
	Desempregadas	2	22,22
	Empregada de mesa	1	11,11

### Características da hospitalização da doença da criança

Interpretando a quadro 3, a patologia que motivou a hospitalização foi essencialmente prematuridade, com 27,27%, seguida da infeção urinária, com 18,18%, o que está de acordo com



as patologias mais frequentes na idade da maioria das crianças hospitalizadas e respetivo grupo etário. No que se refere a hospitalizações anteriores, a maioria das crianças hospitalizadas não tinha experiência da hospitalização que corresponde a 90,91%, o que está associado ao tipo de patologia e igualmente ao início da doença, sendo que 9,09% teve hospitalização anterior. Isto pode demonstra que os pais necessitam mais informação para ter o conhecimento sobre seu papel de cuidar da criança, neste contexto. No que se refere ao prognóstico, foi considerado grave para 45,45% da criança e muito grave para 18,18%.

Sobre a oportunidade dos pais perante a prestação dos cuidados, todos eles (100%) se demonstram muito satisfeitos com a oportunidade dada e com o acolhimento. A receção dos pais e das crianças no serviço, foi efetuada em 90,91%, pelos enfermeiros, 9,09% por médicos.

Quadro 3 – Características da hospitalização/doença

Variável	Categoria	F	%
Patologia	Prematuridade	3	27,27
	Infeção urinária	2	18,18
	Outras	6	54,55
Hospitalização anterior	Sim	1	9,09
	Não	10	90,91
Prognóstico	Grave	5	45,45
	Muito grave	2	18,18
	Não grave	4	36,36
Oportunidade de prestação de cuidados	Muita	11	100,00
O acolhimento no serviço	Bom	11	100,00

### Satisfação no acolhimento e participação nos cuidados

A análise do quadro 4, referente ao acolhimento e satisfação das suas necessidades bem como dos seus filhos, mostram satisfação no acolhimento tantos os pais como as mães, o mesmo se verificando quanto ao envolvimento nos cuidados, considerando que a equipa ensina os pais

sobre o envolvimento e os envolve nos cuidados da criança, quando vai fazer qualquer procedimento, e que explica aos pais como podem envolver-se nos cuidados ao seu filho.

No que diz respeito ao que poderia ser feito para melhorar a assistência a crianças durante e após a hospitalização, mães e pais mostraram-se satisfeitos, mas salientaram que se poderia melhorar o ruído durante a noite nos corredores, pois assim as crianças conseguiriam descansar melhor e ter melhores e mais rápidos resultados

Quadro 4 – Satisfação, participação nos cuidados

Variável	Categoria	N	%
Acolhimento ajudou na satisfação	Masculino	2	18,18
	Feminino	9	81,82
Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde	Masculino	2	18,18
	Feminino	9	81,82
O que poderia ser feito para melhorar o envolvimento nos cuidados de saúde	Masculino	2	18,18
	Feminino	9	81,82
O que poderia ser feito para melhorar assistência da criança	Masculino	2	18,18
	Feminino	9	81,82
Sim	Masculino	2	22,22
	Feminino	7	77,78

### **Necessidades percecionadas pelos pais da criança hospitalizada**

Foram registados os seis tipos de necessidades percecionadas pelos pais tendo como base o questionário das necessidades dos pais perante a hospitalização da criança, versão portuguesa adaptada no *Needs of Parentes Questionnaire* (Ferreira, Reis, & Melo, 2010).

A maioria das crianças hospitalizadas foi acompanhada pelas mães, o que significa que há fraca participação dos homens no processo de hospitalização da criança, apesar de isto constituir muita satisfação para os pais que fazem parte deste estudo.

O quadro 5 mostra as **necessidades de informação** que os pais têm relativamente aos profissionais de saúde, consideradas como importantes. As respostas dos 11 pais demonstram que consideram importante a informação mencionada nas diferentes afirmações referentes aos tratamentos que os filhos recebem, que foi uma realidade nas circunstâncias enunciadas e ficaram satisfeitos com as respostas dadas pelos enfermeiros.

Quadro 5- Necessidade de informação

Afirmações	Importância	Realidade	Resposta	
	Importante	Sim	Sim	Não
	F	F	F	F
6 Poder contactar uma assistente social para ajudar financeira, por causa da hospitalização do meu filho	9	8	0	2
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, explicações simples deste género)	11	9	8	2
15. Que eu seja informado sobre todos os prognósticos possíveis para o meu filho	11	10	9	1
19 Que eu seja informado sobre todos os tratamentos que o meu filho vai receber.	11	10	10	1
24 Aprender e ser informado sobre como a doença e o tratamento afetam o crescimento e o desenvolvimento da criança	11	10	10	0
29 Que eu esteja preparado para o dia da alta do meu filho e que seja informado sobre qualquer alteração dessa data	11	10	8	1
31 Que eu seja informado assim que possível sobre os resultados dos exames realizados ao meu filho	11	10	9	1
38 Que eu receba informações exatas sobre o estado de saúde do meu filho	11	10	10	0
43 Tomar conhecimento de tudo o que está a ser feito ao meu filho e porquê	11	11	10	0
49 Que uma pessoa (um enfermeiro/a) coordene os serviços e as informações que recebemos no hospital	11	10	10	0

Ao analisar a quadro 6, pode-se perceber que as respostas dadas pelos pais refletem que consideram importante a necessidade de suporte e orientação. De uma forma geral foi uma realidade durante a hospitalização e a presença de resposta eficaz nem sempre ocorreu.

Quadro 6 - Necessidade de Suporte e Orientação

Afirmações	Importância	Realidade		Resposta	
	Importante	Sim	Não	Sim	Não
	F	F	F	F	F
2 Ter reuniões planeadas com outros pais para partilhar e discutir a experiência da hospitalização dos seus filhos	10	1	7	5	4
3 Que os profissionais de saúde incentivem os pais a fazer perguntas e a procurar respostas	11	10		10	
7 Poder encontrar-me com outros pais que tenham experiências semelhantes com filhos doentes	11	9	1	5	5
11 Ter uma pessoa no serviço (um enfermeiro ou um médico) especialmente encarregue de cuidar e responder às necessidades dos pais	11	10		7	3
13 Que eu seja aconselhado durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com o meu filho	11	10		10	
16 Ser incentivado pelos profissionais de saúde para vir e ficar com o meu filho	11	10		9	1
17 Que um enfermeiro me ajude a tomar consciência das minhas próprias necessidades, por exemplo, refeições, dormir.	11	10		10	
36 Saber que posso contactar o serviço depois do meu filho ter tido alta	11	10		10	
42 Que eu receba assistência no sentido de tomar consciência das necessidades do meu filho.	11	10		11	
44 Que eu possa manter a esperança sobre o estado de saúde do meu filho	11	10		10	
50 Que eu não desespere	11	10		10	
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	10	8	1	9	1

Pela análise dos resultados do quadro 7, pode observar-se que a necessidade de confiança é uma necessidade considerada importante sentindo que os seus filhos podem receber os cuidados da equipa de enfermagem e médica na ausência dos pais. Isto foi referido como sendo uma realidade durante a hospitalização e a resposta foi considerada adequada na quase totalidade de abordagens. A confiança é o primeiro fator em qualquer relacionamento dos pais com a equipa multidisciplinar.

#### Quadro 7- Necessidade de confiança

Afirmações	Importância	Realidade		Resposta	
	Importante	Sim		Sim	Não
	F	F		F	F
4 Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados de enfermagem	10	10		9	1
32 Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados médicos	11	10		9	1

No quadro 8, sobre a satisfação da necessidade de sentir confiança em si, percebe-se que todos os pais a consideram importante, revelando estar confiantes de si mesmos para cuidar dos seus próprios filhos em geral e no hospital em particular. Consideram igualmente ser uma

realidade no hospital embora a mesma tendência de respostas não seja encontrada relativamente à resposta dada, neste sentido.

#### Quadro 8- Necessidade de sentir confiante em si

Afirmações	Importância	Realidade	Resposta	
	Importância	Sim	Sim	Não
	F	F	F	F
18 Sentir que confiam em mim para cuidar do meu filho também no hospital	11	9	8	2
26 Sentir que não sou culpado pela doença do meu filho	11	10	9	1
34 Que os enfermeiros me contactem e consultem acerca dos cuidados necessários para meu filho	11	10	9	
40 Sentir que sou necessário no serviço	11	10	8	2

A análise das necessidades relativas à criança e outros membros da família que se encontra no quadro 9 revela que os pais consideram importante, sentindo-se completamente satisfeitos de poderem participar nos cuidados de enfermagem prestados aos filhos e lhe permitirem ficar com eles 24 horas por dias, o que os faz sentir completamente satisfeitos. Consideram que isto é uma realidade no hospital mostrando os pais estar satisfeitos que tenham tempo para estar com os filhos e outros, de igual modo. Também se sentem satisfeitos com a presença de uma pessoa no serviço que seja encarregue de cuidar das necessidades dos seus filhos. No que diz respeito à resposta do acompanhamento da criança por um enfermeiro nem sempre a consideram adequada. A maioria dos pais diz que tem tempo para estar com os outros filhos. Isso demonstra que os pais perante a hospitalização mostram que se encontram completamente satisfeitos por participar nos cuidados de enfermagem aos filhos, e que sejam os enfermeiros a tratá-los a maior parte do tempo.

#### Quadro 9- Necessidades relativas à criança e outros membros da família

Afirmações	Importância	Realidade	Resposta	
	Importante	Sim	Sim	Não
	F	F	F	F
20 Ter uma pessoa no serviço especialmente encarregue de cuidar das necessidades do meu filho	11	11	10	
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	11	9	9	1
23 Poder participar nos cuidados de enfermagem prestados ao meu filho	11	10	10	
25 Que eu possa ficar com o meu filho 24 horas por dia se quiser	11	10	8	2
27 Poder prestar cuidados ao meu filho como por exemplo lavá-lo, dar-lhe de comer, medir-lhe a temperatura.	11	10	9	1
28 Que eu seja capaz de explicar aos meus familiares, amigos e aos meus outros filhos aspetos da hospitalização do meu filho.	11	10	9	1
30 Que eu tenha tempo para estar com os meus outros filhos.	11	10	11	
48 Que sejam os mesmos enfermeiros a tratar do meu filho a maior parte do tempo.	11	10	10	

Sobre a necessidade de recursos físicos e humanos, como pode observar-se no quadro 10, os pais atribuem importância aos recursos físicos e humanos do hospital. Sentem-se, por exemplo, satisfeitos por poderem dormir no quarto dos filhos, falar em privado com o médico ou enfermeiro

sobre os seus próprios sentimentos ou preocupações. Geralmente consideram que é uma realidade no hospital, pois também têm um lugar próprio no serviço onde podem estar sozinhos, descansar e dormir o suficiente; é uma real situação a necessidade do ser humano de ter privacidade em quaisquer situações mais preocupantes, pelo que se percebe essa necessidade dos pais e só 1 que disse não é uma realidade.

Os pais mostram-se satisfeitos ao saber que seus filhos vão ter aulas e atividades (afirmação 47) para não se atrasarem nos estudos e seu desenvolvimento; afirmam querer receber assistência e apoio no sentido de tomar consciência e compreender as suas próprias necessidades, por exemplo, de ansiedade, bem como receber informações exatas sobre o estado de saúde do filho.

Quadro 10 - Necessidade de recursos físicos e humanos

Afirmações	Importância	Realidade		Resposta	
	Importante	Sim	Não	Sim	Não
	F	F	F	F	F
1 Ter um local próprio no serviço onde os pais possam estar sozinhos	11	9		8	2
5 Que eu descanse e durma o suficiente.	10	11		9	1
10 Que haja flexibilidade no trabalho do serviço de acordo com as necessidades dos pais.	11	10		10	1
12 Que eu tenha possibilidade de falar em privado com um médico ou enfermeiro sobre os meus próprios sentimentos ou preocupações.	11	10		9	1
33 Que os enfermeiros tomem consciência e compreendam os sentimentos dos pais.	11	10		9	1
35 Sentir que sou importante ao contribuir para o bem-estar do meu filho.	11	10		8	2
37 Que eu receba assistência e apoio no sentir de tomar consciência e compreender as minhas próprias necessidades, por exemplo, ansiedade, cansaço.	11	10		9	
39 Que eu me sinta menos ansioso.	11	10		10	
41 Poder dormir no quarto do meu filho.	11	10		10	
45 Que eu possa comer com o meu filho no serviço.	11	10		10	
47 Saber que o meu filho vai ter aulas e atividades para não se atrasar nos estudos e no seu desenvolvimento.	11	8	1	10	

Apresentaram-se os dados mais relevantes registados no diário de bordo no contexto da observação e prática de cuidados em contexto de hospitalização. Estes permitem fazer uma reflexão sobre os dados obtidos por outros autores em cenários idênticos. Desta forma, os estudos evidenciam a necessidade dos cuidados de enfermagem centrados na família que considera os efeitos de hospitalização na criança e no pai. Os membros da equipa do hospital devem avaliar continuamente a necessidade de informação e de segurança dos pais. Embora o cuidado da criança possa prevalecer sobre as necessidades dos pais, os enfermeiros devem fazer todos os esforços para melhorar as estratégias de *coping* dos pais, e com isso otimizar os resultados na criança. Ao manter a sensibilidade para as necessidades da família, o enfermeiro pode trabalhar em parceria com os pais no cuidado à criança (Hockenberry e Wilson, 2014, p. 2035).

O apoio envolve aceitação de valores culturais, socioeconômicos e étnicos, por exemplo, vários grupos étnicos definem saúde e doença de forma diferente. Proporcionar apoio emocional

aos membros da família envolve a disposição de estar presente e atender às mensagens verbais e não-verbais dos pais. Por exemplo, o enfermeiro pode oferecer-se para ficar com a criança para conceder aos pais um tempo sozinhos ou pode debater com outros membros da família a necessidade de alívio dos pais. Um grupo de apoio de pais permanente, mantido na unidade pediátrica, também provou ser eficaz em ajudar os pais a partilhar emoções e preocupações relacionadas com a hospitalização (Hockenberry e Wilson, 2014).

No que se refere à situação da doença e à iminência da hospitalização, acontece sem avisar e não sucede só aos outros. Perante esta nova realidade, a família tem que dar todo um conjunto de respostas de forma a enfrentar esta situação inevitável. (Jorge, 2004).

Como se sabe, a necessidade dos pais perante a hospitalização da criança é uma das melhores demonstrações da evolução qualitativa dos cuidados de saúde e das condições socioeconómicas em Portugal. Para isso, contribuíram a criação da rede nacional de cuidados de saúde primários e a rede hospitalar, geral e especializada, que garantem a assistência universal e resposta às necessidades dos pais perante a hospitalização da criança. Também os níveis de escolaridades dos pais, literacia em saúde e as equipas multidisciplinares que trabalham de uma forma incansável para diminuir as necessidades dos pais perante a hospitalização da criança, dão o seu contributo.

Os profissionais podem ajudar os pais na preparação dos seus filhos, informando-os adequadamente dos detalhes específicos da hospitalização e dos procedimentos relacionados, tanto através do debate direto como no fornecimento de material escrito. Os enfermeiros que trabalham com estes pais também devem avaliar o seu nível de ansiedade em relação à hospitalização iminente; um pai que está à vontade transmitirá esse sentimento à criança (Hockenberry e Wilson, 2014).

A implementação dos sucessivos programas nacionais de saúde infantil e juvenil, de programa nacional de vacinação, programa nacional de saúde reprodutiva (com as consultas pré e pós-natais e assistência no parto) também contribuíram para o estado da saúde infantil em Portugal e dos referidos indicadores.

Para além destes sucessivos programas há vários especialistas em diferentes ramos de saúde e sociais para responderem às necessidades dos pais perante a hospitalização da criança. Isto demonstra uma política de Saúde, que na Guiné-Bissau não acontece.

## CONCLUSÃO

Os atuais contextos de assistência à criança recomendam a presença dos pais junto das crianças nas unidades de saúde hospitalares, a sua participação na prestação direta de cuidados e o seu envolvimento em todo o processo de vida da criança reforçam o papel parental. Torna-se, assim, uma prioridade que os profissionais de saúde integrem estes paradigmas e novos conhecimentos no seu dia-a-dia, para incluírem nas suas práticas estratégias promotoras do envolvimento e da participação dos pais nos cuidados de saúde, as quais devem ser personalizadas e flexibilidades de acordo com as necessidades dos pais perante a hospitalização da criança.

É fundamental conhecer essas necessidades dos pais perante a hospitalização da criança, avaliar suas forças e fragilidades, pois intervenções apropriadas são capazes de mobilizar as competências parentais existentes e sustentar a aquisição de outras, contribuindo para uma maior independência. Encarar os pais como parceiro é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família no sentido de se tornarem cada vez mais autônomos, reabilitando o seu papel parental, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidados.

Aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria, cabe o desafio de desenvolver conjuntamente com os pais estratégias personalizadas que ajudem a capacitar os pais para a continuidade dos cuidados no domicílio e para a promoção de saúde da criança que contribua dessa forma para cuidados humanizados e de qualidade.

O suporte informativo/formativo de que os pais necessitam para cuidar da necessidade das crianças perante a hospitalização; no sentido de se compreender qual a necessidade de suporte social, quais as habilidades desenvolvidas e quais dificuldades sentidas, assim como conseguimos compreender a estrutura dinâmica familiar.

A hospitalização da criança é um importante acontecimento na vida familiar podendo apresentar-se como uma emergência, atendendo a que a família necessita de ajuda externa para se proteger de uma mudança não desejada. Pode ser ponto de partida para a crise, quando o auxílio externo não é suficiente para evitar a necessidade de uma mudança qualitativa. Por outro lado, a emergência é impossível de prever, pois acontece na hospitalização súbita e pode conduzir a redefinição relacional da dinâmica familiar (Jorge, 2004).

De acordo com Jorge (2004), perante a situação de hospitalização, a família é confrontada com novas exigências, alterações nas rotinas e readaptações diversas, suscetíveis de desencadear um grau maior ou menor de stresse familiar. As respostas dos pais à hospitalização dependem da gravidade e eminência de ameaça ao filho doente, capacidade de mobilização dos recursos



familiares, experiências anteriores, crenças, valores e outros. A culpa é uma resposta quase universal para os pais.

Portanto, os cuidados de enfermagem devem dar resposta às necessidades cognitivas, emocionais e comportamentais dos pais. Para estes, é importante ver que os filhos estão a receber os cuidados físicos competentes, compreender a situação clínica, sentir que são importantes para seus filhos e capazes, bem como que tenham oportunidade de discutir os sentimentos sobre a hospitalização (Jorge, 2004).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no que refere à ajuda a um familiar a mobilizar as estratégias de  *coping*  que facilitem enfrentar situações de maneira positiva para que aquilo que inicialmente era emergência não se torne em crise. Porém, se esta for o caso, a ajuda irá no sentido de promover o crescimento do familiar e evitar o risco de transtorno.

Entretanto, a ajuda à família só é possível quando o pai faz parte integrante da equipa assistencial, mantendo o mesmo o seu papel, quando não pode prestar todos os cuidados a seus filhos.

A doença e a hospitalização da criança constituem motivos de elevada preocupação e geram necessidades específicas. A organização da família altera-se sendo necessário o acompanhamento e a inclusão no processo de cuidados do seu filho. Portanto, cuidar da criança é também cuidar da família, o que implica um sentimento que permita identificar as suas necessidades através de um processo de empatia promotor de uma melhor adaptação da doença. Por conseguinte, é importante conhecer as necessidades dos pais no sentido de definir estratégias de apoio que se traduzam numa melhoria efetiva dos cuidados da criança e família.

A criança é um membro essencial da unidade familiar. Os cuidados de enfermagem são mais eficazes quando prestados com a convicção de que a família é a cliente. Esta convicção está presente em todo o momento na vida da criança. A família é vista nas suas mais variadas estruturas, cada uma com o potencial de fornecer um ambiente protetor e suporte em que a criança pode crescer, desenvolver-se e maximizar o seu potencial humano.

Os profissionais de enfermagem devem envolver os clientes e as famílias no planeamento dos cuidados e no processo de decisão. Inerente à filosofia de enfermagem está a ideia de que os enfermeiros educam os clientes e formam uma parceria com os pais ou a família; esta colaboração leva a que os enfermeiros e pais trabalhem em conjunto no tratamento holístico da criança, atendendo assim a todas as suas necessidades. Como um dos parceiros no cuidado, os enfermeiros são desafiados a integrar as preferências da família e da criança, a fim de diminuir a tensão, minimizar os efeitos negativos da hospitalização, maximizar os benefícios da hospitalização, garantir o planeamento e preparação adequada da alta e proporcionar conforto e apoio total.

A hospitalização da criança traz dificuldades essencialmente a nível familiar e mais relacionadas com o filho doente e os outros filhos, imaginando o suporte à família alargada e de origem. A nível externo poucos demonstram dificuldades, daí que também a instituição tem visitas como suporte, apesar do período complicado, todos os envolvidos empenham-se para melhor se atingir o objetivo. Portanto, atendendo a que a grande preocupação é a doença que leva o filho à hospitalização, poderá significar para a família uma situação que está a encaminhar-se para a solução.

Esta experiência revelou-se mais didática do que qualquer outra que já vivera enquanto enfermeiro, porque não só dotou de técnica e conhecimento, mas também transformou enquanto pessoa e abriu horizontes para uma área aliciante da enfermagem pediátrica e que pode ser extremamente compensador e enriquecedor para ambos os intervenientes na arte de cuidar. Permitiu perceber a importância da família, a assistência e o empenho dos profissionais e permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Para terminar o presente estudo, e tendo em conta os resultados obtidos e a reflexão pessoal com base nos mesmos, podem salientar-se aspetos importantes a implementar na prática, para melhorar os cuidados dos pais e das crianças.

Salienta-se que, para uma perspetiva de melhoria contínua dos cuidados, para os pais e a criança, deve-se incluir na prática um acompanhamento aos pais após a alta, por forma a promover a continuidade dos cuidados e minimizar a sua ansiedade. Este acompanhamento poderá ser um modo de perceber se existem dificuldades ou dúvidas e dar-lhes respostas.

Por outro lado, consideramos importante para os pais a possibilidade de organizarem momentos de encontro entre eles em que possam exprimir as suas emoções, experiências e ouvir outros pais a falar das suas vivências. Estes momentos, mediados por profissionais de saúde, constituirão um momento de ajuda mútua para os pais, o que poderá ajudar muito. Estes encontros poderão ser uma vez por semana, contando com a presença dos pais, dos enfermeiros mais experientes e dos psicólogos.

Fazendo uma comparação entre Portugal e a Guiné-Bissau, percebe-se que os Guineenses têm de investir muito na política do sistema de saúde se quiserem ter resultados iguais aos de Portugal; contudo, já têm campo de horizonte para aproveitar potenciais de Portugal no que diz respeito às necessidades dos pais perante a hospitalização da criança.

Os resultados deste trabalho tornaram visível que a instituição de saúde deve continuar a investir mais na resposta às necessidades dos pais perante a hospitalização da criança, na informação a dar aos pais e na instrumentalização da participação nos cuidados, nomeadamente com a construção de um guia de boas práticas em relação ao papel parental e aos cuidados

centrados na família. Portanto, em relação à organização dos cuidados, verifica-se também a necessidade de alteração de alguns processos na organização dos cuidados, principalmente no que diz respeito à identificação dos pais que têm necessidades. Os resultados obtidos com este estudo poderão ser ponto de partida para uma intervenção no sistema de saúde na Guiné-Bissau. Apesar destes problemas, as necessidades dos pais perante a hospitalização da criança estão a ser observadas com muito respeito. Embora faltem informações para atingir todos os pais, as equipas multidisciplinares estão a desempenhar um papel muito importante.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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 dezembro, 24, 2020, em PSIC: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v9n2/v9n2a11.pdf>
- Cardoso, A. C. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Acedido em março 15, 2021, em Repositório Aberto em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao%20Ana%20Cristina%20A.pdf>
- Carta da hospitalização da criança (1988). *O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças*. Acedido em outubro, 13, 2021 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf)
- Dias, M. D. (2006). Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro. Loures: Lusociencia- edições técnicas e científicas, Lda.
- 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 março 15, 2021, em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5515>
- Direção Geral de Saúde (2008), Amamentação: técnica não farmacológica em procedimentos dolorosos em recém-nascidos lactentes. Acedido em 27 de novembro, 2020 em <file:///C:/Users/asus/Downloads/23-722-1-PB.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2016), Plano Nacional de Saúde, estratégias para saúde – (III-3) eixos estratégicos-qualidade em saúde acedido em 07 de outubro, 2021 [http://pns.dgs.pt/files/2011/02/qs\\_18-03-2011.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf)
- Ferreira L.P. (2015) qualidade de cuidados de saúde primários. Acedido em 26 de novembro 2020 em [https://www.researchgat.net/profile/Luis\\_Pisco/publication/266584295Qualidade\\_de\\_cuidados\\_de\\_saude\\_primarios/links/545Fc520cf27487b450a955/Qualidade-de-cuidados-de-saudeprimarios.pdf](https://www.researchgat.net/profile/Luis_Pisco/publication/266584295Qualidade_de_cuidados_de_saude_primarios/links/545Fc520cf27487b450a955/Qualidade-de-cuidados-de-saudeprimarios.pdf) 2

- Ferreira, P.; Reis, G. e Melo, D. (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. Acedido julho,15, 2021 em: [file:///C:/Users/asus/Downloads/E%20SIP%20%20As%20Necessidades%20dos%20Pais%20da%20Crian%C3%A7a%252Hospitalizada%20%20S%C3%ADvia%20Maria%20Gaiola%20dos%20Santos%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/asus/Downloads/E%20SIP%20%20As%20Necessidades%20dos%20Pais%20da%20Crian%C3%A7a%252Hospitalizada%20%20S%C3%ADvia%20Maria%20Gaiola%20dos%20Santos%20(1).pdf)
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas I, A. C. (2016). *Serviço de Urgência Pediátrica*. Acedido em julho, 10, 2021 <file:///C:/Users/asus/Downloads/10075-Article%20Text-29095-1-10-20160930.pdf>.
- FreitasI, A. C. (2016). *Serviço de Urgência Pediátrica*. Acedido em de <file:///C:/Users/asus/Downloads/10075-Article%20Text-29095-1-10-20160930.pdf>
- Gauthier, B. (2003). Reherche sociale: De la problématique à la collecte des donnees. (3 Ed.). Lusociência -Edições Técnicas e científicas, Lda. Acedido em 4 de janeiro 2021.
- Hockemberry, M. J., & Wilson, d. (2009). *Worg Fundamento de Enfermagem Pediátrica*. (8 edição). Rio de Janeiro: Elsevier, 2011- 1280
- Lopes, L., e Paes, I. A. (2015). Possíveis diagnósticos e intervenções. *Revista Científica da fihouniararasv*. 3(2), /201, 7.
- Hockenberry, M. J. e Wilson, D. (2014). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (9ª ed.). Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Jorge, A. M. (2004). *A família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro. Diário da República, 1.ª série - N.º 178 - 14 de setembro de. Lusodidacta -Soc. Port. de Material Didactico, Lda.
- Machado, M. d. (2008). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente*. Acedido em outubro, 13, 2021 em [http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsca\\_2004-2008.pdf](http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsca_2004-2008.pdf)

- Mandal, D. A. (2020). *Que é pediatria?* Acedido em julho, 10, 2021 em <https://www.news-medical.net/medical/authors/ananya-mandal>
- Marie-Fbienne Fortin, J. C. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta -Soc. Port. de Material Didactico, Lda..
- Marie-Fbienne Fortin, P. (1996). *O Processo de Investigação: Da Concepção a realização*. Loures : Lusociencia -Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Marilyn J.Hockenberry, & Wilson, D. (2014). *Wong's Enfermagem da criança e da adolescente, 9 edição volume II*. LouresLOURES: lusociencia - Edições Técnicas e Científica, Lda.
- Melo, R. C. (2014). *Liderança e gestão Desenvolvimento de competencia relacionais*. loures: Lusodidacta-soc. Portuguesa de Material Didáctico, lda.
- Melo, R. C. (2014). *Liderança e gestão Desenvolvimento de competencia relacionais*. loures: Lusodidacta-soc. Portuguesa de Materia didáctico, lda.
- Oliveira, A. 2006. *Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. Acedido em novembro, 27, 2020 em <http://www.nascerprematuro.org/content/view/47/54/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediatria*. Guia orientador de boa prática cadernos de /serie 1/ número 3 (Volume 3). Acedido em outubro, 13, 2021 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe\\_guiasorientadoresboopraticac eesip\\_vol\\_iii.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboopraticac eesip_vol_iii.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*: acedido em março, 15, 2021 em [file:///C:/Users/asus/Desktop/Nova%20pasta%20\(2pastas\)/gobp\\_parentalidadepositiva\\_vf.pdf](file:///C:/Users/asus/Desktop/Nova%20pasta%20(2pastas)/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento N.º 422/2018 de 12 de julho: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido em novembro 27, 2020, em Ordem dos Enfermeiros em:, <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf.37>

Ordem dos enfermeiros. *Regulamento N.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em novembro 27, 2020 em <http://www.aenfermagemaslei.pt/2019/02/06/regulamento-das-competencias-comuns-do-enfermeiro-especialista-ordem-dos-enfermeiros>.

Sebastião, H. S. (2009). *instituicao/hospital-de-sao-sebastiao*. Acedido em 10 de julho, 2021 em <http://www.chedv.min-saude.pt/instituicao/hospital-de-sao-sebastiao>

Silva, F. (2016). *Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada*. Acedido em outubro, 13, 2021 em <https://www.scielo.br/j/reben/a/jC8Q5RRKfNgTNzbYtVzPbWN/?lang=pt&format=pdf>

Unicef (2004). *A convenção sobre os direitos da criança*. Acedido em março, 15, 2021, em [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

## **APENDICE**



## APENDICE A

### Diário de Bordo

#### Características da criança e da hospitalização

1. Idade \_\_\_\_\_ 2. Sexo: feminino \_\_\_\_\_ masculino \_\_\_\_\_
3. Lugar na fratria: filho único \_\_\_\_\_ filho de meio \_\_\_\_\_ benjamim \_\_\_\_\_
4. Com quem vive: \_\_\_\_\_
5. Número de irmãos: nenhum \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ dois \_\_\_\_\_ três ou mais \_\_\_\_\_
6. Hospitalizações anteriores: \_\_sim \_\_não; 7. Prevista: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_
8. Motivo: \_\_\_\_\_ 9. Prognóstico: bom \_\_\_\_\_ reservado \_\_\_\_\_ mau \_\_\_\_\_

#### Características dos pais

- 2- Idade \_\_\_\_\_ género \_\_\_\_\_ masculino \_\_\_\_\_ feminino.
- 1-Tipo de Fmília; \_\_\_\_\_ nuclear \_\_\_\_\_ alargada \_\_\_\_\_ monoparental.
- 2- Residência \_\_\_\_\_ urbana \_\_\_\_\_ rural.
- 3- Estado civil: casado/a \_\_\_\_\_ solteiro/a \_\_\_\_\_ viúvo \_\_\_\_\_ divorciado \_\_\_\_\_ união de Fto
- 4- Zona de abrangência do hospital \_\_\_\_\_ sim \_\_\_\_\_ não;
- 5- Profissão \_\_\_\_\_.
- 6- Habilitações literárias \_\_\_\_\_

### Necessidades dos pais

#### 4. Necessidade de informação

	Importância		Realidade		Resposta	
	Importante	Sem Importância	Sim	Não	Sim	Não
6 Poder contactar uma assistente social para ajudar financeira, por causa da hospitalização do meu filho						
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, explicações simples deste género)						

15. Que eu seja informado sobre todos os prognósticos possíveis para o meu filho						
19 Que eu seja informado sobre todos os tratamentos que o meu filho vai receber.						
24 Aprender e ser informado sobre como a doença e o tratamento afetam o crescimento e o desenvolvimento da criança						
29 Que eu esteja preparado para o dia da alta do meu filho e que seja informado sobre qualquer alteração dessa data						
31 Que eu seja informado assim que possível sobre os resultados dos exames realizados ao meu filho						
38 Que eu receba informações exatas sobre o estado de saúde do meu filho						
43 Tomar conhecimento de tudo o que está a ser feito ao meu filho e porquê						
49 Que uma pessoa (um enfermeiro/a) coordene os serviços e as informações que recebemos no hospital						

## 5- Necessidade de suporte e orientação

X	Importância		Realidade		Resposta	
	Importante	Sem importante	Sim	Não	Sim	Não
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						
7 Poder encontrar-me com outros pais que tenham experiências semelhantes com filhos doentes						
11 Ter uma pessoa no serviço (um enfermeiro ou um médico) especialmente encarregue de cuidar e responder às necessidades dos pais						
13 Que eu seja aconselhado durante a preparação para a alta sobre os cuidados a ter com 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.						
36 Saber que posso contactar o serviço depois do meu filho ter tido alta						
42 Que eu receba assistência no sentido de tomar consciência das necessidades do meu filho.						
44 Que eu possa manter a esperança sobre o estado de saúde do meu filho						
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						

## 6- Necessidade de confiança

	Importância		Realidade		Resposta	
	Importante	Sem importância	Sim	Não	Sim	Não

4 Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados de enfermagem						
32 Poder confiar que, embora não estando presente, o meu filho recebe os melhores cuidados médicos						

### 7-Necessidade de sentir confiante em si.

	Importância		Realidade		Resposta	
	Importante	Sem importância	Sim	Não	Sim	Não
18 Sentir que confiam em mim para cuidar do meu filho também no hospital						
26 Sentir que não sou culpado pela doença do meu filho						
34 Que os enfermeiros me contactem e consultem acerca dos cuidados necessários para meu filho						
40 Sentir que sou necessário no serviço						

### 8- Necessidade relativa a criança e outros membros da família

	Importância		Realidade		Resposta	
	Importante	Sem importância	Sim	Não	Sim	Não
20 Ter uma pessoa no serviço especialmente encarregue de cuidar das necessidades do meu filho						
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						
25 Que eu possa ficar com o meu filho 24 horas por dia se quiser						
27 Poder prestar cuidados ao meu filho como por exemplo lavá-lo, dar-lhe de comer, medir-lhe a temperatura.						
28 Que eu seja capaz de explicar aos meus Familiares, amigos e aos meus outros filhos aspetos da hospitalização do meu filho.						
30 Que eu tenha tempo para estar com os meus outros filhos.						
48 Que sejam os mesmos enfermeiros a tratar do meu filho a maior parte do tempo.						

### 9-Necessidade relativamente a recursos físico e humano

	Importância		Realidade		Resposta	
	Importante	Sem importância	Sim	Não	Sim	Não
1 Ter um local próprio no serviço onde os pais possam estar sozinhos						
5 Que eu descanse e durma o suficiente.						
10 Que haja flexibilidade no trabalho do serviço de acordo com as necessidades dos pais.						
12 Que eu tenha possibilidade de Falar em privado com um médico ou enfermeiro sobre os meus próprios sentimentos ou preocupações.						

33 Que os enfermeiros tomem consciência e compreendam os sentimentos dos pais.						
35 Sentir que sou importante ao contribuir para o bem-estar do meu filho.						
37 Que eu receba assistência e apoio no sentir de tomar consciência e compreender as minhas próprias necessidades, por exemplo, ansiedade, cansaço.						
39 Que eu me sinta menos ansioso.						
41 Poder dormir no quarto do meu filho.						
45 Que eu possa comer com o meu filho no serviço.						
47 Saber que o meu filho vai ter aulas e atividades para não se atrasar nos estudos e no seu desenvolvimento.						

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

-----  
-----  
-----  
-----

Que oportunidade os enfermeiros/ profissionais de saúde deste serviço lhe dão para cuidar do seu/sua filho/a? \_\_\_\_\_ nenhuma \_\_\_\_\_ pouca \_\_\_\_

O que entende envolvimento dos pais nos cuidados de saúde quando um/a filho/a?

-----  
-----  
-----  
-----

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

-----  
-----  
-----  
-----

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

-----  
-----  
-----