



Universidade Atlântica

9º Curso de Licenciatura em Enfermagem

“Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de  
cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros”

---

- Monografia -

Elaborado por:

Ana Conceição N° 200791508

Ana Mateus N° 200992112

Orientado por: Mestre Rita Kopke

Barcarena, 19 de Dezembro de 2012



Universidade Atlântica

9º Curso de Licenciatura em Enfermagem

“Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de  
cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros”

---

- Monografia -

Esta monografia tem como finalidade servir de base para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, cujo objetivo primordial é a realização de uma investigação científica.

Elaborado por:

Ana Conceição N° 200791508

Ana Mateus N° 200992112

Orientado por: Mestre Rita Kopke

Barcarena, 19 de Dezembro de 2012



Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

As autoras são as únicas responsáveis pelas ideias expressas nesta monografia.

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

## **Agradecimentos**

A realização desta monografia teve um contributo extremamente enriquecedor para o desenvolvimento de competências na formação académica e profissional. Foi mais uma etapa académica superada, com muito esforço e mérito! Porém, não seria possível sem o contributo de todos aqueles que ajudaram direta ou indiretamente para a execução do mesmo.

Queremos agradecer à nossa família, porque sem eles nem sequer seria possível termos chegado a esta etapa da nossa vida académica. Obrigada mãe, pai, irmãos pelo incentivo e apoio nos momentos mais árduos de todo o percurso!

Aos nossos respetivos, Eduardo Xavier e Fábio Passos, pela motivação constante, pela compreensão dos momentos das nossas ausências, pela paciência e ajudas incansáveis em todos os momentos da realização desta monografia. Sem vocês não seria possível. Obrigada!

À Mestre e Professora Rita Kopke, na excelente orientação, pela partilha da sua sabedoria, simpatia, total disponibilidade, paciência, frontalidade e acima de tudo pelas suas ideias pertinentes para a monografia. O nosso muito obrigado!

Queremos também agradecer à Professora Leonor Carvalho pela disponibilidade concedida numa das fases deste trabalho de investigação. O nosso muito obrigado!

Obrigado a todo o corpo docente e colegas do curso de Enfermagem da Universidade Atlântica, que direta ou indiretamente nos ajudaram, motivaram-nos ou simplesmente partilharam os seus conhecimentos e amizade.

Agradecemos ao conselho de administração e a toda a equipa do serviço de pediatria do Hospital São Francisco Xavier e de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, pela forma ilustre e agradável com que nos receberam.

Por fim a nós, pelo apoio mútuo, paciência e dedicação de modo a finalizar este grande trabalho académico que culminará com a nossa Licenciatura em Enfermagem.

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

## **Resumo**

Um dos fatores que pode levar a elevados graus de ansiedade no período pré-operatório de cirurgia eletiva pediátrica, são os níveis elevados de ansiedade dos familiares. A ansiedade manifestada pelas crianças é tão importante enquanto consequência do processo de hospitalização, como enquanto causa de dificuldades durante esse mesmo processo podendo levar ao seu prolongamento.

O presente trabalho de investigação intitula-se de: “Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros”. Deste modo, como objetivo deste trabalho pretende-se descrever as estratégias adotadas pelos enfermeiros perante a ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva, no sentido de prevenir complicações em todo o processo de hospitalização.

O presente estudo de investigação de paradigma quantitativo, descritivo simples, transversal, teve como instrumento de recolha de dados um questionário, realizado para o efeito e constituído por duas partes. O referido questionário foi preenchido por 30 enfermeiros do Serviço de Pediatria de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, que voluntariamente aceitaram participar no estudo de investigação.

Deste modo, foram tidas em consideração as implicações éticas e legais inerentes a estudos de investigação, nomeadamente o consentimento informado e o anonimato, razão pela qual não se identifica o nome do hospital onde se realizou o estudo.

O tratamento dos dados baseou-se na análise de estatística descrita de modo a efetuar a análise dos dados obtidos, através dos programas SPSS versão 10.0, Word e Excel, permitindo a elaboração de gráficos e tabelas.

Os resultados obtidos permitiram caracterizar a amostra quanto à idade, onde se salienta a classe de idades entre os 26 e os 30 anos que corresponde a 33,3% (10 enfermeiros) dos valores obtidos, bem como se destaca o sexo da amostra sendo esta maioritariamente do sexo feminino que corresponde uma vez mais a 80% (24 enfermeiros) dos valores obtidos. É importante ainda ressaltar a frequência de respostas

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

dos enfermeiros do hospital supramencionado quanto ao método de trabalho, Método de enfermeiro de referência, ou responsável ou de cuidados integrais, que corresponde a 50,0% (15 enfermeiros) dos valores obtidos.

Quanto às variáveis de investigação estas foram organizadas por dimensões (Informação, Acolhimento, Ansiedade e Comunicação), sendo pertinente realçar que dos indicadores a constar no questionário, a frequência da maioria das respostas nas quatro dimensões dos enfermeiros inquiridos direccionaram-se para os itens “Sempre” e “Quase sempre”, o que revela as estratégias, que na sua maioria, os mesmos colocam na prática dos seus cuidados perante o tema em questão.

Considerando a Enfermagem como uma ciência em constante evolução, torna-se pertinente investir na investigação uma vez que através desta adquire-se novos conhecimentos para uma prática baseada na evidência. Assim sendo o referente estudo é uma mais-valia, pois permite salientar as competências no âmbito da enfermagem pediátrica de cirurgias eletivas no período pré-operatório.

**Palavras-Chave:** Cirurgia eletiva; Intervenções de Enfermagem; Ansiedade; Pediatria.

## **Abstract**

One of the factors that can lead to high levels of anxiety in the pre-elective pediatric surgery, are the high levels of anxiety of family members. The anxiety expressed by children is as important as a result of the hospitalization process, such as cause of difficulties during this process may even lead to its extension.

This research work entitled the "Anxiety of parents of children in the preoperative period for elective surgery: Strategies used by nurses". Thus, the objective of this study is intended to describe the strategies adopted by nurses before the anxiety of parent's children in the pre-operative elective surgery in order to prevent complications throughout the hospitalization process.

This research study of quantitative paradigm, simple descriptive, cross, had as the instrument for data collection a questionnaire conducted for this purpose, consisting of two parts. This questionnaire was completed by 30 nurses from the Pediatric Service of a Hospital from Lisboa e Vale do Tejo, who voluntarily agreed to participate in the research study.

Being able this way, to take into consideration the ethical and legal implications inherent in research studies, including informed consent and anonymity, reason why does not identify the name of the hospital where the study was conducted.

The data was based on analysis of statistical described in order to make the analysis of data obtained through SPSS version 19.0, Excel and Word, allowing the preparation of graphs and tables.

The results led to characterize the sample in terms of age, which underlines the class of ages between 26 and 30 corresponding to 33.3% (10 nurses) of the value obtained and highlights the gender of the sample and this mostly female corresponds once more to 80% (24 nurses) of the values obtained. It is also important to safeguard the frequency responses of the nurses of the hospital above the method of work, Method of reference nurse, or guardian or comprehensive care, which corresponds to 50.0% (15 nurses) values obtained.

Regarding the variables researched, these were organized by dimensions (Information, Hospitality, Anxiety and Communication), being relevant to note that the indicators included in the questionnaire, the frequency of most answers in the four dimensions of nurses surveyed routed to the items “Always” and “Often”, which reveals the strategies that nurses mostly place into practice of their care related to the topic at hand.

Considering Nursing as a science in constant evolution, it is pertinent to invest in research and investigation because through this new knowledge is acquired for an evidence-based practice. Thus the referent study is an asset because it allows emphasize skills within the paediatric nursing in pre-operative of elective surgeries.

**Keywords:** Elective Surgery, Nursing Interventions; Anxiety; Pediatrics.

## Índice

Agradecimentos .....	vii
Resumo .....	ix
Abstract .....	xi
Índice .....	xiii
Índice de Quadros .....	xvii
Índice de Tabelas .....	xix
Índice de Gráficos .....	xxi
Lista de Abreviaturas e siglas .....	xxiii
Introdução .....	1
1. Revisão da Literatura .....	5
1.1 Definição de conceitos .....	5
1.2 Cuidar em Enfermagem: a filosofia de cuidados em pediatria .....	7
1.3 Métodos de Organização dos cuidados de Enfermagem .....	10
1.4 A família e a criança no processo saúde-doença .....	12
1.5 Cliente Pediátrico: efeitos da hospitalização .....	14
1.6 Pais no hospital .....	16
1.7 Compreendendo a vivência da família .....	18
1.8 Relação entre Enfermeiro-Familiares .....	23
1.9 Preparação pré-operatória na criança e nos pais na cirurgia eletiva .....	31

1.10 Intervenção/Papel do Enfermeiro na diminuição da ansiedade dos pais .....	33
2. Decisões Metodológicas .....	35
3. Apresentação e Análise de dados.....	49
3.1 Variáveis de Atributo.....	49
3.2 Variáveis de Investigação .....	55
4. Interpretação e Discussão dos resultados.....	65
Conclusão.....	73
Sugestões .....	77
Limitações e Implicações.....	79
Referências Bibliográficas .....	81
Apêndices.....	89

**Apêndice nº 1** – Instrumento de Recolha de dados: Questionário

**Apêndice nº 2** – Pedido de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados – Pré-teste

**Apêndice nº 3** – Pedido de autorização para recolha de dados da monografia final de curso

**Apêndice nº 4** – Carta explicativa do estudo

**Apêndice nº 5** – Declaração de Consentimento Informado

**Apêndice nº 6** – Declaração de autorização para a recolha de dados no Serviço de Pediatria dirigido à Enf<sup>ª</sup>. Chefe

**Apêndice nº 7** - Tratamento de dados pelo Programa SPSS versão 19 - Outputs

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

**Apêndice nº 8** – Cronograma referente à realização do Projecto de Monografia

Anexos ..... 155

**Anexo nº 1** – Autorização para a realização do estudo de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

## **Índice de Quadros**

Quadro 1: Variáveis de Investigação .....	41
---	----

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo idade .....	50
Tabela 1.1 – Medidas de Tendência Central e de Dispersão da variável de atributo idade .....	50
Tabela 2 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo sexo .....	51
Tabela 3 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo Categoria Profissional .....	51
Tabela 4 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo Tempo de Serviço .....	52
Tabela 4.1 – Medidas de Tendência Central e de Dispersão da variável de atributo Tempo de serviço .....	53
Tabela 5 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo Tempo de experiência na área de pediatria .....	53
Tabela 5.1 – Medidas de Tendência Central e de Dispersão da variável de atributo Tempo de experiência na área de pediatria .....	54
Tabela 6 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo Método de trabalho do serviço .....	54
Tabela 7 – Distribuição da amostra relativamente à dimensão Informação .....	57
Tabela 8 – Distribuição da amostra relativamente à dimensão Acolhimento .....	58
Tabela 9 – Distribuição da amostra relativamente à dimensão Ansiedade .....	60
Tabela 10 – Distribuição da amostra relativamente à dimensão Ansiedade (cont.) .....	62
Tabela 11 – Distribuição da amostra relativamente à dimensão Comunicação .....	63

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 – Distribuição da frequência dos indicadores relativamente à dimensão Informação.....	56
Gráfico 2 – Distribuição da frequência dos indicadores relativamente à dimensão Acolhimento.....	58
Gráfico 3 – Distribuição da frequência dos indicadores relativamente à dimensão Ansiedade.....	60
Gráfico 4 – Distribuição da frequência dos indicadores relativamente à dimensão Ansiedade (cont.).....	61
Gráfico 5 – Distribuição da frequência dos indicadores relativamente à dimensão Comunicação .....	63

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

## **Lista de Abreviaturas e siglas**

**SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

## **Introdução**

No âmbito do plano de estudos do 9º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2012/2013) da Universidade Atlântica, e com o culminar de todo um processo pedagógico, impõe-se a realização de uma monografia como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem com o intuito de desenvolver competências ao nível da investigação científica.

A investigação científica, por sua vez, é um meio privilegiado de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, que segundo Fortin (2009) permite encontrar respostas para questões precisas que, direta ou indiretamente, terão incidências sobre a prática.

Conforme incutido ao longo de todo o percurso académico, a necessidade de desenvolver conhecimento científico para posterior aplicação na prática, no que diz respeito ao nível de cuidados de Enfermagem, é imprescindível para tomadas de decisões baseadas na evidência. Sendo a Enfermagem uma disciplina com saberes próprios, encontrando-se em constante crescimento, torna-se necessário aumentar a credibilidade da profissão, desenvolvendo estudos no sentido da procura de respostas para as necessidades da população.

O presente trabalho de investigação intitula-se de: “*Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros*”. A eleição do tema surgiu após a realização de um Ensino Clínico de Saúde Infantil e Pediátrica que permitiu não apenas, a observação na primeira pessoa dos níveis de ansiedade dos pais de crianças submetidas a cirurgias eletivas, mas igualmente verificar as consequências desses níveis de ansiedade nas crianças ao longo da hospitalização. Estes níveis de ansiedade resultam em elevados graus de ansiedade no período pré-operatório nas crianças sendo tão importante enquanto consequência do processo de hospitalização, como enquanto causa de dificuldades durante esse mesmo processo podendo levar ao seu prolongamento, ressaltando-se assim a pertinência do tema.

Num estudo realizado por Bellew *et al.* (2002), com o intuito de avaliar o impacto de um folheto com informação sobre anestesia pediátrica, e o nível de ansiedade dos pais,

destaca-se que foram identificados elevados níveis de ansiedade em pais de crianças com cirurgia eletiva, e que a transmissão desses mesmos níveis tem impactos negativos, não apenas no momento da cirurgia, mas igualmente após a mesma e durante todo o processo de hospitalização. Estudos, como os mencionados na bibliografia, identificam esta mesma situação, bem como destacam os comportamentos negativos surgidos nas crianças, ressaltando-se a necessidade de desenvolver estudos no âmbito do estado de ansiedade dos pais e quais as estratégias utilizadas nestas situações.

Assim sendo, o problema do estudo, a sua relevância para a formação em Enfermagem e o seu desenvolvimento, surgiu após uma revisão da literatura acerca desta temática, onde destacou-se um estudo denominado “*Estratégias de enfermagem que contribuem para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada*”, de Alves (2010). Após uma análise do mesmo, achou-se pertinente, em paralelo ao mesmo, descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros quando em confronto com o estado de ansiedade por parte dos pais, e igualmente por existir um outro estudo com uma temática semelhante: “*Parental anxiety before elective surgery in children*”, de Thompson *et al.* (1998), no entanto numa perspetiva britânica.

Deste modo, os estudos complementar-se-ão, contribuindo para os cuidados de enfermagem no cliente pediátrico, no período pré-operatório de cirurgia eletiva, bem como permitirão reflexões sobre os cuidados de enfermagem diários na cirurgia pediátrica pré-operatória, contribuindo assim para um período pós-operatório mais tranquilo. No que concerne à Licenciatura considera-se que este estudo de investigação poderá ser uma mais-valia visto que os estudantes de Enfermagem frequentemente confrontam-se com situações de labilidade emocional por parte dos pais, sendo crucial saberem manter uma postura de confiança, colocando em prática intervenções assentes na melhor evidência disponível, e credível na base científica.

Numa mesma linha de pensamento emergiram algumas questões pertinentes, nomeadamente, “De que forma os enfermeiros diminuem a ansiedade dos pais? Como comunicam? Que tipo de informação dão aos pais? Como se disponibilizam para os mesmos? Como organizam o seu trabalho?”, cujas pretendemos obter respostas no

término do trabalho de investigação através da aplicação de um instrumento de colheita de dados.

Dado que um estudo de investigação pressupõe a definição de objetivos claros e concisos, pressupondo a finalidade que os autores querem atingir, como objetivo propôs-se descrever as estratégias que os Enfermeiros utilizam perante a ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva, num Serviço de Pediatria de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

O objetivo e problema do presente estudo de investigação tem como ponto de partida uma questão de investigação, cuja pretendemos obter resposta: “Que estratégias adotam os enfermeiros perante a ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva?”

A metodologia utilizada assenta num estudo de investigação de paradigma quantitativo, descritivo simples, transversal, uma vez que se ambiciona generalizar os resultados a outras populações ou contextos, através de uma compreensão objetiva das causas do fenómeno em estudo.

Desta forma, para uma melhor compreensão de todo o trabalho, importa enquadrá-lo teoricamente nas perspetivas teóricas, conceitos e estudos que são pertinentes para apoiar a abordagem do problema de estudo, ou seja inicia-se com a fase concetual que diz respeito ao enquadramento teórico, onde se abordará a temática em estudo, tendo por base uma revisão de literatura efectuada com o intuito de reunir conhecimento sobre a mesma.

De seguida, um capítulo alusivo à construção de toda a fase metodológica, onde a abordagem para o percurso da investigação é a filosofia subjacente à corrente positivista enquadrada no paradigma quantitativo, contendo a informação referente às estratégias a utilizar para a obtenção dos dados, nomeadamente: descrição e justificação do paradigma e tipo de estudo; população alvo, amostra e processo a utilizar para a sua selecção; variáveis; instrumento de colheita de dados, considerações éticas e tratamento de dados. Posteriormente dois capítulos que se direccionam para a fase de interpretação e difusão de dados, nomeadamente o capítulo 3, Apresentação e Análise de dados e o

capítulo 4, Interpretação e Discussão dos resultados. Encerra-se com um capítulo destinado à conclusão, cuja contém uma análise crítica e global face ao trabalho de investigação, salienta os pontos mais relevantes, bem como a evidência da concretização do objetivo previamente delineado. Por fim, apresenta-se as referências bibliográficas.

De mencionar que o referente trabalho de investigação tem na sua constituição para consulta apêndices e anexos, que embora não contribuam para a compreensão do trabalho, constam no mesmo para a eventualidade de o leitor se interessar na visualização dos mesmos.

Todo o trabalho foi efetuado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da Universidade Atlântica, disponível em [http://www.uatla.pt/repositorio/t\\_uatla](http://www.uatla.pt/repositorio/t_uatla), que se baseiam de acordo com as regras de *Harvard*, bem como foi complementado com a bibliografia de Mário Azevedo (2006). O presente trabalho encontra-se em concordância com o novo acordo ortográfico de Língua Portuguesa, em vigor desde Janeiro de 2009.

Com vista a uma melhor orientação, organização e cumprimento de prazos, elaborou-se um cronograma (Apêndice nº 8), com as datas previstas para a execução das diversas etapas do referente estudo de investigação.

De referir que ao longo do referente trabalho de investigação, utilizaremos o termo cliente para referenciar a(s) pessoa(s) alvo de cuidados de enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), a opção pelo termo “cliente” relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados, “Cliente” como participante ativo, “Cliente” como aquele que troca algo com outro, e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economista, paga, Cliente-pessoa-individual ou cliente-família ou cliente-comunidade.

## **1. Revisão da Literatura**

A Fase Concetual de um estudo de investigação compreende entre outras etapas, a etapa referente à revisão de literatura. Esta, consiste em fazer um inventário das obras ou dos artigos sobre o tema a abordar (Fortin, 2009).

A revisão de literatura refere-se à fundamentação teórica do tema a desenvolver, obtida através de uma pesquisa saturada de informação em literatura, teses de mestrado e/ou doutoramento, monografias e/ou artigos científicos nacionais e internacionais publicados, de modo a proporcionar uma melhor definição do problema de pesquisa, e, posteriormente, contribuir para uma análise e discussão dos resultados.

Consiste deste modo, de acordo com Fortin (2009), em fazer um inventário e um exame crítico do conjunto das publicações sobre um determinado tema de investigação. Assim, torna-se imprescindível analisar a bibliografia existente, relativamente às temáticas que circundam o tema.

### **1.1 Definição de conceitos**

A revisão de literatura do presente estudo de investigação agrega um conjunto de conceitos indispensáveis para a compreensão do mesmo e das relações estabelecidas entre si. Deste modo, optou-se primeiramente por definir de forma sucinta os principais conceitos relacionados com o respectivo estudo.

#### Ansiedade

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2, designa-se ansiedade como uma “emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (2011, pp. 39).

Por outras palavras, ansiedade, no seu conceito fundamental, caracteriza-se por uma apreensão difusa que é vaga na sua natureza e está associada com sentimentos de incerteza e impotência. É descrita como um padrão de resposta primária psicológica ao stress (Townsend, 2011).

### Criança

A criança é definida, segundo a Assembleia Geral das Nações Unidas, na Convenção sobre os direitos das crianças, como “ (...) todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo” (1990, pp. 6).

### Família

O conceito e a estrutura da família têm sofrido grandes mudanças. Deve-se pensar na família, como um conjunto de relações que o utente identifica como família ou como uma rede de indivíduos que influenciam as vidas uns dos outros, quer existam, efetivamente, laços biológicos ou legais (Potter e Perry, 2003).

### Estratégia

De acordo com o dicionário de Língua Portuguesa, define-se estratégia como “o conjunto de medidas e planos para atingir um fim” (2011, pp. 342).

### Cirurgia

De acordo com Monahan *et al.* define-se cirurgia como “o ramo da medicina que realiza os procedimentos manuais e instrumentais para a correção de deformidades e defeitos, reparação de lesões, e de diagnósticos e cura de certas doenças” (2007, pp. 245).

### Período Pré-operatório

Uma cirurgia encontra-se dividida por períodos, sendo essa divisão de extrema importância dado que os cuidados de enfermagem serão estabelecidos de acordo com cada um. Segundo Monahan *et al.* (2007), o Período Peri-operatório compreende o tempo em que o doente toma o primeiro contato com o médico-cirurgião até lhe ser dada alta clínica definitiva, baseando-se este em três períodos:

- **Período pré-operatório** – inicia-se quando a intervenção cirúrgica é planeada e termina quando o doente é transferido para o bloco operatório, onde irá receber os cuidados adequados;

- **Período intra-operatório** - começa com a passagem do doente para a mesa do bloco operatório, persistindo até o doente ser encaminhado para a unidade de cuidados pós-anestésicos;
- **Período pós-operatório** – consiste no acolhimento do doente na unidade de cuidados pós-anestésicos e termina com a avaliação final do doente no hospital.

### Comunicação

A “comunicação” assumiu um lugar tão central nas nossas sociedades que se tornou corrente a afirmação de que vivemos em plena “sociedade da comunicação” (Serra, 2007).

Segundo Potter e Perry (2003), comunicação é o processo de transmissão de mensagens e interpretação do seu significado, sendo uma capacidade importante de enfermagem, adquirida através de estudos e diligências. O enfermeiro usa técnicas verbais, não-verbais e tecnológicas para comunicar. A informação é enviada e recebida através de diversos canais, incluindo pessoalmente, por escrito, pelo telefone, por fax ou correio electrónico, e pela internet. A comunicação por todos estes meios é um processo contínuo, dinâmico, e, muitas vezes, complexo.

### Parceria

Em saúde, o termo parceria advém de um processo de cuidados dinâmico, negociado em conjunto pelas duas partes envolvidas – cliente/família e enfermeiro – recorrendo às capacidades e conhecimentos de cada um, e respeitando os seus sentimentos, crenças e valores, com vista à melhoria dos cuidados (Dinis, 2005, citado por Amaral, 2009).

## **1.2 Cuidar em Enfermagem: a filosofia de cuidados em pediatria**

A Enfermagem tem como base a filosofia do cuidar nas suas várias vertentes e fases de vida humana, e, como tal, é deveras pertinente mencionar o conceito de cuidar interrelacionando com os cuidados em pediatria, nomeadamente no cliente pediátrico, sendo neste âmbito o tema do trabalho de investigação.

### **Conceito de Cuidar**

Desde o início dos tempos que o ato de cuidar tem vindo a fazer parte da existência do homem, existindo em todas as sociedades, pois sempre existiram pessoas que cuidam de outras pessoas. Cuidar é algo social, é uma atitude transmitida pela cultura da sociedade (Talento, 2000).

Considerando o conceito de cuidar na profissão de Enfermagem, este torna-se crucial no exercício da mesma, sendo entendido e reconhecido atualmente como uma essência ou como o principal objetivo de Enfermagem (Potter e Perry, 2003).

A Enfermagem desde sempre baseou a sua acção no cuidar dirigido a outrem, fosse esta uma pessoa, uma família ou uma comunidade. Atualmente, reconhecemos que cuidar de outrem implica aceitar esta pessoa, potenciando as suas características para o auto-cuidado e compreendendo a influência da família para este mesmo auto-cuidado. Por isso, cada vez mais se defende a participação da família no processo de cuidar da pessoa doente, surgindo como consequência, o conceito de parceria de cuidados entre enfermeiro/pessoa/família. Deste modo, também se torna cada vez mais comum o conceito do cuidar centrado na família, em que o desenvolvimento de uma relação de ajuda, assume primordial importância no âmbito dos cuidados de enfermagem, uma vez que a criação de laços de confiança está na base de uma prestação de cuidados com fins terapêuticos (Silva *et al.*, 2007).

### **Os cuidados de Enfermagem centrados na família**

Quando se fala e se pensa numa criança, é pertinente lembrar que esta está inserida num contexto que começa na unidade familiar, a qual, por sua vez, também está inserida na comunidade onde reside. Deste modo, a família pode, e deve ser entendida como o alvo dos cuidados da enfermagem pediátrica (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009).

Em Pediatria, este conceito, mais do que um objetivo a alcançar, é uma realidade, reconhecendo-se atualmente a importância da permanência da família junto da criança sujeita a uma hospitalização, sendo hoje em dia um direito legal (Mendes e Martins,

2012). Enquanto futuras enfermeiras a prestar cuidados à criança, é imprescindível que enquadremos a família num contexto de parceria de cuidados.

A parceria por sua vez, está associada a um processo dinâmico que requer participação ativa e de acordo entre todos os parceiros na procura de objetivos comuns. Caracteriza-se pela partilha de poder e partilha de conhecimentos; definição de objetivos comuns, centrados na pessoa (Gotlieb e Feeley, 2005, citado por, Mendes e Martins, 2012).

Os cuidados são por norma prestados pelos familiares mais próximos, sendo por isso mesmo deveras pertinente compreender o conceito de família.

Define-se família, enquanto grupo de indivíduos ligados entre si por consanguinidade, casamento ou adoção, constituindo uma unidade económica, em que os membros adultos são responsáveis pela educação das crianças (Giddens, 2000).

A filosofia de cuidados que sustenta os cuidados pediátricos é a filosofia de cuidados centrados na família (Mendes e Martins, 2012, citado por, Young *et al.*, 2006). Assim sendo, os cuidados centrados na família, são a filosofia de cuidados da Enfermagem contemporânea. Os enfermeiros têm o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde, reconhecendo as mesmas como o pólo central na vida de uma criança. A participação dos pais nos cuidados pediátricos hospitalares é, para Casey (1995), a peça chave dos cuidados centrados na família. Com esta filosofia procura-se manter e reforçar os papéis e laços da família com a criança hospitalizada, e ajudar a promover a normalidade das rotinas e da unidade familiar (Palmer, 1993).

As forças e capacidades da família são reconhecidas, enaltecidas e valorizadas no planeamento e prestação de cuidados (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006). Para que os enfermeiros pediátricos trabalhem no registo desta filosofia é fundamental que colaborem com os principais responsáveis pelos cuidados à criança - os seus pais ou os cuidadores informais.

A hospitalização, é uma situação geradora de crise tanto para a criança quanto para a sua família, desencadeando sentimentos de vulnerabilidade, ao serem afastadas das suas

crianças, sem informações, não lhes sendo permitido participar no cuidado, somado à insegurança e ansiedade provocadas pela doença do filho, e pelo distanciamento dos demais membros da família (Angelo e Pettengil, 2005).

O enfermeiro pode ajudar as famílias por meio de ações que não se centralizem apenas no tratamento da patologia ou no atendimento das necessidades físicas da criança, mas que atendam às demandas biológicas, psicológicas, sociais e espirituais da mesma e da família provocadas pela doença e hospitalização, além de fortalecer o senso de competência e autonomia de ambos (Ribeiro, Pettengil e Borba, 2008).

### **1.3 Métodos de Organização dos cuidados de Enfermagem**

O envolvimento da família durante a hospitalização da criança e a continuidade dos cuidados no domicílio são processos vitais na adaptação à nova situação de saúde (Pedro, 2009).

Enfermeiros, pais e crianças passam a conviver no mesmo espaço, a partilhar experiências, valores, saberes e poderes o que conduz a uma alteração na forma de ser e de estar, tanto dos profissionais como dos pais já que a estes é requerida uma participação ativa nos cuidados à criança. A natureza da relação que se estabelece no seio da equipa implica a negociação do envolvimento dos pais e a clarificação do papel de cada interveniente no processo hospitalização, essenciais para o novo modo de pensar e organizar o trabalho em parceria (Mendes e Martins, 2012).

Um aspeto que tem influência particular no desenvolvimento de cuidados centrados na família é o método de organização de cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2000). Segundo Cardoso (2010), os métodos de organização de cuidados de enfermagem têm vindo a desenvolver-se à medida que se vão sucedendo as diferentes correntes de pensamento e conceções de enfermagem numa tentativa de melhorar a adaptação às transformações sociais e às necessidades da comunidade em cuidados de saúde.

De acordo com Parreira (2005), citado por Cardoso (2010), a escolha do método de organização dos cuidados é assente numa conceção sobre os cuidados a realizar, numa filosofia de cuidados, num modo de pensar na organização de cuidados, mais do que

numa simples distribuição de atividades, devendo a sua adoção ser uma atitude ponderada em cada equipa.

Teoricamente existem diversos métodos de organização de cuidados, sendo os mais comuns: o Método Funcional, o Método de Trabalho em Equipa, o Método dos Cuidados Globais e o Método de Enfermeiro de Referência (Hesbeen, 2000).

Segue-se uma breve descrição do conceito de cada uma delas para um melhor envolvimento por parte do leitor, no referente trabalho de investigação.

O método funcional ou por tarefa é um processo global de trabalho que consiste numa divisão de tarefas, ou seja, a cada enfermeiro é atribuída uma tarefa e este é responsável pela sua concretização. Estas tarefas estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência de execução. O foco de atenção neste método está relacionado com o trabalho, a tarefa e a organização, existindo assim uma prestação de cuidados fragmentados e não individualizados (Costa, 2004).

No método de trabalho em equipa, um grupo de enfermeiros, sob a supervisão de um elemento do grupo, fica responsável pela prestação da globalidade de cuidados a um grupo de clientes após o chefe de equipa planificar a distribuição dos cuidados. Este método tem como principal foco de atenção os elementos que compõe a equipa de enfermagem, exigindo uma grande dinamização do grupo e qualidade nas relações interpessoais e requer ainda, grande espírito de equipa (Costa, 2004).

O método dos cuidados globais, também designado por método de caso ou individual, consiste na distribuição da responsabilidade global dos cuidados a prestar durante um turno a um enfermeiro, não ocorrendo fragmentação de cuidados durante esse mesmo período (Cardoso, 2010). Neste método o foco de atenção é a doença, o caso e a tecnologia, podendo existir uma sobrecarga de trabalho para o enfermeiro (Costa, 2004).

Por fim, no método por enfermeiro responsável, o enfermeiro é responsável pela totalidade dos cuidados a um ou mais clientes durante todo o internamento, desde a admissão até à alta (Cardoso, 2010). O foco da atenção é a criança e a família e estes

esperam receber cuidados individualizados de qualidade e, na maioria das vezes querem participar ativamente na prestação dos cuidados. O enfermeiro tem em conta a criança como um todo, nunca desligada da família, pois só desta forma é que ela é entendida. Este deve ser capaz de encorajar a família a desempenhar um papel ativo no processo de doença e/ou hospitalização, estabelecendo uma relação de confiança mostrando disponibilidade para ouvir, observar e aceitar a criança e família (Pedro, 2009).

Para permitir a continuidade de cuidados, cada enfermeiro de referência é auxiliado por enfermeiros associados, que assumem os cuidados na sua ausência (Cardoso, 2010).

Todos os métodos supramencionados têm pontos fortes e fracos devendo a sua adoção ser uma atitude ponderada em cada equipa retendo os aspetos mais interessantes do modelo a implementar de acordo com as características e contexto do serviço e equipa (Hesbeen, 1998; Parreira, 2005; Cardoso, 2010).

Estes modelos, com características diferentes, podem adaptar-se a diversos contextos de trabalho podendo mesmo coexistir mais que uma forma de organizar os cuidados na mesma unidade. Os fatores que podem influenciar a sua escolha são entre outros: as características dos contextos de cuidados, a dotação de enfermeiros, o peso e complexidade dos cuidados de enfermagem e a conceção que as equipas e a organização têm desses cuidados (Cardoso, 2010).

#### **1.4 A família e a criança no processo saúde-doença**

A saúde da família tem sido descrita como um estado da pessoa em interação com o meio em que vive (Schultz, 2007). A família apenas consegue funcionar em pleno, quando existe um equilíbrio da saúde na mesma, existindo no entanto, uma forte relação entre a família e o estado de saúde-doença dos elementos constituintes. Deste modo, a família é essencial durante toda a fase de cuidados de saúde, criando estratégias preventivas de cuidado e detectando sinais de mudança de comportamento e de doença dos seus membros (Schultz, 2007).

A doença significa a perda da homeostase, influenciando todo o contexto familiar. Assim, os elementos constituintes da família, necessitam de encontrar uma forma de lidar com a situação de doença do familiar (Schultz, 2007).

Todas as mudanças familiares decorrentes do processo de doença, vão variar muito conforme o tipo de doença, a maneira como se manifesta e o seu significado. Tal significado, forma-se a partir de vivências individuais e do convívio com a doença, sendo consequências do surgir de uma doença em qualquer membro da família devastadoras, podendo destabilizar qualquer núcleo familiar pois existe uma inter-relação e dependência entre os membros da família (Schultz, 2007).

A doença pode-se revelar uma experiência negativa que envolve toda a família, cujo impacto pode afetar aspetos sociais, económicos, financeiros e afetivos. No entanto, apesar de a doença constituir uma crise, momentos de fortalecimento de vínculo poderão ocorrer devido à necessidade de repensar valores e formas de se relacionarem uns com os outros, proporcionando momentos de afeto e cuidados entre si (Schultz, 2007).

Assim, a interpretação da doença depende das experiências, do suporte disponível e das habilidades que a família dispõe, no momento em que ocorre o processo da mesma. Na vida familiar, quando uma criança adoece, o impacto provocado varia entre indivíduos conforme determinadas particularidades de cada um dentro dos moldes familiares (Schultz, 2007).

No entanto, uma vez que tudo o que afeta um membro familiar, afeta, de uma forma ou de outra, a todos e a cada um dos seus membros, a família não pode ficar de lado. Assim sendo, não é apenas a criança que está em crise, mas sim toda a família, sendo a presença desta fundamental nos momentos de doença pois ajuda a diminuir os temores e inseguranças vivenciadas pela criança. De acordo com Wolfer e Visintainer (1975), citado por Li e Lam (2003), os pais são um fator importante no modo de como uma criança irá reagir emocionalmente a um tratamento.

Em consonância com o até então explicitado, um estudo de 1996, por Huerta, refere uma vez mais que a família representa a principal fonte de segurança e de apoio para a

criança. Atualmente a criança e a família beneficiam legalmente da presença permanente do familiar no hospital, o que se traduz em probabilidades de depressão infantil ou outros sofrimentos psíquicos.

A presença da família na assistência da criança hospitalizada é de grande importância, contribuindo para torná-la capaz de suportar os sofrimentos e ansiedades surgidas durante a doença e hospitalização (Berlinck, 2008).

### **1.5 Cliente Pediátrico: efeitos da hospitalização**

O processo de hospitalização da criança afeta a vida familiar, originando mudanças psicológicas e emocionais, tanto na criança como nos pais, no seu relacionamento e na dinâmica familiar. A necessidade de uma hospitalização e uma intervenção cirúrgica é sempre um acontecimento stressante, que perturba a vida familiar, pois, a criança estará inserida num ambiente diferente, que frequentemente ameaça a sua segurança causando sentimentos de impotência e desamparo (Jorge, 2004).

Quando a criança é hospitalizada, a família é “hospitalizada” também, por isso o beneficiário dos cuidados é o binómio criança/família (ou cliente pediátrico) (Mendes e Martins, 2012).

No contexto pediátrico, isto é, quando se pensa nos cuidados à criança, a família surge sempre como uma referência sendo o seu enquadramento hoje assumido como fator que viabiliza o cuidado humanizado. A criança, não sendo um elemento independente, quer pela sua condição humana e também pelas suas características incontornáveis é um ser vulnerável e caminha a par e passo com a sua família, a quem cabe a responsabilidade de promover o seu pleno desenvolvimento (Mendes e Martins, 2012).

Na sua maioria, os pais respondem ao processo de hospitalização com reações muito consistentes. Segundo Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006), podem reagir com descrença, raiva ou culpa, medo, ansiedade e frustração pois sentem-se impotentes para aliviar a dor física e emocional do seu filho.

Num estudo realizado em 2001, por Zuwala e Barber, destaca-se que a experiência de cirurgia é assustadora não apenas para as crianças mas igualmente para os pais, em que

os sentimentos de ansiedade e frustração estão frequentemente relacionados à falta de informação a respeito dos procedimentos, tratamentos e ao desconhecimento das normas e rotinas hospitalares.

Todos estes fatos são mencionados num estudo de 2002, por Bellew *et al.*, que referem que a maior causa de ansiedade por parte dos pais é a falta de informação. Uma grande percentagem destes sentimentos pode ser aliviada, quando os pais estão cientes do que esperar e do que é esperado deles próprios, quando são estimulados a participar no cuidado do seu filho e quando são considerados como contribuidores mais significativos para a saúde integral da criança (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006).

As reações das crianças a estas situações irão depender do estágio de desenvolvimento em que se encontram, e, irão ser influenciadas pela existência de experiências anteriores (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006).

Concretamente na criança, a hospitalização é um acontecimento que pode gerar sentimentos de medo, dor, sensação de culpa e resultar em reações inadequadas durante o período de internamento. Segundo Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006), a hospitalização produz um aumento de condutas como: choro excessivo, birras, agressividade, podendo provocar experiências desconfortáveis e reações emocionais desadaptativas como o stress, a ansiedade e o medo.

Barros (2003), refere que a ansiedade é muito importante enquanto consequência da hospitalização, podendo mesmo levar ao prolongamento desta. A ansiedade e o stress causados pela hospitalização podem diminuir, ou até acabar, quando a informação e o esclarecimento fizerem parte do processo de humanização no tratamento.

Contudo, a hospitalização pode ser uma experiência positiva, no sentido em que possibilita desenvolver a auto-estima, fortalecer laços familiares, dominar os receios e a ansiedade inerentes ao internamento. O ambiente hospitalar pode proporcionar à criança novas experiências de socialização, que podem ampliar os seus relacionamentos interpessoais (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006).

## 1.6 Pais no hospital

Muitos investigadores internacionais têm-se dedicado ao estudo do acompanhamento e participação dos pais nos cuidados das crianças hospitalizadas. Todos são unânimes na constatação de que a presença dos pais traz benefícios para a criança, aumenta o sentimento de segurança e diminui o stress emocional provocado pela hospitalização (Cardoso, 2010).

Numa situação de doença da criança, é reconhecida a primazia do papel da família, nomeadamente dos pais nos cuidados, uma vez que os cuidados à criança devem ser em forma de proteção, estímulo e amor, e por isso, os cuidados de enfermagem devem ter um papel de complementaridade com os pais, ajudando-os a encontrar respostas mais adequadas às necessidades dos seus filhos (Cardoso, 2010).

O acompanhamento da hospitalização da criança é benéfico para os pais uma vez que estes, ao terem a possibilidade de acompanharem a evolução da situação do filho, de presenciarem os cuidados prestados, de participarem nos cuidados e serem preparados para lhes dar continuidade após a alta, ficam menos ansiosos (Jorge, 2004).

Para outros autores, (Cleary *et al.*, 1986) a experiência de acompanhamento de uma criança hospitalizada pode ser para os pais uma experiência ambivalente: por um lado querem estar presentes para darem apoio emocional ao seu filho, mas por outro, ficam extremamente ansiosos com a doença do filho, por terem deixado outros elementos da família em casa, ansiosos pela quebra no seu quotidiano, ou até mesmo por faltarem ao emprego.

Foram identificados em pais de crianças submetidas a cirurgia eletiva elevados níveis de ansiedade, em que a transmissão destes nas crianças pode ter impactos negativos não apenas no momento da cirurgia, mas igualmente após a mesma e durante toda a hospitalização (Bellew *et al.*, 2002).

A participação dos pais durante a hospitalização da criança incide sobretudo em alguns dos cuidados habitualmente realizados em casa, como a higiene, a alimentação e o suporte emocional (Coyne, 1995). Na maioria dos casos, uma criança precisa de

normalidade durante a hospitalização e por isso o envolvimento dos pais nunca deve incluir papéis dos profissionais como por exemplo: as injeções, a realização de pensos ou a administração de medicamentos. O papel dos pais só se deve estender a estas atividades quando a criança está familiarizada com eles ou quando esta se deve familiarizar com eles, no caso da continuidade de cuidados após a alta (Young *et al.*, 2006).

Para os pais, a doença do filho, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do filho e de não corresponderem às expectativas dos enfermeiros, podem constituir barreiras ao desenvolvimento do seu papel (Sabatés e Borba, 2005). Quando os pais acompanham e participam nos cuidados, a sua segurança e autonomia aumenta adquirindo progressivamente o poder, que lhes é dado pela prática de participarem cada vez mais nos cuidados.

Os estudos realizados acerca das atitudes dos pais nos cuidados ao seu filho hospitalizado demonstraram que os pais que acompanham o seu filho durante o internamento hospitalar, querem participar nos cuidados mas também ser informados e incluídos no processo de decisão sobre o seu filho doente (Young *et al.*, 2006). No entanto, o desenvolvimento da interação enfermeiros - pais não é simples e há pouco consenso entre os enfermeiros pediátricos sobre quais são os limites para a participação dos pais (Callery e Smith, 1991).

Segundo Coyne (1995), os pais que participam nos cuidados experienciam muitas dificuldades, como a escassez de informação, não negociação de papéis e déficit de comunicação com a (e da) equipa acerca das suas expectativas em relação à sua participação.

A falta de informação e de comunicação da equipa, é referida pelas mães, num estudo efetuado por Meadow em 1969. Hayes e Knox, (1984) concluíram também que os pais têm necessidade que a comunicação com a equipa seja mais clara e aberta e que esta discuta com eles as orientações e regras em vigor, de modo a clarificar bem o seu papel nos cuidados ao filho.

Cygan, Oermann e Templis (2002) salientam que um dos indicadores mais importantes para os pais da qualidade de cuidados é ser incluído nas decisões que se relacionem com os cuidados ao seu filho, no entanto nem todos os pais se sentem seguros para o fazer. Kristensson-Hallström e Elander (1997) verificaram que essa participação dependia do grau de segurança que os pais sentiam no desempenho do seu papel no hospital. As estratégias que os pais adotavam para se sentirem seguros tinham correspondência com a forma de como os pais experienciavam a hospitalização. Assim, os pais que estavam mais seguros do seu papel, participavam mais nos cuidados e transmitiam essa segurança aos seus filhos, independentemente das situações que ocorressem durante a sua hospitalização. Para estes autores, ajudar os pais a adquirir essa segurança, facilita e promove a participação dos pais nos cuidados.

### **1.7 Compreendendo a vivência da família**

A hospitalização é uma situação crítica e delicada na vida de qualquer ser humano, e tem contornos especiais quando se trata de um acontecimento na vida de uma criança, pois implica mudança na rotina de toda a família. Deste modo, torna-se essencial abordar qual o impacto que a doença tem na família, como é que é vivenciado a hospitalização dos familiares, as dificuldades e sentimentos surgidos, bem como as implicações na vida social.

#### **O impacto da doença na família**

Na vida familiar, ocorrem inevitavelmente épocas de crise, entre elas, as geradas pelas doenças. Pelo período que decorre da existência de doença, o bem-estar da família oscila entre o estável e o instável. O modo de enfrentar esta situação depende de vários fatores: o estágio de vida familiar, o papel desempenhado pela pessoa doente na família, as implicações que o impacto da doença causa em cada elemento da família e o modo em que ela se organiza durante o período de doença e internamento (Berlinck, 2008).

A doença e a hospitalização da criança podem ser vistas como fatores de stress, que para além de afetar o desenvolvimento normal da criança, também atinge as relações sociais dentro do sistema familiar (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009). Estudos desenvolvidos por Marinheiro (2002), revelam que a doença pode afetar o estado

psicológico dos pais, sendo que as consequências ou impacto de uma doença/hospitalização sobre o funcionamento familiar podem ocorrer em qualquer uma destas áreas: financeira, social, comportamental, vida mental consciente e inconsciente.

A doença, sobretudo a doença grave, provoca na família uma desorganização funcional, e quando os seus membros não podem assumir o papel habitual, as relações interpessoais estão perturbadas, manifestando-se reações emocionais e de ansiedade, comprometendo o quotidiano. Para enfrentar esta situação, os membros da família desenvolvem estratégias muito variadas, entre elas, a procura de informação acerca da doença, a obtenção de suporte junto de familiares e amigos ou a busca de conforto na religião (Schultz, 2007).

Pinto, Montinho e Gonçalves (2008), no seu estudo sobre o impacto da doença na família, verificam que a reacção da família pode ser negativa quando a família reestrutura a sua dinâmica relacional e não aceita as mudanças ocorridas, o que pode tornar-se patológico e paradoxal em termos comunicacionais.

Brazelton (1988), salienta que, a atitude da equipa de saúde face à comunicação e informação será mais bem-sucedida se estes reconhecerem o que os pais realmente necessitam. As famílias que desenvolvem estratégias de adaptação face à situação de doença conseguem obter maior segurança e controlo. Quando as famílias não se conseguem adaptar a essa situação, necessitam de assistência para poder desenvolver essas estratégias. Assim, é crucial que a equipa de saúde conheça quais são estas tarefas, a fim de propor intervenções na família, não apenas atendendo aos aspetos instrumentais, mas também, aos aspetos emocionais que afectam a família da criança doente.

É pertinente realçar que no desempenho das suas funções, os profissionais de saúde estão em contínua comunicação, sendo esta um elemento determinante na relação de ajuda, na prestação de cuidados e na avaliação desses mesmos cuidados.

### **Vivenciando a hospitalização da criança**

Os pais que chegam ao hospital com um filho doente a necessitar de ser hospitalizado, apresentam um elevado grau de ansiedade e desenvolvem uma série de sentimentos face à situação (Tavares, 2008). Cucco (2006), refere que a família é fortemente afetada aquando a hospitalização da criança e sente a doença da mesma como algo difícil e doloroso.

No processo de hospitalização sucedido de cirurgia, a família depara-se com uma situação que jamais imaginou acontecer ou experienciar, situação esta, causadora de grande impacto e geradora de grande stress no seio familiar (Schultz, 2007).

De acordo com a autora supramencionada, vivências como estas proporcionam muito sofrimento, sentimentos de impotência perante a situação, medo, angústia, frustração, confusão e principalmente sentimento de culpa.

Com o intuito de atender às necessidades físicas e psicológicas da criança e família, é essencial que o enfermeiro os acolha para que se sintam integrados na equipa e de forma a prepará-los para os atos terapêuticos necessários, com a certeza porém que este acolhimento irá influenciar a atitude dos clientes face à equipa de saúde e ao desenrolar da hospitalização (Venâncio e Pereira, 2002, citado por Tavares, 2008).

Os enfermeiros devem proporcionar um acolhimento baseado na reciprocidade, acolhendo a criança e a família e deixando-se acolher, passando do acolhimento ao envolvimento, progredindo assim para uma relação terapêutica. Para que isso aconteça, os enfermeiros ao acolherem as crianças e suas famílias devem, num primeiro momento, apresentar-se, dizendo o seu nome, quais as suas funções e devolver ao cliente, permitindo que se apresente também. Desta forma, estarão a partilhar informações, criando uma dinâmica de respeito e confiança entre ambos (Curado, 2006, citado por Tavares, 2008).

Outro aspeto a ter em conta é a disponibilidade que é demonstrada por quem acolhe em relação ao lugar, ao momento e às pessoas, de forma a propiciar o conhecimento do meio em que se é acolhido, nas suas várias vertentes (Tavares, 2008).

Crepaldi e Broering (2011), evidenciam ainda, como é penosa a separação temporária do familiar que permanece no hospital, dos restantes membros da família, a alteração das rotinas diárias, a ausência de casa e do emprego.

Contudo, mesmo estando a família perante uma situação de crise, na maioria das vezes mantém-se otimista, procurando não só apoio espiritual como também apoio na equipa de enfermagem, depositando desta forma confiança e satisfação no trabalho realizado pelo enfermeiro, pois têm consciência que só assim é possível uma melhor recuperação da criança e um adequado regresso ao funcionamento normal da família (Cucco, 2006).

### **Dificuldades e sentimentos dos pais atribuídos ao período de hospitalização**

A família pode reagir à doença e à hospitalização com participação ou fuga, o que determinará a sua contribuição ou não ao restabelecimento da saúde da criança. Os fatos vivenciados e o significado atribuído à doença e hospitalização levam a família a um limiar de sentimentos originados em fatos reais ou imaginários, que reflectem a dificuldade em lidar com a situação (Cucco, 2006).

Camon (1996), citado por Mendonça (2009), afirma que muitas famílias ao se depararem com a situação do filho hospitalizado perdem a aptidão e plenitude de raciocínio decorrente da situação ameaçadora em si que traz questões sem respostas. E mais, além do conflito individual de cada membro da família frente ao processo de hospitalização da criança, muitas vezes esta família encontra-se fragilizada, o que dificulta na manutenção da estrutura familiar perante filho. Com isso, cada membro da família vive o processo de hospitalização da criança de uma forma bem individual.

Para Cucco (2006), os pais vivem os mais conflituosos sentimentos durante o processo de hospitalização, sentimentos estes que variam desde a dor, ansiedade, angústia, confusão, preocupação e sofrimento.

A juntar ao misto de sentimentos, existe ainda o desgaste físico decorrente da hospitalização nomeadamente, o fato de permanecer sem descansar, sem dormir durante horas e, quando o faz muitas vezes encontra-se mal acomodado e o fato de não se alimentarem correctamente por vezes associado a uma perda de apetite (Cucco, 2006).

### **Implicações sociais decorrentes da hospitalização**

A hospitalização é uma situação crítica e delicada na vida de qualquer ser humano, e tem contornos especiais quando se trata de um acontecimento na vida de uma criança, pois implica mudança na rotina de toda a família (Broering e Crepaldi, 2011).

A maneira como a família vai lidar com esta nova situação, irá depender da condição psíquica que esta desenvolveu no decorrer das suas vidas (Cucco, 2006).

Cucco (2006), afirma que a hospitalização de uma criança normalmente traz consigo um dos seus pais, deixando a sua rotina diária e priorizando o filho doente.

Desse modo, além dos sentimentos de insegurança, medo da morte e desconfiança, surgem problemas familiares: são os outros filhos que ficam sob o cuidado de terceiros, quando não ficam sós; é a empresa empregadora que não aceita o atestado do filho como justificativa para as faltas; é a falta de recursos financeiros para alimentação ou transporte; e o hospital impondo regras e rotinas que divergem do quotidiano familiar, empregando termos e procedimentos desconhecidos (Crepaldi, Rabuske e Gabarra, 2006).

A situação de hospitalização também é referida como momento de crise para as famílias, devido a uma desintegração temporária – consequentemente, podem surgir ou agravar-se problemas (Crepaldi, Rabuske e Gabarra, 2006).

Partindo do pressuposto, de que a influência do período no qual a criança permanece internada afeta o convívio entre os seus membros da família, torna-se necessário compreender a dimensão social na qual as famílias se inserem, com as suas demandas emocionais, financeiras, estruturais e psicológicas a partir dos valores que atribuem às relações e às mudanças repentinas e intensas no seu quotidiano (Cucco, 2006).

Todo este processo provoca na família uma desorganização funcional, e quando os seus membros não podem assumir o papel habitual, as relações interpessoais estão perturbadas, manifestando-se reações emocionais e de ansiedade, comprometendo o quotidiano, pois, a família é confrontada com novas exigências, alterações nas rotinas e readaptações diversas, susceptíveis de desencadear um maior ou menor grau de stress

familiar, sendo que, a família necessita de ajuda externa para se proteger de uma mudança não planeada (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009).

Jorge (2004), refere que os profissionais de saúde necessitam de atender do ponto de vista físico, psicológico e social, não só a própria criança como também e de forma indissociável a sua família.

### **1.8 Relação entre Enfermeiro-Famíliares**

A enfermagem pediátrica, hoje particularmente sensível ao envolvimento dos pais na prática de cuidados à criança, coloca a sua tónica no desenvolvimento do processo de parceria com os mesmos, a qual requer uma interação integral com a família de forma a proporcionar as condições favorecedoras de um desenvolvimento global da criança (Mendes e Martins, 2012).

No âmbito da área de pediatria, reconhece-se e valoriza-se a importância da presença e participação da família no processo de recuperação de saúde da criança. Deste modo, é imprescindível que os cuidados de enfermagem integrem a família, dependendo a qualidade dos mesmos, do relacionamento existente entre enfermeiro e os respetivos familiares (Schultz, 2007). Destaca-se assim as facilidades e dificuldades experienciadas por ambos, a importância da comunicação e, a pertinência da parceria nos cuidados, tendo como base o Modelo de Anne Casey (Pedro, 2009).

#### **Facilidades e dificuldades**

A presença dos pais dentro do hospital traz consigo alterações nas relações de trabalho estabelecidas no ambiente hospitalar. É necessário que os profissionais de saúde dirijam o seu olhar para a família como objeto dos cuidados, num processo de produção de relações e intervenções, para além do atendimento clínico (Soares e Leventhal, 2008).

Estudos verificam dificuldades na relação entre cuidador e enfermeiro, como por exemplo, pouca aceitação da enfermagem na participação da família no cuidado à criança, e, desvalorização do saber próprio da família (Sabatés e Borba, 2005).

A eficiência na comunicação entre a enfermeira e os pais reduz a ansiedade dos mesmos, aumenta a aceitação destes na situação da doença e de hospitalização da criança, facilita o tratamento e favorece o processo de enfrentamento da doença. (Sabatés e Borba, 2005).

A empatia na relação entre a enfermagem e os pais poderá criar um ambiente no qual elas se sintam mais seguras e fortalecidas para enfrentar a hospitalização do filho (Soares e Leventhal, 2008).

O estudo científico de Soares e Leventhal, em 2008, cujo objetivo era o de identificar as dificuldades e facilidades na relação da equipa de enfermagem com os acompanhantes das crianças hospitalizadas, bem como as estratégias utilizadas para o fortalecimento dessa relação, revelou que as principais dificuldades foram a falta de comunicação e de informação sobre o tratamento; as facilidades mais citadas foram o ser bom profissional tecnicamente, orientar sobre o tratamento, ter bom relacionamento, manter diálogo, fazer medicações na hora certa e prestar uma assistência adequada à criança; as estratégias mais utilizadas foram o manter o diálogo, transmitir confiança técnica, compreender e respeitar o outro e respeitar as normas do hospital.

A maioria dos pais recebe pouca orientação sobre os seus direitos e deveres e sobre como poderia ser a sua participação nos cuidados à criança (Ferreira, Vargas e Rocha, 1998). A orientação sobre normas e rotinas, no internamento, é uma maneira de a equipa de enfermagem criar um primeiro vínculo com a criança e sua família, e, dessa forma, diminuir a ansiedade causada pela hospitalização (Sabatés e Borba, 2005).

Os dados de um estudo de Soares e Leventhal (2008), permitiram concluir que as necessidades na relação entre o familiar e o profissional são semelhantes, pois ambos querem maior comunicação, respeito e união.

### **A importância da comunicação**

Os pais escolhem participar nos cuidados de forma a optimizarem o bem-estar emocional dos filhos, mas experienciam durante a hospitalização uma vez mais: a falta

de informação, a não negociação do seu papel e sentimentos de grande ansiedade e isolamento (Cardoso, 2010).

A informação é um direito, e está consagrado pela Carta dos Direitos e Deveres dos doentes publicada pela Direcção Geral da Saúde (1968), onde no ponto 6 se pode ler que “O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde. Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente”. De acordo com a Carta da criança hospitalizada (1988) publicada pelo Instituto de apoio à criança, pode-se verificar no ponto 4, em conformidade com o supramencionado que “As crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão”.

Analizando ainda o código deontológico do enfermeiro, especificamente o artigo n.º 84, verifica-se que o profissional de enfermagem tem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (Código Deontológico do Enfermeiro, 2009).

A interação pais - enfermeiros é considerada a pedra angular da qualidade dos cuidados de enfermagem pediátricos (Espezel e Canam, 2003). Parece haver um consenso generalizado de que esta interacção influencia intensamente a qualidade dos cuidados de saúde pediátricos. Para Espezel e Canam (2003), desenvolver a interação e comunicar com clareza com os pais, são elementos fundamentais para que a colaboração entre enfermeiros e pais tenha sucesso. As famílias são capazes de estabelecer maior relação com os profissionais, quando há um objetivo comum relevante (Wilson e Hobbs, 1995).

Os pais têm necessidades cognitivas relativamente a conhecimentos e informações sobre a forma como lidar com a doença, com os procedimentos, com as técnicas terapêuticas e cuidados a prestar em casa. Phipps *et al.* (1995), citado por Saiote (2010), refere que uma das necessidades mais importantes, reconhecida pelos familiares em todos os períodos de doença, é a de informação.

A informação dá à família algum controlo sobre a situação e reduz os sentimentos de incerteza que são habitualmente experimentados numa fase de adaptação a uma nova

situação. Para Fernandes (1988), as necessidades dos pais, que acompanham a hospitalização são, entre outras, compreender a situação clínica e tratamentos do seu filho e sentir que são pais capazes.

Deste modo, para que os pais tenham uma participação efetiva nos cuidados ao filho, é necessário que os enfermeiros considerem a comunicação e a transmissão de informações, instrumentos fundamentais numa preparação pré-operatória. O enfermeiro pode recorrer à utilização da comunicação não-verbal, para além da linguagem verbal, fornecendo a informação que consideram como uma componente indispensável no processo de interacção entre clientes/famíliares e profissionais. Este processo exige a partilha de conhecimentos onde, a comunicação aberta e clara com os clientes/famíliares é primordial para uma interacção de sucesso (Saiote, 2010).

A comunicação com as famílias é absolutamente fundamental: têm que ser informadas e ensinadas sobre os cuidados à criança doente para que possam decidir, elas próprias, sobre a extensão do seu envolvimento e participação nos cuidados (Cardoso, 2010).

Na comunicação há sempre um processo recíproco de envio e recepção de mensagens entre duas ou mais pessoas, tendo como objetivo a transmissão de uma mensagem clara e compreensível ao receptor, de modo a o influenciar a produzir mudanças. Para tal, o enfermeiro recorre a técnicas de comunicação terapêuticas, nomeadamente, Escuta activa, Silêncio, Orientação, Comentários Abertos, Redução da distância, Consideração, Recapitulação, Reflexão, Clarificação, Validação Consensual, Focalização, Síntese e Planificação (Riley, 2004).

Em contraste com o anteriormente referido, existem técnicas de comunicação não terapêuticas, que dificultam a interacção enfermeiro/cliente, destacando-se, o não escutar, uma colheita inadequada de dados, o julgar, o aconselhamento, o responder com estereótipos e o paternalismo (Riley, 2004).

No desempenho das suas funções, os profissionais de saúde estão em contínua comunicação, sendo esta um elemento determinante na relação de ajuda, na prestação de cuidados e na avaliação desses mesmos cuidados (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009).

A enfermagem pressupõe um diálogo personalizado entre o enfermeiro e a família, permitindo estabelecer uma comunicação funcional, pedagógica e terapêutica. A comunicação terapêutica permite o estabelecimento de uma ligação entre o enfermeiro e a família, baseando-se numa compreensão empática, numa relação privilegiada que favoreça a satisfação das necessidades psicossociais do cliente (Phaneuf, 1995, citado por Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009).

Numa análise das vertentes da comunicação, salienta-se a importância que essas vertentes têm na qualidade do relacionamento interpessoal, bem como na prática do cuidar na perspectiva de enfermagem de família (Figueiredo, 2009).

A informação é um direito da criança e dos pais de que os enfermeiros não se podem demitir. A informação tem que ser clara, precisa e adequada às características das famílias (Cardoso, 2010).

### **Cuidar em parceria: Modelo de parceria de Anne Casey**

O termo parceria advém de uma relação interpessoal entre duas ou mais pessoas que trabalham em conjunto com um propósito mútuo definido, aproveitando os conhecimentos dos intervenientes, para atingir um objetivo comum (Pedro, 2009).

Em saúde, parceria de cuidados é designada como um processo de cuidados dinâmicos, negociado em conjunto pelas duas partes envolvidas – cliente/família e enfermeiro – recorrendo às capacidades e conhecimentos de cada um, e respeitando os seus sentimentos, crenças e valores, com vista à melhoria dos cuidados (Dinis, 2005, citado por Amaral, 2009).

A participação parental nos cuidados à criança hospitalizada é vista como um conceito principal na prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade para a criança e família (Coyne e Cowley, 2007).

O modelo de parceria baseia-se na pressuposto que os pais estão capazes e dispostos a ser cuidadores efectivos. Os pais, na sua grande maioria, querem participar nos cuidados ao seu filho devido à preocupação com o seu bem-estar físico e emocional. O dever de pais, histórias e experiências de internamentos anteriores e preocupações com a

consistência de cuidados e a prestação de cuidados por estranhos, são fatores que influenciam a participação dos pais, nos cuidados à criança (Coyne, 1995).

Um processo de parceria implica uma igualdade entre parceiros, uma partilha de informação, negociação de cuidados e partilha de responsabilidades (Coyne e Cowley, 2007).

O modelo de parceria nos cuidados, criado por Anne Casey em 1988, que se direcciona para a prestação de cuidados de enfermagem no meio pediátrico, veio identificar claramente o papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos (Pedro, 2009).

O modelo de Anne Casey engloba cinco conceitos principais, nomeadamente:

#### A criança

As necessidades da criança são, desde o momento do nascimento, muito dependentes de outras pessoas. A maioria destas necessidades é satisfeita pelos pais ou por outros membros da família. À medida que as crianças se desenvolvem e adquirem novas capacidades e conhecimentos, vão-se tornando mais capazes de prover as suas próprias necessidades, tornando-se assim mais independentes em relação aos seus prestadores de cuidados até atingirem por fim a independência total (Casey, 1993; Farrel, 1994; Pedro, 2009).

#### Saúde

A saúde é o estado óptimo de bem-estar físico e mental que deveria estar todo o tempo se se pretende que uma criança atinja todo o seu potencial. A existência de um défice de saúde não reconhecido ou não corrigido, pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança (Casey, 1993; Farrel, 1994; Pedro, 2009).

### Ambiente

O desenvolvimento de uma criança pode ser afetado por um certo número de estímulos que têm origem no ambiente que o rodeia. Casey considera que aqueles que têm origem em fontes externas, isto é, fora do que é próprio à criança, surgem em consequência do ambiente a que está sujeita. Casey afirma ainda que para a criança atingir a sua independência necessita de proteção, segurança, estímulo e amor (Casey, 1993; Farrel, 1994; Pedro, 2009).

### Família

A família é descrita como uma unidade de indivíduos que possui a responsabilidade maior pela prestação de cuidados à criança e, que desenvolvem uma influência forte no seu crescimento e desenvolvimento. Embora os pais detenham a maior responsabilidade pela prestação de cuidados, o modelo não exclui o envolvimento e influência de outros (Casey, 1993; Farrel, 1994; Pedro, 2009).

Os cuidados prestados pela família ou, no caso da criança mais velha, os cuidados prestados por ela própria, são chamados “cuidados familiares” e incluem todos os cuidados prestados de forma a satisfazer as necessidades quotidianas da criança (Pedro, 2009).

### Enfermeiro

Ao enfermeiro é exigido uma série de requisitos essenciais, sendo o seu principal papel a supervisão, intervindo só quando necessário. Os cuidados técnicos, habitualmente desempenhados pelos mesmos, são designados neste modelo como cuidados de enfermagem (Pedro, 2009).

Os enfermeiros habitualmente estão mais inclinados a incentivar os pais a participar nas tarefas consideradas básicas em enfermagem, ou seja a participação na alimentação, higiene, existindo alguma relutância em deixá-los participar em intervenções de ordem técnica. De modo a se prestar cuidados em parceria, deve-se partilhar crenças e valores que reconheçam os pais como sendo os melhores prestadores de cuidados e para que se

desenvolvam competências de comunicação, relação de ajuda, ensino e trabalho em grupo (Farrel, 1994; Pedro, 2009).

A base deste modelo é o sentimento de negociação e de respeito pelos desejos da família. A família deve ser encorajada a envolver-se nos cuidados à sua criança e o enfermeiro e família devem através de um processo de negociação clarificar o seu papel nos cuidados à criança, de forma a determinar quais os cuidados que os pais desejam realizar, quando e como (Casey, 1993; Pedro, 2009). O grau de participação e envolvimento da família varia com o tempo. O enfermeiro deve ser capaz de orientar e apoiar a família, tendo sempre presente uma atitude de respeito, flexível e individualizada, de acordo com as necessidades específicas de cada criança e família (Pedro, 2009).

Cabe ao enfermeiro avaliar a vontade e a capacidade dos pais para prestar determinados cuidados à criança e promover apoio e ensinamentos de forma a ultrapassar possíveis barreiras e dificuldades. Deve existir uma constante renegociação dos cuidados, de forma a tornar os pais parceiros nos cuidados à criança (Casey, 1993, Farrel, 1994; Pedro, 2009).

Casey estabelece uma distinção entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem, não advogando fronteiras rígidas, de tal forma que há ocasiões em que o enfermeiro presta cuidados familiares, assim como os pais poderão, com ensinamentos, conhecimentos e apoio por parte do enfermeiro, tomar a seu cargo cuidados considerados cuidados de enfermagem (Pedro, 2009).

A participação dos pais nos cuidados implica uma relação de parceria com a equipa de saúde, sem que se estabeleçam barreiras determinadas, compartimentalização de funções mas sim o desenvolvimento conjunto de ações complementares, tendo em vista o bem-estar da criança (Pedro, 2009).

### **1.9 Preparação pré-operatória na criança e nos pais na cirurgia eletiva**

A experiência da criança submetida a cirurgia programada é sempre uma vivência individual, não descorando o binómio criança/família (ou cliente pediátrico) (Teixeira e Figueiredo, 2009).

O reajuste de papéis e da estrutura familiar, o tipo de problemas a resolver e as estratégias de *coping* a utilizar, podem ser as mesmas quer numa situação de hospitalização por doença aguda, como numa de doença crónica. O que é importante relevar é que nas doenças de início súbito, as mudanças comportamentais e afetivas requerem dos pais uma rápida mobilização das suas competências para lidar com a sua situação de crise, enquanto nas doenças de aparecimento prolongado o período de adaptação é, ou pode ser, maior (Jorge, 2004).

A hospitalização e a necessidade de intervenção cirúrgica funcionam sempre como grandes fatores de stress emocional quer para a criança quer para a sua família. O medo do desconhecido, das lesões físicas e dor, da perda de controlo, a incerteza acerca do que é esperado e a separação da segurança e das rotinas familiares, são as cinco ameaças principais com que a criança se vê confrontada na admissão ao hospital (Glasper e Haggarty, 2006).

Segundo Cardoso (2010), as reações a estas situações ameaçadoras, dependem de uma multiplicidade de fatores entre os quais: a quantidade e tipo de informação que a criança possui, as reações dos pais e o apoio que a criança recebe dos pais, para além do que recebe da equipa hospitalar.

Num estudo efetuado por Brain (1968), citado por Glasper e Haggarty (2006), estes salientam a existência de várias complicações (infecções e hemorragias, entre outras) em crianças de um grupo de controlo, que não tinham o acompanhamento das mães durante a hospitalização, quando comparado com um grupo experimental que tinham esse acompanhamento. Concluiu-se que um aspecto decisivo no controlo de alguns efeitos da ansiedade na criança hospitalizada é o seu acompanhamento por um familiar. Outro fator que tem influência no controlo da ansiedade e do medo das crianças

submetidas a atos cirúrgicos, é a sistematização da informação que é previamente fornecida às crianças (Teixeira e Figueiredo, 2009).

O período que antecede a cirurgia acompanha-se de grande carga emocional para toda a família, sobretudo para a criança. Um pré-operatório turbulento significa, para muitas crianças, alterações de comportamento que se manifestam de forma variada e por períodos prolongados em algumas vezes (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006).

Como referido anteriormente, e aceitando a perspectiva sistémica, tudo o que afecta um membro da família, afecta de uma forma ou de outra, todos e cada um dos seus membros. O conhecimento das repercussões que a hospitalização de uma criança tem na família não pode, por isso, ser esquecido quando a criança é admitida no hospital. Sendo a família a principal fonte de segurança e apoio para a criança, os enfermeiros têm que diagnosticar a forma como esta vive esta transição e intervir nela, de modo que a hospitalização de um filho não se torne numa crise mal aceite e uma transição muito perturbadora (Cardoso, 2010).

Uma família bem preparada estará em melhores condições para desempenhar o seu papel "protetor", fornecendo o apoio e a segurança de que a criança tanto precisa para enfrentar a hospitalização. Por outro lado, fica mais habilitada para participar nos cuidados, tanto durante a hospitalização como, aquando do regresso a casa (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006).

Pais bem preparados ficam mais calmos e mais capazes para dar apoio ao seu filho, contrariamente, pais ansiosos fazem aumentar a ansiedade dos seus filhos, como é ilustrado por Glasper (1993), citado por Glasper e Haggarty, (2006), no desenvolvimento do conceito “contágio emocional” (transmissão da ansiedade de um adulto para uma criança), visível em crianças que ficam assustadas quando estão em contato próximo com adultos assustados. Por tudo isto, a preparação dos pais para eventos indutores de stress é essencial para prevenir processos de indução da ansiedade na criança, através do comportamento dos adultos.

Os pais podem assim ser um recurso indispensável aos enfermeiros pediátricos para estabelecerem uma relação positiva com a criança. Para isso necessitam de aprender a

reconhecer a importância desse recurso natural que têm à sua disposição, sob a forma de pais (Cardoso, 2010).

### **1.10 Intervenção/Papel do Enfermeiro na diminuição da ansiedade dos pais**

Segundo Teixeira e Figueiredo (2009), a ação dos enfermeiros junto da criança/família assume uma configuração bastante distinta ao longo dos tempos.

No entanto, e atendendo ao fato desta profissão requerer um empenho e dedicação redobrados, na medida em que a vertente humana/social e a técnica/profissional devem andar sempre lado a lado, torna-se crucial humanizar e personalizar os cuidados, bem como envolver a criança/família no processo de tratamento e cura (Teixeira e Figueiredo, 2009).

É importante ter presente que o Enfermeiro deve promover o desenvolvimento e aprofundamento de competências científicas, técnicas, humanas e relacionais e, simultaneamente, contribuir para o desenvolvimento de uma forte consciência ética, que promova a capacidade de reflexão, decisão e ação. Apenas assim, se poderá responder de forma adequada e aprofundada às necessidades em cuidados de saúde às crianças e aos seus familiares envolvidos num processo de intervenção cirúrgica (Alves, 2010).

Atualmente, os enfermeiros tornam-se mais próximos da realidade desta época, assumindo um papel de destaque no diagnóstico de algumas situações que necessitam de acompanhamento e intervenção. A problemática da cirurgia pediátrica, é uma preocupação adicional para os enfermeiros que trabalham com crianças, isto porque, tanto para a criança como para os seus familiares, a necessidade de uma intervenção cirúrgica é sempre um acontecimento que perturba a dinâmica familiar e todos os seus membros (Jorge, 2004).

A *parceria* de cuidados requer equilíbrio de *status* entre enfermeiros e família. É reconhecido que os pais são quem melhor conhece a criança. A informação, conhecimentos e capacidades que os pais detêm, tornam os Enfermeiros 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, onde ocorre a negociação de papéis e a identificação das necessidades de apoio (Cardoso, 2010).

Segundo Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006), a assistência de enfermagem deve ter como finalidades, minimizar o stress pré-operatório, a própria hospitalização e assegurar uma rápida e efectiva recuperação pós-operatória.

Um estudo internacional de Hug, Tonz e Kaiser (2004), analisou os fatores associados com o stress e desconforto parental, e os resultados demonstraram que a existência de sentimentos de preparação insuficiente, a insegurança na prestação de cuidados de enfermagem em casa, eventuais problemas que surjam em casa como febre, vómitos, distúrbios do sono na criança, entre outros, contribuem significativamente para o aumento de stress nos pais.

O enfermeiro pediátrico deve ser capaz de identificar os significados das reações dos pais, para os apoiar e orientar nos cuidados ao seu filho, adoptando atitudes flexíveis e individualizadas que vão de encontro aos desejos e às necessidades específicas de cada criança e família. Deverá ainda, colocar em acção estratégias que permitam aos pais, ou outros membros significativos da família, envolverem-se nos cuidados, no sentido de criarem um ambiente de confiança entre a criança – pais – profissionais de saúde (Cardoso, 2010).

## **2. Decisões Metodológicas**

No presente capítulo dá-se ênfase à fase metodológica do estudo de investigação, que de acordo com Fortin (2009), reporta-se ao conjunto dos meios e das atividades próprias para responder à questão de investigação. Consiste no desenvolvimento do desenho de investigação, da escolha da população e da amostra, dos métodos de medida e da colheita de dados, do tratamento de dados, fazendo referência às questões éticas inerentes (Fortin, 2009).

O propósito do Desenho de Investigação é fornecer um plano que responda aos problemas de pesquisa (Lobiondo-Wood e Haber, 2001). Esta ideia é reforçada por outras palavras por Fortin (2009), em que a mesma afirma que o desenho de investigação é de uma importância primordial em investigação, definindo-se como um conjunto de decisões a tomar, que permitem explorar empiricamente a questão de investigação para que os objetivos sejam atingidos.

Ao longo deste capítulo serão descritas e justificadas as etapas de um desenho de investigação, enumeradas por Fortin, 2009, tais como: paradigma e tipo de estudo, população alvo, amostra e processo a utilizar para a sua selecção, variáveis, instrumento de colheita de dados, tratamento de dados, bem como as considerações éticas, no sentido de dar resposta à questão de investigação e aos objetivos pré-definidos. De mencionar, que na sequência do supramencionado procedeu-se à realização de um pré-teste.

Com base no aludido, aborda-se em seguida as fases do processo de investigação que orientam o referente estudo de investigação.

### **Paradigma e Tipo de estudo**

Um paradigma pode ser definido como um conjunto de crenças ou valores, sendo uma visão do mundo que imprime uma direcção particular à investigação. O paradigma é de

algum modo um modelo que pode servir para guiar a investigação científica, sendo através dele que se difere as duas filosofias existentes no que diz respeito ao rumo da investigação, positivista (quantitativo) e naturalista (qualitativo) (Fortin, 2009).

No sentido de dar resposta à finalidade do trabalho de investigação, optou-se por uma abordagem de paradigma quantitativo (Filosofia Positivista), na medida em que se caracteriza principalmente por uma descrição de fenómenos. A opção tem por base obter resultados sobre quais as estratégias que os enfermeiros adoptam com maior frequência perante um estado de ansiedade por parte dos pais.

Segundo Fortin (2009), este paradigma tem a sua origem nas ciências físicas; implica que a verdade é absoluta e que os fatos e os princípios existem independentemente do contexto histórico e social, estando o paradigma orientado para os resultados e sua generalização.

Deste modo, realizou-se um estudo descritivo simples pois implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população.

Relativamente à dimensão temporal, o estudo é transversal pois ocorreu num determinado período de tempo, num único momento. No que respeita ao meio, o qual foi previamente seleccionado pelas investigadoras para se proceder à recolha de dados, seleccionou-se o meio natural da população alvo.

Deste modo, este estudo é descritivo simples, transversal, de abordagem quantitativa, cujo intuito é descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros quando em confronto com o estado de ansiedade dos pais de crianças submetidas a cirurgia eletiva.

### **População alvo e amostra**

Num estudo de paradigma quantitativo a generalização é de extrema importância, pelo que quanto maior for a amostra, menor será a margem de erro. No entanto, de um universo de elementos (população alvo) tem-se que seleccionar apenas parte desse universo (população acessível) para que não se torne impossível considerá-los na sua totalidade.

A população alvo de um estudo é deste modo constituída pelos elementos que possuem características comuns entre si e com relevância para o estudo em causa, como mencionado por Fortin (2009), em que refere que a população é um conjunto de elementos que têm características comuns. População alvo por sua vez é um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.

Por seu lado, a amostra, segundo Fortin (2009), é a fração de uma população sobre o qual se faz o estudo, devendo ser representativa da mesma.

Deste modo, a população alvo deste estudo foram todos os enfermeiros do serviço de pediatria, de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, perfazendo um total de trinta enfermeiros para a dimensão da amostra. Os mesmos encontraram-se disponíveis para o preenchimento do questionário no período que compreendeu os meses de Agosto e Setembro de 2012.

Uma vez que a amostra corresponde a um número significativo da população acima seleccionada, esta será não probabilística acidental, pois segundo Fortin (2009), este método permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo, (...) até que o número desejado seja atingido.

De forma a seleccionar a população alvo a estudar, estabelecem-se critérios de selecção de modo a definir as suas principais características para obter uma amostra o mais homogénea possível (Hulley, 2001).

Segundo Benner (2001), a especialização clínica é de extrema importância nos domínios de enfermagem relacionados com a “Função de ajuda” e a “Função de educação, de orientação”. Contudo, com o desenvolvimento da prática, os enfermeiros acabam por apropriar-se de uma quantidade tal de conhecimentos que se tornam capazes de compreender, interpretar e responder às necessidades dos clientes (Benner, 2001).

De acordo com a autora acima mencionada, o enfermeiro que tem pouca experiência clínica, terá dificuldades em reconhecer os problemas e em explicar ao doente aquilo que o espera ou, as dificuldades a que pode vir a encontrar. Todavia, com a experiência

“acabam por adquirir uma certa flexibilidade e inteligência depois de terem encontrado doentes em diferentes estados da doença” (Benner, 2001, pp.204).

Não foram estabelecidos critérios de elegibilidade da amostra para os enfermeiros do serviço de pediatria do Hospital mencionado, tendo estes assim igual possibilidade de participarem no estudo. No entanto, foram estabelecidos como critérios de exclusão, todos os enfermeiros que se encontravam em período de integração, do serviço de pediatria do referente hospital.

### **Variáveis**

Uma variável é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico. As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação, devendo ser definidas ao mesmo tempo que o quadro teórico ou concetual (Fortin, 2009).

As variáveis identificadas foram as **variáveis de atributo**, que segundo Fortin (2009), são características pré-existentes dos participantes num estudo, geralmente constituídas por dados demográficos tais como a idade, o sexo e a situação da família, e as **variáveis de investigação**, que de acordo com Fortin (2009), são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. Não há variáveis independentes a manipular nem relações de causa e efeito a examinar.

Relativamente à população alvo que participou neste estudo as **Variáveis de Atributo** são:

- **Idade** (23 a 25 anos; 26 a 30 anos; 31 a 35 anos; 36 a 40 anos; 41 a 45 anos; 46 a 50 anos; > 50 anos);
- **Sexo** (Feminino ou Masculino);
- **Anos de exercício profissional** (< 2 anos; 3 a 10 anos; 11 a 20 anos; 21 a 30 anos; > 31 anos);

- **Experiência na área de Pediatria** (> 1 ano; 2 a 5 anos; 6 a 10 anos; > 10 anos);
- **Categoria Profissional** (Enfermeiro generalista, Enfermeiro graduado ou Enfermeiro especialista).
- **Método de Trabalho do serviço** (Método Funcional, ou por tarefa; Método de trabalho em equipa; Método de cuidados globais, ou individual, ou por caso; Método de Enfermeiro de referência, ou por responsável, ou de cuidados integrais)

### Variáveis de Investigação:

No que diz respeito às variáveis de investigação, as mesmas surgiram no seguimento das questões mencionadas na introdução, nomeadamente, “De que forma os enfermeiros diminuem a ansiedade dos pais? Como comunicam? Que tipo de informação dão aos pais? Como se disponibilizam para os mesmos? Como organizam o seu trabalho?”. Estas deram origem às dimensões e respetivos indicadores representados em quadro (nº1), para uma melhor percepção e organização dos mesmos.

Dimensões	Indicadores
<b>Informação</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Forneço informações aos pais sobre os procedimentos realizados à criança, mesmo quando não questionado.</li><li>2. Valido toda a informação perante os pais sobre a hospitalização da criança.</li><li>3. Explico aos pais todo o processo peri-operatório.</li><li>4. Procuro informar os pais e a criança aquando a realização dos procedimentos técnicos necessários.</li></ol>
<b>Acolhimento</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Dou a conhecer as diferentes localizações físicas hospitalares aos pais.</li></ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Apresento o espaço físico do serviço e informo sobre a dinâmica do mesmo.</li><li>7. Demonstro total disponibilidade para qualquer situação.</li><li>8. Adopto acolhimento individualizado à família.</li><li>9. Estabeleço relação empática durante o acolhimento à família.</li></ol>
<b>Ansiedade</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>10. Realizo ensino aos pais sobre a prestação de cuidados à criança.</li><li>11. Mantenho uma atitude de abertura para com os pais na prestação de cuidados à criança.</li><li>12. Incentivo os pais a prestarem cuidados às crianças.</li><li>13. Reforço as atitudes positivas dos pais.</li><li>14. Certifico-me que fora do contexto hospitalar não existe nenhum fator económico ou social a interferir com o estado emocional dos pais.</li><li>15. Estabeleço relação de ajuda para com os pais.</li><li>16. Transmito confiança nos procedimentos técnicos a realizar à criança.</li><li>17. Utilizo estratégias de <i>coping</i> junto dos pais.</li></ol>
<b>Comunicação</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>18. Estabeleço relação empática com a família, mesmo que esta não seja acessível.</li><li>19. Mantenho discurso claro, coerente, conciso e adaptado à família.</li><li>20. Estabeleço diálogo adequado à família.</li><li>21. Mantenho escuta activa.</li></ol>

### **Quadro 1: Variáveis de Investigação**

#### **Instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados é o meio através do qual o investigador recolhe os dados. Para a realização da colheita de dados de um estudo de investigação é essencial perceber-se, se a informação recolhida com o instrumento previamente escolhido é a adequada para obter resposta aos objetivos delineados e assim chegar a conclusões do estudo em causa (Fortin, 2009).

No referente estudo, como instrumento de recolha de dados, foi utilizado um questionário uma vez que este exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões tendo por objetivo recolher informações sobre acontecimentos, situações conhecidas ou sobre atitudes (Fortin, 2009). É ainda um meio em que não é necessário despender muito tempo, sendo relativamente económico, garante o anonimato do participante, não exige a presença dos investigadores e sendo habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos.

Na formulação e estruturação do questionário teve-se em consideração aspetos como a apresentação e a estrutura lógica do mesmo, pois segundo Fortin (2009), os questionários tanto podem ter questões abertas ou fechadas devendo os participantes limitarem-se a responder às questões apresentadas não tendo possibilidade de as alterar nem de precisar o seu pensamento, (...) sendo as questões são apresentadas numa ordem lógica e os enviesamentos são quase impossíveis.

Para Fortin (2009), a construção de um questionário rege-se pelas seguintes etapas:

- 1- Determinar qual a informação a recolher;
- 2- Constituir um banco de questões;
- 3- Formular as questões;
- 4- Ordenar as questões;

5- Submeter o esboço do questionário à revisão;

6- Pré-testar o questionário;

7- Redigir a introdução e as directrizes.

A fim de recolher a informação pretendida torna-se necessário recorrer a um instrumento de medida, ou seja a uma escala. De acordo com Fortin (2009), a escala é uma forma de auto-avaliação, constituída por vários enunciados ligados entre si e destinados a medir um conceito ou uma característica.

Num questionário, a fim de facilitar a recolha de dados em questões fechadas, utiliza-se um formato de resposta fixa - a escala do tipo *Likert* - que pressupõe 5 ou 7 categorias de respostas possíveis para cada enunciado. Normalmente a escolha das respostas neste tipo de escala está associada à frequência de utilização ou de aplicação (Fortin, 2009).

No referido questionário (Apêndice nº1), optou-se pela utilização de questões fechadas, e o mesmo encontra-se dividido em duas partes antecedidas de explicação para um correcto preenchimento:

- **Parte I** – Formada por 6 perguntas, com as quais pretende-se proceder a uma caracterização da amostra.
- **Parte II** – Constituída por 21 perguntas, correspondentes às estratégias de Enfermagem adoptadas pela amostra. Foi usado para este efeito uma escala de tipo *Likert* onde os participantes optam entre 5 categorias de resposta possíveis, sendo elas: “Nunca”, “Raramente”, “Às vezes”, “Quase sempre” ou “Sempre”.

De forma a se conseguir obter resultados precisos, é necessário recorrer à fidelidade do instrumento de recolha de dados, ou seja, é necessário validá-lo, consistindo a validade conceptual na capacidade de um instrumento para medir o conceito definido teoricamente, podendo ser validado através da análise estrutural, utilização de um grupo de contraste ou pela validade convergente e divergente (Fortin, 2009).

Deste modo, foi realizado um pré-teste a fim de se verificar a validade do instrumento de recolha de dados antes de se proceder à respectiva aplicação na amostra previamente seleccionada.

### **Pré-Teste**

Um pré-teste é a prova em que consiste verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 5 e 10 pessoas) da população alvo. Esta etapa é indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem (Fortin, 2009).

A elaboração e posterior aplicação do pré-teste teve como finalidade detetar ambiguidades nas questões que integram o questionário, bem como constatar o tempo dispendido e a dificuldade sentida por parte dos participantes em responderem ao mesmo.

Aplicou-se o pré-teste (Apêndice nº 2) no mês de Junho de 2012, a 4 enfermeiros do Hospital S. Francisco Xavier visto que continham características semelhantes à amostra a aplicar o instrumento de colheita de dados em maior escala. O preenchimento do questionário contabilizou um tempo de 10 minutos. Contudo não foram detectadas ambiguidades na realização do questionário não sendo assim necessário proceder à alteração do mesmo.

### **Considerações éticas**

Considerando que a investigação, particularmente neste âmbito, ou seja, na área da saúde, envolve aspetos de atividade humana, há que ter sempre em conta o respeito pelos direitos humanos.

Todos os hospitais e muitos departamentos universitários que desenvolvem projectos de investigação envolvendo seres humanos terão comissões de ética com a responsabilidade de assegurar que quaisquer propostas de investigação estão de acordo

com os princípios e as condições aprovados pela instituição. Nenhum trabalho de investigação é autorizado sem o acordo da comissão de ética (Bell, 2008).

De acordo com Fortin, “quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa” (2009, pp. 180).

A fim de preservar os direitos das pessoas envolvidas no estudo de investigação, torna-se necessário ter em consideração o Relatório de *Belmont* ou, algumas vezes denominado *Belmont Report* (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

O *Belmont Report* articula três importantes princípios éticos, nos quais são baseados os padrões de conduta ética na pesquisa: a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

De referir, que devido a uma presumível possibilidade de identificação dos participantes deste estudo, optou-se por não identificar o nome do hospital onde se procedeu à recolha dos dados com o intuito de preservar a identidade dos referidos participantes.

### **Princípio da Beneficência**

Um dos princípios éticos fundamentais na pesquisa é o Princípio da Beneficência, que encerra a máxima: acima de tudo não causar dano. Este princípio possui várias dimensões, nomeadamente a Integridade, Garantia contra a exploração e Relação risco/benefício (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

A Integridade consiste em não expor os participantes do estudo a experiências que resultem em dano sério ou permanente, interrompendo-se a pesquisa se houver razão de suspeita que a sua continuação resultaria em lesão, morte, incapacidade, ou sofrimento indevido aos participantes do estudo (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

Por sua vez, no que se refere à Garantia contra a exploração, esta consiste em não colocar os participantes em desvantagem ou expô-los a situações para as quais não tenham sido explicitamente preparados. Deve ser assegurado aos participantes que a sua participação ou a informação que possam fornecer ao pesquisador não será usada contra eles (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

Quanto à relação Risco/Benefício, a mesma refere-se ao grau de risco assumido pelos participantes na pesquisa não devendo exceder os benefícios humanitários potenciais do conhecimento a ser obtido. Assim sendo, uma questão importante na investigação da relação risco/benefício é se o estudo se concentra num tópico significativo que tenha o potencial de melhorar o atendimento ao paciente (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

### **Princípio pelo respeito da dignidade humana**

O respeito pela dignidade humana dos participantes, é o segundo princípio ético articulado no *Belmont Report*. Este princípio inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação total (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

O princípio da autodeterminação, significa que os participantes têm o direito de decidir voluntariamente se participam no estudo, sem o risco de incorrer em qualquer penalidade ou tratamento prejudicial, tendo igualmente o direito de fazer perguntas, recusar-se a dar informações, interromper a sua participação. Inclui ainda a garantia de não sofrer qualquer tipo de coerção, consistindo esta em não envolver as ameaças implícitas ou explicativas de penalidade por se recusar a participar de um estudo, ou prémios excessivos por concordar em participar (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

O princípio do respeito pela dignidade humana inclui, o direito da pessoa de tomar decisões conscientes e voluntárias sobre a participação no estudo, o que exige revelação total. Esta, significa que o pesquisador descreveu totalmente a natureza do estudo, o direito da pessoa a recusar a participação, as responsabilidades do pesquisador e os prováveis riscos e benefícios que incorreriam (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

O direito à autodeterminação e o direito à revelação total são dois elementos importantes, nos quais se baseia o consentimento (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

### **Consentimento**

De acordo com o autor, o termo consentimento “significa que os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa, compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação” (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Os investigadores podem ainda documentar o processo de consentimento, fazendo com que os participantes assinem um formulário de consentimento antes de procederem ao preenchimento do instrumento de recolha de dados. O formulário de consentimento informado, como o que se encontra em apêndice nº 5, deve incluir informações sobre a finalidade do estudo, as expectativas específicas relativas à participação, a natureza voluntária da participação e os riscos e benefícios potenciais.

### **Princípio da Justiça**

O terceiro princípio articulado no *Belmont Report* refere-se à justiça. Este inclui o direito dos participantes ao tratamento justo e ao seu direito à privacidade (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

No direito ao tratamento justo, os participantes têm o direito ao tratamento justo e equitativo antes, durante e após a sua participação do estudo. No que diz respeito ao direito à privacidade, os pesquisadores devem assegurar que a sua pesquisa não seja mais intrusiva do que o necessário e que a privacidade do participante seja mantida ao longo do estudo. Os participantes têm o direito de esperar que qualquer dado fornecido por eles seja mantido no mais absoluto sigilo (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

Considerando todos os aspetos éticos supramencionados, foi enviado ao Conselho de Administração de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo uma carta de pedido de autorização para a recolha de dados (Apêndice nº 3), uma carta explicativa do estudo (Apêndice nº 4), e, uma carta referente à declaração do consentimento informado (Apêndice nº 5), que foi entregue à população alvo, referente à fase empírica deste estudo de investigação. De referir que foi igualmente entregue uma carta de autorização para a recolha de dados no serviço de pediatria (Apêndice nº 6), dirigida à Enfermeira Chefe, conforme requerido pelo hospital.

Posteriormente foi entregue um documento com a aprovação do estudo por parte do Conselho de Ética e da Administração de Enfermagem do hospital (Anexo nº 1) às investigadoras deste estudo de investigação.

## **Tratamento dos dados**

Neste capítulo relata-se qual o tratamento estatístico que os resultados obtidos através do instrumento de colheitas de dados, o questionário, foram submetidos, pois é essencial organizá-los para posteriormente se proceder à apresentação, análise, interpretação e discussão dos mesmos, para uma adequada e correcta interpretação.

De acordo com o autor, a parte descritiva da estatística tem por objetivo destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira a que sejam compreendidos tanto pelo investigador como pelo leitor (Fortin, 2009).

Para tal, recorreu-se ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19.0 que processou as respostas obtidas em dados quantificáveis, através da frequência absoluta, de medidas de tendência central (médias, medianas e modas) e de medidas de dispersão (desvio padrão), pois de outra forma os dados poderiam ser confundíveis.

O SPSS é uma poderosa ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos, e visualizar os seus resultados, em poucos segundos (Pereira, 2002).

O tratamento dos dados obtidos e recolhidos pelos questionários aplicados no estudo foram processados igualmente com o auxílio dos programas Microsoft Office Excel 2010 e Microsoft Word 2010, tendo por base os outputs do programa SPSS (Apêndice nº 7).

A qualidade e fiabilidade da transcrição dos dados foi garantida através de um sistema de monitorização por parte das investigadoras, que ao final de cada cinco respostas procediam a uma confirmação dupla das mesmas, permitindo assim detectar e diminuir a probabilidade de eventuais erros na transcrição dos dados para o suporte informático.

No final da transcrição dos dados para o programa estatístico SPSS, versão 19.0, e após a obtenção dos resultados previamente processados, as investigadoras uma vez mais procederam à confirmação de todos os dados presentes nos outputs do SPSS.

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

A apresentação dos resultados encontra-se sob a forma de tabelas e gráficos, com a respectiva descrição, para que a sua interpretação seja mais perceptível e de fácil compreensão, de modo a destacar a informação pertinente.

### **3. Apresentação e Análise de dados**

A fase de interpretação e difusão dos resultados, segundo Fortin (2009), compreende duas etapas: a apresentação e análise dos dados, conforme se verifica no presente capítulo e a interpretação e discussão dos resultados, presente no capítulo seguinte.

Uma vez tratados os dados estatisticamente, procede-se neste capítulo à sua apresentação e respetiva análise, que citando Fortin “ a análise dos resultados tem por finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial, (...) deve permitir pôr em evidência as variáveis” (2009, pp.471).

A apresentação dos dados está de acordo com a ordem de estruturação do instrumento de colheita de dados, o questionário, com destaque primordial das tabelas e dos gráficos referentes a cada variável seguido da respectiva análise, após o término do tratamento estatístico dos mesmos.

De referir que todos os dados mencionados neste capítulo representam apenas as respostas válidas dos participantes que procederam ao preenchimento do instrumento de recolha de dados, o questionário. Da amostra total, três dos participantes não procederam ao preenchimento da I Parte do mesmo.

#### **3.1 Variáveis de Atributo**

A caracterização da amostra baseou-se nas seguintes variáveis de atributo: a idade, o sexo, a categoria profissional, o tempo de serviço, o tempo de experiência na área de pediatria e o método de trabalho do serviço.

##### **Idade**

A análise da tabela 1 permite averiguar que de um total de 30 participantes da amostra, 16,7% (5) dos participantes situam-se na classe de idades entre os 23 a 25 anos; 33,3% (10) dos participantes têm idades compreendidas entre os 26 a 30 anos; 20,0% (6) dos participantes apresentam-se na classe de idades entre os 31 a 35 anos; 13,3% (4) dos participantes possuem uma idade compreendida entre os 36 a 40 anos; 3,3% (1) dos participantes situam-se na classe de idades entre os 41 e 45 anos, bem como na classe >

50 anos. De referir que nenhum dos participantes se encontra na classe de idades dos 46 a 50 anos.

**Tabela 1 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo idade**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem acumulada</b>
<b>Respostas Válidas</b>				
23 a 25 anos	5	16,7	18,5	18,5
26 a 30 anos	10	33,3	37,0	55,6
31 a 35 anos	6	20,0	22,2	77,8
36 a 40 anos	4	13,3	14,8	92,6
41 a 45 anos	1	3,3	3,7	96,3
46 a 50 anos	-	-	-	-
> 50 anos	1	3,3	3,7	100,0
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>100,0</b>	
<b>Respostas em falta</b>				
	3	10,0		
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>		

A média de idades (2,63), bem como o valor da mediana correspondente (2,00) situam os participantes na classe entre os 26 e os 30 anos (10), com um desvio padrão de 1,391, conforme se pode verificar na tabela 1.1.

**Tabela 1.1 – Medidas de Tendência Central e de Dispersão da variável de atributo idade**

<b>Média</b>	2,63
<b>Mediana</b>	2,00
<b>Moda</b>	2
<b>Desvio Padrão</b>	1,391

## Sexo

Perante a análise da tabela 2, verifica-se que a amostra é predominantemente do sexo feminino, correspondendo a um valor de 80,0% (24) e 10,0% (3) corresponde ao sexo masculino.

**Tabela 2 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo sexo**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem acumulada
<b>Respostas Válidas</b>				
Feminino	24	80,0	88,9	88,9
Masculino	3	10,0	11,1	100,0
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>100,0</b>	
<b>Respostas em falta</b>				
	3	10,0		
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>		

## Categoria Profissional

Após a análise da tabela 3 observa-se que 50,0% (15) dos participantes são Enfermeiros Generalistas, enquanto 33,3% (10) são Enfermeiros Graduados, por sua vez, 6,7% (2) são Enfermeiros Especialistas.

**Tabela 3 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo Categoria Profissional**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem acumulada
<b>Respostas Válidas</b>				
Enfermeiro Generalista	15	50,0	55,6	55,6
Enfermeiro Graduado	10	33,3	37,0	92,6
Enfermeiro Especialista	2	6,7	7,4	100,0
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>100,0</b>	

<b>Respostas em falta</b>	3	10,0
<b>Total</b>	30	100,0

### Tempo de Serviço

Ao analisar a tabela 4, observa-se que 13,3% (4) apresentam um tempo de serviço inferior a 2 anos; por sua vez, 53,3% (16) corresponde a um tempo de serviço de 3 a 10 anos; 20,0% (6) encontram-se a exercer funções no serviço num período compreendido entre 11 a 20 anos; 3,3% (1) dos participantes apresentam um tempo de serviço > 31 anos.

**Tabela 4 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo Tempo de Serviço**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem acumulada</b>
<b>Respostas Válidas</b>				
< 2 anos	4	13,3	14,8	14,8
3 a 10 anos	16	53,3	59,3	74,1
11 a 20 anos	6	20,0	22,2	96,3
21 a 30 anos	-	-	-	-
> 31 anos	1	3,3	3,7	100,0
<b>Total</b>	27	90,0	100,0	
<b>Respostas em falta</b>	3	10,0		
<b>Total</b>	30	100,0		

O cálculo da média do tempo de serviço (2,19), bem como o da mediana (2,00) revelam que os participantes exercem as suas funções no serviço correspondentes à classe dos 3 aos 10 anos, com um desvio padrão de 0,834.

**Tabela 4.1 – Medidas de Tendência Central e de Dispersão da variável de atributo**

**Tempo de serviço**

<b>Média</b>	2,19
<b>Mediana</b>	2,00
<b>Moda</b>	2
<b>Desvio Padrão</b>	0,834

**Tempo de experiência na área de pediatria**

No que diz respeito ao tempo de experiência na área de pediatria, de acordo com a tabela 5, verifica-se que 13,3% (4) mantêm-se com um tempo de experiência superior a 1 ano; 20,0% (6) encontram-se na classe entre 2 a 5 anos; 40,0% (12) correspondem à classe de 6 a 10 anos; por último, 16,7% (5) dos participantes enquadram-se na classe superior a 10 anos.

**Tabela 5 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo Tempo de experiência na área de pediatria**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem acumulada</b>
<b>Respostas Válidas</b>				
> 1 ano	4	13,3	14,8	14,8
2 a 5 anos	6	20,0	22,2	37,0
6 a 10 anos	12	40,0	44,4	81,5
> 10 anos	5	16,7	18,5	100,0
<b>Total</b>	27	90,0	100,0	
<b>Respostas em falta</b>				
	3	10,0		
<b>Total</b>	30	100,0		

O cálculo da média do tempo de experiência na área de pediatria (2,67), bem como o da mediana (3,00) revelam que os participantes situam-se na classe correspondente dos 6 aos 10 anos, com um desvio padrão de 0,961.

**Tabela 5.1 – Medidas de Tendência Central e de Dispersão da variável de atributo Tempo de experiência na área de pediatria**

<b>Média</b>	2,67
<b>Mediana</b>	3,00
<b>Moda</b>	3
<b>Desvio Padrão</b>	0,961

#### **Método de trabalho do serviço**

No que concerne à variável de atributo “Método de trabalho no serviço” e conforme se pode verificar na tabela 6, as respostas dos participantes distribuem-se nas seguintes classes: Método Funcional ou por tarefa com zero respostas obtidas, Método de trabalho em equipa com 26,7% (8) de respostas obtidas, Método de cuidados globais ou individual ou por acaso com 13,3% (4) de respostas obtidas, e, Método de enfermeiro de referência ou responsável ou cuidados integrais com 50,0% (15) de respostas obtidas.

**Tabela 6 – Distribuição da amostra relativamente à variável de atributo Método de trabalho do serviço**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem acumulada</b>
<b>Respostas Válidas</b>				
Método Funcional ou por tarefa	-	-	-	-
Método de trabalho em equipa	8	26,7	29,6	29,6
Método de cuidados globais ou individual	4	13,3	14,8	44,4

ou por acaso				
Método de Enfermeiro de referência ou responsável ou cuidados integrais	15	50,0	55,6	100,0
<b>Total</b>	27	90,0	100,0	
<b>Respostas em falta</b>	3	10,0		
<b>Total</b>	30	100,0		

### 3.2 Variáveis de Investigação

Os indicadores apresentados no questionário foram agrupados em quatro dimensões – Informação, Acolhimento, Ansiedade e Comunicação, correspondentes às variáveis de investigação.

Os resultados que se obteve são apresentados em gráficos, onde ao eixo dos xx's corresponde a frequência de respostas e ao eixo dos yy's corresponde os itens "Nunca", "Raramente", "Às vezes", "Quase sempre" e "Sempre", e em tabelas, facilitando a compreensão da análise dos resultados obtidos, por parte do leitor.

#### Dimensão Informação

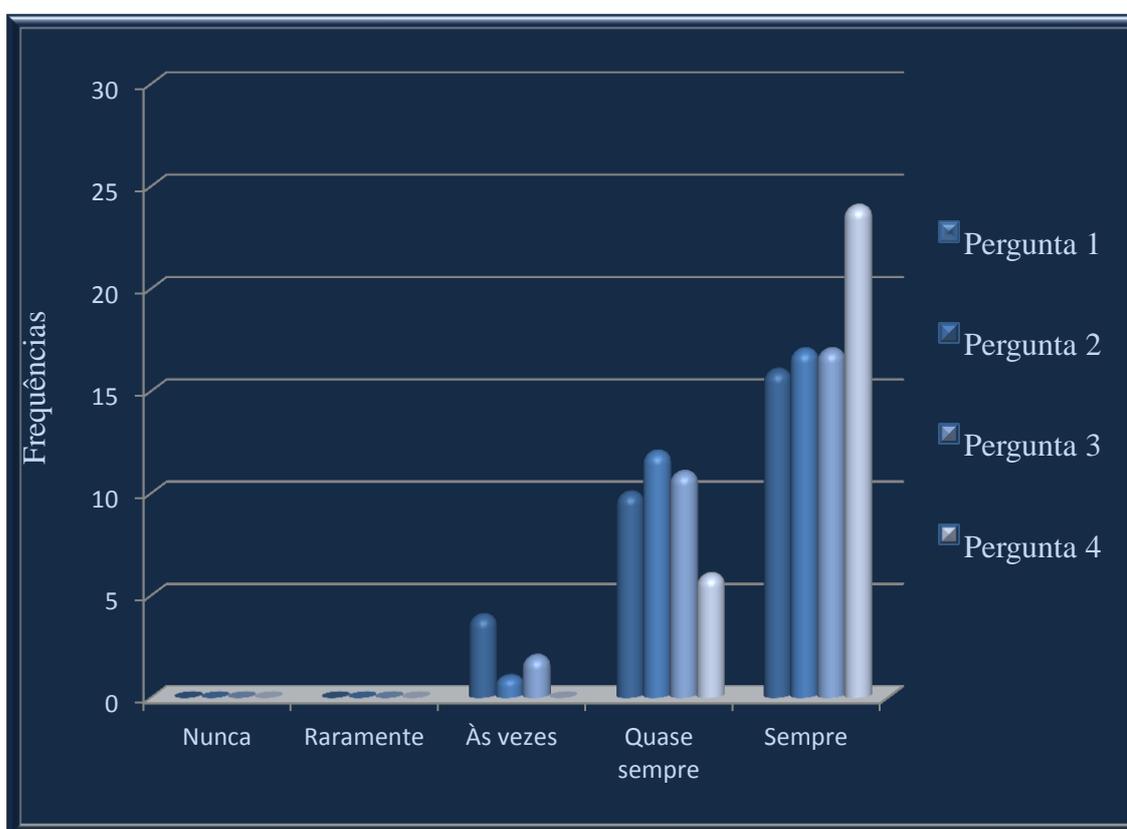
Ao analisar-se o gráfico 1 e conforme se pode verificar na tabela 7, para a pergunta 1 "*Forneço informação aos pais sobre os procedimentos realizados à criança, mesmo quando não questionado.*", 53,3% (16) dos participantes afirmam que o fazem "Sempre", 33,3% (10) dos participantes afirmam "Quase sempre" e 13,3% (4) dos participantes afirmam "Às vezes".

Na pergunta 2 "*Valido toda a informação perante os pais sobre a hospitalização da criança.*", 56,7% (17) dos participantes afirmam que o fazem "Sempre", 40,0% (12) dos participantes afirmam "Quase sempre" e 3,3% (1) dos participantes afirmam "Às vezes".

No que diz respeito à pergunta 3 “*Explico aos pais todo o processo peri-operatório.*”, 56,7% (17) dos participantes afirmam que o fazem “Sempre”, 36,7% (11) dos participantes afirmam “Quase sempre” e 6,7% (2) dos participantes afirmam “Às vezes”.

Quanto à pergunta 4 “*Procuo informar os pais e a criança aquando a realização dos procedimentos técnicos necessários.*”, 80,0% (24) dos participantes afirmam que o fazem “Sempre” e 20,0% (6) dos participantes afirmam “Quase sempre”.

**Gráfico 1 – Distribuição da frequência dos indicadores relativamente à dimensão Informação**



A tabela que se segue, Tabela 7, evidencia os valores supramencionados e destacados no gráfico 1 relativos à frequência e à percentagem das perguntas 1 até à 4, de modo a tornar uma leitura mais perceptível por parte do leitor.

**Tabela 7 – Distribuição da amostra relativamente à dimensão Informação**

	Sempre		Quase sempre		Às vezes	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Pergunta 1</b>	16	53,3%	10	33,3%	4	13,3%
<b>Pergunta 2</b>	17	56,7%	12	40,0%	1	3,3%
<b>Pergunta 3</b>	17	56,7%	11	36,7%	2	6,7%
<b>Pergunta 4</b>	24	80,0%	6	20,0%	-	-

### **Dimensão Acolhimento**

Ao analisar-se o gráfico 2 e conforme se verifica na tabela 8, no que se refere à pergunta 5 “*Dou a conhecer as diferentes localizações físicas hospitalares aos pais.*”, 60,0% (18) dos participantes afirmam que o realizam “Sempre”, 30,0% (9) afirmam “Quase sempre” e 10,0% (3) afirmam “Às vezes”.

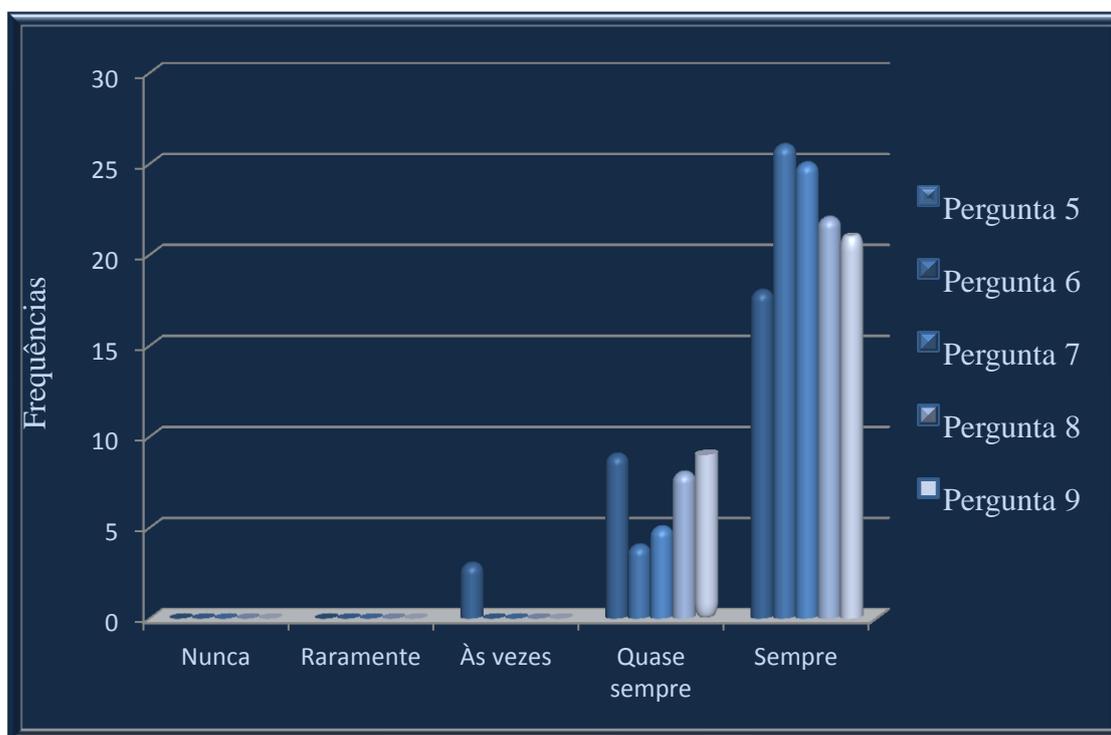
Na pergunta 6 “*Apresento o espaço físico do serviço e informo sobre a dinâmica do mesmo.*”, 86,7% (26) dos participantes afirmam que procedem à apresentação e informação “Sempre” e 13,3% (4) afirmam “Quase sempre”.

Relativamente à pergunta 7 “*Demonstro total disponibilidade para qualquer situação*”, verifica-se que 83,3% (25) dos participantes afirmam que demonstram total disponibilidade “Sempre” e 16,7% (7) dos participantes afirmam “Quase sempre”.

Quanto à pergunta 8 “*Adopto acolhimento individualizado à família.*”, 73,3% (22) dos participantes afirmam que adoptam acolhimento individualizado “Sempre” e 26,7% (8) dos participantes afirmam que “Quase sempre”.

Observando a pergunta 9 “*Estabeleço relação empática durante o acolhimento à família.*”, 70,0% (21) dos participantes afirmam que estabelecem relação empática “Sempre” e 30,0% (9) dos participantes afirmam que “Quase sempre”.

**Gráfico 2 – Distribuição da frequência dos indicadores relativamente à dimensão Acolhimento**



A tabela que se segue, Tabela 8, evidencia os valores supramencionados e destacados no gráfico 2 relativos à frequência e à percentagem das perguntas 5 até à 9, de modo a tornar uma leitura mais perceptível por parte do leitor.

**Tabela 8 – Distribuição da amostra relativamente à dimensão Acolhimento**

	Sempre		Quase sempre		Às vezes	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Pergunta 5</b>	18	60,0%	9	30,0%	3	10,0%

<b>Pergunta 6</b>	26	86,7%	4	13,3%	-	-
<b>Pergunta 7</b>	25	83,3%	7	16,7%	-	-
<b>Pergunta 8</b>	22	73,3%	8	26,7%	-	-
<b>Pergunta 9</b>	21	70,0%	9	30,0%	-	-

### Dimensão Ansiedade

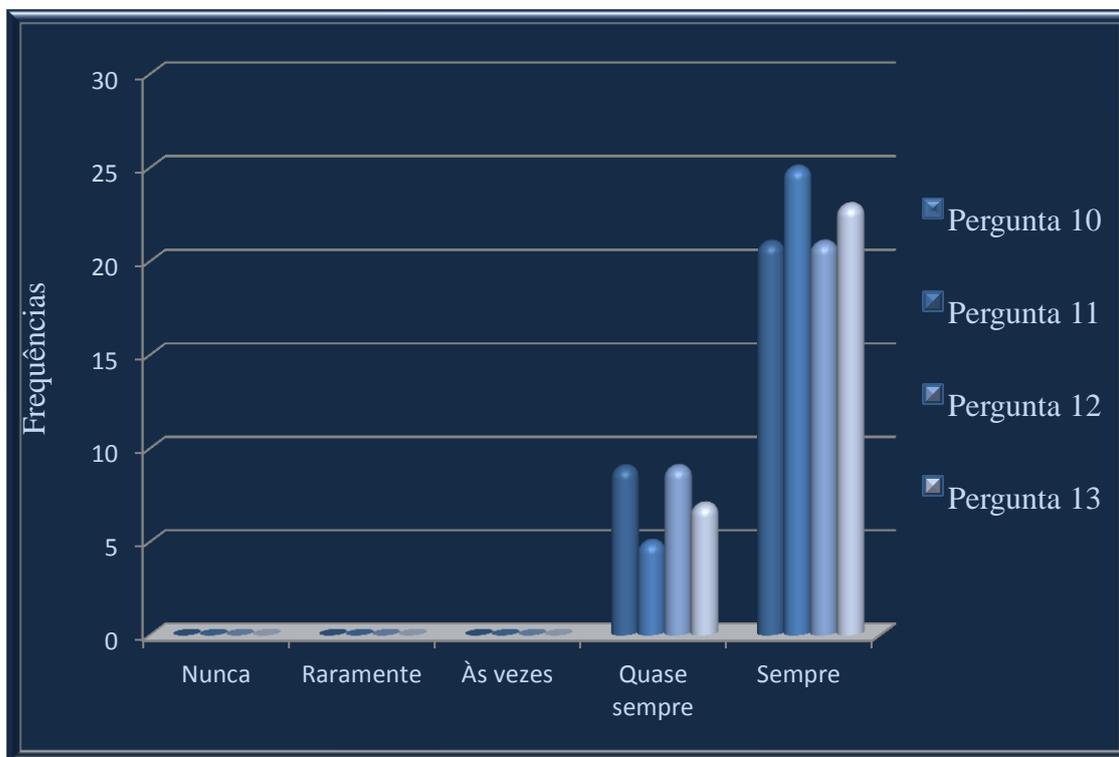
Ao analisar-se o gráfico 3 e 4, e conforme se pode verificar na tabela 9 e 10, para a pergunta 10 “*Realizo ensino aos pais sobre a prestação de cuidados à criança*”, 70% (21) dos participantes afirmam que o fazem “Sempre” e 30% (9) afirmam “Quase sempre”.

Na pergunta 11 “*Mantenho uma atitude de abertura para com os pais na prestação de cuidados à criança*”, 83,3% (25) dos participantes afirmam que o fazem “Sempre” e 16,7% (5) afirmam “Quase sempre”.

Em relação à pergunta 12 “*Incentivo os pais a prestarem cuidados às crianças*”, 70,0% (21) dos participantes afirmam que o fazem “Sempre” e 30,0% (9) afirmam “Quase sempre”.

Quanto à pergunta 13 “*Reforço as atitudes positivas dos pais*”, 76,7% (23) dos participantes afirmam que o fazem “Sempre” e 23,3% (7) afirmam “Quase sempre”.

**Gráfico 3 – Distribuição da frequência dos indicadores relativamente à dimensão Ansiedade**



A tabela que se segue, Tabela 9, evidencia os valores supramencionados e destacados no gráfico 3 relativos à frequência e à percentagem das perguntas 10 até à 13, de modo a tornar uma leitura mais perceptível por parte do leitor.

**Tabela 9 – Distribuição da amostra relativamente à dimensão Ansiedade**

	Sempre		Quase sempre	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Pergunta 10</b>	21	70,0%	9	30,0%
<b>Pergunta 11</b>	25	83,3%	5	16,7%
<b>Pergunta 12</b>	21	70,0%	9	30,0%
<b>Pergunta 13</b>	23	76,7%	7	23,3%

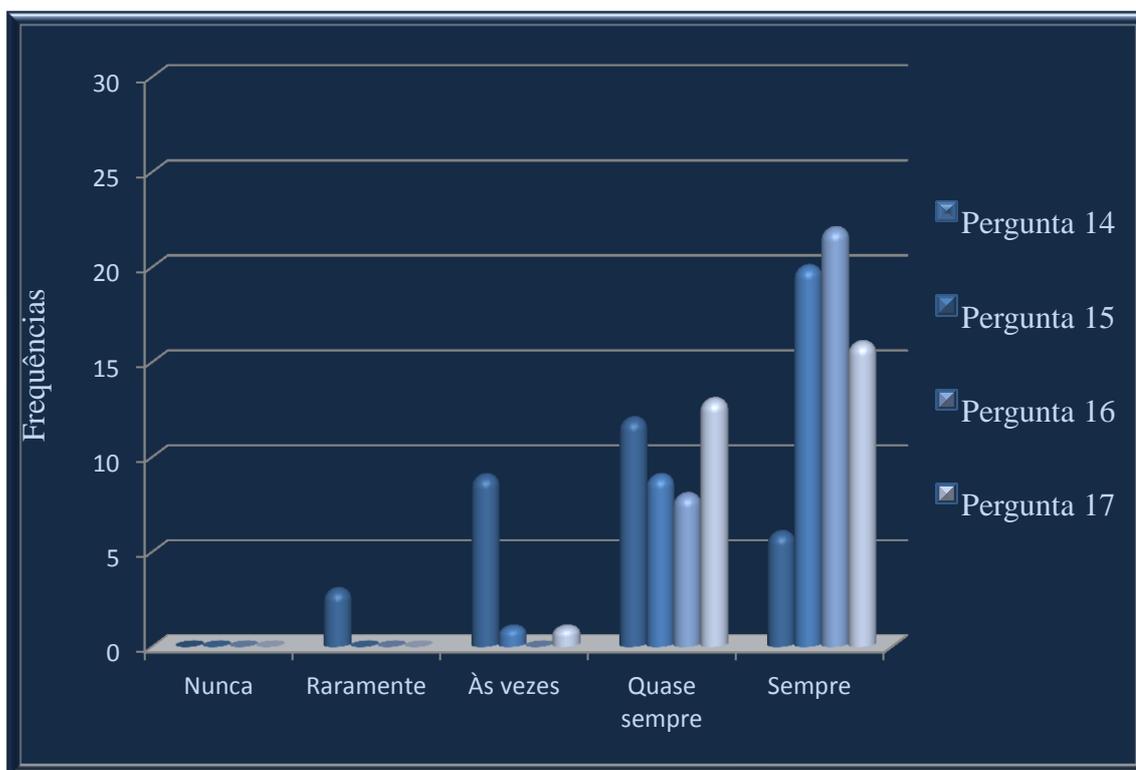
Na afirmação 14 “*Certifico-me que fora do contexto hospitalar não existe nenhum fator económico ou social a interferir com o estado emocional dos pais*”, 20,0% (6) afirmam “Sempre”, 40,0% (12) afirmam “Quase sempre”, 30,0% (9) afirmam “Às vezes” e apenas 10,0% (3) afirmam “Raramente”.

No que se refere à pergunta 15 “*Estabeleço relação de ajuda para com os pais*”, 66,7% (20) dos participantes afirmam “Sempre”, 30,0% (9) afirmam “Quase sempre” e por fim 3,3% (1) afirma “Às vezes”.

Quanto à pergunta 16 “*Transmito confiança nos procedimentos técnicos a realizar à criança*”, 73,3% (22) dos participantes afirmam que “Sempre” e 26,7% (8) afirmam “Quase sempre”.

Relativamente à pergunta 17 “*Utilizo estratégias de coping junto dos pais*”, 53,3% (16) dos participantes afirmam que “Sempre”, 43,3% (13) afirmam que “Quase sempre” e 3,3% (1) afirma “Às vezes”.

**Gráfico 4 – Distribuição da frequência dos indicadores relativamente à dimensão Ansiedade (cont.)**



A tabela que se segue, Tabela 10, evidencia os valores supramencionados e destacados no gráfico 4 relativos à frequência e à percentagem das perguntas 14 até à 17, de modo a tornar uma leitura mais perceptível por parte do leitor.

**Tabela 10 – Distribuição da amostra relativamente à dimensão Ansiedade (cont.)**

	Sempre		Quase sempre		Às vezes		Raramente	
	Freq.	Percentagem	Freq.	Percentagem	Freq.	Percentagem	Freq.	Percentagem
<b>Pergunta 14</b>	6	20,0%	12	40,0%	9	30,0%	3	10,0%
<b>Pergunta 15</b>	20	66,7%	9	30,0%	1	3,3%	-	-
<b>Pergunta 16</b>	22	73,3%	8	26,7%	-	-	-	-
<b>Pergunta 17</b>	16	53,3%	13	43,3%	1	3,3%	-	-

### Dimensão Comunicação

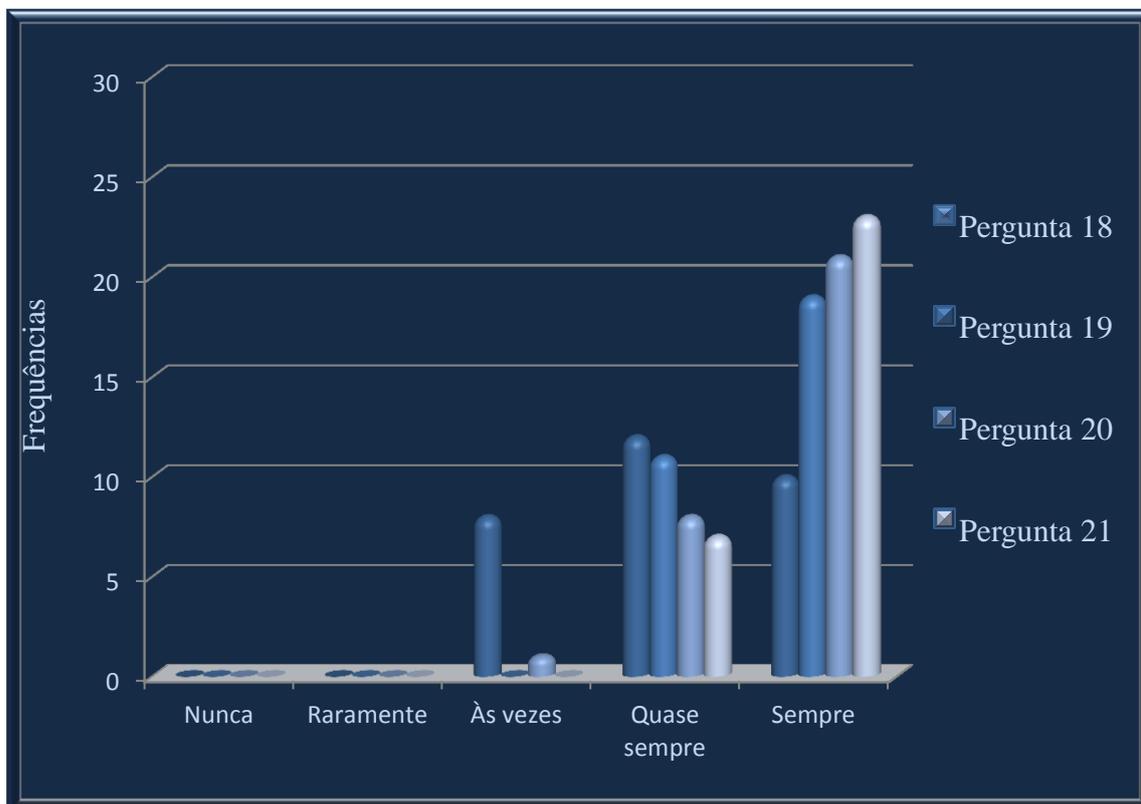
Ao analisar-se o gráfico 5 e conforme se verifica na tabela 11, no que concerne à pergunta 18 “*Estabeleço relação empática com a família, mesmo que esta não seja acessível*”, 33,3% (10) afirmam que “Sempre”, 40% (12) afirmam “Quase sempre” e 26,7% (8) afirmam “Às vezes”.

Atendendo à pergunta 19 “*Mantenho discurso claro, coerente, conciso e adaptado à família*”, 63,3% (19) afirmam que “Sempre” e 36,7% (11) afirmam que “Quase sempre”.

Para a afirmação 20 “*Estabeleço diálogo adequado à família*”, 70,0% (21) afirmam que “Sempre”, 26,7% (8) afirmam que “Quase sempre” e 3,3% (1) afirmam “Às vezes”.

Por fim, na pergunta 21 “*Mantenho escuta ativa*”, 76,7% (23) afirmam que “Sempre” e 23,3% (7) afirmam que “Quase sempre”.

**Gráfico 5 – Distribuição da frequência dos indicadores relativamente à dimensão Comunicação**



A tabela que se segue, Tabela 11, evidencia os valores supramencionados e destacados no gráfico 5 relativos à frequência e à percentagem das perguntas 10 até à 21, de modo a tornar uma leitura mais perceptível por parte do leitor.

**Tabela 11 – Distribuição da amostra relativamente à dimensão Comunicação**

	Sempre		Quase sempre		Às vezes	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Pergunta</b>	10	33,3%	12	40,0%	8	26,7%

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

---

<b>18</b>						
<b>Pergunta 19</b>	19	63,3%	11	36,7%	-	-
<b>Pergunta 20</b>	21	70,0%	8	26,7%	-	-
<b>Pergunta 21</b>	23	76,7%	7	23,3%	-	-

#### **4. Interpretação e Discussão dos resultados**

No capítulo anterior procedeu-se à apresentação e análise dos dados colhidos, seguindo-se neste capítulo uma interpretação e discussão dos mesmos recorrendo a justificações fatíveis e presentes na sua maioria no enquadramento teórico, de forma a sustentar os resultados deste estudo de investigação científica.

Evidenciando o supramencionado, Fortin (2009, pp. 477) cita que “a interpretação dos resultados constitui frequentemente a etapa mais difícil do relatório de investigação, dado que exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação”.

O primeiro passo a empreender na interpretação dos resultados consiste em examinar a exatidão dos resultados, no seu conjunto. Isto necessita de uma análise aprofundada dos limites conceptuais e metodológicos da investigação (Fortin, 2009).

Dos questionários aplicados, pode-se constatar que na I parte do mesmo que corresponde à caracterização da amostra, a faixa etária predominante dos participantes encontra-se compreendida entre os 26 e 30 anos. Os dados obtidos vão de encontro aos dados estatísticos de 2000-2011 da Ordem dos Enfermeiros, publicados em 31 de Novembro de 2011, que revelam que o grupo etário predominante situa-se no intervalo de idades que compreende os 26-30 anos correspondendo a 15.205 enfermeiros de um total de 64.535.

Os participantes que procederam ao preenchimento dos questionários do estudo, correspondem a ambos os sexos, em que 80,0% (24) dizem respeito ao sexo feminino e 10,0% (3) são do sexo masculino, sendo que a amostra é maioritariamente do sexo feminino. Os referentes dados são contrastados com os dados estatísticos dos anos 2000-2011 da Ordem dos Enfermeiros, publicados em 31 de Novembro de 2011, onde constam 64.535 enfermeiros inscritos de todo o território nacional e estrangeiro. Do total destes, 52.471 são do sexo feminino e 12.064 são do sexo masculino. Tais dados estatísticos indicam que a profissão de Enfermagem tem predomínio no sexo feminino, fato este referido em alguns estudo consultados, a destacar uma Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem por Ribeiro (2009) com o tema de “Autonomia

profissional dos Enfermeiros” que corrobora que a classe de Enfermagem foi e continua a ser constituída maioritariamente por mulheres.

No que diz respeito à pouca percentagem de participantes do sexo masculino no presente estudo é importante salientar que, segundo Simões e Amâncio (2004), embora nos encontremos num contexto marcado pela saliência dos estereótipos, em que os juízos sobre os membros da minoria caracterizam-se pela assimilação ao estereótipo do seu grupo de pertença, obrigando-os a lutar permanentemente pelo reconhecimento das suas qualidades e competências, enquanto indivíduos, e não enquanto representantes de um grupo, tal situação não parece, aplicar-se ao caso dos homens na enfermagem (...) pelo fato que os mesmos são vistos e se vêem a si próprios fundamentalmente como profissionais, não se sentindo desfavorecidos nas comparações com as enfermeiras.

No que concerne à categoria profissional conclui-se que do total de participantes no estudo, 50,0% (15) possuem o grau de enfermeiros generalistas; 33,3% (10) possuem o grau de enfermeiro graduado; 6,7% (2) possuem o grau do enfermeiro especialista. Em 31 de Dezembro de 2011, 52.925 do total de enfermeiros tinham o título de enfermeiros generalistas e 11.622 o título de enfermeiros especialistas nas diferentes áreas. Segundo Ribeiro (2009), a categoria profissional encontra-se potenciada por vários fatores, sendo um deles a autonomia. O mesmo autor menciona que existe diferença de percepção do nível de autonomia em função da categoria profissional, onde “os profissionais com uma preparação avançada sustentam melhor a autonomia” (2009, pp. 103), ou seja, os enfermeiros especialistas apresentam valores mais elevados da mesma.

No que diz respeito ao tempo de serviço verificou-se um predomínio no intervalo de tempo de 3 a 10 anos com valores de 53,3% (16). A importância do tempo de serviço diz respeito às dificuldades em reconhecer os problemas e em proceder a explicações aos clientes, ou seja, segundo Benner (2001) os enfermeiros que mudam constantemente de serviço, não chegam a atingir a perícia, porque não ficam o tempo suficiente no mesmo ambiente para apreenderem todos os elementos e particularidades de uma determinada competência. Com o aumento do tempo de serviço, os enfermeiros apropriam-se de uma quantidade tal de conhecimentos que se tornam capazes de compreender, interpretar e responder às variadas necessidades dos clientes, acabando

por adquirir uma certa flexibilidade e inteligência depois de terem encontrado clientes em diferentes estados de uma doença (Benner, 2001). Razão esta que foi fulcral no delineamento da variável de atributo que a seguir se discute: Tempo de experiência na área de pediatria.

Relativamente ao tempo de experiência na área de pediatria verificou-se que 40,0% (12) situam-se no intervalo de 6 a 10 anos. Pela especificidade do serviço de pediatria a rotatividade dos enfermeiros deve ser mínima de modo a obter uma prestação de cuidados actualizada e de excelência, uma vez que o foco dos cuidados centraliza-se no cliente pediátrico, e igualmente por, segundo Benner, ser ao “longo do tempo que os enfermeiros adquirem experiências e que o conhecimento clínico se desenvolve” (2001, pp. 37). Este tipo de conhecimento clínico é mais compreensivo do que qualquer outra compreensão teórica visto que a enfermeira proficiente compara situações passadas com situações presentes, e isso na sua globalidade, através do desenvolvimento de competências (Benner, 2001).

A aquisição e desenvolvimento de competências passam por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças, em três aspetos gerais, que se introduzem aquando a aquisição de uma competência, sendo o primeiro a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização de uma experiência passada concreta; o segundo é a modificação da maneira de como se vê uma situação – não tanto como um conjunto de elementos repartidos mas como um todo; o terceiro aspeto é a passagem de observador desligado a executante envolvido (Benner, 2001).

Por tal motivo e de acordo com os anos de serviço supramencionados, Benner agrupa os enfermeiros no Estado 4 – Proficiente, onde refere que “A Enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação, e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar” (2001, pp.55).

Como se tem vindo a referir ao longo do presente trabalho de investigação, o envolvimento da família durante a hospitalização da criança e a continuidade dos

cuidados no domicílio são processos vitais na adaptação à nova situação de saúde (Pedro, 2009). Um aspeto que tem influência particular no desenvolvimento de cuidados centrados na família é o método de organização de cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2000), razão pela qual optou-se por incluir na I parte da estruturação do questionário os “métodos de trabalho do serviço” para que os participantes pudessem seleccionar o que mais se adequa ao serviço onde os mesmos prestam cuidados.

No que respeita ao mesmo, observou-se uma maior frequência de respostas no item de “Método de enfermeiro de referência, ou responsável, ou cuidados integrais”, com um valor de 50% (15), bem como constatou-se ainda que nenhum dos participantes respondeu ao item “Método funcional ou por tarefa”. A discrepância de respostas obtidas pelos participantes deste estudo de investigação a prestar cuidados num mesmo serviço pode-se justificar pelo fato de que, segundo Cardoso (2010), os diferentes modelos podem adaptar-se a diversos contextos de trabalhos podendo mesmo coexistir mais que uma forma de organizar os cuidados no mesmo serviço. Ainda, segundo Parreira (2005) citado por Cardoso (2010) a escolha do método de organização dos cuidados é assente numa concepção sobre os cuidados a realizar (...) devendo a sua adopção ser uma atitude ponderada em cada equipa. Considerando que o serviço de pediatria do hospital onde se procedeu à colheita de dados encontra-se organizado por 5 equipas de enfermagem, poderá justificar uma vez mais, a razão pela qual o método de trabalho não é o mesmo para o total dos participantes.

No que concerne à II parte do questionário, o mesmo encontra-se organizado por dimensões, cujas reflectem as estratégias de enfermagem adoptadas pelos participantes.

Relativamente à dimensão informação, esta permitiu verificar a importância que os enfermeiros concedem à mesma, mediante os valores de percentagem obtidos. Após a análise dos quatro indicadores (afirmações) pré-definidos verificou-se que a frequência de respostas cingiu-se aos itens “Sempre” e “Quase sempre”, conforme exposto no gráfico 1 no capítulo anterior ao presente. Torna-se pertinente destacar a pergunta 4 - *“Procuro informar os pais e a criança aquando a realização dos procedimentos técnicos necessários”*, visto que a mesma, quando comparada com as restantes

afirmações, apresenta uma percentagem de respostas maior no item “Sempre” - 80,0% (24), o que revela a sua importância de utilização para os participantes do estudo.

No entanto, na pergunta 1 – “*Forneço informação aos pais sobre os procedimentos realizados à criança, mesmo quando não questionado*”, 13,3% (4) afirmam que o fazem apenas “Às vezes”.

A informação é um direito, e está consagrado pela Carta dos Direitos e Deveres dos doentes publicada pela Direcção Geral da Saúde (1968), onde no ponto 6 se pode ler que “O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde. Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente”. No caso particular de hospitalização de uma criança, de acordo com a Carta da criança hospitalizada (1988) publicada pelo Instituto de apoio à criança, pode-se verificar no ponto 4, em conformidade com o supramencionado que “As crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão”.

A este respeito, Young *et al.* (2006) constata que os pais que acompanham os filhos durante a hospitalização querem participar nos cuidados mas também ser informados. No entanto, Zuwala e Barber (2001) destacam que (...) os sentimentos de ansiedade e frustração dos pais estão frequentemente relacionados à falta de informação, fato este fundamentado num outro estudo de Bellew *et al.* (2002), que afirmam que a maior causa de ansiedade por parte dos pais é a falta de informação. Esta situação tem vindo a ser referenciada em estudos mais antigos onde numa mesma linha de pensamento, Coyne (1995) afirma que os pais que participam nos cuidados experienciam muitas dificuldades, como a escassez de informação, fato este corroborado uma vez mais por Meadow (1969) que destaca que a falta de informação (...) é referida muitas vezes pelas mães.

No entanto, Saiote (2010) afirma que os enfermeiros fornecem a informação, que é considerada como uma componente indispensável no processo de interacção entre clientes/familiares, em conformidade com o artigo n.º 84 do código deontológico do enfermeiro, onde se verifica que o profissional de enfermagem tem o dever de informar

o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (Código Deontológico do Enfermeiro, 2009). Deste modo, os resultados obtidos na dimensão informação constata que os enfermeiros incluem a informação como parte do processo de cuidados aquando a hospitalização do cliente pediátrico, dando especial importância a procedimentos técnicos provavelmente por estes induzirem desconforto e dor por parte do cliente pediátrico, embora uma pequena percentagem não o faça quando os pais não solicitam tal informação.

Quanto à dimensão acolhimento, é essencial que o enfermeiro acolha o cliente pediátrico para que estes se sintam integrados na equipa e de forma a prepará-los para os atos terapêuticos necessários, (Venâncio e Pereira, 2002, citado por Tavares, 2008), proporcionando um acolhimento baseado na reciprocidade, acolhendo a criança e a família e deixando-se acolher, passando do acolhimento ao envolvimento, progredindo assim para uma relação terapêutica (Curado, 2006, citado por Tavares, 2008). De acordo com Tavares (2008), outro aspecto a ter em conta é a disponibilidade que é demonstrada por quem acolhe em relação ao lugar, ao momento e às pessoas, de forma a propiciar o conhecimento do meio em que se é acolhido, nas suas várias vertentes. Constata-se que nesta mesma dimensão a maioria das respostas obtidas remeteram-se para os itens “Sempre” e “Quase sempre”. Contudo é pertinente salientar a pergunta 6 “*Apresento o espaço físico do serviço e informo sobre a dinâmica do mesmo.*”, onde se verifica que 86,7% (26) dos participantes afirmam que procedem à apresentação do espaço físico do serviço, bem como informam sobre a dinâmica do mesmo, do mesmo modo que na pergunta 7 “*Demonstro total disponibilidade para qualquer situação*”, verifica-se que 83,3% (25) dos participantes afirmam que demonstram total disponibilidade para com o cliente pediátrico.

É possível constatar que a maioria dos enfermeiros considera o acolhimento como um componente essencial para uma relação favorecedora de esclarecimento de dúvidas, apoio e partilha de sentimentos, contribuindo deste modo para uma diminuição da ansiedade.

Elevados níveis de ansiedade foram identificados em pais de crianças submetidas a cirurgia eletiva (Bellew *et al.* 2002). Segundo Ribeiro, Pettengil e Borba (2008) o

enfermeiro pode ajudar as famílias por meio de ações que não se centralizem apenas no tratamento da patologia ou no atendimento das necessidades físicas da criança, mas que atendam às demandas biológicas, psicológicas, sociais e espirituais da criança e da família provocadas pela doença e hospitalização, além de fortalecer o senso de competência e autonomia de ambos. Deste modo, na dimensão ansiedade, verificou-se que a maioria da percentagem da totalidade dos participantes direccionava-se para o item “Sempre”, tendo apenas se detetado uma discrepância nas respostas obtidas no indicador nº 14 “*Certifico-me que fora do contexto hospitalar não existe nenhum fator económico ou social a interferir com o estado emocional dos pais*”, em que 40,0% (12) dos enfermeiros afirmam “Quase sempre” e 30,0% (9) afirmam “Às vezes”, sendo que apenas 20,0% (6) afirmam “Sempre”. Partindo do pressuposto, de que a influência do período no qual a criança permanece internada afeta o convívio entre os seus membros da família, torna-se necessário compreender a dimensão social na qual as famílias se inserem, com as suas demandas emocionais, financeiras, estruturais e psicológicas a partir dos valores que atribuem às relações e às mudanças repentinas e intensas no seu quotidiano (Cucco, 2006). Considera-se assim essencial o enfermeiro avaliar o cliente pediátrico de forma holística e não apenas na vertente hospitalar.

Relativamente à dimensão comunicação, verificou-se que a frequência de respostas dos participantes cingiu-se maioritariamente ao item “Sempre”, como se pode verificar na pergunta 19 - “*Mantenho discurso claro, coerente, conciso e adaptado à família*”, onde se constata que 63,3% (19) dos enfermeiros afirmam que o realizam “Sempre”, na pergunta 20 - “*Estabeleço diálogo adequado à família*”, onde 70,0% (21) dos enfermeiros afirmam igualmente que estabelecem “Sempre” e na pergunta 21 – “*Mantenho escuta ativa*”, em que 76,7% (23) afirma que mantém “Sempre” escuta ativa para com o cliente pediátrico.

Contudo é pertinente referenciar que após a análise da pergunta 18 “*Estabeleço relação empática com a família, mesmo que esta não seja acessível*”, constatou-se que apenas 33,3% (10) dos participantes afirmam que estabelecem relação empática com a família “Sempre”, mesmo que esta não seja acessível, havendo ainda uma percentagem de 26,7% (8) de respostas no item “Às vezes”.

De acordo com uma revisão de literatura, destacada com um maior pormenor ao longo do enquadramento teórico, no desempenho das suas funções, os profissionais de saúde estão em contínua comunicação, sendo esta um elemento determinante na relação de ajuda, na prestação de cuidados e na avaliação desses mesmos cuidados (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009). Segundo Potter e Perry (2003), comunicação é o processo de transmissão de mensagens e interpretação do seu significado, sendo uma capacidade importante de enfermagem, adquirida através de estudos e diligências. O enfermeiro recorre a técnicas de comunicação terapêuticas, nomeadamente, Escuta activa, Silêncio, Orientação, Comentários Abertos, Redução da distância, Consideração, Recapitulação, Reflexão, Clarificação, Validação Consensual, Focalização, Síntese e Planificação (Riley, 2004), desenvolvendo uma interacção e comunicação com clareza (Espezel e Canam, 2003), (...) baseando-se numa compreensão empática (Phaneuf, 1995, citado por Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009).

Deste modo, para que os pais tenham uma participação efetiva nos cuidados ao filho, é necessário que os enfermeiros considerem a comunicação e a transmissão de informações, instrumentos fundamentais numa preparação pré-operatória. No entanto, técnicas de comunicação não terapêuticas como o julgar, estereótipos e paternalismo dificultam a interacção enfermeiro/cliente (Riley, 2004).

## **Conclusão**

O ambiente que envolve o ato cirúrgico continua a ser para o cliente pediátrico um momento caracterizador de mudanças bio-psico-sociais e espirituais, de difícil adaptação. O acompanhamento da criança pelos seus familiares proporciona-lhe de certo modo afectividade, segurança, entre outros sentimentos, mas, no que concerne aos pais, a situação de hospitalização de carácter cirúrgico não se revela inócua sendo sugestiva de uma situação de crise emergindo sentimentos de cariz negativo como a ansiedade.

O enfermeiro tem um papel fundamental em todo o processo de adaptação por parte da criança, mas em especial por parte dos familiares dada a influência que os mesmos têm sobre a criança e conseqüentemente reflectindo-se em todo o processo de hospitalização. As intervenções de enfermagem exigem deste modo conhecimentos e acima de tudo profissionalismo, para que a eficácia da proximidade entre enfermeiro e familiares deixe de ser uma utopia.

Estas constatações, fruto de vastas leituras sobre a temática e observação em ensino clínico, conduziram à reflexão sobre a importância que as intervenções de enfermagem, têm perante os pais, bem como os benefícios *à posteriori* no processo de hospitalização da criança.

Como tal, emergiu a questão que serviu de orientação para o presente estudo de investigação, nomeadamente, “Que estratégias adoptam os enfermeiros perante a ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva?”. Foi de acordo com esta questão que se orientou o estudo de investigação tendo como objetivo descrever as estratégias de enfermagem utilizadas pelos enfermeiros perante o estado de ansiedade dos pais.

De forma a dar resposta à questão de investigação e ao objetivo previamente delineado, adoptou-se uma metodologia de natureza quantitativa, descritiva simples, transversal, optando-se pela utilização de apenas um instrumento de colheita de dados, o questionário. O mesmo é constituído por duas partes, a primeira pelas variáveis de

atributo caracterizando a amostra, e a segunda parte constituída pelas variáveis de investigação.

Através de uma reflexão dos resultados obtidos e previamente submetidos a uma discussão foi fundamental o recurso à revisão de literatura sobre o tema em estudo.

Passamos então a descrever as principais conclusões do nosso trabalho de acordo com a ordem com que os temas surgem ao longo da análise, interpretação e discussão dos resultados, isto é, primeiro as variáveis de atributo seguidas das variáveis de investigação em estudo.

No que se refere às variáveis de atributo, a amostra foi constituída por 30 enfermeiros de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, do serviço de pediatria, seleccionados através de um método não probabilístico acidental, obtendo-se assim 30 questionários validamente preenchidos.

Os resultados obtidos permitiram caracterizar a amostra quanto à idade, onde se salienta a classe de idades entre os 26 e os 30 anos que corresponde a 33,3% (10 enfermeiros) dos valores obtidos, bem como se destaca o sexo da amostra sendo esta maioritariamente do sexo feminino que corresponde uma vez mais a 80% (24 enfermeiros) dos valores obtidos. É importante ainda ressaltar a frequência de respostas dos enfermeiros do hospital supramencionado quanto ao método de trabalho, método de enfermeiro de referência, ou responsável ou de cuidados integrais, que corresponde a 50,0% (15 enfermeiros) dos valores obtidos.

Quanto às variáveis de investigação estas foram organizadas por dimensões (Informação, Acolhimento, Ansiedade e Comunicação), sendo pertinente realçar que dos indicadores a constar no questionário, a frequência da maioria das respostas nas quatro dimensões dos enfermeiros inquiridos direccionaram-se para os itens “Quase sempre” e “Sempre”, o que revela as estratégias que os enfermeiros, na sua maioria, colocam na prática dos seus cuidados perante o tema em questão.

Porém, um fator importante a referir é que escassas foram a frequência de respostas nos itens “Raramente” e “Às vezes”, embora haja registo de valores dos mesmos no capítulo

de análise dos resultados, no entanto em percentagens mínimas que se considerou não ser pertinente destacar.

Procedendo-se a uma reflexão crítica dos valores obtidos torna-se evidente que os enfermeiros que fizeram parte desta amostra colocam não apenas em prática nos seus cuidados todos os indicadores mencionados no questionário, como também dão importância aos mesmos.

Estamos certas que existem vários fatores que contribuíram para a frequência de respostas, nomeadamente a especificidade do serviço, pediatria, bem como arriscamos a dizer que outros aspetos que certamente contribuíram foram o tempo de serviço da maioria dos enfermeiros (3 a 10 anos – 53,3%: 16 enfermeiros) e o tempo de experiência na área de pediatria (6 a 10 anos – 40,0%: 12 enfermeiros), dada a importância que o mesmo tem relativamente aos conhecimentos adquiridos e na consequente facilidade em dar resposta às necessidades surgidas.

A forma como foram obtidos os dados deve igualmente ser tida em consideração uma vez que os enfermeiros procederam ao preenchimento dos questionários nos seus turnos, sujeitos a sucessivas interrupções.

Deste modo, estamos convictas que atingimos os objetivos propostos bem como na nossa opinião, este estudo de investigação complementa o estudo mencionado na introdução, *“Estratégias de enfermagem que contribuem para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada”*, de Alves (2010), pois descrevemos quais as estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros perante um estado de ansiedade dos pais, permitindo assim reflexões na prática de Enfermagem nesta temática.

Esperamos que a realização deste trabalho seja uma mais-valia para a prática de cuidados de enfermagem e para futuras investigações. Como aspetos facilitadores é de realçar a motivação pessoal pois sem esta não era exequível a investigação assim como a livre escolha do tema.

Temos consciência que ao longo deste trabalho poderão existir algumas lacunas e aspetos pouco aprofundados e explorados, no entanto a realização deste proporcionou-nos momentos de aquisição de conhecimentos pertinentes, e, de forma modesta contribuímos para o enriquecimento do conhecimento de enfermagem, seu ensino e investigação.

A realização deste estudo de investigação foi uma oportunidade de descoberta, bem como revelou-se um permanente desafio em cada etapa que o constitui, atingindo o seu término a partir deste momento.

### **Sugestões**

Ao longo da realização do referente estudo de investigação foram surgindo sugestões pertinentes por parte das investigadoras sobre a temática desenvolvida através de sucessivas reflexões tendo em conta os resultados estatísticos obtidos.

Com o intuito de contribuir para uma melhor excelência de cuidados de enfermagem na área de cirurgia eletiva pediátrica e de promover e desenvolver novos conhecimentos para uma prática baseada em evidência, considera-se que:

- Os resultados deste estudo deverão ser submetidos a uma análise qualitativa para se avaliar a eficácia das estratégias descritas, enriquecendo e aprofundando os conhecimentos obtidos com a referente investigação quantitativa.
- Deve-se replicar este mesmo estudo em diferentes Hospitais da Região de Lisboa e Vale do Tejo, e comparar os resultados obtidos dos diferentes hospitais descrevendo deste modo as diferentes estratégias utilizadas por parte dos enfermeiros, quais as semelhantes e quais as mais utilizadas.
- É pertinente realizar o mesmo percurso de investigação mas na vertente da opinião dos pais sobre quais os fatores que contribuem para o aparecimento/aumento da ansiedade aquando uma cirurgia eletiva pediátrica.

Como sugestão para a divulgação das conclusões do referente estudo quantitativo, e conforme solicitado pela instituição hospitalar – de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo – o mesmo será cedido para que numa primeira análise os enfermeiros se consciencializem das estratégias utilizadas e deste modo se promova uma formação pedagógica sobre a ansiedade aos enfermeiros perante um estado de ansiedade por parte dos pais a fim de prevenir complicações na cirurgia eletiva durante todo o período de hospitalização da criança.

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

### **Limitações e Implicações**

Aquando a realização de um estudo científico, surgem limitações e implicações inerentes ao próprio estudo, as quais podem ser consideradas intrínsecas ou extrínsecas.

As limitações intrínsecas encontradas para a elaboração deste estudo, prendem-se com a inexperiência na elaboração e estruturação do instrumento de colheita de dados, o questionário, bem como nas várias etapas que constituem uma metodologia de investigação e na dificuldade na utilização do programa estatístico SPSS versão 19.0. Fatos estes que tornaram todo o processo moroso com algumas dificuldades *à posteriori* na análise e discussão dos resultados.

Por sua vez, as limitações extrínsecas referem-se às exigências temporais, relacionadas com a calendarização, visto que parte da realização do presente trabalho coincidiu com o 1º semestre do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem, na medida em que se tornou difícil conciliar os vários trabalhos propostos no âmbito quer das aulas teóricas quer do Ensino Clínico de Saúde do Idoso com um trabalho tão absorvente como o desta natureza.

De realçar o tempo de espera para obtenção da aprovação do conselho de ética de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, para se proceder à recolha dos dados, cujo fator tempo contribuiu significativamente para um atraso no desenvolvimento e posteriormente término deste estudo de investigação.

Relativamente às implicações deste estudo de investigação para a Enfermagem, reconhece-se que é essencial apostar na formação dos enfermeiros na área de cirurgia eletiva pediátrica, mais concretamente para com a ansiedade manifestada pelos pais no período pré-operatório, dando assim uma maior visibilidade à Enfermagem, enquanto ciência e profissão, tendo esta como objetivo uma prática baseada na evidência.

Este estudo, apesar das suas limitações, permite dar a conhecer aos enfermeiros quais as estratégias mais utilizadas para com a ansiedade dos pais, no período pré-operatório de cirurgia eletiva, através da frequência com que são utilizadas, possibilitando uma

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

maximização da prestação de cuidados ao cliente pediátrico com vista à prevenção de complicações no período referente à hospitalização.

### Referências Bibliográficas

- Alves, A. (2010). *Estratégias de Enfermagem que contribuem para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Amaral, N. (2009). *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados: a visão das enfermeiras*. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Angelo, M. e Pettengil, M. (2005). “Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito”, *Revista Latina de Enfermagem*, **13**, pp. 982-988.
- Assembleia Geral das Nações Unidas. (1990). *A convenção sobre os direitos da criança*. Disponível *on-line* em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf). Último acesso em 16 de Dezembro de 2011.
- Azevedo, M. (2006). *Teses, relatórios e trabalhos escolares – sugestões para a estruturação da escrita*. (5ª ed.). Lisboa: Universidade Católica.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica – Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Bell, J. (2008). *Como realizar um projecto de investigação – Trajectos*. Lisboa: Gradiva.
- Bellew, M., Atkinson, K., Dixon, G. e Yates, A. (2002). “The introduction of a paediatric anaesthesia information leaflet: an audit of its impact on parental anxiety and satisfaction”, *Paediatric Anaesthesia*, **12**, pp. 124-130.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Berlinck, T. (2008). *Os significados do cuidar de uma criança que apresenta doença crónica relatados por cuidadores familiares*. Brasil: Universidade do Vale do Itajaí.

- Brazelton, T. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. São Paulo: Artes Médicas.
- Broering, C. e Crepaldi, M. (2011). “Percepções das mães sobre a preparação pré-cirúrgica dos seus filhos segundo dois modelos”, *Psicologia Argumento*, **29**, pp. 327-341.
- Cardoso, A. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Callery, P. e Smith, L. (1991). “A study of the role negotiation between nurses and parents of the hospitalized children”, *Journal of Advanced Nursing*, **16**, pp. 772-781.
- Casey, A. (1995). “Partnership Nursing: Influences on involvement of informal careers”, *Journal of Advanced Nursing*, **22**, pp. 1058-1062.
- Cleary, J., Gray, O., Hall, D., Rowlandson, P. e Sainsbury, C. (1986). “Parental involvement in the lives of children in hospital”, *Archives of disease in childhood*, **61**, pp. 779-787.
- Crepaldi, M., Rabuske, M. e Gabarra, L. (2006). *Modalidades de actuação do psicólogo em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010). *CIFE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Versão 2. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, J. (2004). *Métodos de prestação de cuidados*. Viseu: Escola superior de Enfermagem de Viseu.
- Coyne, I. (1995). “Parental participations in care: a critical review of the literature”, *Journal of Advanced Nursing*, **21**, pp. 716-722.
- Coyne, I. e Cowley, S. (2007). “Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory”, *International Journal of Nursing Studies*, **44**, pp. 893-904.

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

Cucco, S. (2006). *Hospitalização Infantil: Os Sentimentos Atribuídos Pelas Mães Para a Doença e Hospitalização de Seus Filhos*. Brasil: Universidade do Vale do Itajai.

Cygan, M., Oermann, M. e Templis, T. (2002). “Perceptions of quality Health care among parents of children’s with bleeding disorders, *Journal of Paediatric Health Care*, **16**, pp. 125-130.

Dicionário de Língua Portuguesa. (2011). Porto: Porto Editora.

Direcção geral da saúde. (1968). Carta dos direitos e deveres dos doentes. Disponível *on-line* em:  
<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.  
Último acesso em 15 de Dezembro de 2011.

Espezel, H. e Canam, C. (2003). “Parent – nurse interactions: care of hospitalized children”, *Journal of Advanced Nursing*, **44**, pp. 34-41.

Fernandes, A. (1988). “A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada”, *Saúde Infantil*, **2**, pp. 117-128.

Ferreira, C., Vargas, I. e Rocha, S. (1998). “Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal”, *Revista Lat. de Enfermagem*, **6**, pp. 111-116.

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Giddens, A. (2000). *Sociologia* (2ª ed.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Glasper, E., Haggarty, R. (2006). *The psychological preparation of children for hospitalization*. Londres: Elsevier.

- Gomes, C., Trindade, G. e Fidalgo, J. (2009). “Vivências de pais de crianças internadas na unidade de cuidados intensivos do hospital pediátrico de Coimbra”, *Revista Referência II Série*, 11, pp. 105-116.
- Hayes, V. e Knox, J. (1984). “The experience of stress in parents of children hospitalized with long term disabilities”, *Journal of Advanced Nurse*, 9, pp. 333-341.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (7ªed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Huerta, E. (1996). “Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: Intervenções de Enfermagem”, *Revista Esc. Enfermagem USP*, 30, PP. 340-353.
- Hug, M., Tonz, M. e Kaiser, G. (2004). “Parental stress in paediatric day-case surgery”, *University Children’s Hospital*, 21, pp. 94-99.
- Hulley, S. (2001). *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. (2ª ed.). São Paulo: ARTMED.
- Instituto de apoio à criança. (1988). *Carta da criança hospitalizada*. Disponível on-line em: <http://www.iacrianca.pt/pt/carta-da-crianca-hospitalizada>. Último acesso em 16 de Dezembro de 2011.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re)pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kristensson-Hallsmöm, I. e Elander, G. (1997). “Parent’s Experience of hospitalization: different strategies for feeling secure”, *Pediatric Nursing*, 23, pp. 361-367.
- Li, H. e Lam, H. (2003). “Paediatric day surgery: impact on Hong Kong chinese children and their parents”, *Journal of Clinical Nursing*, 12, pp. 882-887.

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

Lobiondo-Wood, G. e Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora.

Meadow, S. (1969). “The captive mother”, *Archives of disease in childhood*, **44**, pp. 362-367.

Mendes, M. e Martins, M. (2012). “Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros”, *Revista Referência*, III série, 6, pp. 113-121.

Mendonça, V. (2009). “Sofrendo entre quatro paredes: relatos de mães acompanhantes dos filhos hospitalizados”, *Revista Electrónica de Psicologia Política*, 19.

Monahan, F., et al. (2007). *Enfermagem Médico-cirúrgica. Perspetivas de Saúde e Doença*. Volume III. (8ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Divulgar competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código deontológico do enfermeiro: Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*. Disponível on-line em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>. Último acesso em 15 de Dezembro de 2011.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação para a prática de Enfermagem – versão 2*. Santa Maria da Feira: Edição Portuguesa Ordem dos Enfermeiros.

Palmer, S. (1993). “Care of sick children by parents: a meaning role”, *Journal of Advanced Nurse*, **18**, pp. 185-191.

Pedro, J. (2009). *Parceiros no cuidar: a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

Pereira, A. (2002). *SPSS: Guia prático de utilização – análise de dados para as ciências sociais e psicologia*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pinto, J., Martinho, L. e Gonçalves, P. (2008). “O doente queimado e a dinâmica familiar: o impacto da doença na família”, *Referência*, 6, pp. 69-76.

Polit, D., Beck, C. e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.). São Paulo: ARTMED.

Portal da língua portuguesa. (2009). *Acordo Ortográfico*. Disponível *on-line* em: <http://www.portaldalinguaportuguesa.org/acordo.php>. Último acesso em 28 de Novembro de 2012.

Potter, P. e Perry, A. (2003). *Fundamentos de Enfermagem – conceitos e procedimentos*. (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Ribeiro, C, Pettengil, M. e Borba, R. (2008). *O cuidado centrado na criança e sua família: uma perspectiva para a atuação do enfermeiro pediatra*. São Paulo: Manole.

Ribeiro, J. (2009). *Autonomia Profissional dos Enfermeiros*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Riley, J. (2004). *Empatia: Comunicação em Enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.

Sabatés, A. e Borba, R. (2005). “As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do seu filho”, *Revista Lat. Americana de Enfermagem*, **13**, pp. 968-973.

Saiote, E. (2010). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos*. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa, departamento de sociologia.

Schultz, L. (2007). *A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho*. Brasil: Universidade Guarulhos.

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

Serra, J. (2007). *Manual de teoria da comunicação*. Covilhã: Livros Labcom.

Silva, N., Pires, S., Quitério, V. e Diogo, P. (2007). *Pai, Mãe ... vamos ser operados! – Vivências de crianças e pais do período pré-operatório*. Lisboa: Textyte.

Simões, J. e Amâncio, L. (2004). “Género e Enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, **44**, pp.71-81.

Soares, M. e Leventhal, L. (2008). “A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades”, *Ciências Cuidado e Saúde*, **7**, pp. 327-332.

Talento, B. (2000). *Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. (4ªed.) Porto Alegre: Artmed Editora.

Tavares, P. (2008). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Teixeira, E., Figueiredo, M. (2009). “A experiência da criança no peri-operatório de cirurgia programada”, *Revista Referência*, II série, 9, pp. 7-14.

Thompson, N., Shirley, P., Kenward, M. e Johnston, G. (1998). “Parental anxiety before elective surgery in children: a British perspective”, *Anaesthesia*, **53**, 10, pp. 956-959.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos dos cuidados na prática baseada na evidência*. Loures: Lusociência.

Wilson, J. e Hobbs, H. (1995). “Therapeutic partnership: a model for clinical practice”, *Journal of Psychosocial nursing*, **33**, pp. 733-737.

Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R. e Greathead, D. (2006). “Negotiation of care for hospitalized child: parental perspectives”, *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, pp. 4-14.

Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

Zuwala, R. e Barber, K. (2001). “Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction”, *AANA Journal*, **62**, pp. 21-25.

## **Apêndices**

**Apêndice nº 1** – Instrumento de Recolha de dados: Questionário

**Apêndice nº 2** – Pedido de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados – Pré-teste

**Apêndice nº 3** – Pedido de autorização para recolha de dados da monografia final de curso

**Apêndice nº 4** – Carta explicativa do estudo

**Apêndice nº 5** – Declaração de Consentimento Informado

**Apêndice nº 6** – Declaração de autorização para a recolha de dados no Serviço de pediatria dirigido à Enf<sup>a</sup>. Chefe

**Apêndice nº 7** - Tratamento de dados pelo Programa SPSS versão 19 - Outputs

**Apêndice nº 8** – Cronograma referente à realização do Projecto de Monografia



## Apêndice nº 1 – Instrumento de recolha de dados: Questionário



Entidade Instituidora  
EIA – Ensino, Investigação  
E Administração, S.A.

“Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros”

### Questionário

O presente questionário foi elaborado por duas alunas do 4º ano de Licenciatura de Enfermagem, da Universidade Atlântica, encontrando-se relacionado com o tema da monografia: “Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros”

Pretende-se uma recolha de dados que serão *à posteriori* objeto de análise estatística para se obter conclusões finais do referente estudo.

O presente questionário é constituído por duas partes: a primeira tem como objetivo a caracterização da população alvo, contendo 6 perguntas de resposta fechada; a segunda parte é constituída por 21 perguntas de resposta fechada referentes às estratégias utilizadas pelos enfermeiros.

Este questionário é absolutamente confidencial, prática inerente à profissão de Enfermagem. Deste modo não deverá indicar nas respectivas folhas a sua identificação.

Muito Obrigado pela sua colaboração!

## Parte I: Caracterização da Amostra

### 1. Idade (assinale com um (X) a opção adequada)

23 a 25 Anos \_\_\_\_\_ 26 a 30 Anos \_\_\_\_\_ 31 a 35 Anos \_\_\_\_\_  
36 a 40 Anos \_\_\_\_\_ 41 a 45 Anos \_\_\_\_\_ 46 a 50 Anos \_\_\_\_\_  
> 50 Anos \_\_\_\_\_

### 2. Sexo (assinale com um (X) a opção adequada)

- Feminino \_\_\_\_\_ - Masculino \_\_\_\_\_

### 3. Categoria profissional (assinale com um (X) a opção adequada)

- Enfermeiro generalista \_\_\_\_ - Enfermeiro graduado \_\_\_\_ - Enfermeiro especialista \_\_\_\_

### 4. Tempo de serviço (assinale com um (X) a opção adequada)

< 2 Anos \_\_\_\_\_ 3 a 10 Anos \_\_\_\_\_ 11 a 20 Anos \_\_\_\_\_ 21 a 30 Anos \_\_\_\_\_  
> 31 Anos \_\_\_\_\_

### 5. Tempo de experiência na área de pediatria (assinale com um (X) a opção adequada)

> 1 Ano \_\_\_\_\_ 2 a 5 Anos \_\_\_\_\_ 6 a 10 Anos \_\_\_\_\_ > 10 Anos \_\_\_\_\_

### 6. Método de Trabalho do serviço (assinale com um (X) a opção adequada)

Método Funcional, ou por tarefa \_\_\_\_\_

Método de trabalho em equipa \_\_\_\_\_

Método de cuidados globais, ou individual, ou por caso \_\_\_\_\_

Método de Enfermeiro de referência, ou responsável, ou cuidados integrais \_\_\_\_\_

**Parte II: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para diminuir a ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva.**

Assinale por favor com um (X), as questões abaixo mencionadas, mediante a sua prática diária:

	Nunca 0%	Raramente 25%	Às Vezes 50%	Quase Sempre 75%	Sempre 100%
1. Forneço informações aos pais sobre os procedimentos realizados à criança, mesmo quando não questionado.					
2. Valido toda a informação perante os pais sobre a hospitalização da criança.					
3. Explico aos pais todo o processo peri-operatório.					
4. Procuro informar os pais e a criança aquando a realização dos procedimentos técnicos necessários.					
5. Dou a conhecer as diferentes localizações físicas hospitalares aos					

pais.					
6. Apresento o espaço físico do serviço e informo sobre a dinâmica do mesmo.					
7. Demonstro total disponibilidade para qualquer situação.					
8. Adopto acolhimento individualizado à família.					
9. Estabeleço relação empática durante o acolhimento à família.					
10. Realizo ensino aos pais sobre a prestação de cuidados à criança.					
11. Mantenho uma atitude de abertura para com os pais na prestação de cuidados à criança.					
12. Incentivo os pais a prestarem cuidados às crianças.					
13. Reforço as atitudes positivas dos pais.					
14. Certifico-me que fora do contexto hospitalar					

não existe nenhum fator económico ou social a interferir com o estado emocional dos pais.					
15. Estabeleço relação de ajuda para com os pais.					
16. Transmito confiança nos procedimentos técnicos a realizar à criança.					
17. Utilizo estratégias de <i>coping</i> junto dos pais.					
18. Estabeleço relação empática com a família, mesmo que esta não seja acessível.					
19. Mantenho discurso claro, coerente, conciso e adaptado à família.					
20. Estabeleço diálogo adequado à família.					
21. Mantenho escuta activa.					

Obrigada pela sua colaboração!



**Apêndice nº 2** – Pedido de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados – Pré-teste



Entidade Instituidora  
EIA – Ensino, Investigação  
E Administração, S.A.

Exmo(a). Sr.(a) Presidente do  
  
Concelho de Administração,  
  
do Hospital São Francisco Xavier

**Assunto:** Pedido de autorização para a aplicação do instrumento de recolha de dados – Pré-teste

Ana Catarina Gomes Alves Mateus, aluna nº 200992112, e Ana Rita Anjos Conceição, aluna nº 200791508, a frequentarem o 3º ano de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade Atlântica/Escola Superior de Saúde Atlântica, vêm no âmbito do plano de estudo curricular, solicitar a autorização para se proceder à aplicação do instrumento de recolha de dados, um questionário, cujo intuito é o de obter informações sobre a exequibilidade do mesmo, necessário para a elaboração do estudo de investigação que se intitula de *“Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros”*.

Para a elaboração do estudo estabeleceu-se o seguinte objetivo:

- Descrever as estratégias que os Enfermeiros utilizam para a diminuição da ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva.

O processo de amostragem do referente estudo é não probabilística acidental, sendo a amostra constituída pelos enfermeiros que prestam cuidados directos no Serviço de Pediatria.

Para a realização deste estudo de paradigma quantitativo, optou-se por realizar um estudo descritivo, no qual se pretende descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros do Serviço de Pediatria face ao estado de ansiedade manifestado pelos pais no período pré-operatório de cirurgia eletiva das suas crianças, no sentido de prevenir complicações durante todo o processo de hospitalização da criança.

Este estudo será realizado mediante aceitação de participação dos sujeitos supramencionados. Para tal, elaborámos uma carta explicativa do estudo e uma declaração de consentimento informado, que deverão ser entregues aos participantes. Os exemplares de ambos os documentos encontram-se em apêndice.

Em caso de necessidade de consulta do projecto de investigação, o mesmo encontra-se disponível para consulta, a fim de proporcionar uma melhor compreensão do que se pretende com o presente estudo.

Compromete-se, desde já, a respeitar o direito à autodeterminação, à revelação completa, à isenção de dano e de exploração, e, disponibiliza-se a consulta dos dados obtidos após a sua apresentação, se tal forem solicitados.

Agradecemos atempadamente,

**As investigadoras**

---

(Ana Catarina Gomes Alves Mateus | Tlm: 96 514 2003)

---

(Ana Rita Anjos Conceição | Tlm: 91 324 4441)

Docente Orientadora

---

(Rita Kopke | Tlm: 91 872 7283)

Barcarena, (data) de 2012

**Apêndices:**

Questionário

Carta Explicativa do estudo

Declaração de Consentimento Informado



**Apêndice nº 3** – Pedido de autorização para recolha de dados da monografia final de curso



Entidade Instituidora  
EIA – Ensino, Investigação  
E Administração, S.A.

Exmo(a). Sr.(a) Presidente do

Concelho de Administração,

De um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo

**Assunto:** Pedido de autorização para a recolha de dados da Monografia de final do curso

Ana Catarina Gomes Alves Mateus, aluna nº 200992112, e Ana Rita Anjos Conceição, aluna nº 200791508, a frequentarem o 3º ano de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade Atlântica/Escola Superior de Saúde Atlântica, vêm no âmbito do plano de estudo curricular, solicitar a autorização para proceder à recolha de dados da Monografia final de curso que se intitula “*Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros*”, através da aplicação de um instrumento de colheita de dados, um questionário, necessário para a elaboração do estudo de investigação.

Para a elaboração do estudo estabeleceu-se o seguinte objetivo:

- Descrever as estratégias que os Enfermeiros utilizam para a diminuição da ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva.

O processo de amostragem do referente estudo é não probabilística accidental, sendo a amostra constituída pelos enfermeiros que prestam cuidados directos no Serviço de Pediatria.

Para a realização deste estudo de paradigma quantitativo, optou-se por realizar um estudo descritivo, no qual se pretende descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros do Serviço de Pediatria face ao estado de ansiedade manifestado pelos pais no período pré-operatório de cirurgia eletiva das suas crianças, no sentido de prevenir complicações durante todo o processo de hospitalização da criança.

De forma a certificar a exequibilidade do instrumento de colheita de dados, neste caso o questionário, irá ser aplicado um pré-teste.

Este estudo será realizado mediante aceitação de participação dos sujeitos supramencionados. Para tal, elaborámos uma carta explicativa do estudo e uma declaração de consentimento informado, que deverão ser entregues aos participantes. Os exemplares de ambos os documentos encontram-se em apêndice.

Em caso de necessidade de consulta do projecto de investigação, o mesmo encontra-se disponível para consulta, a fim de proporcionar uma melhor compreensão do que se pretende com o presente estudo.

Compromete-se, desde já, a respeitar o direito à autodeterminação, à revelação completa, à isenção de dano e de exploração, e, disponibiliza-se a consulta dos dados obtidos após a sua apresentação, se tal forem solicitados.

Agradecemos atempadamente,

**As investigadoras**

---

(Ana Catarina Gomes Alves Mateus | Tlm: 96 514 2003)

---

(Ana Rita Anjos Conceição | Tlm: 91 324 4441)



Entidade Instituidora  
EIA – Ensino, Investigação  
E Administração, S.A.

Docente Orientadora

---

(Rita Kopke | Tlm: 91 872 7283)

Barcarena, (data) de 2012

**Apêndices:**

Questionário

Carta Explicativa do estudo

Declaração de Consentimento Informado



## Apêndice nº 4 – Carta explicativa do estudo



Entidade Instituidora  
EIA – Ensino, Investigação  
E Administração, S.A.

### Carta Explicativa do Estudo

Com o propósito de realizar um trabalho de investigação para a unidade curricular – Investigação, inerente ao 9º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde/Universidade Atlântica, solicita-se a colaboração dos Enfermeiros, para a recolha de dados do referente estudo de investigação, cujo tema intitula-se de “*Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros*”, tendo como objetivo descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros do Serviço de Pediatria face ao estado de ansiedade manifestado pelos pais no período pré-operatório de cirurgia eletiva das suas crianças, no sentido de prevenir complicações durante todo o processo de hospitalização da criança.

O domínio desta investigação será referente às estratégias de enfermagem no período pré-operatório de cirurgia eletiva pediátrica face ao estado de ansiedade por parte dos pais, uma vez que os níveis de ansiedade em pais de crianças com cirurgia eletiva, e a transmissão dos mesmos para as crianças, têm impactos negativos não apenas no momento da cirurgia, mas igualmente durante todo o processo de hospitalização. Após serem identificadas as estratégias, será possível efectuar uma reflexão sobre as intervenções de enfermagem face aos pais de crianças submetidas a cirurgia eletiva, contribuindo assim para um período pós-operatório mais tranquilo.

No sentido de dar resposta à finalidade do trabalho de investigação, optou-se por uma abordagem de paradigma quantitativo (Filosofia Positivista), descritivo simples.

A população alvo deste trabalho de investigação é a equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria.

Para a realização da colheita de dados ir-se-á recorrer a um questionário com perguntas fechadas e diretas, para o qual solicita-se a sua colaboração.

A sua participação é inteiramente voluntária e está livre de se retirar deste estudo a qualquer momento, sem que esta atitude lhe traga prejuízo, nem necessidade de se justificar. Apenas comunique aos investigadores.

As informações que advêm do questionário garantem o anonimato, uma vez que não é colocada a sua identificação. Os dados colhidos serão apenas acedidos pelas alunas investigadoras e pela orientadora do estudo, Enf.<sup>a</sup> Rita Kopke.

Os resultados do trabalho serão divulgados aos interessados, mediante solicitação dos mesmos. Pensa-se que o respectivo estudo irá contribuir para cuidados de enfermagem de excelência na área da cirurgia pré-eletiva pediátrica. No final da recolha dos dados, os ficheiros serão todos destruídos, garantindo assim a privacidade dos participantes do estudo.

Agradecemos a sua participação,

Barcarena, (data) de 2012

**As investigadoras**

---

(Ana Catarina Gomes Alves Mateus | Tlm: 96 514 2003)

---

(Ana Rita Anjos Conceição | Tlm: 91 324 4441)

**Docente Orientadora**

---

(Rita Kopke | Tlm: 91 872 7283)

Morada: Antiga Fábrica da Pólvora de Barcarena; 2730 – 036 Barcarena



## Apêndice nº 5 – Declaração de Consentimento Informado



Entidade Instituidora  
EIA – Ensino, Investigação  
E Administração, S.A.

### Declaração de consentimento informado

**Título:** *“Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros”*

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) do objetivo e metodologia da pesquisa intitulada de *“Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros.”*

Estou informado(a) que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta pesquisa, podendo-me retirar deste estudo assim que o entender.

Declaro também que fui informado(a) do anonimato e da confidencialidade dos dados; todas as informações por mim disponibilizadas serão utilizadas somente para fins científicos e destruídas pelas investigadoras no fim do estudo.

Fui informado(a) que durante o tratamento de dados, os dados serão codificados, mantendo o anonimato. Reconheço que poderei consultar o estudo se o solicitar.

Após todo o esclarecimento acima referido, concordo voluntariamente em participar no referido estudo.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Entidade Instituidora  
EIA – Ensino, Investigação  
E Administração, S.A.

**Investigadoras:** Ana Catarina Mateus

Ana Rita Conceição

Morada: Antiga Fábrica da Pólvora de Barcarena; 2730 – 036 Barcarena

Apêndice nº 6 – Declaração de autorização para a recolha de dados no Serviço de  
Pediatria dirigido à Enfª. Chefe



Entidade Instituidora  
EIA – Ensino, Investigação  
E Administração, S.A.

Exma. Sra. Enfermeira Chefe de Pediatria,

De um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo

**Assunto:** Pedido de autorização para a recolha de dados no Serviço de Pediatria

Ana Catarina Gomes Alves Mateus, aluna nº 200992112, e Ana Rita Anjos Conceição, aluna nº 200791508, a frequentarem o 3º ano de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade Atlântica/Escola Superior de Saúde Atlântica, vêm no âmbito do plano de estudo curricular, solicitar a autorização de vossa excelência para proceder à recolha de dados no serviço de pediatria, através da aplicação de um questionário a cada enfermeiro, para a Monografia final de curso que se intitula de *“Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros”*, sob orientação da Professora Rita Kopke.

**Apêndices:**

Apêndice nº 1: Carta Explicativa do estudo

Apêndice nº 2: Declaração de Consentimento Informado

Apêndice nº 3: Questionário



Entidade Instituidora  
EIA – Ensino, Investigação  
E Administração, S.A.

Agradecemos atempadamente,

Barcarena, 20 de Julho de 2012

**As investigadoras**

---

(Ana Catarina Gomes Alves Mateus | Tlm: 96 514 2003)

---

(Ana Rita Anjos Conceição | Tlm: 91 324 4441)

**Docente Orientadora**

---

(Rita Kopke | Tlm: 91 872 7283)



Entidade Instituidora  
EIA – Ensino, Investigação  
E Administração, S.A.

## **Declaração de autorização para a recolha de dados no Serviço de Pediatria**

Eu, \_\_\_\_\_, Enfermeira  
Chefe do Serviço de Pediatria, declaro que fui informada do objetivo e metodologia da  
pesquisa intitulada de “*Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de  
cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros.*”, e autorizo desta forma à  
recolha dos dados com recurso a um questionário a aplicar aos enfermeiros do Serviço  
de Pediatria de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, por parte das  
investigadoras, Ana Catarina Mateus, N° 200792112 e Ana Rita Conceição, N°  
200791508, sob orientação da Professora Rita Kopke, da Universidade Atlântica.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Apêndice nº 7 – Tratamento de dados pelo Programa SPSS versão 19.0 – Outputs**







Ansiedade dos pais de crianças no período pré-operatório de cirurgia eletiva: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros – Licenciatura em Enfermagem

## **Anexos**

**Anexo nº 1** – Autorização para a realização do estudo de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo

