



CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**Envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizada:
Atitudes dos Enfermeiros na ilha de Santiago em Cabo Verde**

Celestina de Barros Martins

Coimbra, outubro de 2020



**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**Envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizada:
Atitudes dos Enfermeiros na ilha de Santiago em Cabo Verde**

Celestina de Barros Martins

Orientadora: Doutora Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba, Professora Adjunta da
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de

Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, outubro de 2020

“Cuidar é mais que um ato é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”

Leonardo Boff

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lurdes Lomba, pela partilha de conhecimento, disponibilidade e incentivo durante todo esse percurso.

À minha tia Antonieta Martins, um agradecimento especial, por fazer parte das mudanças que aconteceram na minha vida, pelo incentivo, por me fazer acreditar que era possível dar mais esse passo na minha vida profissional e por estar sempre disponível em todos os momentos da minha vida.

Aos meus filhos e ao meu marido, por compreenderem o motivo da minha ausência e pelo incentivo e colaboração.

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo durante todo esse percurso, porque sem o vosso apoio não seria possível chegar a meta.

Aos meus colegas, que participaram no estudo, um obrigado especial, porque sem a vossa colaboração não seria possível a concretização do mesmo.

A todos os meus colegas, professores e amigos, cada um em especial pelo incentivo permanente e sobretudo pela amizade e partilha de conhecimentos.

Muito obrigada a todos e todas

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CNEPS- Comité Nacional de Ética em Pesquisa para Saúde

CNPN- Comissão Nacional de Proteção de Dados

DGS - Direção Geral de Saúde

ECA- Estatuto da criança e do adolescente de Cabo Verde

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Et al. - Entre outros

FINC-NA- Families Importance in Nursing Care - Nurses

HAN- Hospital Agostinho Neto

HRSN- Hospital Regional Santiago Norte

IAC- Instituto de Apoio à Criança

IFCE-AE- A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem- Atitudes dos Enfermeiros

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial da Saúde

UNICEF - United Nations Children's Fund

RESUMO

O envolvimento e a participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada são reconhecidos como essenciais para o atendimento das necessidades e do bem-estar da criança e da família. Atitudes positivas dos enfermeiros relativas à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, facilitam o envolvimento e participação das famílias nos cuidados, enquanto que atitudes negativas criam barreiras nesse processo.

Este estudo tem como objetivo identificar as atitudes dos enfermeiros relativas ao envolvimento e à participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada nos cuidados em pediatria, utilizando a escala IFCE-AE.

Trata-se de um estudo de metodologia quantitativa, transversal. A colheita de dados foi realizada através de um questionário de caracterização sociodemográficas e profissional e da escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros.

A amostra é constituída por 55 enfermeiros, a totalidade dos que trabalham nos Serviços de Pediatria e Neonatologia, dos Hospitais Central e Regional, em Cabo Verde. Verificou-se que a maioria dos enfermeiros têm atitudes positivas, quanto à importância do envolvimento e participação das famílias nos cuidados de enfermagem. Não se verificou uma relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre as atitudes dos enfermeiros e as variáveis sociodemográficas e profissionais consideradas, exceto consoante o local de trabalho. Os enfermeiros do serviço de neonatologia, apresentam atitudes mais positivas nas dimensões “família como parceiro dialogante e recurso de coping” ($p=0,04$) e “família como recurso nos cuidados de enfermagem” ($p=0,01$) que os enfermeiros do serviço de Urgência.

O estudo evidencia atitudes positivas dos enfermeiros face à importância do envolvimento e participação das famílias nos cuidados de enfermagem. Este achado indícia uma sensibilidade dos enfermeiros favorável à implementação da filosofia de cuidados centrados na família, nos serviços de pediatria na ilha de Santiago, Cabo Verde.

PALAVRAS CHAVE: Criança Hospitalizada; Família, Atitude do pessoal de Saúde

ABSTRACT

Family engagement and collaboration in the nursing care of their child during the hospitalization period is considered extremely important for the needs and well-being of both child and family.

The nurses' beliefs and attitudes toward the importance of the family's engagement in the nursing care of the child can influence either positively or negatively the family engagement. While positive attitudes facilitate parental engagement and participation, negative attitudes create obstacles for the parents to participate in the process

The objective of this study is to identify the nurses' attitudes toward the families' engagement in child nursing care during the pediatric hospitalization period, using the IFCE-AE scale.

The methodology used is quantitative, descriptive, transversal and analytical. The data was collected through a sociodemographic and professional questionnaire entitled "The importance of the Family engagement and collaboration in the nursing care of their child during the Hospitalization period-the Nurses' attitudes".

The participants are 55 nurses, which made up the total number who work in the pediatric ward and neonatology of the Central and Regional Hospitals, in Cape Verde.

Results showed that the majority of the nurses have positive attitudes toward family engagement in the nursing care of the child during the hospitalization period.

Results showed a non-significant statistic relation ($p > 0,05$) between the nurses' attitudes and the sociodemographic and professional variables, except for their working place. As so, nurses who work in the neonatology ward have a more positive attitude regarding "family as a communicative partner and coping resource" ($p=0,04$) and "family as a resource in the nursing care" ($p=0,01$) than nurses who work in the emergency ward.

This study has shown that nurses, in general, have positive attitudes toward family engagement and participation/collaboration in nursing child care during the hospitalization period. It also revealed that the majority of the nurses working in Santiago Island pediatric wards are highly in favour of an implementation of a family-centred nursing care philosophy.

Keywords: Hospitalized child, family, Health care professionals

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Análise de fidelidade dos resultados do estudo e comparação com a escala IFCE-AE	53
Tabela 2- Caracterização socodemográfica da amostra.....	58
Tabela 3- Conhecimento do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.....	60
Tabela 4- Estatística descritiva das dimensões da escala IFCE-AE	65
Tabela 5- Resultado do teste t-student entre a variável sexo e as dimensões da escala IFCE-AE	66
Tabela 6- Resultado do teste One-Anova entre a variável idade e as dimensões da escala IFCE-AE	66
Tabela 7- Resultado do teste T-student entre a variável habilitação acadêmica e as dimensões da escala IFCE-AE	67
Tabela 8- Resultados do teste One-Way Anova entre a variável categoria profissional e as dimensões da escala IFCE-AE	68
Tabela 9- Resultados do teste One-Way Anova entre experiência profissional e as dimensões da escala IFCE-AE	69
Tabela 10- Resultado do teste One-Way Anova entre a variável experiência profissional na área de pediatria e as dimensões da escala IFCE-AE.....	70
Tabela 11- Resultado do teste One-Way Anova entre a experiência profissional e as dimensões da escala IFCE-AE	71
Tabela 12- Resultado do teste T-student ente a variável hospital onde exerce a função e as dimensões da escala IFCE-AE	74
Tabela 13- Resultados do teste T-Student em relação ao conhecimento do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Representação da escala IFCE-AE	49
Quadro 2- Escala "importância das famílias nos cuidados de enfermagem (IFCE-AE)63	
Quadro 3- Resultado do teste de Tukey HSD relativamente ao serviço de pediatria onde os enfermeiros exercem função.	72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos 1- 4 Conhecimento do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.....61

Gráficos 5- 8 Conhecimento do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais..... 62

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	25
I PARTE- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	29
1. ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	31
1.1 ASSISTÊNCIA À CRIANÇA EM CABO VERDE	32
2. NOVO PARADIGMA NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA .	35
3. EFEITOS DA HOSPITALIZAÇÃO NA CRIANÇA E FAMÍLIA	37
4. IMPORTÂNCIA DO ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA	39
5. ATITUDE DO ENFERMEIRO FACE À FAMÍLIA	41
II PARTE- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	45
6. METODOLOGIA	47
6.1 TIPO DE ESTUDO	47
6.2 OBJECTIVO E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	47
6.2.1 Objetivos do estudo:.....	47
6.3 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	48
6.4 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	48
6.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	51
6. 6 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DO ESTUDO.....	52
6.6.1 Hospital Agostinho Neto (HAN)	52
6. 6. 2 Hospital Regional Santiago Norte.....	52
6.7 TIPO DE AMOSTRAGEM	52
6.8 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	53
6.8.1 Consistência interna da escala IFCE-AE	53

6.8.2 Procedimentos de recolha de dados	54
6.9 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	54
6.10 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	55
7- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	57
7.2 CONHECIMENTO DO MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY	60
7.3 ATITUDE DOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO À IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	62
7.4 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A ESCALA IFCE-AE	65
7.5 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS PROFISSIONAIS E A ESCALA IFCE-AE	67
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	
ANEXO I - Autorização da autora de escala IFCE-AE	
ANEXO II – Escala IFCE-AE	
ANEXO III - Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados	
ANEXO IV – Parecer do Diretor Nacional de Saúde	
ANEXO V - Autorização prévia do hospital Agostinho Neto	
ANEXO VI – Autorização do Hospital Regional Dr. Santa Rita Vieira	
ANEXO VII - Aprovação da comissão de ética da EsenfC	
ANEXO VIII – Aprovação da Comité Nacional de Ética em Pesquisa para Saúde	
APÊNDICE	
APÊNDICE I - Termo de Consentimento Informado	
APÊNDICE II – Questionário	

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados às crianças hospitalizadas, vem sofrendo mudanças na forma de organização da assistência, com a permanência dos familiares durante a hospitalização da criança em período integral. Sendo assim, os enfermeiros diariamente interagem com os familiares, necessitando da sua colaboração na prestação de cuidados à criança. Deste modo, as atitudes destes profissionais constituem um aspecto essencial para a relação que será estabelecida entre a família e os mesmos (Oliveira, et al., 2011).

Nas últimas décadas, o interesse dos pais em permanecer junto dos filhos hospitalizados, passa pelo interesse de se envolverem e participar nos cuidados e na tomada de decisões clínicas (Melo, Ferreira, & Lima, 2014). Neste sentido, e no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, é fundamental considerar a família como parte indispensável no processo de assistência à criança hospitalizada.

O envolvimento e a participação da família nos cuidados à criança hospitalizada são reconhecidos como essenciais para o atendimento das suas necessidades e para o bem-estar de toda a família (Cruz & Angelo, 2011). Várias pesquisas evidenciam os benefícios de ter as famílias envolvidas no processo de cuidados, sendo as atitudes dos enfermeiros um dos elementos basilar para garantir o sucesso da mudança de paradigmas (Fernandes, Gomes, Martins, Gomes & Gonçalves, 2015; Oliveira, et al., 2011; Alves, 2011).

A atitude dos enfermeiros para com as famílias da criança hospitalizada, é fundamental para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Fernandes, Gomes, Martins, Gomes, & Gonçalves, 2015). Nesse sentido, é fundamental que os enfermeiros reconheçam a importância do envolvimento e participação das famílias nos cuidados que prestam à criança durante a hospitalização. A ação de enfermagem deve ser voltada para a orientação das famílias, capacitando-as para que possam ter uma participação ativa nos cuidados prestados à criança.

Os modelos e paradigmas que orientam os cuidados de saúde atuais têm levado a mudanças significativas na prestação de cuidados de saúde da criança e da população em geral. (Lopes, 2012).

Estes modelos, recomenda os cuidados centrados nas respostas às necessidades da criança e da sua família, sustentada também por valores que reconhecem a criança como ser vulnerável e valoriza os pais ou pessoa significativa como principais prestadores de cuidados, o que permite assegurar o bem-estar da criança e família e maximiza o potencial crescimento e desenvolvimento da criança (Ordem dos enfermeiros, 2010).

O modelo de parceria de cuidados, criado por Anne Casey em 1988, que se direciona para a prestação de cuidados de enfermagem no meio pediátrico, veio reconhecer claramente a importância do envolvimento e da participação dos pais no processo de cuidados aos seus filhos durante a hospitalização (Lopes, 2012). De acordo com Sousa (2012) “o modelo de parceria de cuidados reconhece e respeita a perícia dos pais nos cuidados ao filho, prevê que estes sejam envolvidos e consultados acerca dos cuidados à criança e que os cuidados sejam planeados em negociação com eles” (p.56).

Segundo Hockenberry e Wilson, (2014) atitudes negativas dos enfermeiros em relação à parceria dos pais, podem criar barreiras às relações de trabalho colaborativo, mas quando os enfermeiros apreciam a importância da ligação contínua pais-filhos, promove-se um ambiente que incentiva os pais a participarem nos cuidados prestados ao seu filho.

A parceria efetiva de cuidados só será possível, a partir de uma atitude dos enfermeiros presente, aberta e flexível nos processos interativos de apoio e orientação, a partir da construção de novas interações com os pais presentes nos serviços de pediatria (Casey, 1993), como referido por Mendes (2013). As famílias são reconhecidas como uma parte essencial no cuidado à criança durante a hospitalização e respeitadas pelas suas competências em cuidar das crianças dentro e fora do hospital (Daneman, Macaluso, & Guzzetta, 2003).

Sendo assim, os enfermeiros devem ter atitudes pró-ativas no sentido de apoiar e reforçar a capacidade das famílias durante a hospitalização das crianças e na preparação dos cuidados pós alta. Segundo Oliveira et al. (2011) “as atitudes dos enfermeiros nos contextos de interação terapêutica com as famílias traduzem o entendimento dos mesmos sobre a importância de as integrar no processo de cuidados, gerando práticas mais ou menos conducentes à potencialização funcional das famílias” (p. 1332).

Embora os estudos desenvolvidos em vários países evidenciem claramente a importância do envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada, em Cabo Verde não são encontrados estudos relacionados com esta temática e a nossa

perceção é que as atitudes dos enfermeiros não favorecem a promoção desta prática nos cuidados pediátricos. No entanto, uma atitude que apoia o envolvimento das famílias é pré-requisito para convidar e envolver as famílias nos cuidados de enfermagem (Benzein, Johansson, Franzén, & Saveman, 2008a).

Estudos realizados em alguns países africanos revelam atitudes negativas dos enfermeiros, como sendo verbalmente abusivos com pacientes e familiares e, em alguns casos, verifica-se a negligência e ocultação de cuidados. Os enfermeiros justificaram o seu comportamento com vários fatores, incluindo a escassez de pessoal e questões relacionadas com a falta de recursos nos serviços, falta de respeito dos gestores hospitalares e atitudes e comportamentos dos pacientes (Haskins, Grant, & Horwood, 2016).

A escolha deste tema baseia-se na atualização do conhecimento, face aos novos paradigmas de cuidados pediátricos, que valorizem e incentivem a participação da família nos cuidados da criança hospitalizada, adquiridos durante a formação teórico-prática do curso de mestrado em saúde infantil e pediatria. A minha perceção quanto aos cuidados pediátricos prestados em Cabo Verde, proporcionou-me uma reflexão sobre a realidade local, e a necessidade de abordar a problemática dos cuidados e conhecer as atitudes dos enfermeiros que prestam cuidados à criança hospitalizada, à luz das experiências divulgadas em alguns países, nomeadamente lusofonos. Acreditamos que este estudo nos venha a permitir o conhecimento das atitudes dos enfermeiros na ilha de Santiago, e suscitar uma reflexão nas equipas de enfermagem que prestam cuidados às crianças e famílias, no sentido de uma melhor abordagem dos cuidados, que seja adequada aos princípios e filosofias da enfermagem pediátrica atuais.

Assim, este estudo, de carácter quantitativo, transversal, tem como objetivos: identificar as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento e a participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada nos cuidados em pediatria, utilizando a escala IFCE-AE; verificar a relação entre as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros. Por fim, verificar ainda a relação entre atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada e o conhecimento dos mesmos sobre o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Nesta ótica, pretendemos responder às seguintes questões de investigação: quais as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada e qual a relação entre as atitudes dos enfermeiros com as variáveis sociodemográficas e profissionais e o conhecimento que estes têm sobre o modelo de parceria de cuidados?

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes essenciais, a primeira parte engloba o enquadramento teórico que sustenta a pertinência do trabalho de investigação desenvolvida que inclui uma breve abordagem de temas: assistência à criança hospitalizada; novo paradigma na assistência à criança hospitalizada; efeito da hospitalização; importância do envolvimento e participação da família na hospitalização da criança e atitude dos enfermeiros. Na segunda parte identifica-se os procedimentos relacionados com o enquadramento metodológico, incluindo a apresentação, a análise e discussão dos resultados, seguida da conclusão.

I PARTE- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA

A assistência à criança hospitalizada, vem sofrendo mudanças significativas, principalmente, a partir de fins do século XIX. Estas mudanças estão diretamente relacionadas ao modo de produção, desenvolvimento da prática médica e ao valor e significado que a sociedade atribui à criança (Lima, Rocha, & Scochi, 1999).

A literatura norte-americana descreve que, até 1930, a assistência de enfermagem à criança hospitalizada, tinha por finalidade prevenir a transmissão de infecção através do isolamento rigoroso (Lima, Rocha, & Scochi, 1999). A prática da pediatria era baseada no diagnóstico e na cura, e os aspectos psicológicos da criança não eram considerados como importantes no tratamento.

A família era excluída do espaço hospitalar, sua presença era solicitada nos momentos de admissão e alta, e quando era necessário que se responsabilizasse pelas consequências do tratamento (Lopes, 2012). Esta forma de assistir a criança, afastou os familiares de se envolverem e participar nos cuidados de saúde prestado à criança. Com o decorrer dos anos, estudos mostraram que a criança é um ser dependente, que necessita de cuidados diferenciados para o seu normal desenvolvimento e crescimento, sendo a família um elemento essencial na prestação desses cuidados, principalmente durante a hospitalização. Nesse sentido, ocorreram mudanças na abordagem dos cuidados, considerando a importância da inclusão da família no ambiente hospitalar. (Miranda, Oliveira, Toia, & Stucchi, 2015).

Várias organizações tiveram iniciativas que contribuíram para a mudança de paradigma da assistência à criança hospitalizada, realçando a importância da presença, envolvimento e participação das famílias neste contexto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulga em 1951, relatórios que referem que a falta da presença materna durante a hospitalização da criança, pode ser um fator prejudicial à saúde mental da criança que necessita de internamento (Marques, Lima, Malaquias, Waidman, & Higarashi, 2014). Outro marco importante nesse contexto foi o relatório Platt, publicado no Reino Unido em 1959, que considerou as visitas dos pais

sem limitação de horários como um elemento essencial para promoção do bem-estar emocional e psicossocial das crianças hospitalizadas (Cruz & Angelo, 2011).

Essas recomendações estimularam uma maior conscientização dos gestores políticos e dos profissionais de saúde para as especificidades da criança, levando à produção de leis, normas e definição de estratégias mais humanizadas para a assistência à criança hospitalizada. Na carta dos direitos da criança hospitalizada está consagrado o direito da criança hospitalizada ter os pais ou seus substitutos junto dela dia e noite, independente da sua idade. Estes devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que possam participar ativamente nos cuidados à criança (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

1.1 ASSISTÊNCIA À CRIANÇA EM CABO VERDE

Em Cabo Verde está consagrada na Constituição da República, como prioridade a proteção dos direitos da criança e do adolescente e o atendimento das suas necessidades básicas. Assim, no seu artigo 73º, determinou que todas as crianças têm direito à proteção da família, da sociedade e dos poderes públicos, com vista ao seu desenvolvimento integral. Ainda, na alínea a) do mesmo artigo recomenda incentivar a participação da comunidade nos diversos níveis dos serviços de saúde (República de Cabo Verde, 2010).

No que se refere à hospitalização, o estatuto da criança e adolescente de Cabo Verde (ECA), no seu artigo 42º, da lei nº 50 /VIII/ (2013) determina que a criança ou adolescente em caso de internamento em estabelecimentos de saúde, deve ser-lhe permitido e assegurado condições para a permanência de um dos progenitores ou outro membro da família, junto da criança ou do adolescente (Ministério da Juventude, 2014).

Em 2011, foi aprovada na reunião do Conselho Nacional de Saúde “a carta de direitos e deveres dos doentes”, que determina entre outros direitos do doente, o direito à informação sobre o seu estado de saúde e participação nas decisões que dizem respeito à sua saúde (Ministério da Saúde, 2011). De realçar que em Cabo Verde, a presença dos pais ou familiares no internamento da criança não era institucionalizada até a aprovação da lei do ECA.

Não foi aprovada ainda em Cabo Verde, a carta dos direitos da criança hospitalizada, que determina com precisão os direitos da criança nesta condição.

No entanto, vários fatores contribuíram para a presença da família no internamento das crianças, tendo sido um deles a falta de profissional de enfermagem para vigiar as crianças internadas sobretudo nos hospitais regionais, centros de saúde e postos sanitários nas zonas rurais. Uma iniciativa que teve um efeito benéfico para a presença da família no internamento das crianças foi a introdução do Hospital Amigo da Criança em 1997, com o intuito de promover o aleitamento materno, criando as condições para a permanência das mães na enfermaria durante o internamento dos seus filhos. Embora as famílias tivessem a oportunidade de permanecer dentro do hospital, consideramos que elas não eram e ainda não são suficientemente envolvidas nos cuidados às crianças hospitalizadas.

2. NOVO PARADIGMA NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA

A assistência à criança hospitalizada, transitou-se de um modelo em que as crianças eram internadas em hospitais indiferenciados e tratadas exclusivamente por profissionais de saúde, para um contexto em que os pais acompanham a criança e assumem um papel ativo na prestação de cuidados, juntamente com os profissionais de saúde (Ribeiro, et al., 2017).

Os modelos e paradigmas que orientam os cuidados de saúde atuais, têm levado a mudanças significativas na prestação de cuidados de saúde mais humanizados tanto para a criança como para a população em geral. No que concerne aos cuidados da criança hospitalizada, estes sofreram modificações consideráveis ao longo dos tempos, decorrentes do desenvolvimento de um sistema de serviços especializados na assistência à criança, o que contribuiu para a mudança de filosofia de cuidados pediátricos, mais humanizados (Lopes, 2012).

Os profissionais capacitam os familiares, criando oportunidades para que todos os membros da família possam revelar as suas aptidões e competências atuais, e adquiram novas, de forma a empoderá-las para a tomada de decisões e participação nos cuidados de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

O modelo de parceria de cuidados de enfermagem é uma abordagem holística da criança e família, apoiada em valores como o respeito, a comunicação, a partilha de informação e a empatia, entre enfermeiros e utentes, em que a família é vista como prestadora de cuidados de saúde (Casey, 1993, referido por Melo, 2011). A parceria de cuidados é reconhecida como essencial no processo de hospitalização da criança, trazendo benefícios tanto para a criança e família como para a equipa de profissionais de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010a), o modelo conceptual subjacente à prática da enfermagem pediátrica, focaliza-se nas respostas às necessidades da criança e da sua família. Reconhece a criança como um ser vulnerável, e os pais como principais prestadores de cuidados.

A principal finalidade do modelo de parceria de cuidados de enfermagem é satisfazer as necessidades das famílias e das crianças, com a intervenção mínima dos enfermeiros. O conhecimento e as informações que as famílias possuem, relativas à criança, faz com que se tornem peritos na prestação dos cuidados à criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para que esta parceria seja possível é crucial que a equipa de enfermagem partilhe conhecimentos e realize ensinamentos às famílias de modo que estas se tornem capazes de realizar os cuidados à criança (Collet, 2012). Deste modo, este modelo constitui uma filosofia de cuidados de enfermagem que reconhece e valoriza a importância da família para a manutenção do bem-estar da criança. Este modelo recomenda a não existência de fronteiras entre os cuidados prestados pelos pais e os cuidados prestados pelos enfermeiros. Recomenda a negociação entre os envolvidos na prestação de cuidados, de forma a promover o desenvolvimento conjunto de ações que vão contribuir para o completo bem-estar da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os enfermeiros são responsáveis pela orientação e ensino à família e criança de modo a que estas possam ser envolvidas na tomada de decisão e nos tratamentos. Também são responsáveis pela negociação dos cuidados com as famílias (Melo, Ferreira, & Lima, 2014). Nesta perspetiva de aprendizagem e negociação, os enfermeiros exploram a melhor forma de envolver a família, de modo que a sua participação seja benéfica na recuperação de saúde da criança e na continuidade dos cuidados pós alta (Hockenberry & Wilson, 2006). Sendo assim, em pediatria, enfermeiros e pais devem trabalhar para o mesmo objetivo, para garantir o bem-estar da criança e da família.

3. EFEITOS DA HOSPITALIZAÇÃO NA CRIANÇA E FAMÍLIA

O Hospital surge da palavra hospitalidade, mas, para as crianças muitas vezes representa, um local desconhecido, com normas e rotinas diferentes, o que gera sentimentos de tristeza, solidão e separação dos seus entes queridos. Para Santos et al. (2011), o hospital configura um ambiente despersonalizado, regulado por ações mecanizadas e desconhecidas que preenchem cada momento da estadia da criança e família. Além disso, a hospitalização compromete o cotidiano da família, tendo em conta a necessidade da presença constante da família durante o processo de hospitalização (Santos, et al., 2011).

Segundo a carta do direito da criança hospitalizada, a hospitalização da criança só deve ocorrer quando os cuidados necessários para a recuperação da saúde da criança não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia (IAC, 2008). Esse regulamento, aprovado em vários hospitais do mundo, salvaguarda o direito das crianças em situação de doença, facilita a vida das famílias, que podem cuidar da criança doente sem sair da sua rotina. Tendo em conta que nem sempre é possível tratar da criança doente sem sair do seu ambiente familiar, a hospitalização é uma realidade muitas vezes traumática, que a criança e a sua família têm que enfrentar.

A hospitalização é com frequência uma das primeiras crises que a criança tem de enfrentar e representa, um dos principais factores de estresse com os quais ela se depara (Hockenberry & Wilson, 2014). Os principais fatores do estresse da hospitalização inclui a separação, a perda de controle, lesão corporal e dor, provocados pela mudança brusca da rotina diária da criança, sendo que ela é afastada de seu lar, dos seus pertences, e dos familiares (Kokab, Basiri-Moghaddam, Sadeghmoghaddam., & Ahmadi, 2011; Bsiri-Moghaddam, Basiri-Moghaddam, Sadeghmoghaddam, & Ahmadi, 2011).

Durante hospitalização a criança pode apresentar mal-estar, dor, irritação, distúrbios do apetite e do sono, intensificação do apego, insegurança, ansiedade de separação, comportamento regressivo e passividade (Angelo, et al., 2014). A criança e sua família depara-se com uma experiência nova, uma situação desconhecida a ser enfrentada com rotinas diferentes, num ambiente distinta do habitual (Hockenberry & Wilson, 2006).

Para a família, a hospitalização da criança provoca alteração no seu cotidiano, gerando instabilidade e um elevado desequilíbrio na funcionalidade das suas atividades (Lima, Rocha, & Scochi, 1999). Para Jorge (2014) constitui um processo que provoca modificações na dinâmica familiar e rompe com o estilo de vida habitual, o que exige reorganização das atividades familiar, pois implica deslocções frequentes, aumento das despesas, faltas ao trabalho e ausência do lar. Revela uma situação geradora de stress e de sentimentos de angústia, impotência, preocupação e incerteza, capaz de afetar o desempenho do papel parental (Hockenberry & Wilson, 2014).

4. IMPORTÂNCIA DO ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

O envolvimento e a participação da família nos cuidados à criança sã ou doente, são amplamente reconhecidos como das melhores práticas de enfermagem pediátrica e condição essencial para a saúde e o bem-estar da criança (Pedro, 2009). Os estudos acerca do envolvimento das famílias nos cuidados à criança já vêm sendo desenvolvidos há muito tempo, contudo, só a partir do final dos anos 80, o termo parceria começa a merecer atenção por parte dos enfermeiros de pediatria, (Mendes & Martins, 2012).

Sendo a família considerada como uma referência quanto se trata de cuidados humanizados em pediatria; é a “estrutura” principal de saúde na qual a criança recebe os cuidados fundamentais para o seu bem-estar (Hockenberry & Wilson, 2006). Ao participar nos cuidados à criança, sente-se parte integrante da equipa, facilitando a manutenção dos laços familiares e o planeamento de cuidados (Jorge, 2014).

A criança necessita dos cuidados da família em todo o seu processo de desenvolvimento, em todos os contextos que se encontra, mesmos quando se trata de hospitalização. O processo de promoção da saúde e prevenção da doença, começa com os cuidados prestados pela família, que tem um papel essencial na proteção da saúde dos seus membros, e no apoio para recuperação da saúde dos mesmos (Fernandes, Gomes, Martins, Gomes, & Gonçalves, 2015).

A participação da família nos cuidados à criança hospitalizada, assegura o conforto, transmite segurança, satisfaz as funções fisiológicas de alimentação e oferece contato pele a pele e olho a olho, essenciais para a promoção do desenvolvimento emocional saudável da criança (Brassolatti & Veríssimo, s.d.). Por isso, é necessário, que as famílias sejam apoiadas e empoderadas pelos enfermeiros, para que possam adquirir habilidades e competências nos cuidados de saúde, tendo em conta o significado da sua colaboração para o bem-estar da criança.

As habilidades aprendidas pela família durante a hospitalização da criança é um aspeto que possibilita uma aproximação entre a experiência de doença, a situação familiar e o

processo de cuidar, o que permite ao enfermeiro, planejar intervenções capazes de responder às necessidades da criança, levando em conta a capacidade individual de cada membro da família (Silveira, Angelo, & Martins, 2008). A interação complexa entre necessidades de proporcionar o bem-estar da criança em situação de doença com o envolvimento da família nos cuidados, criam um contexto para a assistência de enfermagem pediátrica (Brassolatti & Veríssimo, s.d.).

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem, o conceito de pessoa é considerado nesta área de especialidade sob o binómio: criança/jovem e família. A criança para suprimir as suas necessidades, e ter um desenvolvimento saudável, dependente dos cuidados da família, até adquirir capacidades e conhecimentos que lhe permita ser cada vez mais independente até alcançar a sua autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Em Pediatria, é reconhecido atualmente a importância da permanência e participação da família, para a prestação dos cuidados mais humanizados. A enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir a família nos cuidados de saúde e fornece-lhe apoio profissional com vista a melhorar a sua capacidade de participar nos cuidados de saúde da criança (Collet, 2012).

5. ATITUDE DO ENFERMEIRO FACE À FAMÍLIA

Atitude é o modo de se comportar, agir ou reagir, motivado por uma disposição interna ou por uma razão determinada. Uma atitude envolve um componente afetivo, cognitivo e comportamental, sendo considerada uma resposta a um estímulo (Angelo, et al., 2014). É um constructo que se tenta avaliar através da expressão favorável ou desfavorável, o que mostra que as atitudes não são diretamente observáveis. (Lima, como referido por Zanella e Torres, 2012).

A palavra atitude é originária do latim *aptitudīne*, e do francês *attitude*, que significa a forma de agir, modo de proceder ou demonstrar de uma intenção, que pode ser definida como uma disposição interna da pessoa, que se traduz em reações emotivas que são assimiladas e posteriormente experimentadas (Sousa, 2011).

Uma atitude envolve um componente afetivo, cognitivo e comportamental, sendo considerada uma resposta a um estímulo. A presença da família durante a hospitalização da criança, é o estímulo necessário para desencadear atitudes que o enfermeiro pode assumir, tendo em conta os componentes afetivos, cognitivos e comportamentais (Angelo, et al., 2014).

A qualidade de interação entre o enfermeiro e a família dos utentes, são influenciadas pelas atitudes do enfermeiro sobre a importância da inclusão da família nos cuidados de enfermagem (Benzein, Johansson, Franzén, & Saveman, 2008a). A valorização dos conhecimentos, das crenças e do poder de decisão da família nos cuidados à criança, é considerada como uma atitude positiva do enfermeiro. As relações que o enfermeiro estabelece com a família durante a hospitalização, aliada à escuta e comunicação qualificada, favorecem o envolvimento e a participação da família nos cuidados (Mendes & Martins, 2012). Segundo Collet (2012), a interação terapêutica entre criança, família e enfermagem pode contribuir para capacitar e dar autonomia à criança/família, além de contribuir para a construção de uma nova forma de organização, direcionada para os cuidados humanizados.

Os enfermeiros que apresentam atitudes favoráveis à presença da família no ambiente hospitalar mostram-se mais sensíveis à participação da família nos cuidados, reconhecendo a importância da comunicação entre a equipa de enfermagem e a família (Rodrigues, 2013). Para Hockenberry e Wilson (2014), atitudes negativas dos enfermeiros em relação à parceria dos pais podem criar barreiras às relações de trabalho colaborativo. Quando os enfermeiros apreciam a importância da ligação contínua pais-filhos é promovido um ambiente que incentiva os pais a participarem nos cuidados prestados ao seu filho.

Pesquisas sobre as atitudes dos enfermeiros em relação à participação da família identificaram vários fatores que influenciam o grau de participação da família no cuidado de criança hospitalizada. A falta de comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde e os pais mostrou ser uma barreira à participação dos pais nos cuidados. Os enfermeiros temem a perda de autoridade associada ao aumento da participação dos pais nos cuidados à criança (Daneman, Macaluso, & Guzzetta, 2003).

Outros factores foram identificados, incluindo no continente africano onde os cuidados de enfermagem são influenciados por varios fatores, como relatados por Halsted et al., (2014) no seu estudo na Africa do Sul. Os autores referem um atendimento deficiente ao paciente e má moral entre os enfermeiros, os quais justificaram a falta de cuidado com os pacientes, citando ainda o estresse e o *burnout* devido à escassez de pessoal e sobrecarga de trabalho.

A falta de compreensão clara dos conceitos envolvidos na prestação de cuidados, instalações precárias e falta de enfermeiros adequadamente qualificados para cuidar de crianças doentes, desmotivação e o salário precário têm sido destacadas como outras razões que impedem a promoção da participação da família nos cuidados (Hughes & Dollabele, 2007).

Esta questão torna-se mais crítica quando existe despreparo e desconhecimento dos enfermeiros associados a determinadas situações ou patologias onde o estigma e a discriminação ainda são grandes, como o HIV Sida, que continua a ser uma patologia muito prevalente no continente africano e nos países em desenvolvimento.

As experiências dos enfermeiros destacam alguns dos desafios que também precisam ser enfrentados após mudanças políticas e práticas para apoiar os cuidados centrados na Família. Os enfermeiros descreveram a sua falta de habilidades e conhecimentos sobre

como equilibrar o cuidado com a criança gravemente doente e a família, ao mesmo tempo, num ambiente altamente complexo como as Unidades de Cuidados Intensivos (Coats, et al., 2018).

Por outro lado, nos estudos de Mohammed, Mohammed e Salem (2013) e Chaves, et al., (2017) verificou-se que enfermeiros pediátricos com mais anos de experiência e com maior qualificação educacional tiveram atitude mais positiva em relação à presença das mães durante os procedimentos de enfermagem invasivos realizados para seus filhos.

Nesse contexto, os enfermeiros mais novos na profissão precisam ser orientados, o que se torna difícil, no contexto dos cuidados, na presença da família. Uma forma de gerir essas consequências é criar um sistema de apoio necessário para os enfermeiros que se sentem vulneráveis quando deixados sozinhos com membros da família que os confrontam sobre o seu estilo de prática ou que apresentam comportamentos mais ameaçadores (Coats, et al., 2018).

II PARTE- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

6. METODOLOGIA

A metodologia corresponde ao conjunto de métodos e técnicas que conduzem a elaboração do processo de investigação, fazendo parte do relatório, e que descreve os métodos e técnicas utilizados no quadro dessa investigação (Fortin M. F., 2009).

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, com análise quantitativa dos dados. De acordo com Creswell, (2010) “o método quantitativo é um meio para testar teorias objetivas, examinando a relação entre as variáveis. “O investigador define as variáveis de forma operacional, recolhido metodicamente dados verificáveis junto dos participantes e analisa-os com ajuda de técnica estatística” (Fortin M. F., 2009)

6.2 OBJECTIVO E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Creswell (2010), “a declaração de objetivo indica por que você quer fazer o estudo e o que pretende atingir” (p. 142). Os objetivos, apresentam a intenção ou as principais ideias de uma proposta ou estudo. Essa ideia cria uma necessidade (o problema) e é refinada em questões específicas de pesquisa.

6.2.1 Objetivos do estudo:

- Identificar as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada;
- Verificar a relação entre as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada e as variáveis sociodemográficas e profissionais.
- Verificar a relação entre atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada e o conhecimento dos mesmos sobre o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

6.3 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

- Quais as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada?
- Qual a relação entre as atitudes dos enfermeiros, as variáveis sociodemográficas e profissionais e os conhecimentos que estes têm sobre o modelo de parceria de cuidados?

6.4 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Para concretizar os objetivos e responder às questões de investigação definidas para este estudo, considerou-se as seguintes variáveis para este estudo:

Variável independente- dados sociodemográficos e profissional dos enfermeiros

- Sexo: masculino ou feminino;
- Idade: em número de anos de cada participante;
- Habilitações Académicas: Bacharelato, Mestrado, Licenciatura, Doutoramento;
- Categoria Profissional: enfermeiro estagiário, enfermeiro geral, enfermeiro graduado e enfermeiro principal;
- Experiência Profissional: indica o número de meses e anos de experiência como enfermeiro, de cada participante;
- Tempo de exercício profissional na área de pediatria: indica o número de meses e anos de experiência profissional em serviços exclusivamente de pediatria, de cada participante;
- Serviço de Pediatria onde o enfermeiro exerce função: enfermaria, serviço de urgência ou neonatologia;
- Hospital onde o enfermeiro exerce função: pode ser o hospital central ou o hospital regional;

E uma questão dicotómica” Conhece o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey?” com possibilidade de resposta “sim” ou “não”.

Variável dependente: atitudes dos enfermeiros

Para avaliar as atitudes dos enfermeiros, utilizou-se a escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem- Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE- AE). A escala foi

traduzida e validada para português, a partir da escala original denominada de Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes” (Oliveira, et al., 2011).

Trata-se de uma escala de autopreenchimento, do tipo Likert, composta por 26 itens, com quatro opções de respostas (1- discordo completamente, 2- discordo, 3- concordo e 4- concordo completamente), equivalendo cada opção de resposta a um score de 1 a 4, sendo 1 discordo completamente e 4 concordo completamente. O peso de score de cada item é igual, sendo que cada resposta vale de 1 a 4 pontos. Assim, a escala contendo 26 itens, varia o seu score total entre 26 a 104 pontos. Os 26 itens da escala foram organizados em três dimensões: 1- “família como parceiro dialogante e recurso de coping” com 12 itens, cujo o escore varia entre 12 a 48 pontos; 2- “família como recurso dos cuidados de enfermagem” com 10 itens, cujo o escore varia entre 10 a 40 pontos; 3- “família como um fardo” com 4 itens, cujo score varia entre 4 a 16 pontos. Quanto maior o escore obtido nas duas primeiras dimensões e menor for o escore obtido na terceira dimensão, mais importância atribuem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja, revelam mais atitudes de suporte (Angelo, et al., 2014). Na interpretação global da escala, pode-se considerar que quanto maior for o score obtido, maior é a atitude de suporte dos enfermeiros, ou seja, atribuem mais importância às famílias na participação nos cuidados de enfermagem (Oliveira, et al., 2011).

O quadro 1 representa as dimensões, os itens e scores da escala IFCE-AE. Em função do valor do scoror encontrado, definimos três categorias para classificar as atitudes dos enfermeiros: de 26 a 52 pontos não dão importância à família – **atitude negativa**; de 52 a 78 pontos dão importância à família- **atitude positiva**; de 78 a 104 – dão muita importância à família- **atitude muito positiva**.

Quadro 1- Representação da escala IFCE-AE

	ESCALA TOTAL COMPOSTA POR 26 ITENS SUBDIVIDIDOS EM 3 DIMENSÕES	SCORE POR ITEM
1ª- DIMENSÃO	ITENS (12 ITENS)	SCORE (12 A 48)
1- FAMÍLIA: PARCEIRO	4. OS MEMBROS DA FAMÍLIA DEVEM SER CONVIDADOS A PARTICIPAR ATIVAMENTE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS AO UTENTE.	1- DISCORDO COMPLETAMENTE

	<p>6. NO PRIMEIRO CONTATO COM OS MEMBROS DA FAMÍLIA, CONVIDO-OS A PARTICIPAR NAS DISCUSSÕES SOBRE O PROCESSO DE CUIDADOS AO UTENTE.</p> <p>9. DISCUTIR COM OS MEMBROS DA FAMÍLIA SOBRE O PROCESSO DE CUIDADOS NO PRIMEIRO CONTATO; POUPA-ME TEMPO NO MEU TRABALHO FUTURO.</p> <p>12. PROCURO SEMPRE SABER QUEM SÃO OS MEMBROS DA FAMÍLIA DO UTENTE</p> <p>14. CONVIDO OS MEMBROS DA FAMÍLIA A CONVERSAR DEPOIS DOS CUIDADOS.</p> <p>15. CONVIDO OS MEMBROS DA FAMÍLIA A PARTICIPAR ATIVAMENTE NOS CUIDADOS AO UTENTE</p> <p>16. PERGUNTO ÀS FAMÍLIAS COMO AS POSSO APOIAR.</p> <p>17. ENCORAJO AS FAMÍLIAS A UTILIZAREM OS SEUS RECURSOS PARA QUE DESSA FORMA POSSAM LIDAR MELHOR COM AS SITUAÇÕES.</p> <p>18. CONSIDERO OS MEMBROS DA FAMÍLIA COMO PARCEIROS</p> <p>24. CONVIDO OS MEMBROS DA FAMÍLIA A OPINAR QUANDO DO PLANEAMENTO DOS CUIDADOS.</p> <p>24. CONVIDO OS MEMBROS DA FAMÍLIA A OPINAR QUANTO AO PLANEJAMENTO DOS CUIDADOS.</p> <p>25. VEJO-ME COMO UM RECURSO PARA AS FAMÍLIAS, PARA QUE ELAS POSSAM LIDAR O MELHOR POSSÍVEL COM A SUA SITUAÇÃO.</p>	
2ª DIMENSÃO	ITENS (10 ITENS)	SCORE (10 A 40)
FAMÍLIA: RECURSO DE CUIDADOS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	<p>1. É IMPORTANTE SABER QUEM SÃO OS MEMBROS DA FAMÍLIA DO UTENTE.</p> <p>3. UMA BOA RELAÇÃO COM OS MEMBROS DA FAMÍLIA DÁ-ME SATISFAÇÃO NO TRABALHO.</p> <p>5. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA É IMPORTANTE PARA MIM COMO ENFERMEIRA(O).</p> <p>7. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA DÁ-ME UM SENTIMENTO DE SEGURANÇA.</p>	<p>1- DISCORDO COMPLETAMENTE, 2- DISCORDO, 3- CONCORDO 4- CONCORDO COMPLETAMENTE</p>

	10. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA ALIVIA A MINHA CARGA DE TRABALHO.	
	11. OS MEMBROS DA FAMÍLIA DEVEM SER CONVIDADOS A PARTICIPAR ATIVAMENTE NO PLANEAMENTO DOS CUIDADOS A PRESTAR AO UTENTE.	
	13. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA É IMPORTANTE PARA OS MESMOS.	
	20. O MEU ENVOLVIMENTO COM AS FAMÍLIAS FAZ-ME SENTIR ÚTIL.	
	21. GANHO MUITOS CONHECIMENTOS VALIOSOS COM AS FAMÍLIAS, QUE POSSO UTILIZAR NO MEU TRABALHO.	
	22. É IMPORTANTE DEDICAR TEMPO ÀS FAMÍLIAS.	
3ª DIMENSÃO	ITENS (4)	SCORE (4 A 16)
FAMÍLIA: FARDO	2. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA DIFICULTA O MEU TRABALHO.	1- DISCORDO COMPLETAMENTE, 2- DISCORDO, 3- CONCORDO 4- CONCORDO
	8. NÃO TENHO TEMPO PARA CUIDAR DAS FAMÍLIAS.	
	23. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA FAZ-ME SENTIR QUE ME ESTÃO A AVALIAR.	
	26. A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA DEIXA-ME EM ESTRESSE.	

Fonte: (Oliveira, et al., 2011)

6.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população é escolhido para representar uma determinada população. Possibilita estimar, de forma precisa, as características de uma população através da informação obtida junto da amostra (Fortin M. F., 2009).

A população alvo é formada pelo conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente (Fortin M. F., 2009). A população alvo escolhido para este estudo, são os enfermeiros que trabalham nos serviços de pediatria e neonatologia na ilha de Santiago em Cabo Verde.

A população acessível é a porção da população alvo a que se pretende aceder. Tanto quanto possível, ela deve ser representativa da população alvo (Fortin M. F., 2009). A População acessível para o presente estudo são os todos enfermeiros que trabalham nos serviços de pediatria e neonatologia no hospital central e regional na ilha de Santiago em

Cabo Verde. Esses serviços são os maiores da ilha de Santiago, com maior número de enfermeiros na área de pediatria.

6. 6 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DO ESTUDO

6.6.1 Hospital Agostinho Neto (HAN)

O Hospital Agostinho Neto é uma entidade pública, sob a direção do Ministério da Saúde, a maior estrutura hospitalar de Cabo Verde, Localiza-se no centro histórico da cidade da Praia, na região Sudeste da ilha de Santiago, ocupando uma área de aproximadamente 16.832m². Oferece assistência integral no domínio da saúde, prestando cuidados de saúde diferenciados ao nível secundário e terciário à população residente na região sul da ilha de Santiago, e serve de referência para toda as ilhas de Sotavento e em alguns casos excepcionais para outra Ilhas de Barlavento (Hospital Agostinho Neto, 2017).

O serviço de pediatria do HAN, é um serviço polivalente que abrange todas as especialidades de pediatria. É composto pelo setor de urgência e enfermaria. Atende crianças de zero aos doze anos de idade e dispõe de 60 camas no internamento e 21 camas no Internamento de curta duração na urgência. Existe ainda um serviço de neonatologia cujo serviço está integrado na maternidade, com uma capacidade de 15 camas.

6. 6. 2 Hospital Regional Santiago Norte

Hospital Regional Santiago Norte (HRSN), é um serviço autónomo do Ministério, está situado no Concelho de Santa Catarina, fazendo parte integrante da Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), onde desempenha o papel relevante na prestação de saúde à população da região norte da ilha de Santiago, que de acordo com o censo 2010, representa 1/3 da população de Cabo Verde (Pró-Saúde, 2011).

HRSN é um hospital de média complexidade, de nível secundário com 90 camas, recebem crianças de zero a 10 anos de idade, com necessidades de internamento nas várias especialidades. O número de internamentos entre 2008 a 2010, aumentou de 394 para 601, tempo médio de 6,41dias e uma taxa de ocupação de 48,03% (Pró-Saúde, 2011).

6.7 TIPO DE AMOSTRAGEM

Processo de amostragem: é não probabilística e intencional. Foram incluídos no estudo 55 enfermeiros, correspondendo à totalidade dos enfermeiros que exercem funções nos

serviços de pediatria (enfermarias e urgência) e neonatologia dos hospitais central e regional, na Ilha de Santiago, Cabo Verde. Os critérios de inclusão na amostra foram mostrar disponibilidade para participar no estudo e exercerem funções num dos referidos serviços. Todos os enfermeiros concordaram em participar livremente no estudo, após terem lido e assinado o consentimento informado. Os dados foram recolhidos num período de dezembro de 2019 a janeiro de 2020.

6.8 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada através de autopreenchimento de um questionário estruturado constituído por duas partes: A primeira parte corresponde as questões sobre variáveis sociodemográfica e profissional, com vista a caracterizar os enfermeiros de pediatria e neonatologia e uma questão dicotómica para avaliação do conhecimento da amostra acerca do modelo de parceria de cuidados, com possibilidade de resposta “sim” ou “não”, e na segunda parte uma escala que mede as atitudes dos enfermeiros “A importância dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE) versão portuguesa (Oliveira, et al., 2011).

A IFCE-AE é uma escala tipo likert, que resultou da adaptação transcultural da escala desenvolvida na Suécia “Families’ Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes” (FINC-NA) por Benzein et al., (2008a) e é tida como “um instrumento promissor para a avaliação das atitudes dos enfermeiros face à importância da família para os cuidados de enfermagem nos contextos de prática clínica.” (Oliveira, et al., 2011, p. 1336).

6.8.1 Consistência interna da escala IFCE-AE

Para analisar a consistência interna estimada no nosso estudo, utilizamos o coeficiente Alfa de Cronbach, por ser habitualmente utilizada quando existem escalas de score tipo Likert ((Maroco & Marques, 2006). A consistência interna da escala total do nosso estudo é boa (alfa de Cronbach de 0,90), sendo maior que a escala IFCE-AE, o que confirma a fiabilidade da escala. Os itens correlacionaram-se com os resultados das dimensões a que pertencem e com o total da escala, com valores aceitáveis. Na Tabela 1 pode-se comparar a escala IFCE-AE da versão portuguesa da escala, com o nosso estudo, bem como o cálculo de fidelidade das várias dimensões.

Tabela 1- Análise de fidelidade dos resultados do estudo e comparação com a escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	α Cronbach (escala IFCE-AE)	α Cronbach (estudo atual)
Família como um parceiro dialogante e recurso de coping	0,90	0,89
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	0,84	0,86
Família como um fardo	0,49	0,27
α Cronbach da Escala total	0,87	0,90

6.8.2 Procedimentos de recolha de dados

O procedimento de colheita de dados incluiu a aplicação do pré-teste e a colheita de dados em si mesma. O pré-teste consiste na aplicação do instrumento de colheita de dados a um reduzido número de amostra, que espelha a diversidade da população a ser estudada. Permite identificar possíveis falhas de estrutura, testar a sua eficácia, de forma a confirmar que o instrumento seja realmente aplicável com êxito. Permite detetar erros de construção, possibilidade de indução de respostas ou dúvidas de preenchimento, com vista a um reajustamento ou correção antes da aplicação final (Fortin M. F., 2009).

Foi realizado o pré-teste em seis enfermeiros e duas auxiliares de enfermagem no sentido de verificar se não haveria a necessidade de fazer algumas adaptações linguísticas. Tendo em conta que a escala “IFCE-AE” foi adaptada culturalmente para a população portuguesa, entendemos que fazia sentido testar se haveria necessidade de fazer algumas mudanças, tendo em conta as diferenças culturais entre Portugal e Cabo Verde, embora se fale a mesma língua, oficialmente. No entanto, os participantes não tiveram qualquer dificuldade na compressão e preenchimento da escala.

A colheita de dados foi realizada no período compreendido entre dezembro de 2019 a janeiro de 2020. De realçar que o processo de colheita de dados mereceu a disponibilidade das enfermeiras chefes, que para além de participaram no estudo, nos acolheram e permitiram a nossa permanência para esclarecer os enfermeiros dos objetivos do estudo.

6.9 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Na investigação científica, quaisquer que sejam os aspetos estudado que envolve atividade humana, devem ser orientadas no respeito dos direitos da pessoa. “As decisões

conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência” (Fortin M. F., 2009, p. 180) Por esta razão, o investigador tem por dever agir de acordo com os princípios éticos e em conformidade com os mesmos.

O presente estudo, foi conduzida de acordo com o princípio do respeito da autonomia e dignidade da pessoa, respeitando os padrões éticos. Ao longo do processo desta investigação, foram respeitados com rigor todos os princípios éticos e morais. O projeto foi submetido à autorização formal do Diretor Nacional da Saúde, e das direções dos Hospitais (Central e Regional), da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) conforme a autorização nº 66/2019, do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) sob a deliberação nº 77/2019 e da Comissão de Ética da ESEnfC.

Os participantes colaboraram no preenchimento do questionário, após terem sido informados e esclarecidos sobre a natureza e objetivos do estudo e assinaram o consentimento informado. Foi lhes assegurado o anonimato e confidencialidade das respostas e o direito de abandonar a colaboração, a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

6.10 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Na análise de dados foi utilizado o programa Statistics Package for Social Sciences (SPSS) versão 21. Para dar resposta aos objetivos inicialmente definidos foi utilizada a estatística inferencial com a aplicação de testes paramétricos, uma vez que se aplicou, no cálculo da normalidade das amostras, o Teorema do Limite Central, em que $n > 30$, assumindo-se que a distribuição da média amostral é aproximadamente normal (Pestana & Gageiro, 2008). Paralelamente foram utilizados os cálculos das frequências absolutas e relativas, para a análise descritiva dos dados e foi calculada a Média, Mediana e Desvio-padrão.

Os testes paramétricos utilizados foram os testes T de Student e a análise de variância One-Way ANOVA. A análise de variância One-Way ANOVA permite calcular a diferença entre médias de mais de três grupos independentes, nomeadamente diferenças nas médias das respostas à variável “Idade”, “Categoria Profissional”, “Experiência Profissional”, “Tempo de Experiência em Pediatria” e “Serviço de Pediatria onde exerce função” quando cruzado com as dimensões da escala (Pais Ribeiro, 2007, Pestana & Gageiro, 2008).

Para determinar a diferença entre as médias das respostas das variáveis “Sexo”, “Hospital onde exerce função” e “Conhece o modelo de Pediatria de Anne Casey” respeitando o nível global de significância de 0,05 ($p=0,05$), utilizou-se o Test-t student para duas amostras independentes, no cruzamento de dados com as dimensões da escala (Pais & Ribeiro, 2007; Pestana & Gageiro, 2008).

7- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados e a discussão dos resultados do estudo. Os resultados foram produzidos a partir dos dados recolhidos nos dois hospitais estudados, onde trabalham os enfermeiros na área de pediatria.

A amostra estudada é de 55 enfermeiros que trabalham nas enfermarias de pediatria, urgência de pediatria e neonatologia dos hospitais centrais e regionais da Ilha de Santiago em Cabo Verde.

A análise descritiva é um processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com auxílio de teste estatístico, com intuito de descrever as características da amostra e responder às questões de investigação (Fortin M. F., 2009).

7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional da população em estudo, os resultados obtidos são ilustrados na tabela 2, em frequências absolutas e relativas (%). Do total dos 55 enfermeiros inquiridos, verifica-se que a população estudada é maioritariamente do sexo feminino, com 94,5% da amostra.

Resultados idêntico quanto à distribuição dos enfermeiros por sexo foram encontrados em estudos semelhantes no Brasil, Portugal e Egito sobre a atitude dos enfermeiros face ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, utilizando a mesma escala.

Angelo et al., (2014) encontraram 94% de enfermeiros do sexo feminino num estudo envolvendo as atitudes dos enfermeiros nos cuidados de pediatria no Brasil. Oliveira et al., (2011) em Portugal no seu estudo sobre a validação da escala IFCE- AE, encontraram 88,2% enfermeiros do sexo feminino. No Egito a representação do sexo feminino era de 75 %, num estudo similar sobre a importância do envolvimento das famílias nos cuidados pediátricos (Tabet & Zaki, (2018).

A presença feminina no serviço de pediatria pode ser um fator favorável para a presença de atitudes de apoio às famílias. Alguns autores indicaram que as enfermeiras são mais predispostas para atitudes favoráveis à importância da família nos cuidados de

enfermagem (Benzein et al., 2008a). Este achado do nosso estudo, pode estar relacionado com o facto histórico da predominância do sexo feminino na profissão de enfermagem (Lopes, et al, 2005; Souza, Araújo, Silva & Bêrredo, 2014).

Em Cabo Verde, não nos foi possível encontrar informação para confirmar a nossa percepção, em como a maioria dos enfermeiros são do sexo feminino. No entanto podemos verificar que a maioria dos efetivos do Ministério da Saúde (67,8%), são do sexo feminino (Ministério da Saúde, 2015).

Quanto à idade, 61,8% dos inquiridos tinha mais de 30 anos, e a média de idades é de 35,0 anos com um desvio-padrão de 9,1 anos, sendo a idade mínima de 22 e a máxima de 54 anos. Resultado idêntico foram entrados por Oliveira et al. (2011) no estudo que valida a escala “IFCE-AE”, utilizada no nosso estudo.

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Sexo		
F	52	94,5
M	3	5,5
Idade		
[22 - 30 anos]	21	38,2
[31 - 40 anos]	18	32,7
Mais de 40 anos	16	29,1
Habilitação Académica		
Licenciatura	53	96,4
Bacharelato	2	3,6
Mestrado	0	0,0
Doutoramento	0	0,0
Categoria Profissional		
Enfermeiro Estagiário	11	20,0
Enfermeiro Geral	8	14,5
Enfermeiro Graduado	28	50,9
Enfermeiro Assistente	8	14,5
Tempo de Exercício Profissional na Área de Pediatria		
Até 1 ano	14	25,5
[2 - 5 anos]	17	30,9
[6 - 10 anos]	12	21,8
Mais de 10 anos	12	21,8
Experiência profissional		
Até 1 ano	9	16,4
[2 - 5 anos]	17	30,9
[6 - 10 anos]	12	21,8
Mais de 10 anos	17	30,9
Hospital onde exerce função		
Hospital Central	46	83,6
Hospital Regional	9	16,4

Serviço de Pediatria onde Exerce Função		
Enfermaria	18	32,7
Banco de Urgência	22	40,0
Neonatologia	15	27,3

Quanto às habilitações académicas, 96,4% referiram ter concluído a licenciatura e 3,6 % o Bacharelato. Cerca de metade, 50,9% dos inquiridos, referiram ter a categoria profissional de Enfermeiro Graduado. Embora a maioria dos enfermeiros tenham o nível de licenciatura, a especialização sobretudo na área de Pediatria é uma raridade.

Verificamos que os grupos de 2 a 5 anos de exercício profissional e o de mais de 10 anos são os que têm uma maior expressividade, ambos com 30,9% dos inquiridos. Analizando a tabela 2, verificamos que a maioria dos enfermeiros possuem menos de 10 anos de experiência profissional e 47,3% tem menos de 5 anos de experiência. A existência de uma maioria de profissionais com poucos anos de experiência profissional, poderia indiciar atitudes diferentes nos cuidados pois para alguns autores tais como Benzein (2008b), no seu estudo sobre esta problemática, revela que os enfermeiros com mais experiência profissional têm atitudes mais favoráveis ao envolvimento das famílias nos cuidados. Por outro lado, Angelo et al., (2014) no seu estudo num contexto semelhante, encontrou resultados diferentes, em que os enfermeiros com mais experiência profissional evidenciaram atitudes de menos suporte em relação à participação das famílias nos cuidados de enfermagem.

Quanto à experiência profissional na área de Pediatria, a maioria os enfermeiros (52,7%) tem até 5 anos de tempo de exercício como mostra o Quadro 1. No presente estudo, a maioria dos enfermeiros possuíam poucos anos de experiência na área de pediatria. Isto pode se justificar pela inexistência atual de enfermeiros com especialidade na área de pediatria, o que implica, provavelmente, mudanças frequentes de enfermeiros entre setores e pouco investimento na formação pós-graduada. Em 2013, dos 662 enfermeiros existentes em Cabo Verde só 3 possuíam uma especialidade de obstetrícia e nenhum na área de Pediatria (Ministério da Saúde, 2015).

Em relação ao Hospital onde exerce função, há uma predominância de indivíduos que trabalhavam no Hospital Central, 83,6%, sendo que 40% dos enfermeiros exerciam a sua função na urgência de pediatria. Em relação à maior percentagem dos enfermeiros estudados trabalharem no hospital central e nas urgências, pode-se justificar pelo facto de Hospital Central ter um maior número de efetivos (Ministério da Saúde, 2015).

7.2 CONHECIMENTO DO MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY

Quanto ao conhecimento do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, 65,5% dos enfermeiros da amostra referiram não conhecer esse modelo conceptual subjacente à prática da enfermagem pediátrica. Embora este conteúdo seja abordado no terceiro ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem em Cabo Verde, este resultado pode estar relacionado com a falta de prática, por não se aplicar esta abordagem nos serviços onde exercem as suas funções, o que poderá eventualmente levar ao esquecimento do conhecimento adquirido. Isto porque nos hospitais em Cabo Verde não existe um modelo de assistência de enfermagem padronizado. Pode ser também devido à falta de formação especializada na área de enfermagem pediátrica, o que possibilitaria aos enfermeiros aprofundar conhecimentos sobre esta temática.

Tabela 3- Conhecimento do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey

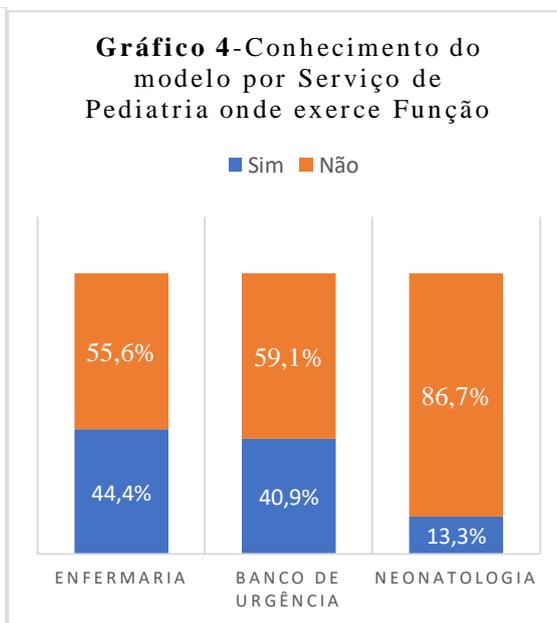
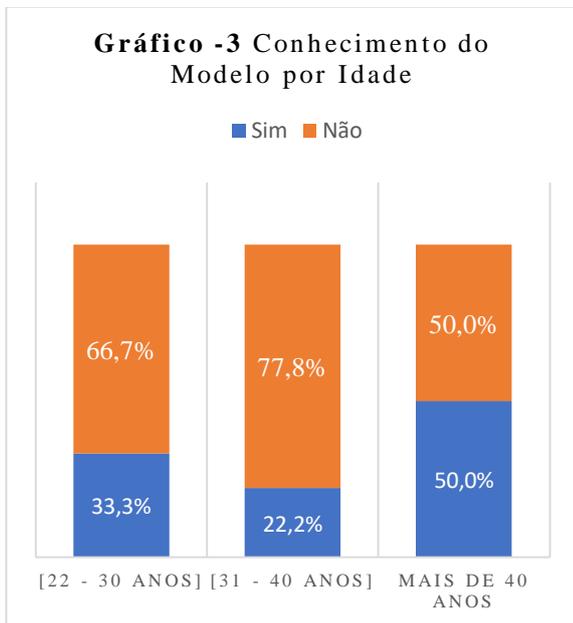
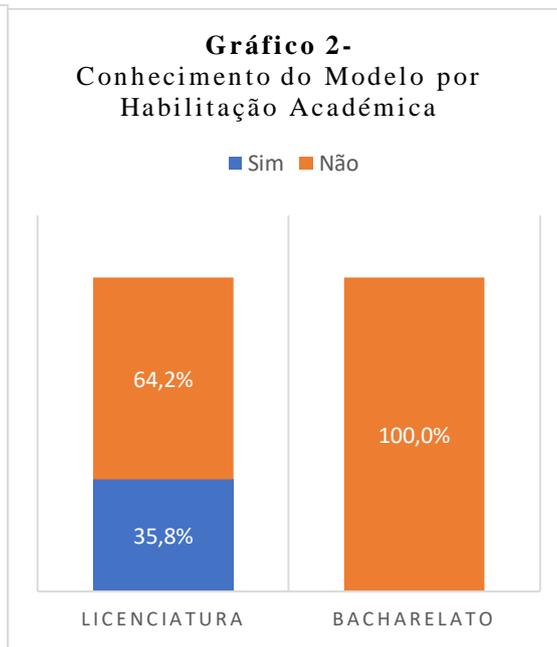
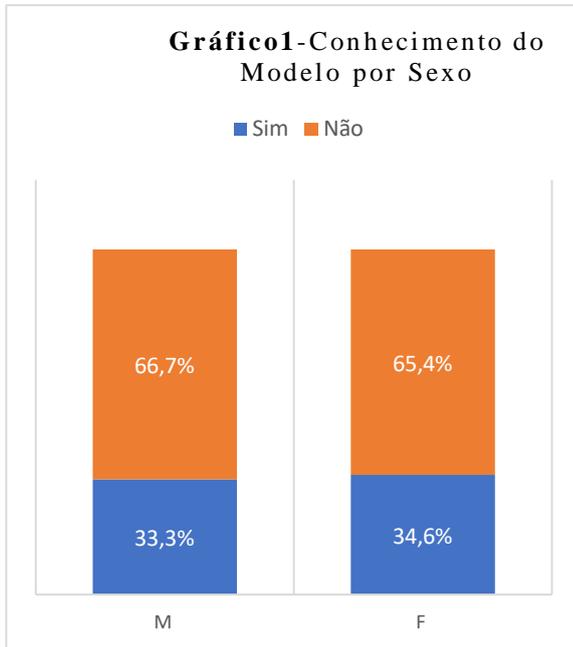
Conhece o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey	Frequência	Porcentagem
Sim	19	34,5%
Não	36	65,5%

Quanto às variáveis sociodemográficas e profissionais, os resultados são distribuídos conforme os gráficos abaixo apresentados.

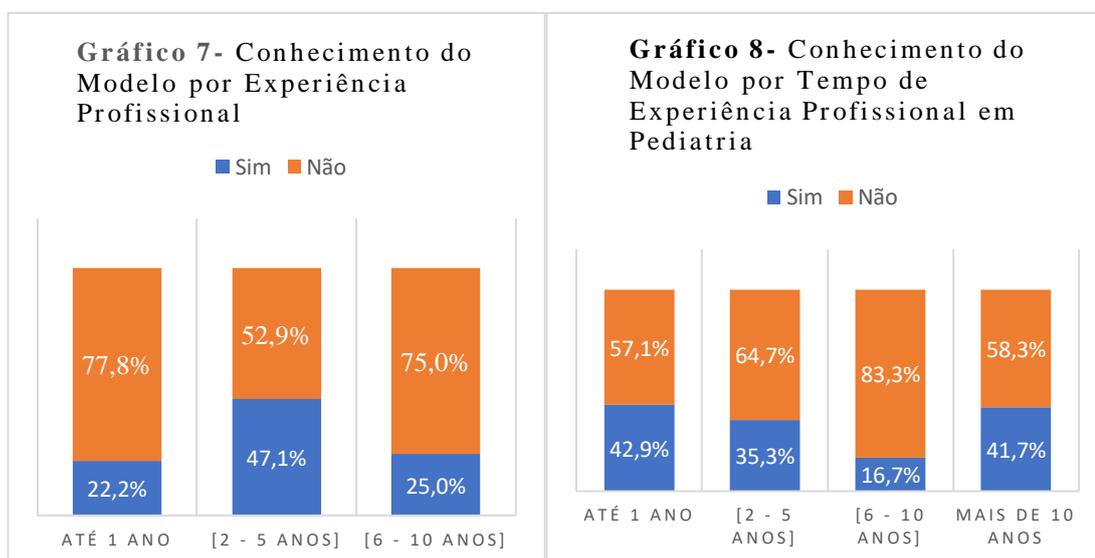
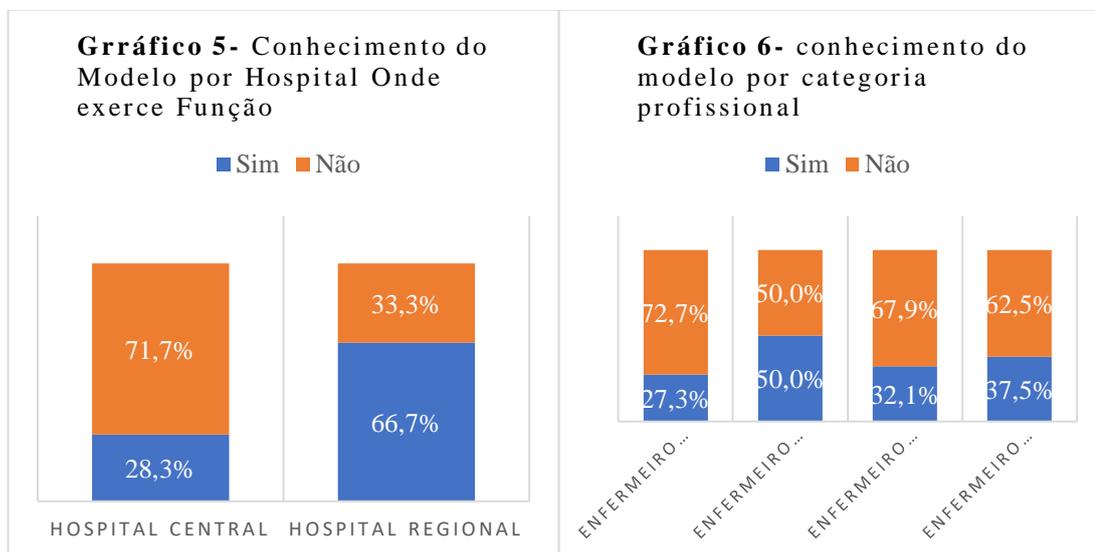
É de realçar que 100% dos enfermeiros bachareis, 86,7% dos enfermeiros que exercem função na Neonatologia, 77,8% dos enfermeiros na faixa etária de 30 a 40 anos, 72,7% dos enfermeiros estagiários e 71,7% dos enfermeiros que exercem funções no hospital central não conhecem o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

O facto de 100% dos enfermeiros com bacharelato não conhecerem este modelo, pode se justificar pela inexistência desse conteúdo no plano curricular do curso de bacharelato realizados em Cabo Verde. Esse conteúdo só veio a ser abordado em Cabo Verde, a partir do curso de licenciatura e curso de complemento para licenciatura em enfermagem iniciado em 2008, na Universidade de Cabo Verde em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Gráficos 1- 4 Conhecimento do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais



Gráficos 5-8 Conhecimento do modelo de parceria de cuidados de AnneCasey segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais



7.3 ATITUDE DOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO À IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A escala utilizada para avaliar a atitude dos enfermeiros para com as famílias foi a escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE) de Oliveira et al., (2011), uma adaptação portuguesa da escala original

Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA) desenvolvida na Suécia por Benzein et al., (2008a), composta por 26 itens. É uma escala de concordância de estrutura do tipo Likert (4 opções), que varia desde discordo completamente (1) a concordo completamente (4) que mede as seguintes dimensões: família parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens); família recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens) e família como um fardo (4 itens), como ilustrado abaixo. O score de cada item varia de 1 a 4 e a escala IFCE-AE pontua num total de 26 a 104 pontos. Quanto maior o score obtido nas duas primeiras dimensões e menor for o score obtido na terceira dimensão, mais importância atribuem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja, mais atitudes de suporte revelam.

Quadro 2- Escala "importância das famílias nos cuidados de enfermagem (IFCE-AE)

<p>Escala Total IFCE-AE (26 itens) Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens)</p>
<p>Item 4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente. Item 6. No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente. Item 9. Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro. Item 12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente. Item 14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados. Item 15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente. Item 16. Pergunto as famílias como as posso apoiar. Item 17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações. Item 18. Considero os membros da família como parceiros. Item 19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente. Item 24. Convido os membros da família a opinar quanto do planeamento dos cuidados. Item 25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p>
<p>Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens)</p>
<p>Item 1. É importante saber quem são os membros da família do utente. Item 3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho. Item 5. A presença de membros da família é importante para mim como enfermeiro(a). Item 7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança. Item 10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho. Item 11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente. Item 13. A presença de membros da família é importante para os mesmos. Item 20. Meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil. Item 21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho. Item 22. É importante dedicar tempo às famílias.</p>
<p>Subescala 3 - Família: fardo (4 itens)</p>

Item 2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho. Item 8. Não tenho tempo para cuidar das famílias. Item 23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar. Item 26. A presença de membros da família deixa-me em estresse
--

Fonte: (Oliveira, et al., 2011).

Com o objetivo de obter uma medida global do grau de concordância, utilizou-se os scores totais da escala IFCE-AE para cada enfermeiro. São apresentados em primeiro lugar, a comparação por contextos de cuidados dos enfermeiros e variáveis em análise por subescalas, seguindo-se os resultados globais.

De acordo com a análise da Tabela 4, verifica-se uma média de 36,6 pontos, na dimensão que se relaciona diretamente com as atitudes dos enfermeiros, ou seja, na dimensão “família como um parceiro dialogante e recurso de coping”, com um desvio-padrão de 6,0, o mesmo acontecendo na dimensão que apresenta as opiniões dos participantes relativamente à “família como recurso nos cuidados de enfermagem”, com uma média de 32,4 pontos, apresentando um desvio-padrão de 4,5 e uma média baixa de 8,0 pontos na dimensão menos positiva, ou seja, na dimensão “família como um fardo”, com um desvio-padrão baixo de 1,6, o que realça, na globalidade da escala, atitudes positivas dos enfermeiros quando questionados sobre a importância atribuída às família nos cuidados de enfermagem.

Salienta-se que a média de score total foi de 76,9 pontos, numa escala de 26 a 104, indicando que os enfermeiros investigados têm uma atitude positiva relativamente à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Estes resultados são semelhantes a outros estudos semelhantes realizados em outros países com realidades diferentes de Cabo Verde, nomeadamente Portugal, Brasil e Suécia. (Alves, 2011; Angelo et al. 2014; Benzein et al 2008; Cruz, 2015; Fernandes et al 2015; Oliveira et al 2011; Ribeiro 2018 & Sousa, 2011). No Egipto, foram encontrados resultados que revelam uma atitude positiva dos enfermeiros quanto à presença dos pais nos procedimentos dolorosos com crianças (Mohammed, Mohammed & Salem, 2013). Resultados contrários foram encontrados, no estudo de Thabet e Zaki (2018), também realizado no Egito, sobre as atitudes dos enfermeiros e pais acerca da importância do envolvimento das famílias nos cuidados prestado aos filhos que revela uma atitude neutra dos enfermeiros.

É de realçar que apesar de não existir formação específica em enfermagem de família em Cabo Verde, os resultados apontaram para atitudes positivas dos enfermeiros em relação à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

Tabela 4- Estatística descritiva das dimensões da escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de coping	36,6	23,0	48,0	6,0
Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem	32,4	24,0	40,0	4,5
Subescala 3 - Família: fardo	8,0	4,0	12,0	1,6
Média da Escala total	76,9	53,0	96,0	10,1

7.4 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A ESCALA IFCE-AE

A tabela 5 apresenta os resultados do cruzamento das escalas IFCE-AE com a variável independente “Sexo”.

Dos resultados obtidos pela aplicação do teste T de Student, verificou-se que para as três dimensões da escala, a um nível de significância de 5%, não existe associação estatística destas dimensões com o sexo dos enfermeiros, o que leva a concluir que o sexo dos profissionais não implica alteração significativa de atitudes dos enfermeiros relativamente à família, nos contextos dimensionais da escala. Este resultado leva-nos a acreditar que existe uma uniformidade de atitudes de apoio dos enfermeiros de ambos os sexos em relação à importância das famílias nos cuidados de enfermagem nos serviços pediatria. Estudos idênticos realizados pelo Oliveira et al. (2011) e Alves (2011) corroboram a mesma informação. Já o estudo realizado por Benzein et al. (2008b) revela que as enfermeiras apresentam em média, atitudes mais favoráveis à importância das famílias nos cuidados de enfermagem do que os enfermeiros.

Tabela 5- Resultado do teste t-student entre a variável sexo e as dimensões da escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	Sexo	N	Media	Desvio Padrão	T-Student	
					T	p-value
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	M	3	35,33	4,04	-0,37	0,71
	F	52	36,65	6,07		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	M	3	30,67	5,13	-0,68	0,50
	F	52	32,46	4,45		
Família: fardo	M	3	8,33	2,31	0,38	0,71
	F	52	7,96	1,62		

Da análise feita (Tabela 6) verifica-se que, quando cruzada a variável idade com as dimensões da escala, para $p=0,05$, não existe associação significativa entre a idade dos enfermeiros e nenhuma das dimensões da escala. O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Oliveira et al. (2011) em Portugal. No entanto, no estudo realizado no Brasil por Angelo et al. (2014), foram encontrados resultados estatisticamente significativas, com atitudes de maior apoio nos enfermeiros na faixa etária de 31 aos 40 anos.

No presente estudo, pode-se afirmar, com base nos resultados do teste de One -Way ANOVA, que as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem, quer a nível da “família como parceiro dialogante e recurso de coping”, quer na “família como um recurso nos cuidados de enfermagem”, quer na “família como um fardo”, não variam consoante a idade dos enfermeiros, a um nível de significância de 0.05.

Tabela 6- Resultado do teste One-Anova entre a variável idade e as dimensões da escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	Idade	N	Media	Desvio Padrão	Anova	
					F	p-value
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	[22 - 30 anos]	21	37,76	6,36	1,17	0,32
	[31 - 40 anos]	18	34,89	5,10		
	Mais de 40 anos	16	36,94	6,24		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	[22 - 30 anos]	21	33,33	4,29	1,23	0,30
	[31 - 40 anos]	18	31,11	3,97		
	Mais de 40 anos	16	32,50	5,07		
Família: fardo	[22 - 30 anos]	21	8,05	1,86	1,09	0,34
	[31 - 40 anos]	18	7,56	1,25		
	Mais de 40 anos	16	8,38	1,71		

Os resultados do cruzamento de dados entre a variável habilitação académica dos enfermeiros e as dimensões da escala, são apresentados na tabela 7.

Da análise da tabela 7, e para $p=0,05$, verificou-se que não existe associação estatística significativa entre a variável habilitação académica e as dimensões da escala, ou seja, o facto de os enfermeiros possuírem licenciatura ou bacharelato, não influencia diretamente as suas atitudes destes para com as famílias, nas três dimensões da escala considerada.

O resultado encontrado induz-nos a pensar que existe uniformidade nas atitudes nos enfermeiros no que se refere às suas habilitações académicas. Por outro lado, a inexistência de enfermeiros com curso de pós-graduação, mestrado e doutoramento em Cabo Verde, deixa a dúvida de que se esta uniformidade das atitudes dos enfermeiros de pediatria se manteria. No entanto, o estudo realizado em Portugal por Sousa (2011) encontrou resultados com peso estatístico na dimensão “família como recurso nos cuidados de enfermagem” nos enfermeiros com maiores habilitações académicas. Enquanto que Rodrigues (2013), no seu estudo realizados nos serviços de internamento, concluiu que os enfermeiros com formação de pós-graduação e mestrado, apresentam atitudes mais favoráveis em relação à importância das famílias.

De acordo com o que está preconizado no regulamento de Ordem dos Enfermeiros de Portugal, a competência dos enfermeiros especialistas baseia-se num conhecimento aprofundado no domínio específico de enfermagem, levando em conta as respostas humanas, demonstrando sempre altos níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, sendo que é indispensável a sua atividade sem as famílias (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Tabela 7- Resultado do teste T-student entre a variável habilitação académica e as dimensões da escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	Habilitação Académica	N	Media	Desvio Padrão	T-Student	
					T	p-value
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Licenciatura	53	36,70	6,02	0,74	0,46
	Bacharelato	2	33,50	3,54		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Licenciatura	53	32,58	4,37	1,95	0,06
	Bacharelato	2	26,50	2,12		
Família: fardo	Licenciatura	53	8,00	1,66	0,42	0,68
	Bacharelato	2	7,50	0,71		

7.5 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS PROFISSIONAIS E A ESCALA IFCE-AE

Em seguida, apresentam-se os resultados para o cruzamento das variáveis profissionais com as dimensões da escala.

Analisando a tabela 8 verificou-se que, para $p=0,05$, as dimensões da escala IFCE-AE estudadas não apresentam significância estatística nos resultados, o que significa que a atitude dos enfermeiros não varia consoante a categoria profissional dos enfermeiros nas três dimensões da escala IFCE-AE. Isto leva-nos a rejeitar a hipótese de que a categoria profissional pudesse influenciar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. O nosso resultado não vai de encontro com os achados dos autores da escala, que revelou que os enfermeiros recém-formados apresentam atitudes menos favorável à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, exceto na dimensão da família como um fardo.

De acordo com a teoria da aquisição de competência de Benner (2001) baseado no modelo desenvolvido por Deryfus, o enfermeiro quando atinge o nível de perito, desenvolve capacidade de se descentralizar do cuidado técnico para prestar cuidados holísticos. A autora afirma que na aquisição do desenvolvimento de perícia, a pessoa passa por cinco níveis de competências sendo os seguintes: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Tabela 8- Resultados do teste One-Way Anova entre a variável categoria profissional e as dimensões da escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	Categoria Profissional	N	Media	Desvio Padrão	Anova	
					F	p-value
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Enf. Estagiário	11	37,64	5,84	1,09	0,36
	Enf. Geral	8	36,00	4,24		
	Enf. Graduado	28	35,50	6,03		
	Enf. Assistente	8	39,50	7,11		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Enf. Estagiário	11	33,18	3,76	1,40	0,25
	Enf. Geral	8	31,75	4,20		
	Enf. Graduado	28	31,50	4,57		
	Enf. Assistente	8	34,88	4,76		
Família: fardo	Enf. Estagiário	11	7,73	1,90	1,02	0,39
	Enf. Geral	8	7,63	1,06		
	Enf. Graduado	28	7,93	1,59		
	Enf. Assistente	8	8,88	1,89		

Na tabela 9, ilustram-se os resultados obtidos do cruzamento das dimensões da escala IFCE-AE com a variável experiência profissional dos enfermeiros.

Dos resultados obtidos pela aplicação do teste One-Way ANOVA, verificou-se que para as três dimensões da escala e respeitando um $p=0,05$, não existe associação estatística

com os anos de experiência profissional, o que leva a inferir que o tempo da experiência profissional não implica uma alteração significativa da atitude dos enfermeiros relativamente à família, nos contextos dimensionais da escala. Corroboram estas informações o estudo de Alves (2011) e Oliveira et al. (2011), que utilizaram a mesma escala para avaliar as atitudes dos enfermeiros, embora não sejam no contexto de pediatria, e obtiveram resultados semelhantes.

Ainda em relação à variável experiência profissional, Benzein et al. (2008a), Pires (2013) e Sousa (2011) obtiveram resultados conducentes a atitudes favoráveis dos enfermeiros. Por outro lado, Angelo et al. (2014) encontrou resultados contrários, em que os enfermeiros mais experientes evidenciaram atitudes de menos suporte em relação à participação das famílias nos cuidados na área de pediatria e materno infantil. Esta situação traz nos uma reflexão acerca do modelo de aquisição de competências de Patricia Benner. A apreciação deste contexto de abordagem dos cuidados leva a pensar que, estes conceitos de envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem possam ter outros fatores condicionantes que não sejam conhecimentos técnico-científico e o tempo de exercício profissional.

Tabela 9- Resultados do teste One-Way Anova entre experiência profissional e as dimensões da escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	Experiência Profissional	N	Media	Desvio Padrão	Anova	
					F	p-value
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Até 1 ano	9	38,33	6,04	0,41	0,75
	[2 - 5 anos]	17	36,71	5,82		
	[6 - 10 anos]	12	35,42	6,72		
	Mais de 10 anos	17	36,35	5,83		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Até 1 ano	9	34,00	3,24	1,00	0,40
	[2 - 5 anos]	17	31,53	4,60		
	[6 - 10 anos]	12	33,42	4,29		
	Mais de 10 anos	17	31,59	4,91		
Família: fardo	Até 1 ano	9	7,67	2,12	0,30	0,83
	[2 - 5 anos]	17	8,18	1,42		
	[6 - 10 anos]	12	7,75	1,36		
	Mais de 10 anos	17	8,12	1,83		

De seguida, apresentam-se os resultados para o cruzamento de variável tempo de experiência na área de pediatria e as dimensões da escala.

A análise da tabela 10, com a aplicação do teste One-Way ANOVA, apresenta resultados que indicam não existir associação estatística entre a variável tempo de experiência na

área de pediatria e as dimensões da escala, para um $p=0,05$, o que significa que as atitudes dos enfermeiros não estão relacionadas com o facto de ter mais ou menos tempo de experiência profissional na área de Pediatria.

O resultado do estudo faz com que rejeitemos a possibilidade de existência de relação entre enfermeiros com mais ou menos tempo de exercício profissional na área pediatria terem diferentes atitudes relativamente à participação das famílias nos cuidados. Aparenta-nos que é preciso mais de que tempo de exercício profissional na área de pediatria, para influenciar as atitudes dos enfermeiros face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, mas antes a necessidade de formação especializada, o que permitirá aos enfermeiros a aquisição de competências para prestarem cuidados mais holísticos às crianças e às famílias. A nossa suposição vai de encontro com o pensamento de Silva, (2013) e Freitas, (2009), que acharam o facto dos enfermeiros especialistas mostram atitudes de maior apoio às famílias nos cuidados de enfermagem, poderá estar relacionado com a introdução de conteúdos sobre família nos programas dos cursos de especialização.

Tabela 10- Resultado do teste One-Way Anova entre a variável experiência profissional na área de pediatria e as dimensões da escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	Tempo de Experiência Pediátrica	N	Media	Desvio Padrão	Anova	
					F	p-value
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Até 1 ano	14	35,93	6,91	0,27	0,85
	[2 - 5 anos]	17	36,82	5,55		
	[6 - 10 anos]	12	37,75	6,33		
	Mais de 10 anos	12	35,83	5,52		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Até 1 ano	14	32,21	4,84	0,55	0,65
	[2 - 5 anos]	17	32,12	3,85		
	[6 - 10 anos]	12	33,75	4,77		
	Mais de 10 anos	12	31,50	4,72		
Família: fardo	Até 1 ano	14	7,43	1,79	0,77	0,52
	[2 - 5 anos]	17	8,24	1,44		
	[6 - 10 anos]	12	8,25	1,22		
	Mais de 10 anos	12	8,00	2,09		

Para os resultados do cruzamento de dados entre a variável serviço de pediatria onde exerce função e as dimensões da escala, apresenta-se a tabela 11.

Analisando a tabela 11, com a aplicação do teste One-Way Anova, verifica-se que existe associação estatística significativa entre a variável serviço de pediatria onde o enfermeiro exerce funções com a subescala “família como parceiro dialogante e recurso de coping”

($p=0,04$) e a subescala “família como recurso nos cuidados de enfermagem” ($p=0,01$), o que significa que os enfermeiros têm atitudes diferentes relacionadas com os itens destas dimensões da escala, dependendo dos serviços onde exercem as suas funções.

Na dimensão “família como fardo”, não houve diferença estatisticamente significativo nos cuidados dos enfermeiros. Achados diferentes foram encontrados por Angelo et al. (2014) em unidades de pediatria e materno-infantil, com scores mais elevados na dimensão “família como fardo”. Segundo o mesmo autor, quando o enfermeiro considera as famílias como um fardo, este facto constitui-se uma barreira para o desenvolvimento de uma relação colaborativa entre o mesmo e as famílias.

Tabela 11- Resultado do teste One-Way Anova entre o serviço de pediatria onde exerce a função e as dimensões da escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	Serviço de Pediatria onde Exerce Função	N	Média	Desvio Padrão	Anova	
					F	p-value
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Enfermaria	18	37,17	5,52	3,57	0,04
	Banco de Urgência	22	34,27	4,91		
	Neonatologia	15	39,27	6,88		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Enfermaria	18	33,06	3,86	4,68	0,01
	Banco de Urgência	22	30,36	3,93		
	Neonatologia	15	34,47	4,85		
Família: fardo	Enfermaria	18	8,06	1,43	0,12	0,88
	Banco de Urgência	22	8,05	1,89		
	Neonatologia	15	7,80	1,57		

Aplicando o teste de Tukey HSD (tabela 11), constatou-se que existe uma diferença de atitudes nos enfermeiros que exercem função na Neonatologia e os enfermeiros do serviço de Urgência ($p=0,03$), ou seja, os enfermeiros da Neonatologia têm uma atitude mais positiva em relação às dimensões “família como parceiro dialogante e recurso de coping” e “família como um recurso nos cuidados de enfermagem” do que os enfermeiros do serviço de Urgência. Ao contrário de estudo de Angelo et al. (2014) no Brasil, onde nos serviços de “pronto socorro infantil”, e urgências possuem um score mais elevado (score total 87 e nas dimensões 1 e 2, 39 e 35 respetivamente). Um score idêntico a este foi encontrado no nosso estudo para a Neonatologia onde a atitude é mais positiva com um score de 39,27 para a dimensão 1 e 34,47 para a dimensão 2.

No que concerne à atitude dos enfermeiros da neonatologia em comparação com a atitude dos enfermeiros das enfermarias (Quadro 3), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. O estudo de Silva (2013), também revela que o tipo de unidade funcional onde os enfermeiros exercem os cuidados pode condicionar as atitudes dos enfermeiros no trabalho. A complexidade do contexto de trabalho pode interferir com a atitude dos enfermeiros relevando a família para o segundo plano na prioridade dos cuidados. (Benzein, et al., 2008b).

O internamento pode ser um mecanismo para criação de vínculo com os pais pois há oportunidade de maior permanência dos pais perto dos profissionais, pois facilita a criação de um processo de vínculo interpessoal. A presença da família no contexto do cuidado é um estímulo necessário para modelar atitudes que os enfermeiros deverão assumir, baseados nos seus sentimentos e emoções (componente afetivo), pensamentos e crenças (componente cognitiva) que lhes permitem reagir no contexto do seu trabalho (Chaves, et al., 2017).

Observamos que existe uma necessidade em aprofundar os aspetos do envolvimento da família nos cuidados, à luz de outros fatores, que podem ser sociais ou culturais. Podemos ainda comentar que o método de intervenção de enfermagem em Cabo Verde é centrado no modelo biomédico, o que condiciona a abordagem do enfermeiro, associado ainda à falta de formação específica na área de enfermagem de família. Apesar da grande mudança que se verifica na formação dos enfermeiros em Cabo Verde, com o início do curso licenciatura em 2008, ainda existe a necessidade de formação especializada na área de enfermagem, o que permitirá aos enfermeiros um aprofundamento de conhecimentos mais específicos, consequentemente melhores cuidados prestados às crianças e às famílias.

Quadro 3- Resultado do teste de Tukey HSD relativamente ao serviço de pediatria onde os enfermeiros exercem função.

Variável dependente			Diferença Média	Desvio Padrão	Sig.	95% Intervalo de confiança	
						Limite Inferior	Limite Superior
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Enfermaria	Banco de Urgência	2,89	1,81	0,26	-1,47	7,26
		Neonatologia	-2,10	1,99	0,55	-6,91	2,71
	Banco de Urgência	Enfermaria	-2,89	1,81	0,26	-7,26	1,47
		Neonatologia	-4,99	1,91	0,03	-9,60	-0,39
Neonatologia	Enfermaria	2,10	1,99	0,55	-2,71	6,91	

		Banco de Urgência	4,99	1,91	0,03	0,39	9,60
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Enfermaria	Banco de Urgência	2,69	1,33	0,12	-0,51	5,90
		Neonatologia	-1,41	1,46	0,60	-4,94	2,11
	Banco de Urgência	Enfermaria	-2,69	1,33	0,12	-5,90	0,51
		Neonatologia	-4,10	1,40	0,01	-7,48	-0,73
	Neonatologia	Enfermaria	1,41	1,46	0,60	-2,11	4,94
		Banco de Urgência	4,10	1,40	0,01	0,73	7,48
Família: fardo	Enfermaria	Banco de Urgência	0,01	0,53	1,00	-1,27	1,29
		Neonatologia	0,26	0,58	0,90	-1,15	1,66
	Banco de Urgência	Enfermaria	-0,01	0,53	1,00	-1,29	1,27
		Neonatologia	0,25	0,56	0,90	-1,10	1,59
	Neonatologia	Enfermaria	-0,26	0,58	0,90	-1,66	1,15
		Banco de Urgência	-0,25	0,56	0,90	-1,59	1,10

Na tabela 12 apresentam-se os resultados do cruzamento das dimensões da escala com a variável Hospital onde exerce função.

Analisando a tabela 12, verifica-se que, da aplicação do teste T-Student, não existe associação estatística significativa entre a variável hospital onde exerce função com as dimensões estudadas, nomeadamente “família como parceiro dialogante e recurso de coping” ($p=0,85$), “família como recurso nos cuidados de enfermagem” ($p=0,89$) e “família como um fardo” ($p=0,13$). Este achado chama a atenção para o facto de que o comportamento dos enfermeiros face à família é equivalente e que pressupõe que embora o Hospital de referência tenha mais cuidados clínicos especializados pela presença de médicos especialistas, a nível da enfermagem o cuidado e a atenção é idêntico. Estudos de Oliveira et al. (2011) referenciam que os enfermeiros que exercem funções nos serviços de especialidades de enfermagem de família têm maior scores e tem atitudes mais positivas face à família. Silva et al. (2013), no estudo em contexto de cuidados primários, evidenciou que o serviço e a unidade funcional onde o enfermeiro exerce funções, interferem na importância atribuída às famílias, na prestação de cuidados de enfermagem.

Tabela 12- Resultado do teste T-student ente a variável hospital onde exerce a função e as dimensões da escala IFCE-AE

Dimensões da Escala IFCE-AE	Hospital onde exerce função	N	Média	Desvio Padrão	T-Student	
					T	P-value
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	Hospital Central	46	36,65	5,98	0,20	0,85
	Hospital Regional	9	36,22	6,22		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Hospital Central	46	32,33	4,51	-0,14	0,89

Na tabela 13 verifica-se que, da aplicação do teste T-Student, não existe associação estatística significativa entre o “conhecimento do modelo de cuidados de Anne Casey” e as dimensões estudadas. Ou seja, o facto de os enfermeiros terem conhecimento do modelo de parceria de cuidados parece não estar diretamente associado às suas atitudes para com a família, nas dimensões da escala “família como um parceiro dialogante e recurso de coping” ($p=0,37$), “família como um recurso nos cuidados de enfermagem” ($p=0,53$) e, na dimensão da escala “família como um fardo” ($p=0,57$). O nosso estudo indica-nos que o conhecimento do modelo pode revelar algo que impede a aplicação prática dos conhecimentos ou as afirmações dos enfermeiros não foram consequentes, uma vez que o resultado obtido tanto para os enfermeiros com conhecimento do modelo como para os enfermeiros sem conhecimento do modelo não teve um peso, com significado estatístico.

Tabela 13- Resultados do teste T-Student em relação ao conhecimento do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey

Dimensões da Escala IFCE-AE	Conhece o modelo ANNE CASEY	N	Média	Desvio Padrão	T-Student	
					T	p-value
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	NÃO	36	37,11	5,66	-0,90	0,37
	SIM	19	35,58	6,54		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	NÃO	36	32,64	4,36	-0,63	0,53
	SIM	19	31,84	4,69		
Família: fardo	NÃO	36	7,89	1,60	0,58	0,57
	SIM	19	8,16	1,74		

CONCLUSÃO

As atitudes dos enfermeiros, após aplicação da escala IFCE-AE, permitem concluir que os enfermeiros na sua maioria têm atitudes positivas relativamente à importância do envolvimento e participação das famílias nos cuidados às crianças hospitalizadas. O score total encontrado, resultante da aplicação da escala é de 76,9 em 104 pontos, o que é indicador de atitudes, na generalidade, positivas.

Concluimos que as atitudes dos enfermeiros não estão associadas as variáveis sociodemográficas e profissionais, exceto a variável “serviço de pediatria onde exerce função”. Assim, os enfermeiros do serviço de Neonatologia têm atitudes mais positivas que os enfermeiros do serviço de Urgência, verificável pela associação estatística significativa encontrada nas dimensões “família como parceiro dialogante e recurso de coping” e “família como recurso nos cuidados de enfermagem”. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de o internamento na Neonatologia ser facilitador de um maior vínculo com os pais pois há oportunidade de uma maior permanência dos pais perto dos profissionais, o que poderá conduzir a uma atitude mais positiva relativamente à importância do envolvimento e participação das famílias nos cuidados às crianças hospitalizadas.

Verificamos ainda, que a idade média dos enfermeiros é de 35 anos e a maioria são do sexo feminino, com grau académico de licenciatura e a exercerem funções na categoria profissional de graduado. De referir a ausência de mestrado e doutorado na área de enfermagem pediátrica.

Quanto à relação entre o conhecimento dos enfermeiros sobre o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey com as atitudes dos mesmos, os resultados sugerem que ter conhecimento ou não deste modelo não influencia as atitudes dos enfermeiros, em relação à importância que os enfermeiros atribuem ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados.

A maioria dos enfermeiros afirmaram não conhecer o modelo de parceria de cuidados. Ainda sim, tiveram atitudes positivas em relação à importância das famílias. A nossa

apreciação é que é necessário que as instituições invistam na formação especializada dos enfermeiros, o que lhes permitirá aprofundar conhecimentos sobre filosofias de cuidados pediátricos mais atualizadas e conseqüentemente prestação de cuidados baseados na fundamentação teórica. Seria também de grande valia se os cursos de licenciaturas em enfermagem em Cabo Verde aprofundassem o ensino sobre a importância das famílias na prestação dos cuidados de enfermagem. Para já, este estudo aponta para uma sensibilidade da maioria dos enfermeiros relativa à importância do envolvimento e participação das famílias nos cuidados às crianças hospitalizadas, o que será favorável à implementação da filosofia de cuidados centrados na família, de um modo mais estruturado e sistemático, nos serviços de pediatria na ilha de Santiago.

Os estudos idênticos realizados na Europa e no Brasil afirmam que os enfermeiros com grau académico mais elevado têm atitudes de maior apoio para com as famílias, não se tendo verificado o mesmo neste estudo. Este assunto merece atenção, esperando-se que no futuro, com a criação da especialidade, mestrado e doutoramento na área de enfermagem em Cabo Verde, esta questão venha a ter resultados diferentes, tendo em conta o aumento de nível de conhecimento dos enfermeiros, com as referidas formações.

Os resultados do nosso estudo podem ser uma pista importante que irá contribuir para a implementação de um modelo de cuidado de enfermagem nos serviços de pediatria na ilha de Santiago, que valorize o envolvimento e a participação das famílias, tendo em conta que o resultado aponta para atitudes positivas dos enfermeiros em relação à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, sendo que a atitude positiva do enfermeiro é considerada como um dos elementos críticos para garantir o sucesso de implementação da filosofia de cuidados, que considera as famílias como parte integrante na prestação dos cuidados.

A nossa experiência prática no contexto estudado permite-nos opinar que na prática diária dos enfermeiros, o envolvimento das famílias nos planos de cuidados de enfermagem ainda é um pouco insipiente. Possivelmente podem existir outros fatores, nomeadamente a sobrecarga de trabalho, inexistência de um modelo de prestação de cuidados de enfermagem nas instituições, crenças, entre outras variáveis que podem impedir os enfermeiros de envolver e empoderar as famílias, para que melhor possam participar nos cuidados prestados às crianças.

O estudo deixa esta e outras pistas, para a continuação de estudos futuros, tendo em conta, que esta temática ainda é pouco explorada em Cabo Verde e no continente africano, o que não nos permite fazer comparações e tirar conclusões mais sólidas num contexto sociocultural semelhante.

Como limitações deste estudo, pode-se apontar o tamanho da amostra que, sendo apenas de 55 enfermeiros, pode ter condicionado o fato de não se ter encontrado relações estatisticamente significativas entre algumas das variáveis consideradas.

Com base nos achados deste estudo, tecem-se algumas sugestões que poderão contribuir para a melhoria do contexto atual, quanto ao envolvimento e participação das família nos cuidados de enfermagem, nomeadamente: formação em serviço para os enfermeiros envolvidos nos cuidados pediátricos no âmbito desta temática; revisão e integração dos conteúdos de enfermagem da família na formação de base dos enfermeiros; reflexão sobre a necessidade de aprofundamento do conhecimento nesta temática no ensino da área da enfermagem pediátrica; promoção de iniciativas conducentes à humanização dos cuidados nos hospitais; implementação de normas e procedimentos adequados a uma nova abordagem dos cuidados pediátricos e replicação deste estudo a nível nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelkader, R., Khalaf, I., Suha, K., Arabiat, D., & Alrimawi, I. (2016). Parents Involvement in Child's Care in an Arab Pediatric Setting. *Health Science Journal*, 4(4:10). Obtido de <https://www.scholarscentral.com/pdfs/111592/parents-involvement-in-childs-care-in-an-arab-pediatric-setting.pdf>
- Alves, C. M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Stress e gestão do conflito. (Disertação de mestrado). Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>
- Angelo, M., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F., Santos, C. C., Martinho, M. J., & Martins, M. M. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Rev Esc Enferm USP*. doi:10.1590/S0080-623420140000600011
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (A. Queirós, Trad.) Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Benzein, E., Johansson, P., Franzén, K., & Saveman, B.-I. (2008a). Families' importance in nursing care: nurses' attitudes—An instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14, 104. doi: 10.1177/1074840708317058 · Source: PubMed
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K.F., Saveman, B-I (2008b). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180 doi: 10.1177/1074840708317058
- Brassolatti, M. M., & Veríssimo, M. R. (s.d.). A presença dos pais e a promoção do desenvolvimento da criança hospitalizada: Análise da leitura. *Revista da sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, XIII(1). Obtido de <https://sobep.org.br/revista/component/zine/author/178-mariana-marino-brassolatti-maria-de-la-ramallo-verssimo.htm>
- Bsiri-Moghaddam, K., Basiri-Moghaddam, M., Sadeghmoghaddam, L., & Ahmadi, F. (2011). The concept of hospitalization of children from the view point of. *Iranian*

- Journal of pediatrics*, XXI(2), 201-208. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3446164/pdf/IJPD-21-201.pdf>
- Chagas, M. C., Gomes, G., Pereira, F., Dial, P., & Farias, D. (2017). Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada. Rio Grande, Brasil. doi: 10.15446/av.enferm.v35n1.4246
- Chaves, F., Sousa, G., Silva, A., Santos, G., Fernandes, H., & Cutrim, C. (2017). Importância da família no processo de cuidados: Atitudes de enfermeiros no contexto da terapia intensiva. *Journal of Nursing UFPE on Line*, XI(12). doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22285p4989-4998-2017
- Coats, H., Bourget, E., Starks, H., Lindhorst, T., Saiki-Craighill, S., Curtis, J. R., . . . Ardith, D. (2018). Nurses' reflections on benefits and challenges of implementing. *American Journal of Critical Care*, 52-58. doi:10.4037/ajcc2018353
- Collet, N. (2012). Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: Desafios para a enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem 2012 jan-fev; 65(1)*: , 7-8. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/01.pdf>
- Creswell, d. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativas, quantitativa e misto*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Cruz, A., & Angelo, M. (2011). Cuidado centrado na família em pediatria: Redefinindo os relacionamentos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(4). doi:10.4025/ciencucuidsaude.v10i4.18333
- Daneman, S., Macaluso, J., & Guzzetta, C. E. (2003). Healthcare providers attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1088-145X.2003.00090.x>
- Fernandes, C., Gomes, j., Martins, M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. (2015). A Importância das famílias nos Cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de enfermagem Referência*, IV(7), doi.org/10.12707/RIV15007

- Fortin, M.-F., Côté, J., & françoise, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Haskins, J. P., Grant, M., & Horwood, C. (2016). Attitudes of nurses towards patient care at a rural district hospital in the kwazulunatal province of South Africa. *Africa Journal of Nursing and Midwifery* 16 (1), 32-44.
doi:<https://doi.org/10.25159/2520-5293/1485>.
- Hochenberry, M. J., & Wilson, W. (2014). *wong enfermagem da criança e do adolescente* (9º ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, W. (2006). *Wong Fundametos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Hospital Agostinho Neto. (2017). *Relatório Estatístico*. Praia, Cabo Verde: Hospital Agostinho Neto.
- Hughes, M., & Dollabele. (2007). Parents' and nurses' attitudes to family-centred care: an Irish perspective. *Journal of Clinical Nursing* , XVI(12), 2341-2348.
doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01967.x
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). Carta da criança hospitalizada. Obtido de http://academiadasaude.pt/wp.content/uploads/2018/03/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Instituto Nacional de Estatística . (2018). Anuário Estatístico Cabo Verde 2017. Obtido de <http://ine.cv/publicacoes/anuario-estatistico-cabo-verde-2015/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). Recenseamento geral da população e habitação 2010: Características dos Agregados e Candições de Vida. Praia, Cabo Verde.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). Anuário Estatístico 2017. Praia , Cabo Verde.
- Jorge, A. M. (2014). *Família e hospitalização da criança*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Kokab, B.-M., Basiri-Moghaddam, M., Sadeghmoghaddam., L., & Ahmadi, F. (2011). The Concept of Hospitalization of Children from the View Point of Parents and Children. *Iranian Journal of Pediatrics*, XXI(2). Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3446164/pdf/IJPD-21-201.pdf>

- Lima, R. A., Rocha, S. M., & Scochi, C. G. (1999). Assistência à criança hospitalizada: Reflexões acerca da participação. *Revista latino Americano de Enfermagem*, VII(2), 33-39. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13459.pdf>
- Lopes, N. Q. (2012). Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: Perspetiva dos enfermeiros (Dissertação de mestrado). Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>
- Maroco, J., & Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? (4. 6.-9. Laboratório de Psicologia, Trad.) Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal. Obtido de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
- Marques, C. D., Lima, M. F., Malaquias, T. M., Waidman, M. A., & Higarashi, I. H. (2014). O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. *Cienc Cuid Saude 2014 Jul/Set; , xIII(3)*, 541-548. doi:10.4025/cienccuidsaude.v13i3.22133
- Melo, E. M. (2011). Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas (Tese de doutoramento). Obtido de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/7610/1/244660.pdf>
- Melo, E. M., Ferreira, P. L., & Lima, R. A. (2014). Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*. doi:10.1590/0104-1169.3308.2434
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 113-121. doi:10.12707/RIII1144.
- Ministério da Juventude. (2014). Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA. (I), 22. Praia, Cabo Verde. Obtido de <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/legacy-files/submissions/CaboVerde20141204.pdf>
- Ministério da Saúde. (2011). Carta dos direitos e deveres dos doentes. (M. d. Saúde, Ed.) Praia, Cabo Verde. Obtido de <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/direitos-e-deveres-dos-doentes>

- Ministério da Saúde. (2015). Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde. Praia, Cabo Verde. Obtido de <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/336-plano-estrategico-de-desenvolvimento-dos-recursos-humanos-da-saude/file>
- Miranda, A. R., Oliveira, A., Toia, L., & Stucchi, H. (2015). A evolução dos modelos de assistência de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos trinta anos: Do modelo centrado na doença ao modelo centrado na criança e família. *Revista da Faculdade de Ciências de sorocaba*, XVII(1), 5-9. Obtido de <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/12890/pdf>
- Mohammed, a. R., Mohammed, S., & Salem, L. (2013). Mothers versus Pediatric Nurses' Attitude Regarding Mothers' Presence during Invasive Nursing Procedures for Their Hospitalized Children. *Life Science Journal*. Obtido de https://www.lifesciencesite.com/ljsj/life1003/057_19594life1003_379_388.pdf
- Okpala, P. U., Uwak, R. ., Onyapat, J.-l., & Emesowum, A. O. (2017). Nurses' knowledge and attitude to the care of HIV/AIDS patients in South East, Nigeria. *International Journal of Community Medicine*, IV(2), 547-553. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20170289
- Oliveira, C. (2015). A família na atualidade: Novo conceito de família, novas. Brasil. Obtido de <https://pt.scribd.com/document/420240308/Tcc-Clara-Modificado>
- Oliveira, P. C., Fernandes, H., Vilar, A., figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, M., . . . Martins, M. (2011). Atitude dos enfermeiros face à família: Validação da escala families'importance in nursing care-nurses attitudes. *Revista Escola de Enfermagem USP*; 45(6):1331-7. doi:<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>
- Ordem dos enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacrian%C3%A7ajov_aprovadoag_20nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Obtido de Diário da República: <https://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. Obtido de <http://www.aenfermagemeasleis.pt/regulamento-dos-padroes-de-qualidade-dos-cuidados-especializados-em-enfermagem-de-saude-familiar-oe-29-06-2015/>
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). Metodologia de investigação em psicologia e saúde. Porto: Legis Editora.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2008). Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Pedro, J. J. (2009). Parceiros no cuidar: a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica.(Dissertação de Mestrado). Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20171/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20de%20Joo%20Pedro.pdf>
- República de Cabo Verde. (2010). Constituição da República de Cabo Verde. Praia, Cabo Verde. Autor
- República de Cabo Verde. (2014). Convenção sobre os direitos da Criança. Praia, Cabo Verde. Autor.
- Ribeiro, J. P., Gomes, J. C., B., T. M., Mota, M., cadoso, L., & Cecagno, S. (2017). Criança hospitalizada: perspectivas para o cuidado compartilhado entre enfermagem e família. *Revista de Enfermagem UFSM 2017 Jul./Set.;7(3): 350-362* . doi:10.5902/217976922633
- Rodrigues, L. M. (2013). A família parceira no cuidar: Intervenção do enfermeiro (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Santos, A., Amorim, N., Braga, C., Lima, F., Macedo, E., & Lima, C. (2011). Vivências de familiares de crianças internadas em um serviço de pronto-socorro. *Revista escola de enfermagem. USP 2011; 45(2):463-8*. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a23.pdf
- Silveira, A. O., Angelo, M., & Martins, S. R. (2008). Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. (., Ed.) *Revista de enfermagem UERJ, Rio*

de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):212-7. doi:<https://silo.tips/download/doena-e-hospitalizaa0-da-criana-identificando>

Sousa, E. S. (2011). A Família- Atitudes do enfermeiro de reabilitação (Dissertação de mestrado). Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf

Souza, L., Araújo, D., Silva, D., & Berrêdo, V. (2014). Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Ciências & Cognição*, XIX(2), 2018-232. Obtido de http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908/pdf_13

Thabet, A., & Zaki, N. (2018). Pediatric nurses' and parents' Attitudes regarding the importance of families'. *Assiut Scientific Nursing Journal*, VI(15). Obtido de https://www.researchgate.net/publication/342830024_Pediatric_Nurses'_and_Parents'_Attitudes_Regarding_the_Importance_of_Families'_Involvement_in_Care_given_for_their_Children

Comité Português para a UNICEF. (2019). Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos. Obtido de https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Zanella, M., & Torres, T. (2012). Cidadão em foco: representações sociais atitudes e comportamentos de cidadania. *Psicologia: teoria e prática*, XIV(1), 55-69. Obtido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n1/v14n1a05.pdf>

ANEXOS

ANEXO I- Autorização da autora de escala IFCE-AE

palmiraoliveira <palmiraoliveira@esenf.pt>
Ter, 21/05/2019 21:29

• Você

☺
Boa noite, é com muito prazer que recebo o seu interesse em usar o instrumento que validei com a minha equipa...e está autorizada em o usar.

Desejo o maior sucesso

Com os melhores cumprimentos

Palmira Oliveira

Enviado a partir do meu smartphone Samsung Galaxy.

----- Mensagem original -----

De: Celestina Martins <titimartins14@hotmail.com>
Data: 19/05/19 21:59 (GMT+01:00)
Para: palmiraoliveira@esenf.pt
Assunto: ENC: Pedido de autorização para utilização da escala

Prezada Professora Doutora Palmira Oliveira
Sou Enfermeira Celestina Martins Aluna do Curso de Mestrado em ESIP na escola superior de enfermagem de Coimbra, venho através desta reencaminhar a mensagem do pedido de autorização para utilização da escala "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem- atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)".

Com melhores cumprimentos,

Celestina Martins
telefone- +238 5973535
email- titimartins14@hotmail.com

De: Celestina Martins
Enviado: quinta-feira, 4 de abril de 2019 20:06
Para: palmiraoliveira@esenf.pt
Cc: mlomba@esenfc.pt
Assunto: Pedido de autorização para utilização da escala

Prezada Professora Dra Palmira Oliveira

Sou Enfermeira Celestina Martins, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

ANEXO II – Escala IFCE-AE

II PARTE

ESCALA

“Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE) (Oliveira, P.C.M. et al., 2009).

Não há respostas certas ou erradas.

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale a sua opinião numa das colunas com X

1- Discordo completamente; 2- Discordo; 3- Concordo; 4- Concordo completamente

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

	1	2	3	4
1. É importante saber quem são os membros da família do utente				
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho				
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho				
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente				
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o)				
6. No primeiro contacto com os membros da Família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente				
7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança				
8. Não tenho tempo para cuidar das famílias				
9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro				
10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho				

11. OS membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente				
12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente				
13. A presença de membros da família é importante para os mesmos				
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados				
15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente				
16. Pergunto às famílias como as posso apoiar				
17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações				
18. Considero os membros da família como parceiro				
19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente				
20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil				
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho				
22. É importante dedicar tempo às famílias				
23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar				
24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados				
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação				
26. A presença de membros da família deixa-me em Stress				

Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXO III – Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados



Comissão Nacional
de
Proteção de Dados

28/58

Autorização 66/2019

Processo nº 119/2019

I

Celestina de Barros Martins, no âmbito de curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra notificou à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realização de um estudo para obtenção do grau de mestre intitulado: *Envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizada: Atitude dos enfermeiros em Cabo Verde*.

O estudo tem como objetivo identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à parceria das famílias nos cuidados à criança hospitalizada e verificar a relação entre as atitudes dos enfermeiros quanto ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada, em variáveis sociodemográficas e profissionais.

Nesse estudo, cuja recolha se prevê para o mês de junho, deverão ser inquiridos 54 enfermeiros dos Serviços de Internamento de Pediatria, Urgência de Pediatria e Neonatologia do Hospital Central da Praia e Neonatologia do Hospital Regional Santiago Norte. Com recurso a um questionário impresso pretende-se tratar dados de identificação (sexo, idade), habilitações académicas, categoria e experiência profissional, tempo de exercício profissional na área de pediatria, serviço e local do exercício da função, conhecimentos e opiniões sobre a Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros.

Não ocorrerão comunicação de dados a terceiros, interconexão e nem transferência de dados para outros países.

Pretende-se guardar os dados por um prazo máximo de 12 meses.

O direito de acesso pode ser exercido por escrito na morada do responsável pelo tratamento, através de correio eletrónico ou por meio do telefone.

No que diz respeito às medidas de segurança, a notificante afirma que os dados serão guardados em locais com acesso condicionado.

Contribuinte Nº: 370636406, Av. da China, Rampa da Terra Branca, Apartado 1002, C.P. 7600, Praia, Tel: (238) 5340390,
cnpd@cnpd.cv, www.cnpd.cv

Handwritten signature



II

Apreciando,

1- A alínea a) do n.º 1 do artigo 5.º da Lei n.º 133/V/2001, de 22 de janeiro, alterada pela Lei n.º 41/VIII/2013, de 17 de setembro, que estabelece o Regime Jurídico Geral de Protecção de Dados Pessoais das pessoas singulares, doravante LPDP, define dados pessoais como sendo “qualquer informação, de qualquer natureza e independentemente do respectivo suporte, incluindo som e imagem relativa a uma pessoa singular identificada e ou identificável «titular dos dados¹»”. Considera-se identificável, uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, nomeadamente, por referência a um número de identificação, a um ou mais elementos específicos da sua identidade física, económica, cultural ou social, cfr. n.º 2 do mesmo artigo.

As operações, tais como recolha, registo, organização e conservação, realizadas sobre dados pessoais consubstanciam tratamentos de dados pessoais, conforme se depreende da alínea b), n.º 1, do artigo 5.º da LPDP.

Muito embora não se pretenda recolher o nome dos inquiridos, por via de dados como sexo, idade, habilitações académicas, categoria e experiência profissional, tempo de exercício profissional na área de pediatria, serviço e local onde exerce a função, os titulares dos dados estarão na situação de poderem ser identificados, logo o tratamento incidirá sobre dados pessoais.

1.1- Os dados pessoais devem ser tratados de forma legal, lícita e com respeito pelos princípios da reserva da intimidade da vida privada e familiar e da boa-fé. Mais, devem recolhidos para finalidades determinadas explícitas, legítimas, devendo ser adequados, pertinentes e não excessivos relativamente à finalidade ou às finalidades para que são recolhidos, exatos, atualizados e conservados, de forma a permitir a identificação dos seus titulares, apenas pelo tempo necessário para a prossecução da(s) finalidade(s) da recolha ou do tratamento posterior, nos termos dos artigos 4.º e 6.º da LPDP.

As opiniões sobre a Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros reflete o perfil e a convicção ideológica dos enfermeiros, pelo que são dados sensíveis cujo tratamento poderá levar a discriminação e vulnerabilidade destes.

Diz a LPDP que é proibido o tratamento de dados pessoais relativos às convicções ou punições políticas, filosóficas ou ideológicas, à fé religiosa, à filiação partidária ou sindical, à origem racial ou étnica, à vida privada, à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos, salvo o consentimento expresso do titular, autorização prevista na lei,

¹ **Titular dos dados:** uma pessoa singular identificada ou identificável em relação à qual a informação diz respeito.



ou quando se destinem a processamento de dados estatísticos não individualmente identificáveis.

1.2- Como já se demonstrou o tratamento incide sobre dados de pessoas sensíveis, cuja condição de legitimidade, no caso, reside no consentimento expresso dos enfermeiros, consentimento esse controlado sujeito ao prévio da CNPD, nos termos da alínea a), do n.º 2, do artigo 45.º da Constituição e alínea a), do n.º 1, do artigo 8.º, conjugado com a alínea a) do n.º 1 do artigo 24.º da LPDP.

Dispõe a alínea h) do n.º 1 do artigo 5.º da LPDP que o consentimento do titular dos dados é qualquer manifestação da vontade, livre, específica e informada, nos termos do qual o titular quer que os seus dados sejam objetos de tratamento.

O consentimento só é informado quando o titular compreende de forma clara e completa informações sobre todas as questões pertinentes, nomeadamente, natureza dos dados tratados, finalidades do tratamento, responsável pelo tratamento, etc.².

Quando se trata de consentimento expresso, existe entendimento de que ocorre nas “situações em que as pessoas são confrontadas com a oportunidade de dar ou não o seu acordo para um uso especial ou divulgação da informação pessoal que lhes diz respeito e respondem ativamente a essa questão, verbalmente ou por escrito”³.

Consta no processo em análise um termo de consentimento a ser assinado por aqueles que aceitem participar no inquérito. O documento contém informações sobre a identificação da responsável pelo tratamento, a finalidade, o carácter facultativo da resposta e a forma como podem ser obtidas informações adicionais.

Assim sendo, verifica-se a condição de legitimidade de tratamento.

2- O Termo de consentimento corrigido assegura as informações consagradas no artigo 11.º da LPDP.

Os dados recolhidos mostram-se adequados, necessários e não excessivos relativamente à finalidade da investigação.

3- A responsável pelo tratamento deve adotar as medidas técnicas e organizativas adequadas a proteção de dados pessoais contra destruição, acidental e ilícita, a perda acidental, a alteração, a difusão ou o acesso não autorizados, nos termos do n.º 1 do artigo 15.º da LPDP.

² GRUPO DE TRABALHO DE PROTECÇÃO DE DADOS DO ARTIGO 29º, Parecer 15/2011 sobre a definição de consentimento, Adotado em 13 Julho de 2011, pág. 21

³ Idem pág. 28



**Comissão Nacional
de
Protecção de Dados**

No caso em apreço, como está em causa dados sensíveis, A responsável pelo tratamento deve também implementar medidas acrescidas de segurança da informação previstas no artigo 16.º da LPDP.

4- Os dados pessoais devem ser conservados de forma a permitir a identificação dos seus titulares durante o período necessário para a prossecução das finalidades da recolha.

No caso em apreço, tendo em conta a natureza do estudo, a CNPD considera que os dados pessoais devem ser conservados de forma a permitir a identificação dos seus titulares por um prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias após a defesa da tese.

III

De todo o exposto, ao abrigo das disposições conjugadas das alíneas a) do n.º 1 do artigo 8.º, alínea a) do n.º 1 do artigo 24.º e artigo 26.º, todos da LPDP, e da alínea a) do n.º 1 do artigo 10.º da Lei n.º 42/VIII/2013, de 17 de Setembro, a CNPD autoriza o tratamento de dados nos seguintes termos:	
Responsável pelo tratamento	Celestina de Barros Martins
Finalidade	Contribuir para a melhoria de cuidados à criança/família
Categoria de dados pessoais tratados	Sexo, idade, habilitações académicas, categoria e experiência profissional, tempo de exercício profissional na área de pediatria, serviço e local onde exerce a função e opiniões
Comunicação de dados	Não há
Forma de exercício do direito de acesso	Junto da responsável pelo tratamento no momento da recolha, ou por escrita posteriormente
Interconexão	Não há
Transferência de dados para outros países	Não há



Comissão Nacional
de
Protecção de Dados

Tempo de conservação de dados	45 (quarenta cinco) dias após a defesa da tese
Medidas de segurança	O responsável pelo tratamento deve manter as medidas implementadas e adotar outras nos termos, que permitam garantir a confidencialidade e a protecção dos dados

Registe e notifique.

Praia, 30 de maio de 2019

Faustino Varela Monteiro (Presidente)

José Maria Vaz de Pina

Djamilson Lenine Estrela Vigano Pinto

ANEXO IV- Parecer do Diretor Nacional de Saúde

Celestina Martins
Achada São Filipe, Praia,
Santiago, Cabo Verde.
Tel.+238 923 05 31/5973535
e-mail- titimartins14@hotmail.com

Vada a por.
O estudo foi submetido
do o Conselho de Ética
Social?
17/4/2019

Ex. Sr. Diretor Nacional da Saúde

Praia, 1 de abril de 2019

Celestina de Barros Martins, enfermeira do Hospital Agostinho Neto, Serviço de Pediatria, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pretende no quadro de sua dissertação, realizar um estudo sobre o tema “Envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizada: Atitude dos Enfermeiros em Cabo Verde”. Neste âmbito, vem por este meio solicitar a vossa Ex.^a se digne autorizar a realização deste estudo, entre os enfermeiros dos Serviços de Enfermagem de Pediatria, Banco de Urgência de Pediatria e Neonatologia, dos Hospitais Agostinho Neto, e Hospital Regional Santiago Norte.

Junto anexa o resumo do projeto de investigação.

Comprometo-me a enviar um exemplar do Relatório final da investigação produzida, após sua discussão em ficheiro *pdf*.

Atenciosamente,

A signatária

Celestina de Barros Martin

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIREÇÃO NACIONAL DA SAÚDE
Entrada n.º 052
Em 04/04/2019
O Funcionário
Amílcar Fonseca

04/04/19

ANEXO V- Autorização do hospital Agostinho Neto



Ministério da Saúde e
da Segurança Social



Conselho de Administração Hospital Dr. Agostinho Neto
Direção Clínica

À Sra. Celestina Barros Martins

C/c.:

- Direção de Serviço de Pediatria – Dra. Neusa Carvalho e Dra. Sandra Lobo.

N. Refª nº **253/DC**-HAN/19

Assunto: **Autorização para realização do Projeto**

Excelência.

A Direção de Clínica do HAN, vem através desta informar à Sra. Celestina Barros Martins, que o Projeto de Investigação Científica – **“Envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizadas: Atitudes dos Enfermeiros de Cabo Verde”**, tem autorização definitiva para ser aplicado no HAN.

O parecer foi dado mediante a apreciação da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa para Saúde.

Saudações,

A Direção Clínica



/Dr. Victor Costa/
Praia, 12 de Dezembro de 2019

Saúde: Um compromisso do Estado, Uma Responsabilidade de Todos

Hospital Dr. Agostinho Neto - Rua "Mártires de Pídjiguiti", Cidade da Praia, C.P 112 Praia – Santiago – Cabo Verde
Telefone PBX: (+238) 2602140/5060/70 - VOIP: 3337650/7656 - Fax (238) 2617974 - Site: www.han.cv - E-mail:
euossoajudar@han.gov.cv



Ministério da Saúde e
da Segurança Social



Hospital Dr. Agostinho Neto
Hospital Central da Praia

Conselho de Administração Hospital Dr. Agostinho Neto
Direção Clínica

À Sra. Celestina Barros Martins

C/c.:

- Direção de Serviço de Pediatria – Dra. Neusa Carvalho e Dra. Sandra Lobo.

N. Ref^a n^o **253/DC-HAN/19**

Assunto: **Autorização para realização do Projeto**

Excelência.

A Direção de Clínica do HAN, vem através desta informar à Sra. Celestina Barros Martins, que o Projeto de Investigação Científica – **“Envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizadas: Atitudes dos Enfermeiros de Cabo Verde”**, tem autorização definitiva para ser aplicado no HAN.

O parecer foi dado mediante a apreciação da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa para Saúde.

Saudações,

A Direção Clínica


/Dr. Victor Costa/
Praia, 12 de Dezembro de 2019

Saúde: Um compromisso do Estado, Uma Responsabilidade de Todos

Hospital Dr. Agostinho Neto - Rua “Mártires de Pidjiguiti”, Cidade da Praia, C.P 112 Praia – Santiago – Cabo Verde
Telefone PBX: (+238) 2602140/5060/70 - VOIP: 3337650/7656 - Fax (238) 2617974 - Site: www.han.cv - E-mail:
euossoajudar@han.gov.cv

ANEXO VI – Autorização do Hospital Regional Dr. Santa Rita Vieira



Hospital Regional Dr. Santa Rita Vieira

Achada Falcão – C.P. 142 – Assomada Tel.: 265 7600

DECLARAÇÃO

Para os efeitos convenientes se declara que, **Celestina de Barros Martins**, fez um pedido de estudo sobre o tema “Envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada: Atitude dos Enfermeiros em Cabo Verde” nesta unidade Hospitalar. Informamos, ainda que, não há nenhuma inconveniência por parte do hospital em fazer este estudo.

Para constar onde convier, passo esta declaração que vai ser assinada e autenticada com carimbo a óleo em uso neste estabelecimento hospitalar.

Hospital Regional Dr. Santa Rita Vieira, 29 de Abril de 2019.

O Diretor,

Dr. Imadoeno Cabral



ANEXOVII- Aprovação da comissão de ética da EsenfC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (EEnfC)

Parecer Nº 616/10-2019

Título do Projecto: Envolvimento e Participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada: atitudes dos enfermeiros da ilha de Santiago em Cabo Verde

Identificação das Proponentes

Nome(s): Celestina de Barros Martins

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Hospital Agostinho Neto

Investigador Responsável/Orientador: Professora Doutora Maria de Lurdes Lomba

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

É reconhecido como fundamental para o atendimento humanizado o envolvimento e a participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada, no contexto da pediatria assim como também na diminuição dos efeitos negativos da hospitalização. Os autores do estudo pretendem analisar as atitudes dos enfermeiros em relação a parceria dos pais nos cuidados de enfermagem à criança hospitalizada e relacionar as atitudes dos enfermeiros com as variáveis sociodemográficas, profissionais e culturais.

Este estudo é definido como um estudo quantitativo, descritivo analítico e transversal estando a recolha de dados programada entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

A amostra será constituída por todos os enfermeiros que trabalham nos serviços de pediatria e neonatologia do hospital central e regional na ilha de Santiago em Cabo Verde, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Os instrumentos de recolha de dados são apresentados assim como o consentimento informado sendo garantida a confidencialidade, a voluntariedade e a autonomia das participantes. Não estão previstos qualquer custo ou necessidade de compensação para os participantes.

Sendo assim, somos do parecer que para o projeto poder ser aprovado sem restrições de natureza ética. O presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde o estudo será desenvolvido.

O relator: *Ana Margarida Abrantes*

Data: 13/11/2019 O Presidente da Comissão de Ética:

Maria Helena Botella

APÊNDICES

APÊNDICE I - Termo de consentimento informado



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.(a). Senhor(a) Enfermeiro(a)

Eu, Celestina de Barros Martins, enfermeira do Hospital Agostinho Neto, estou a realizar um trabalho de investigação, no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sobre o tema “Envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizado: Atitude dos Enfermeiros da ilha de Santiago em Cabo Verde”, sob orientação da Professora Doutora Lurdes Lomba. Com este estudo pretende-se identificar as atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento e participação das famílias nos cuidados à criança hospitalizada, cuja a finalidade é contribuir para a melhoria de cuidados prestados à criança/família. Por esta razão, venho solicitar a sua colaboração neste estudo.

A colheita de dados será realizada através do preenchimento individual de um questionário com questões de caracterização sociodemográfica e profissional e uma escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE) (Oliveira, P.C.M. et al., 2009), adaptada e validada para a língua portuguesa.

Caso aceite colaborar no estudo, serão respeitadas as seguintes condições:

- A sua participação é estritamente voluntária, mantendo o direito de não manter a sua colaboração, a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos;
- Os seus dados pessoais manter-se-ão confidenciais, nunca sendo utilizado o seu nome ou qualquer elemento que o possa identificar e as suas respostas serão mantidas anónimas;
- As informações que fornecer à investigadora serão utilizadas exclusivamente para fins científicos e para esta investigação;
- A qualquer momento, pode solicitar os dados que forneceu ou a sua atualização, retificação, bem como, obter informações adicionais sobre a sua participação no estudo, através do telemóvel 597 35 35 ou por email titimartins14@hotmail.com.

Certa do seu interesse pela realização do estudo, agradecemos a sua colaboração.

A Responsável pelo estudo

ACEITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Eu, _____, após ter sido informado(a) da natureza do estudo que se pretende desenvolver e da respetiva metodologia, declaro aceitar participar livremente na sua realização.

_____, _____ de _____ de 2019

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE II – Questionário



QUESTIONÁRIO

Celestina de Barros Martins, Estudante do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontra-se a realizar um trabalho de investigação sobre **Envolvimento e Participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizada: Atitude dos enfermeiros da ilha de Santiago em Cabo Verde**, para o qual pede a sua colaboração através do preenchimento deste questionário que engloba questões sobre a sua situação sociodemográfica e profissional na I parte e o preenchimento de uma escala de atitudes na II parte.

A sua colaboração é **essencial**, mas voluntária. **Os dados recolhidos são confidenciais e o seu anonimato é garantido.**

Pede-se que **preencha** o questionário de acordo com a sua experiência e assine o **consentimento informado**.

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Para esclarecimento de qualquer dúvida ou questão contactar:

Celestina Martins

Telem: 5973535

E-mail: titimartins14@hotmail.com

I PARTE

QUESTIONÁRIO

Situação Sociodemográfica/Profissional

Assinale com **X** no quadrado correspondente à sua resposta e preencha os itens solicitados.

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** ____ anos

3. Habilitações Acadêmicas

Bacharelato Mestrado

Licenciatura Doutorado

4. **Categoria Profissional:** Enfermeiro Estagiário Enfermeiro Geral
Enfermeiro Graduado Enfermeiro Assistente Enfermeiro Principal

5. Experiência Profissional

____ Anos ____ meses

6. Tempo de exercício profissional na área de pediatria

____ Anos ____ meses

7. Serviço de Pediatria onde exerce função

Enfermaria Banco de Urgência Neonatologia

8. Hospital onde exerce função

Hospital Central Hospital Regional

9. Conhece o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey?

Sim Não