

Universidade Católica Portuguesa

SATISFAÇÃO DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR  
HOSPITALIZADA E DOS SEUS PAIS COM OS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

SATISFACTION OF HOSPITALIZED SCHOOL AGED  
CHILDREN AND THEIR PARENTS WITH  
NURSING CARE

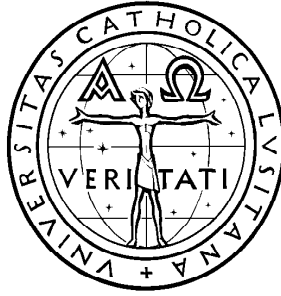
Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do  
grau de doutor em Enfermagem na especialidade de  
Enfermagem Avançada

Por

Fernanda Manuela Loureiro

Instituto de Ciências da Saúde

Julho, 2020



Universidade Católica Portuguesa

SATISFAÇÃO DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR  
HOSPITALIZADA E DOS SEUS PAIS COM OS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

SATISFACTION OF HOSPITALIZED SCHOOL AGED  
CHILDREN AND THEIR PARENTS WITH  
NURSING CARE

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do  
grau de doutor em Enfermagem na especialidade de  
Enfermagem Avançada

Por

Fernanda Manuela Loureiro

Sob a orientação de

Professora Doutora Zaida Borges Charepe

Instituto de Ciências da Saúde

Julho, 2020

*“Although children are not considered equal to adults in terms of capability nor power, they’re certainly considered equal to adults as members of society whose voices are just as important as adults”*

(Sommer et al., 2010, p. vii)

## AGRADECIMENTOS

À Professora e amiga Zaida, pela orientação, críticas construtivas e sobretudo  
perseverança...

À Professora Beatriz Araújo, à Professora Sofia Almeida e ao Professor Luís Capelas,  
pelos seus valiosos contributos em momentos chave desta jornada...

À minha família, a minha base de suporte...

Às crianças e suas famílias...

Aos enfermeiros e Instituições de Saúde que colaboraram neste estudo...

Às colegas e amigas do serviço que foi a minha “casa” durante quase 20 anos,  
em particular à Inês, Flor, Rita, Ana Cláudia, Mafalda, Susana e Marlene que  
partilharam comigo, mais de perto as dificuldades de gerir o tempo profissional com o  
tempo académico e pessoal...

Às colegas de percurso Paula e Aida, pelo apoio e pelas partilhas...

Ao Rui que me faz sorrir todos os dias, maus e bons, como na primeira vez que nos  
vimos...sem ti não teria conseguido e sem ti nem faria sentido...

Ao Pedro de quem tenho o privilégio e orgulho de ser mãe...por estar na idade escolar  
deu um contributo imprescindível a este trabalho...

Finalmente ao Tiago, que nasceu durante este percurso e teve tanto de desejado como de  
inesperado...veio mostrar à mãe que tudo na vida tem o seu tempo próprio...

...a todos o meu MUITO OBRIGADO!

## RESUMO

**Introdução:** A satisfação do cliente integra a qualidade dos cuidados de saúde no hospital sendo consensual a influência dos enfermeiros. Neste âmbito, as crianças, são remetidas para segundo plano, sendo a satisfação aferida junto dos pais. Estes não espelham as reais perceções das crianças o que pode ter como resultado cuidados descentrados da criança. O modelo Qualidade-Cuidado© foi norteador do percurso de investigação e, integra o conceito de satisfação enquanto resultado sensível aos cuidados de enfermagem.

**Objetivo:** Pretendemos identificar estratégias que visem a melhoria da satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e seus pais com os cuidados de enfermagem.

**Metodologia:** No percurso de investigação efetivou-se um estudo de tipo exploratório-descritivo e correlacional, transversal e observacional. Recorreu-se a instrumentos de recolha de dados validados e adaptados, aplicados a uma amostra não probabilística e acidental de 252 crianças e 251 pais, em seis Instituições de saúde. Seguidamente aplicou-se, a técnica de Delphi, em duas rondas, numa amostra intencional de 90 enfermeiros das mesmas Instituições. O estudo foi precedido das autorizações formais às comissões de ética e conselhos de administração em cada Instituição e, parecer positivo da comissão nacional de proteção de dados. **Resultados:** Em relação às crianças, à avaliação global dos cuidados as crianças atribuíram um valor médio 4,51 (1-5). Em relação aos pais, verifica-se satisfação quer na escala “experiências com cuidados de enfermagem” quer na escala “opiniões sobre os cuidados de enfermagem”. Foram identificadas e consensualizadas estratégias nas seguintes áreas de atenção: educação; família; entretenimento; ambiente de cuidados; admissão e características dos enfermeiros.

**Discussão:** Os resultados obtidos revelam que os aspetos identificados por crianças, pais e enfermeiros não são sobreponíveis o que valida a necessidade de abordagens inclusivas. Esta identificação permitiu o delineamento de ações com vista à melhoria da satisfação, suportadas no referencial teórico e nos resultados da investigação. **Conclusão:** Suportados na revisão, reflexão e achados deste percurso foi possível sugerir uma proposta para a prática de cuidados de enfermagem, constituída por orientações que relacionem a melhoria da qualidade dos cuidados com o nível de satisfação nesta população.

**Palavras-chave (DeCS):** criança; hospitalização; profissionais de enfermagem pediátrica; satisfação do paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Customer satisfaction is integrated in healthcare quality of and nurses' influence in hospital care is consensual. In this context, children are often in the backstage, and satisfaction is measured by parents. These do not reflect children's real perceptions, which can result in decentralized childcare. The Quality-Care model<sup>©</sup> guided this research pathway and it integrates the concept of satisfaction as a result sensitive to nursing care. **Objective:** We intend to identify strategies aimed at improving the satisfaction of hospitalized school-aged children and their parents with nursing care. **Methods:** The research path an exploratory-descriptive and correlational cross-sectional observational study was carried out. Data collection instruments were validated, adapted and applied to a non-probabilistic and accidental sample of 252 children and 251 parents, in six health institutions. Then the delphi technique was applied in two rounds on an intentional sample of 90 nurses from the same institutions. The study was preceded by formal authorizations from the ethics committees and boards of direction in each institution, as well as the national data protection commission. **Results:** Regarding children the overall assessment of care provided had an average value of 4,51 (1-5). Regarding parents, satisfaction was verified both on subscale "experiences with nursing care" and subscale "opinions on nursing care". Nurses identified and agreed upon strategies in the following areas of attention: education; family; entertainment; environmental care; admission and nurses characteristics. **Discussion:** The results show that the aspects identified by children, parents and nurses are not overlapping, which validates the need for inclusive approaches. This identification allowed the outline of actions to improve satisfaction, supported by the theoretical reference adopted and by the research results. **Conclusion:** Based on the review, reflection and findings of this investigation, it was possible to suggest a proposal for nursing care based on clinical practice guidelines that improve satisfaction with nursing care in this population.

**Keywords (DeCS):** child; hospitalization; patient satisfaction; pediatric nursing professionals;

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BT1 – Retrotradução 1

BT2 – Retrotradução 2

C – Crianças

CCQH – Children Care Quality at Hospital

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

CP – Concorda Parcialmente

CT – Concorda Totalmente

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

*DP* – Desvio padrão

DP – Discorda Parcialmente

DT – Discorda Totalmente

E – Estudo

ESCCE – Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem

f – Frequência

IAC – Instituto de Apoio à Criança

*IQQ* – Intervalo interquartil

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

M – Média

*Máx.* – Máximo

*Mdn* – Mediana

Min. – Mínimo

*Mo* – Moda

N.º – Número

NIC – Nursing Intervention Classification

NPA – Não preciso de ajuda

NR – Não responde

Ns – Não significativo

OMS – Organização Mundial de Saúde

P – País

PCC – População, Conceito e Contexto

R – Resultados

REPE – Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro

SPSS – Statistical Programme for Social Sciences

T1 – Tradução 1

T12 – Consenso de tradução de T1 e T2

T2 – Tradução 2

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UNICEF – United Nations Children's Fund

WHO – World Health Organization

# ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>PARTE I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E CONCEPTUAL.....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO 1 - A SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>27</b>
1.1 - <i>A satisfação enquanto domínio essencial da saúde .....</i>	<i>27</i>
1.2 - <i>Qualidade do cuidado e o cuidado humano .....</i>	<i>33</i>
<b>CAPÍTULO 2 - A SATISFAÇÃO DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR HOSPITALIZADA COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>41</b>
2.1 - <i>A criança em idade escolar como cliente dos cuidados de enfermagem.....</i>	<i>41</i>
2.2 - <i>O ambiente dos cuidados de enfermagem como promotor da satisfação.....</i>	<i>48</i>
2.3 - <i>Os cuidados de enfermagem em contexto de hospitalização.....</i>	<i>52</i>
<b>PARTE II - PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>61</b>
<b>CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>63</b>
3.1 - <i>Objetivos .....</i>	<i>64</i>
3.2 - <i>Questões de investigação .....</i>	<i>64</i>
3.3 - <i>Tipo de estudo .....</i>	<i>65</i>
3.4 - <i>Instrumentos de recolha de dados.....</i>	<i>65</i>
3.5 - <i>População e amostra populacional .....</i>	<i>68</i>
3.6 - <i>Variáveis .....</i>	<i>69</i>
3.7 - <i>Procedimentos de recolha, tratamento e análise dos dados.....</i>	<i>70</i>
3.8 - <i>Procedimentos formais e éticos .....</i>	<i>74</i>
<b>PARTE III - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>83</b>
<b>CAPÍTULO 4 - A SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERSPETIVA DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR.....</b>	<b>85</b>
4.1 - <i>Adaptação e validação do instrumento “Child Care Quality at Hospital”.....</i>	<i>86</i>
4.2 - <i>Avaliação da satisfação das crianças em idade escolar hospitalizadas com os cuidados de enfermagem .....</i>	<i>95</i>
<b>CAPÍTULO 5 - A SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERSPETIVA DOS PAIS DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR.....</b>	<b>109</b>
5.1 - <i>Adaptação e validação do instrumento “Escala de satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem” .....</i>	<i>109</i>
5.2 - <i>Avaliação da satisfação dos pais das crianças em idade escolar hospitalizadas com os cuidados de enfermagem .....</i>	<i>113</i>
<b>CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>123</b>
<b>CAPÍTULO 7 - ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A SATISFAÇÃO: PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS.....</b>	<b>137</b>
7.1 - <i>Ronda 1: brainstorming.....</i>	<i>140</i>

7.2 - Ronda 2: consensualização.....	150
7.3 - Discussão dos resultados.....	157
<b>PARTE IV - ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS.....</b>	<b>169</b>
CAPÍTULO 8 - CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA PARA A PRÁTICA.....	171
CAPÍTULO 9 - CONCLUSÕES.....	179
9.1 - Implicações para o ensino, prática e investigação em enfermagem.....	182
9.2 - Limitações e sugestões.....	184
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>187</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>217</b>
Anexo I – Autorização para utilização do instrumento “Child Care Quality At Hospital.....	219
Anexo II – Autorização para utilização do Intrumento “Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem”.....	221
Anexo III – Autorização formal dos Conselhos de Administração das Instituições de Saúde.....	223
Anexo IV – Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados.....	231
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>237</b>
Apêndice I – Instrumento “Child Care Quality At Hospital”.....	239
Apêndice II – Intrumento “Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem” ...	245
Apêndice III – Questionário da Ronda 1 do Painel Delphi.....	251
Apêndice IV – Questionário da Ronda 2 do Painel Delphi.....	255

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro resumo das características de desenvolvimento da criança em idade escolar. ....	44
Tabela 2 - Expectativas das crianças relativas aos cuidados de enfermagem durante a hospitalização. ....	53
Tabela 3 - Experiências das crianças relativas aos cuidados de enfermagem durante a hospitalização. ....	54
Tabela 4 – Estratégias para ajudar a criança a lidar com a hospitalização. ....	55
Tabela 5 - Índice de validade de conteúdo no processo de adaptação do instrumento CCQH. ....	88
Tabela 6 - Análise fatorial do domínio “Características dos enfermeiros”.....	88
Tabela 7 - Análise da consistência interna do domínio “Caraterísticas dos enfermeiros”.....	89
Tabela 8 - Análise fatorial do domínio “Atividade dos enfermeiros”, subescala “Cuidar, entretenimento e suporte”.....	90
Tabela 9 - Análise da consistência interna do domínio "Atividades dos enfermeiros", subescala "Cuidar, entretenimento e suporte". ....	90
Tabela 10 - Análise fatorial do domínio “Atividade dos enfermeiros”, subescala “Cuidado físico e tratamento”. ....	91
Tabela 11 - Análise da consistência interna do domínio "Atividades dos enfermeiros", subescala "Cuidado físico e tratamento". ....	91
Tabela 12 - Análise fatorial do domínio “Atividade dos enfermeiros”, subescala: “Educação”. ....	92
Tabela 13 - Análise da consistência interna do domínio "Atividades dos enfermeiros", subescala "Educação”. ....	92
Tabela 14 - Análise fatorial do domínio “Ambiente de enfermagem”. ....	93
Tabela 15 - Análise da consistência interna do domínio “Ambiente de enfermagem”. ....	94
Tabela 16 - Análise da medida de tendência central e dispersão dos domínios do instrumento CCQH. ...	94
Tabela 17 – Características gerais e sociodemográficas da amostra (crianças; n=252). ....	95
Tabela 18 - Distribuição da amostra (crianças) na subescala "Características dos Enfermeiros". ....	96
Tabela 19 - Distribuição da amostra (crianças) na categoria "Atividades dos Enfermeiros: Cuidar, entretenimento e suporte”.....	97
Tabela 20 - Distribuição da amostra (crianças) na categoria "Atividades dos Enfermeiros: Cuidado Físico e Tratamento”.....	98
Tabela 21 - Distribuição da amostra (crianças) na categoria "Atividades dos Enfermeiros: Educação”..	98
Tabela 22 - Distribuição da amostra (crianças) na categoria "Ambiente de Enfermagem".....	99
Tabela 23 - Matriz categorial das melhores experiências referidas pelas crianças.....	102
Tabela 24 - Matriz categorial das piores experiências referidas pelas crianças.....	103
Tabela 25 - Teste da diferença de médias entre género e satisfação.....	105
Tabela 26 - Correlações entre idade das crianças e satisfação.....	106
Tabela 27 - Teste da diferença de médias da satisfação segundo o motivo de hospitalização. ....	106
Tabela 28 - Teste da diferença de médias da avaliação global dos cuidados de enfermagem segundo o tipo de diagnóstico.....	107
Tabela 29 - Teste da diferença de médias da avaliação global dos cuidados de enfermagem segundo experiência prévia de hospitalização. ....	107

Tabela 30 - Teste da diferença de médias da avaliação global dos cuidados de enfermagem segundo ter ou não um enfermeiro responsável pelo internamento.....	108
Tabela 31 - Análise fatorial da escala “Experiências dos cuidados de enfermagem”.....	110
Tabela 32 - Análise da consistência interna da escala “Experiências dos Cuidados de Enfermagem”....	111
Tabela 33 - Análise fatorial da escala "Opiniões sobre os cuidados de enfermagem". .....	111
Tabela 34 - Análise da consistência interna da escala “Opiniões sobre os cuidados de enfermagem”....	112
Tabela 35 - Análise da medida de tendência central e dispersão das variáveis do instrumento ESCCE..	113
Tabela 36 - Caracterização da amostra (pais) em relação à idade. ....	113
Tabela 37 - Caracterização da amostra (pais) em relação ao sexo.....	114
Tabela 38 - Distribuição da amostra (pais) em relação à escolaridade. ....	114
Tabela 39 - Distribuição da amostra (pais) em relação à profissão. ....	114
Tabela 40 - Distribuição da amostra (pais) em relação à percepção da existência de um enfermeiro responsável pelos cuidados à criança. ....	115
Tabela 41 – Matriz categorial resultante da análise da questão: “Que aspetos dos cuidados de enfermagem poderiam ser melhorados?”.....	116
Tabela 42 - Matriz categorial da análise da questão: “Outros comentários que gostasse de fazer”. .....	117
Tabela 43 - Distribuição da amostra (pais) na escala “Experiências dos cuidados de enfermagem”. .....	117
Tabela 44 - Distribuição da amostra (pais) na escala “Opiniões sobre os cuidados de enfermagem”. ....	119
Tabela 45 - Teste da diferença de médias da satisfação e género (pais).....	120
Tabela 46 - Correlações da idade com as escalas de satisfação (pais).....	120
Tabela 47 - Teste da diferença de médias de satisfação dos pais segundo o nível de escolaridade. ....	121
Tabela 48 – Estratégia promotoras de satisfação nas crianças.....	145
Tabela 49 - Listagem I de intervenções padronizadas (NIC).....	145
Tabela 50 - Dificuldades / constrangimentos à promoção de satisfação nas crianças. ....	147
Tabela 51 - Estratégia promotoras de satisfação nos pais.....	148
Tabela 52 - Listagem II de intervenções padronizadas (NIC). ....	148
Tabela 53 - Dificuldades / constrangimentos à promoção de satisfação nos pais. ....	150
Tabela 54 - Critérios de determinação do grau de consenso.....	152
Tabela 55 - Caracterização da amostra de enfermeiros em relação às habilitações.....	152
Tabela 56 - Estratégias para aumentar satisfação com os cuidados de enfermagem das crianças.....	153
Tabela 57 – Constrangimentos / dificuldades na implementação de estratégias para aumentar a satisfação com os cuidados de enfermagem das crianças. ....	154
Tabela 58 - Estratégias para aumentar satisfação com os cuidados de enfermagem dos pais. ....	154
Tabela 59 – Constrangimentos / dificuldades na implementação de estratégias para aumentar a satisfação com os cuidados e enfermagem dos pais.....	156
Tabela 60 - Síntese das intervenções e atividades promotoras de satisfação.....	171

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Qualidade-Cuidado ©.....	37
Figura 2 - Desenho da investigação.....	64
Figura 3 - Adaptação do modelo Qualidade-Cuidado © de Duffy (2015). .....	175



## INTRODUÇÃO

A satisfação do cliente é um dos fatores que integra a qualidade dos cuidados de saúde (Ng & Luk, 2019). Tem sido foco de investigação nas últimas duas décadas (Batbaatar et al., 2015), com um aumento significativo a partir do ano 2000, o que se atribui ao papel ativo dos “consumidores” (Speight, 2005). As razões para intensificar o interesse na avaliação da satisfação do cliente incluem: a procura de resultados e necessidade de evidência da qualidade dos cuidados; incentivar os governos a basear o financiamento atendendo à qualidade dos cuidados prestados; permitir a redução de custos e manutenção da qualidade; alterar a noção de cliente passivo para cliente informado e que procura serviços de saúde tendo em conta ao seu índice de satisfação; existência de um modelo de gestão competitivo com implicações no mercado e a rápida mudança de trabalhadores de saúde entre Instituições (Laschinger et al., 2011).

É consensual a influência dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, na satisfação dos clientes, em particular no contexto hospitalar (Otani & Kurz, 2004; Otani, Herrmann & Kurz, 2011; Karaca & Durna, 2019). De facto, a satisfação com os cuidados de enfermagem, tem sido discutida sistematicamente na literatura científica, como um preditor da satisfação global com a experiência de cuidados de saúde (Laschinger et al., 2011), em particular o modo como os cuidados de enfermagem são prestados (Otani & Kurz, 2004; Otani et al., 2011). É também consensual, a relação entre satisfação e a intenção de voltar a recorrer aos serviços de saúde e/ou recomendar os mesmos serviços ou a instituição (Hill & Doddato, 2002; Murante, Seghieri, Brown & Nuti, 2014).

Na perspetiva da pessoa adulta, os estudos têm proliferado exponencialmente, com a finalidade de identificar quais os atributos mais relevantes do conceito de satisfação e possíveis relações com outros conceitos (Quintana et al., 2006). Habitualmente são aplicados instrumentos de medida que avaliam atributos pré definidos (Ng & Luk, 2019). Um grupo particularmente estudado têm sido os clientes hospitalizados. Advém do stress e insatisfação associado à experiência hospitalar mas também pelos custos elevados que a hospitalização acarreta para os sistemas de saúde (Quintana et al., 2006). Embora a satisfação com cuidados de enfermagem seja multidimensional, Freitas, Parreira & Domingues (2016) salientam que é possível encontrar pontos comuns, quer em relação ao conceito, quer em relação às suas dimensões. É também consensual o contributo para a qualidade dos cuidados que pode advir da implementação de estratégias baseadas nos experiências dos clientes (Karaca & Durna, 2019).

Os enfermeiros passam mais tempo com os clientes hospitalizados comparativamente a outros profissionais de saúde e, interagem também com mais frequência, pelo que têm um impacto significativo na experiência de hospitalização (Kol et al., 2018).

A diminuição de estudos associados à satisfação na população pediátrica, justificam o estudo que ora se apresenta. As crianças enquanto cliente dos cuidados de saúde, têm sido citadas por alguns autores, como frequentemente excluídas ou remetidas para segundo plano, assumindo o papel de “consumidores silenciosos” dos cuidados de saúde (Carter, 1998; Coyne & Kirwan, 2012; Livesley & Long, 2013).

Da revisão da literatura salienta-se, para além da limitação de estudos que incluam as perspetivas das crianças (Livesley & Long, 2013), a relação entre as opiniões dos vários intervenientes (crianças, pais e profissionais de saúde). As opiniões emitidas pelos adultos próximos tendem a não espelhar as perceções das crianças e a descurar aspetos importantes valorizados pelas mesmas, o que pode vir a influenciar a sua adesão aos cuidados de saúde (Chappuis et al., 2011). Estas querem ser ouvidas, integradas nos cuidados e ter numa palavra a dizer no planeamento e decurso dos cuidados de saúde que lhes são prestados. Referem aspetos únicos que valorizam e que podem ser utilizados pelos profissionais de saúde, com vista a uma maior adequação e individualização dos cuidados. Em síntese, o recurso aos pais ou a adultos próximos como fontes de informação, não espelha as reais necessidades e perceções das crianças e, pode ter como resultado cuidados desadequados e descentrados da criança.

A criança admitida no hospital é a pessoa mais envolvida diretamente nos cuidados, contudo não é incluída nos processos de decisão ou na avaliação dos mesmos (Fletcher et al., 2011). Tradicionalmente, os cuidados de enfermagem à criança hospitalizada são cuidados centrados na família (Shields et al., 2007). Este conceito, surgiu por volta dos anos 50, como resultado do *Platt report* (Platt, 1959) em Inglaterra, tendo-se expandido para outros contextos. Tem sido considerado como a melhor prática de cuidados para crianças hospitalizadas (Cimke & Mucuk, 2017; Coyne, 2015; Ferreira et al., 2019; Khajeh et al., 2017; Watts et al., 2014) já que espelha a importância da família na vida da criança. A operacionalização dos cuidados centrados na família, no contexto da hospitalização, é entendida como promotora e impulsionadora de satisfação quer da criança quer dos seus pais (Smith, 2018).

Decorrente da crescente preocupação com os direitos da criança emergiu, no século XXI, um novo conceito: cuidados centrados na criança (Ford et al., 2018). Este conceito

resulta da ênfase dada à participação das crianças enquanto agentes ativos nos cuidados de saúde e, é complementar aos cuidados centrados na família (Ford, 2011; Carter & Ford, 2013; Ford et al., 2018). De facto, parece existir uma tendência, ainda insipiente, para uma maior inclusão da perspectiva da criança integrando a perspectiva de pais e profissionais de saúde já tradicionalmente estudados (Sommer et al., 2010).

Entre as sugestões de investigação que constam nos relatórios de outros estudos destaca-se: a importância de fomentar a prática de ouvir a criança e envolvê-la nos processos de tomada de decisão (Coyne & Kirwan, 2012); o desenvolvimento de um modelo de cuidar em enfermagem mais participativo e inclusivo das crianças (Livesley & Long, 2013); o desenvolvimento de *guidelines* que ajudem os pais e os profissionais de saúde a facilitar e a apoiar a participação das crianças nos cuidados de saúde (Coyne, 2006a). Por outro lado, identificar os aspetos menos positivos relatados pelas crianças pode ajudar à criação de estratégias para os ultrapassar, melhorando assim a satisfação da criança durante a hospitalização (Carnevale & Gaudreault, 2013). Estes aspetos podem ser antecipados pela implementação de estratégias que envolvam as crianças enquanto membros ativos das equipas de saúde, no delineamento de intervenções individualizadas e particularizadas à sua condição clínica (Marcinowicz, Abramowicz, Zarzycka, Abramowicz, & Konstantynowicz, 2016; Azevêdo, Lançoni Júnior & Crepaldi, 2017; Linder & Seitz, 2017).

Acresce que as crianças em idade escolar, são frequentemente negligenciadas, no que concerne às estatísticas de saúde sendo agregadas a crianças mais jovens ou com adultos (Currie et al., 2012), o que torna a investigação em torno deste grupo etário relevante.

Atendendo ao nível cognitivo da criança e situação de vulnerabilidade, aquando da sua hospitalização, destaca-se a necessidade da equipa de saúde poder recorrer a instrumentos de avaliação da satisfação, adaptados e validados para esta população (Chappuis et al., 2011). É reconhecida ainda, a necessidade de desenvolver opções metodológicas mais centradas na criança que possam fornecer um conteúdo rico de análise e que desvendem a sua perspectiva (Carter & Ford, 2013). Salienta-se, a necessidade de assegurar que todas as crianças (excluindo lactentes e *toddlers*), independentemente da sua idade, nível de desenvolvimento cognitivo ou capacidade de comunicação, possam exercer o seu direito de participar de forma significativa em estudos de investigação associados à satisfação com cuidados de saúde (Twycross, 2012; Oulton et al., 2016; Koller, 2017).

As escolhas na infância perpetuam-se na idade adulta e as experiências de hospitalização têm impacto no desenvolvimento (Schneider & Medeiros, 2011), pelo que os enfermeiros devem fornecer “orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 3). Neste sentido, a identificação de fatores promotores de satisfação e estratégias que se possam traduzir em atividades integradas nas intervenções de enfermagem, é conducente a uma melhor experiência de hospitalização.

A hospitalização infantil tem um contexto de cuidados de enfermagem próprio, quer pelas características particulares da criança, quer pela presença permanente dos pais no internamento. Ao considerar a atuação dos enfermeiros neste âmbito, é necessário atender aos conceitos metaparadigmáticos da disciplina de Enfermagem: a saúde; a pessoa; o ambiente e os cuidados de enfermagem (Fawcett, 1984; 2017).

A saúde é entendida como uma componente positiva da vida do ser humano. Já em 1948, a OMS, definia saúde como um estado de completo bem-estar e não apenas a ausência de doença (WHO, 1948) salientando esta vertente positiva. No entanto, trata-se de uma definição estática que não tem em conta a subjetividade do conceito (Loureiro & Miranda, 2010). A este respeito, Carvalho & Carvalho (2006) enfatizam a definição de saúde segundo Déjours (1993, p. 49) que conceptualiza saúde como “a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projeto de vida, pessoal e original, em direção ao bem estar”. Salientam que para além de ser uma definição dinâmica, tem em conta a capacidade funcional e introduz o género e o grupo etário, assim como a singularidade do indivíduo. Adequa-se particularmente a este percurso na medida em que inclui as crianças e o bem estar e, por inerência a satisfação dado que se assume o conceito de satisfação como uma sensação subjetiva de bem estar (Diener, 2000).

A pessoa, alvo dos cuidados de enfermagem, neste contexto são crianças e famílias e, tradicionalmente, a definição de criança baseia-se na sua idade. Segundo a UNICEF (1989), a passagem à idade adulta decorre do enquadramento legal de cada país, habitualmente por volta dos 18 anos. Sendo que, a criança nasce, cresce e desenvolve-se no seio de uma família contextualizada numa cultura e época próprias (Fernandes, 2015). Pelo que, os enfermeiros devem estar conscientes das funções das famílias, dos vários tipos de estruturas e teorias familiares que fornecem a base para o entendimento das mudanças que ocorrem dentro da família, por forma a direcionar intervenções orientadas nesse sentido (Hockenberry et al., 2018).

O ambiente de cuidados decorre em Instituições de saúde sendo que, a hospitalização da criança tem, tradicionalmente, uma conotação negativa. Ocorre uma separação entre a criança e o seu ambiente habitual com dificuldade na aceitação das restrições que a hospitalização exige (Coyne, 2015; Jones & Lynn, 2018; Ferreira et al., 2019).

Acarreta a rutura com as rotinas habituais com implicações familiares, socioeconómicas e sociais (Hockenberry et al., 2018; Gomes et al., 2019) pelo que, é identificado como um evento difícil, stressante e angustiante (Santos, Silva, Depianti, Cursino & Ribeiro, 2016; Azevêdo et al., 2017). A presença permanente da figura maternal ou paternal, confere segurança à criança não se podendo equacionar a hospitalização infantil sem considerar a participação dos pais. Este pressuposto está assegurado na Lei n.º 15/2014 de 21 de março, sobre os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, que prevê o direito ao acompanhamento permanente durante o dia e durante a noite, no respeito pelas regras e normas estabelecidas na Instituição de saúde. Complementa-se ainda, com a Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1988) e as diretrizes no sentido da humanização das Instituições de saúde.

A experiência de hospitalização pode ser positiva, e o ambiente hospitalar, tradicionalmente pensado pelos adultos, pode ser mais adaptado às crianças se as suas opiniões forem tidas em consideração (Lambert et al., 2014).

Considerando as crianças identificam-se aspetos positivos, entre os quais se salienta: a possibilidade de conhecer os profissionais de saúde enquanto pessoas, em particular os enfermeiros (Ryan-Wenger & Gardner, 2012); a sensação de segurança (Livesley & Long, 2013); a obtenção de informação em relação à sua situação de saúde (Watts et al., 2014); sentirem-se respeitadas (Santos et al., 2016); poder comunicar com os profissionais de saúde e participar na tomada de decisão (Koller, 2017); a minimização da dor (Gomes, 2018) e a oportunidade de brincar (Gomes et al., 2019).

Considerando os pais, identifica-se, entre outros, a oportunidade de discutir a situação de saúde da criança e adquirir informações (Comp, 2011); a obtenção de suporte por parte dos profissionais de saúde que os ajuda a lidar com a hospitalização e com outros aspetos da saúde (Coyne, 2015); o estabelecimento de interações e relações positivas com os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros (Kinder, 2016; Cimke & Mucuk, 2017); as aprendizagens relacionadas com a saúde da criança (Azevêdo et al., 2017) e a participação dos pais nos cuidados (Ferreira et al., 2019).

Os cuidados de enfermagem assumem, na circunstância da hospitalização, enquanto objetivo, a promoção do bem-estar da criança mas também da família (Tavares, 2011). Neste sentido, uma das mais importantes responsabilidades dos enfermeiros, na prestação de cuidados, é assegurar que estes são praticados de forma atraumática fomentando a participação objetiva da criança e, simultaneamente, tendo um papel ativo no desenvolvimento de políticas e orientações de atuação (Boztepe et al., 2017). Reconhece-se, então, a importância da implementação de intervenções fomentadoras de bem estar, e mesmo a intervenções mais simples são reconhecidas como importantes para ajudar tanto pais como crianças a lidar com a hospitalização e obter maior satisfação nesta experiência vivencial em particular (Ferreira et al., 2019).

Do ponto de vista teórico, os modelos explicativos do conceito de satisfação com os cuidados de enfermagem derivam de outras áreas científicas e centram-se nos clientes destacando os aspetos psicológicos como as crenças, as expectativas e as perceções (Espiridião & Trad, 2006). Um dos modelos mais utilizados é o modelo da discrepância que vê a satisfação como o grau de congruência entre as expectativas e as experiências efetivas de cuidados (Ammentorp et al., 2006), contudo a noção conceptual do fenómeno está no conteúdo do instrumento de medida utilizado (Doran, 2011). De facto, a satisfação é identificada como um resultado dos cuidados, e indiciador de qualidade, pelo que, surge integrada na maioria dos modelos de enfermagem (Laschinger et al., 2011).

Assume-se que a qualidade dos cuidados é multidimensional pelo que, um único indicador não reflete as particularidades dos outros domínios (Ahmed et al., 2014). Entre as teorias de enfermagem nesta área, a revisão da literatura permitiu a identificação de uma teoria de médio alcance, norteadora deste percurso de investigação. Designa-se por modelo Qualidade-Cuidado© (Duffy, 2015) e, define o conceito de satisfação enquanto um resultado dos cuidados de enfermagem (Duffy, 2015). Destaca que a evidência objetiva suporta a ligação entre os cuidados de enfermagem e os *outcomes* do cliente (Duffy et al., 2007). Em particular, os autores salientam os resultados terminais enquanto indicadores major que afetam o futuro, onde a satisfação se inclui (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy et al., 2007; Duffy, 2013, 2015).

Enquanto teoria da disciplina de Enfermagem, foi influenciada pelos trabalhos de Watson (2009), King (1997) e Donabedian (2003). O modelo Qualidade-Cuidado© (Duffy, 2015), organiza-se em três grandes componentes: estrutura; processo e resultados e assume-se como um modelo que expõe e demonstra o valor oculto dos cuidados de enfermagem (Duffy & Hoskins, 2003). Explicita os cuidados de enfermagem, sendo

aplicável à prática e facilmente entendido pelos enfermeiros, o que contribui para a sua transferência na prática quotidiana dos cuidados (Duffy et al., 2007; Edmundson, 2012). É particularmente adaptado aos cuidados de enfermagem em pediatria, por se articular com os princípios básicos dos cuidados centrados na família: dignidade e respeito; partilha de informação; participação e colaboração (Shields et al., 2007; Apolinário, 2012; Edmundson, 2012; Watts et al., 2014; Smith, 2018).

Mediante o exposto, emerge a necessidade de um conhecimento mais aprofundado que permita o delineamento de intervenções que promovam a integração da criança, em modelos de prestação de cuidados colaborativos e conducentes a elevados níveis de satisfação.

Foi neste sentido que surgiu a inquietação que deu início à investigação que se apresenta. Tem como temática central a satisfação com os cuidados de enfermagem no contexto da hospitalização da criança, tendo como participantes a criança em idade escolar, os pais e os enfermeiros. A sua relevância decorre da importância atribuída à satisfação do cliente como um fator de excelência da qualidade em saúde e, mais concretamente, dos cuidados de enfermagem. Espelha ainda a procura de um conhecimento integrador da hospitalização infantil que contemple não só as visões de pais e enfermeiros, já tradicionalmente estudadas, mas também as das crianças. Com este trabalho visamos dar um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança em idade escolar e seus pais.

Melhorar continuamente os cuidados é um imperativo profissional, que assume destaque no contexto da pediatria. Decorre do valor social e cultural atribuído às crianças assim como da crescente importância e valorização da integração da criança nos cuidados de enfermagem. É necessário também atender às implicações das experiências de hospitalização da criança em idade escolar, a curto e médio prazo tanto para a criança, enquanto indivíduo, como para a sociedade (Currie et al., 2012). De facto, a hospitalização da criança pode ser considerada como uma das primeiras crises com que a família se depara (Tavares, 2011; Santos, 2012). Neste contexto, a necessidade de conhecimento acerca do nível de satisfação com os cuidados de enfermagem prestados no hospital na perspetiva das crianças no contexto nacional, e concretamente no que se refere à satisfação, possibilitará o delineamento de orientações de atuação para a prática de enfermagem.

Adicionalmente, considera-se importante fazer face à assimetria na relação enfermeiros – criança e família enquanto aspeto essencial na garantia da qualidade dos

cuidados prestados (Sahlsten et al., 2009). Permitirá um cuidado mais individualizado e também uma assistência de enfermagem mais sistematizada (Dantas et al., 2018).

Uma abordagem mais participativa que traga as “ideias” da criança é passível de gerar áreas concretas de melhoria que estimulem os hospitais a agir em prol de uma experiência mais satisfatória (Schalkers, Dedding & Bunders, 2015; Linder & Seitz, 2017; Ng & Luk, 2019) .

Defendeu-se neste percurso o indicador sensível aos cuidados de enfermagem – satisfação do cliente numa população específica, a criança em idade escolar hospitalizada e seus pais. Focando-se nos aspetos que podem ser operacionalizados pelos enfermeiros, a partir de distintas perspectivas para alcançar uma maior satisfação com os cuidados de enfermagem.

A definição de satisfação na perspectiva da criança em idade escolar, equaciona similarmemente a satisfação como uma sensação de bem estar (Diener, Kesebir & Lucas, 2008) contudo, a forma como a avalia difere. Nesta faixa etária, as crianças avaliam a sua própria satisfação pela comparação com experiências prévias, suas ou de outros e expectativas; através da avaliação das suas emoções e pela receção de retorno positivo ou elogio por parte do profissional de saúde (Taylor et al., 2010).

Explicitada a problemática e os princípios teóricos subjacentes, este estudo teve como finalidade: contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem através da construção de orientações para a prática de cuidados de enfermagem, que vise a melhoria da satisfação da criança em idade escolar e pais.

A questão de partida norteadora desta investigação foi:

*A partir de um conhecimento aprofundado da satisfação da criança e dos seus pais com os cuidados de enfermagem durante a hospitalização, que estratégias serão conducentes a melhoria da satisfação com os cuidados recebidos?*

As questões de investigação secundárias foram enumeradas do seguinte modo:

- Qual a satisfação das crianças em idade escolar e dos seus pais acerca dos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar?
- Quais são as estratégias descritas pelos enfermeiros que contribuem para o aumento da satisfação da criança e dos seus pais com a hospitalização?

Como objetivo geral do estudo:

- Identificar estratégias que visem ações de melhoria da satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e pais com cuidados de enfermagem.

Como objetivos específicos:

- Identificar a satisfação das crianças em idade escolar e dos seus pais acerca dos cuidados de enfermagem;
- Descrever as estratégias sugeridas pelos enfermeiros que aumentam a satisfação da criança em idade escolar e pais durante a hospitalização;

De relevar, a identificação de aspetos dos cuidados de enfermagem que são promotores de satisfação das crianças em idade escolar e pais, também importante para o desenvolvimento do conhecimento científico na disciplina de Enfermagem (Kinder, 2016).

A forma como o processo de investigação se desenvolveu, levou-nos a organizar do ponto de vista estrutural, o relatório de tese em seis partes. Na presente introdução explicitamos a problemática e justificação do estudo, descrevemos as questões de investigação e os respetivos objetivos. Segue-se a parte I onde apresentamos a contextualização teórica e conceptual. São descritos os principais conceitos inerentes ao percurso de investigação e é explicitado o quadro conceptual que norteou a investigação.

Na parte II é apresentado o percurso de investigação nomeadamente os objetivos, as questões de investigação, a população e amostra populacional, o desenho do estudo, os procedimentos formais e éticos mais ao detalhe e ainda, os procedimentos de recolha, tratamento e análise dos dados. Segue-se a parte III onde são apresentados os resultados das etapas II e III de investigação. Na parte IV são apresentadas orientações para a prática fundadas como síntese final dos resultados obtidos. Nas conclusões apresenta-se a síntese do estudo assim como as implicações para o ensino, prática e investigação em enfermagem e, ainda as limitações e sugestões, para a continuidade da investigação sobre este fenómeno. Por fim são listadas as referências bibliográficas bem como os anexos e os apêndices que integram a documentação de suporte a este relatório de tese.



## **PARTE I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E CONCEPTUAL**



## **CAPÍTULO 1 - A SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Ao sustentar o conhecimento teoricamente, conferimos significado e deste modo, melhoramos a prática “descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos” (Alligood & Tomey, 2004, p. 12). A definição conceptual apresenta o significado abstrato ou teórico do conceito em estudo (Polit & Beck, 2017). Resulta de uma tentativa significativa de organização (Walker & Avant, 2014) e, a utilização de uma moldura teórica fornece uma abordagem sistemática e fundamentada para a prática de enfermagem (Masters, 2015). Neste sentido, apresentam-se os principais conceitos que sustentaram teoricamente o trajeto de investigação.

A investigação no âmbito da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem, no contexto hospitalar, tem procurado encontrar os fatores que a aumentam e focados nos atributos dos cuidados que mais a influenciam (Murante et al., 2014). Ter clientes satisfeitos no âmbito dos cuidados de saúde é importante porque os mantém fidelizados ao serviço/hospital, apresentam maior adesão aos cuidados de saúde em casa, tratamentos e medicação (Otani et al., 2011). Adicionalmente, em muitos sistemas de saúde ter uma avaliação sistematizada da satisfação do cliente tem implicações no financiamento das Instituições (Otani & Kurz, 2004; Otani et al., 2011). Os enfermeiros são o grupo profissional mais representativo e, que mais tempo passa junto dos clientes (Duffy, 2013), pelo que são os principais agentes que contribuem para o aumento da satisfação dos mesmos.

### **1.1 - A satisfação enquanto domínio essencial da saúde**

O aumento da expectativa de vida, a que se assistiu nos últimos séculos, levou a que o conceito de saúde se alterasse. Enquanto conceito multidisciplinar, foi tradicionalmente considerado como o oposto de doença. Esta noção foi modificada pela definição de saúde pela WHO (1948) que sendo formulada positivamente, dá o enfoque ao bem estar do ser humano. O foco da saúde transitou da preocupação com a sobrevivência, para a ausência e controlo de doença, posteriormente para a capacidade de desempenhar as atividades de vida de forma autónoma e, mais recentemente, a ênfase na procura da qualidade de vida e satisfação. Carvalho & Carvalho (2006) apontam a diversidade de definições existentes na literatura e que enfatizam: o papel adaptativo do

ser humano (Sanmartí, 1985); a indicação de género, idade e singularidade de cada pessoa (Déjours, 1993); a importância do contexto e das emoções (Damásio, 1998) e a relação entre bem estar e saúde (Carcel, 2000).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, saúde é “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 8).

Enquanto conceito complexo, multidimensional, multideterminado e subjetivo é variável de pessoa para pessoa e, o valor subjetivo da saúde é um indicador relevante para a apreciação de saúde, em qualquer etapa do desenvolvimento humano (Noronha & Rodrigues, 2011). Especificamente na criança em idade escolar, foram identificados como domínios relevantes do conceito de saúde, a satisfação, o conforto, a resiliência, o evitamento do risco e a realização (Riley et al., 2004; Rodrigues & Apóstolo, 2010).

Neste percurso, enfatizamos a satisfação, no entanto, é preciso atender que a forma como a criança em idade escolar entende o conceito de satisfação difere do adulto, como já explicitado. Mas, mesmo na população adulta, a conceptualização do termo satisfação, no âmbito da saúde, não é clara.

Segundo o dicionário online *Priberam*, a palavra satisfação, deriva do latim *satisfactio* e significa o ato ou efeito de satisfazer, alegria, contentamento, prazer, indemnização, pagamento, retração ou reparação (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2019). Na literatura científica surge descrita como uma componente subjetiva do bem estar (Diener, Kesebir & Lucas, 2008). No contexto específico da saúde e, segundo os DeCS (DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, 2018), o termo satisfação não surge isolado mas, associado a outros termos: satisfação pessoal (definição introduzida em 1972 como experiência pessoal de satisfação em relação a uma necessidade ou desejo, e a qualidade ou estado de estar satisfeito), satisfação do paciente (definição introduzida em 1992 como o grau pelo qual o indivíduo considera o serviço / produto de saúde ou o modo pelo qual este é executado pelo provedor como sendo útil, efetivo ou que traz benefício), satisfação no emprego (definição introduzida em 1976 como satisfação pessoal em relação à situação de trabalho) e satisfação dos consumidores (definição introduzida em 1968 como satisfação ou descontentamento em relação a um serviço prestado ou benefício recebido).

À semelhança, na CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2016), o termo satisfação surge agregado a outros como: satisfação com os cuidados de saúde, satisfação com gestão da dor, satisfação conjugal e satisfação profissional. A este propósito salienta-se que de facto, na enfermagem a avaliação da satisfação do paciente precede a sua definição.

O primeiro instrumento para medir a satisfação foi desenvolvido em 1957 e integrou a avaliação dos cuidados de enfermagem por horas totais de cuidados de enfermagem e horas de cuidados disponíveis (Abdellah & Levine, 1957). Mais tarde, em 1975, surge um dos primeiros instrumentos para medir especificamente a satisfação com os cuidados de enfermagem e que incluía as dimensões: comportamento técnico profissional, expressões intra e interpessoais e relações de confiança e educacionais (Risser, 1975). Este autor veio destacar a existência de uma associação entre expectativas e satisfação tendo definido satisfação do cliente como o grau de congruência entre as expectativas do cliente acerca dos cuidados ideais e os cuidados efetivamente recebidos. Nos anos 80 do século passado, houve um aumento de estudos que versam a qualidade dos cuidados e que incluem a satisfação. Este conceito surge definido como a opinião do cliente acerca dos cuidados de enfermagem recebidos (Hinshaw & Atwood, 1981) e também como o processo comparativo que envolve tanto a avaliação cognitiva como a resposta afetiva à estrutura, processo e resultados dos cuidados recebidos (Pascoe, 1983). Eriksen (1987, 1995) define satisfação como uma avaliação subjetiva do cliente acerca da sua resposta cognitiva e emocional resultante da interação entre as expectativas dos cuidados de enfermagem e a perceção das características e comportamentos efetivos dos enfermeiros.

Um estudo de análise conceptual (Mahon, 1996) acerca do conceito de satisfação com os cuidados de enfermagem, identificou como atributos definidores: arte dos cuidados / aspetos interpessoais / compassividade; qualidades técnicas dos cuidados / competência / proficiência; acesso / conveniência; finanças / custos; ambiente físico / organização; ambiente / ambiente de enfermagem; disponibilidade dos cuidadores / recursos; continuidade dos cuidados e eficácia / resultados. Já no ano de 2000 a satisfação surge descrita como a reação do cliente ao ambiente, processo e experiência de cuidados (Piggot, 2000). Por sua vez, Mrayyan (2006) apresentou uma proposta de definição operacional, onde identifica a satisfação como o grau de adequação entre os cuidados de enfermagem e as expectativas dos clientes no que se refere à arte dos cuidados, qualidade técnica, ambiente físico, disponibilidade, continuidade de cuidados e eficácia/resultados dos cuidados.

Nas diferentes definições encontradas, a satisfação é mencionada como uma percepção individual que confronta as expectativas com as experiências de cuidados efetivamente recebidas. Os diferentes atributos associados a estas experiências são variáveis e a sua categorização não é clara e/ou específica do conceito. Do mesmo modo, também são insipientes os referenciais teóricos que lhe estão associados. Embora a satisfação seja avaliada frequentemente no contexto dos cuidados de enfermagem, existem escassas tentativas de conceptualização do termo “satisfação do cliente” ou de desenvolvimento de modelos explicativos (Laschinger et al., 2011; Romero-García et al., 2013; Batbaatar et al., 2015).

Em continuidade, no âmbito da disciplina de Enfermagem, Espiridião & Trad (2006) referem que os modelos explicativos que constam na literatura derivam maioritariamente da psicologia social e do *marketing* o que vai ao encontro aos resultados de Batbaatar et al. (2015). Numa revisão narrativa da literatura, estes autores, identificaram modelos explicativos da satisfação do cliente em saúde e salientam que, a definição conceptual deve preceder a medição de qualquer conceito. Contudo, tal não se verificou em relação à satisfação do cliente com os serviços de saúde. Os modelos encontrados são também os referidos por Espiridião & Trad (2006) e incluem: o modelo da atitude, o modelo da equidade, o modelo da discrepância e o modelo da realização (de expectativas e necessidades).

O modelo da atitude, assume a satisfação como uma atitude, em que o cliente faz uma avaliação acerca de um serviço, não sendo utilizado frequentemente em contexto de avaliação dos cuidados de enfermagem (Linder-Pelz, 1982). A satisfação resulta, portanto, das avaliações positivas de distintos aspetos dos cuidados de saúde (Espiridião & Trad, 2006).

No modelo da equidade a satisfação existe quando o rácio entre o *input* (por exemplo quanto tempo e dinheiro investiu) e *output* (por exemplo em que medida se sente melhor) do cliente é considerado justo (Batbaatar et al., 2015). Este modelo considera ainda que, os clientes avaliam os serviços na dicotomia ganhos / perdas próprias por comparação com outros, sendo valorizado por introduzir elementos de comparação social (Linder-Pelz, 1982; Espiridião & Trad, 2006; Batbaatar et al., 2015).

Especificamente no contexto dos cuidados de enfermagem, os modelos mais abordados e utilizados são o modelo da discrepância e o modelo da realização (Espiridião & Trad, 2006; Laschinger et al., 2011). Importa salientar que ambos se centram nos

clientes evidenciando os aspetos psicológicos tais como as crenças, expectativas e percepções (Espiridião & Trad, 2006).

Neste âmbito, o modelo mais comumente encontrado na literatura é o modelo da discrepância (Espiridião & Trad, 2006; Laschinger et al., 2011). Segundo este modelo a satisfação resulta do grau de conformação entre as expectativas de cuidados e a percepção de cuidados recebidos, pelo que as expectativas são o *core* deste referencial (Laschinger et al., 2011; Batbaatar et al., 2015) . Remete também, como sugerido nas definições apresentadas, para a confrontação entre expectativas de cuidados e experiências. No entanto, não especifica a definição de satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem. Implica maior subjetividade dos componentes do instrumento aplicado que, por sua vez, são baseados na orientação do seu autor. Neste modelo, a satisfação é medida segundo um nível que resulta da diferença entre expectativas e experiências (Linder-Pelz, 1982; Pascoe, 1983; Carr-Hill, 1992; Williams, 1994).

Segundo o modelo da realização, o cliente obtém satisfação quanto tem as suas expectativas satisfeitas ou até superadas (Linder-Pelz, 1982; Williams, 1994). Considera que quanto maior for a diferença entre as expectativas e as experiências maior será a satisfação ou insatisfação (Batbaatar et al., 2015). Trata-se de um modelo muito utilizado mas também muito criticado (Espiridião & Trad, 2006) pois, permite a medição apenas, se o serviço acrescentou maior satisfação do que a expectativa prévia do cliente, sem ter em conta os serviços de saúde em si (Aspinal, Addington-Hall, Hughes & Higginson, 2003).

Um outro modelo de satisfação do cliente (Linder-Pelz, 1982), que Batbaatar et al. (2015) identifica como modelo do valor da expectativa, sugere que as expectativas de cuidados, os valores dos profissionais de saúde, o sentido de autorização / direito e comparações interpessoais de cuidados são antecedentes de avaliação positiva dos cuidados de saúde. Contudo, quando o modelo foi testado em cuidados de saúde primários revelou explicar apenas 8% da variância no nível de satisfação do cliente (Laschinger et al., 2011; Batbaatar et al, 2015).

Especificamente no contexto da satisfação com os cuidados de enfermagem o modelo proposto por Greeneich (1993) defende que as características dos enfermeiros (personalidade, cuidados prestados e proficiência), as características do cliente (expectativas) e as características do ambiente organizacional (ambiente de enfermagem) influenciam a satisfação do cliente.

Na literatura são apresentados ainda modelos combinados (Espiridião & Trad, 2006; Batbaatar et al., 2015), como o modelo proposto por Swan et al (1985) que assenta em quatro aspetos básicos: a perceção de desempenho do serviço; a confirmação da expectativa a respeito do desempenho e a perceção de tratamento equitativo; a satisfação geral e a intenção de voltar ou evitar o serviço. Este modelo tem em conta a equidade como parte importante do processo para além das expectativas e perceção de desempenho já abordado por outros modelos (Espiridião & Trad, 2006). Articula os diferentes aspetos que se relacionam com a satisfação geral e consequentemente determinam a intenção, ou não, de retornar ao serviço (Swan et al., 1985).

Em síntese, verifica-se uma grande variedade quer de definições quer de referenciais explicativos acerca do conceito de “satisfação do cliente” com os cuidados de saúde. Esta variedade evidencia não só os esforços para fundamentar teoricamente o conceito, mas também as dificuldades em estabelecer um referencial teórico consensual (Espiridião & Trad, 2006; Batbaatar et al., 2015). Atendendo à complexidade do conceito, não é conhecido um modelo capaz de explicar a globalidade das suas dimensões e respetivos atributos (Batbaatar et al., 2015; Ng & Luk, 2019).

Do ponto de vista da aplicabilidade destes modelos, salienta-se que os estudos, que têm a satisfação do cliente como foco, se têm centrado no desenvolvimento de instrumentos e na sua avaliação, com pouca ligação a modelos teóricos (Gill & White, 2009). Contudo, é necessário a existência de um referencial teórico que oriente a prática e fundamente a investigação nesta temática (Folami, 2019). As teorias explicativas no âmbito da satisfação, derivam de outras áreas científicas e, frequentemente não apresentam a necessária adaptação (Batbaatar et al., 2015).

Contudo, o aumento do conhecimento, sobre a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem, contribuiu para o avanço da enfermagem como disciplina e profissão “cimentando-a” cientificamente (Karaca & Durna, 2019). Adicionalmente, Laschinger et al (2011) destacam a necessidade de desenvolver e testar modelos teóricos, assegurando que a perspectivas de todos os intervenientes seja tida em consideração. Por outro lado, níveis elevados de satisfação alteram a intencionalidade do cliente, no que se refere ao seu comportamento, o que deriva em melhores resultados de saúde (Batbaatar et al., 2017).

## 1.2 - Qualidade do cuidado e o cuidado humano

Nos últimos anos, temos assistido a uma preocupação crescente com a qualidade dos serviços sendo evidente que a satisfação dos clientes se constitui um legítimo indicador de qualidade (Pinto & Silva, 2013). Neste sentido, conhecer a sua satisfação é indispensável para a monitorização e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

No que se refere à área disciplinar de Enfermagem, como já salientado, a avaliação da satisfação precede a sua conceptualização. A satisfação enquanto um resultado (*outcome*) dos cuidados de enfermagem integra a maior parte dos modelos teóricos de enfermagem (Laschinger et al., 2011) não existindo um modelo de enfermagem específico formulado em torno do conceito de satisfação.

A revisão da literatura que decorreu a par e passo com este percurso de investigação, permitiu a identificação de referenciais teóricos aplicáveis ao contexto de hospitalização da criança: modelo de sinergia (Mullen & Asher, 2007); o modelo Qualidade-Cuidado© (Edmundson, 2012); a teoria do cuidado humano de Jean Watson (Santos, Silva, Misko, Poles & Bousso, 2013; Santos et al., 2014); a filosofia dos cuidados centrados na família (Mendes & Martins, 2012; Miranda, Oliveira, Toia & Stucchi, 2015); o modelo de cuidado de enfermagem cuidar brincando (Caleffi et al., 2016) e a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta (Marques et al., 2016; Dantas et al., 2018). Nos referenciais teóricos apresentados, o conceito de satisfação, apesar de estar inerente em todos, surge especificamente em duas perspetivas: teoria do cuidado humano de Jean Watson (2009) e modelo Qualidade-Cuidado© (Edmundson, 2012). Neste percurso, optamos pelo modelo Qualidade-Cuidado© de Duffy & Hoskins (2015), enquanto fio condutor por se tratar de uma teoria que integra claramente a satisfação do cliente e, em simultâneo é suportado nos cuidados centrados na família (Kuo et al., 2012; Khajeh et al., 2017) mas também, na teoria do cuidado humano de Jean Watson (2009). Adicionalmente, este modelo é particularmente adequado ao contexto da hospitalização da criança (Edmundson, 2012) dado que, tem na sua base conceitos centrais relacionados com a hospitalização infantil dos quais a relação terapêutica estabelecida entre a criança e os enfermeiros e o *caring* (Azevêdo et al., 2017).

A teoria do cuidado humano de Jean Watson (2009) assume que o objetivo dos cuidados de enfermagem é facilitar a aquisição, por parte dos indivíduos, de um elevado

grau de harmonia entre corpo-mente-espírito, promovendo o crescimento e o encontro de significado na sua existência e experiência individual. Esta harmonia será geradora de autoconhecimento e processos de autocuidado que potenciam a saúde do indivíduo (Masters, 2015). Vem explicitar os atributos ou propriedades necessárias para uma adequada relação com pacientes e famílias, descrevendo o *core* da enfermagem como *caring* e, definindo os processo de cuidar como transformativos e dinâmicos tanto para quem cuida como para quem é cuidado (Duffy & Hoskins, 2003). Assume que o cuidado deve ter um foco especial nas relações terapêuticas, uma vez que se traduzem em expressões da interação de uma ou mais pessoas (Watson, 2008), sendo particularmente adaptado para o contexto de cuidados de enfermagem na área pediátrica (Santos et al., 2014).

Através do que Watson (2008) designa por *clinical caritas process*, ocorre a interação da ciência e do humanismo num guia para a prática consciente do cuidado na enfermagem. Este processo inclui: praticar o amor, a bondade, a equanimidade para o *self* e para o outro; estar autenticamente presente, permitir/sustentar/honrar profundamente o sistema de crenças e o mundo subjetivo do *self*/outro; cultivar as próprias práticas espirituais do indivíduo, aprofundando a autoconsciência, para além do *ego-self*; desenvolver e sustentar uma autêntica relação de ajuda e confiança no cuidado; estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão com o espírito mais profundo do *self* e do ser cuidado; uso criativo do ser e de todas as formas de conhecer/ser/fazer, como parte do processo de cuidado; envolver-se numa experiência genuína de ensino-aprendizagem que atenda a pessoa como um todo, tentando permanecer na estrutura referencial do outro; criar um ambiente restaurador a todos os níveis, onde toda a beleza, o conforto, a dignidade e a paz são potencializados; assistir com respeito e reverência as necessidades básicas, mantendo a consciência de cuidado intencional para tocar e trabalhar com outro espírito, honrando a unidade do ser; atender e dar abertura para as dimensões existenciais desconhecidas da vida/morte/sofrimento, permitindo um milagre (Watson, 2008; Santos et al., 2014).

Em suma, esta perspetiva teórica privilegia a relação terapêutica, na medida que promove interações significativas para o cuidado. Por outro lado, a prática do *clinical caritas process* inclui a resolução de problemas com o outro de forma a ajudá-lo a encontrar formas alternativas de ver a situação; ir ao encontro às expectativas e procurar oportunidades para maior significado pessoal, reconhecimento e satisfação (Watson, 2008).

O modelo Qualidade-Cuidado© de Duffy & Hoskins (2015), baseia-se também na teoria de enfermagem de Imogene King (1997), que assenta em quatro pressupostos universais que incluem: os sistemas sociais, a saúde, as percepções e as relações interpessoais explorando a relevância destes pressupostos na disciplina de Enfermagem (Fawcett, 2001).

Esta teoria centra-se no conceito de pessoa, em particular o seu comportamento, interação social e movimentos sociais (Masters, 2015). O conceito de saúde é entendido por esta autora como experiência de vida dinâmica, o que implica ajustamento contínuo aos *stressores* ambientais externos e internos (King, 1997; Fawcett, 2005). Neste sentido, a doença é percebida como uma interferência (Tomey & Alligood, 2004) e, a enfermagem como um processo de ação, reação e interação, mediante o qual, enfermeira e pessoa partilham informação (Sieloff & Frey, 2007). Salienta ainda, que é essencial aos enfermeiros compreender a forma como os seres humanos interagem com o seu ambiente para preservar a saúde (Frey et al., 2002).

Disponibiliza uma perspetiva teórica compreensiva dos três sistemas dinâmicos e interativos (sistema pessoal, sistema interpessoal e sistema social) que representam o ambiente que influencia o crescimento, o desenvolvimento, o trabalho, e a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades independentemente da sua nacionalidade ou cultura (King, 1997). Salienta a importância da comunicação, na relação interpessoal com o cliente, aspeto que é entendido como particularmente relevante e fulcral no âmbito da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem (Batbaatar et al., 2017).

Os sistemas interpessoais formam-se quando dois ou mais indivíduos interagem formando díades ou tríades sendo que, as famílias enquanto grupo, também podem ser consideradas sistemas interpessoais (Tomey & Alligood, 2004). A teoria de King tem sido atualizada e utilizada em múltiplos contextos, onde a saúde infantil e pediátrica se inclui (Fawcett, 2001; Frey et al., 2002).

Em suma, esta perspetiva teórica destaca que é necessário perceber os conceitos de imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, percepção, vida, espaço e tempo, para compreender os seres humanos enquanto pessoas (Masters, 2015). Inclui o desenvolvimento de relações clientes/enfermeiros, onde a satisfação do cliente surge como um resultado dessas interações (Sieloff & Frey, 2007).

Para além de Watson (2009) e King (1997), o modelo Qualidade-Cuidado© (Duffy, 2015) assenta no modelo de resultados da qualidade em saúde (Mitchell, Ferketich & Jennings, 1998) e deriva ainda, do trabalho de Donabedian (2003).

O modelo de resultados da qualidade em saúde, relaciona múltiplos fatores que afetam a qualidade dos cuidados de enfermagem e, propõe uma relação dinâmica entre indicadores que afetam reciprocamente vários componentes (Mitchell et al., 1998). Estes componentes são o sistema ou contexto, as intervenções dos profissionais de saúde, as características dos clientes e os resultados dos cuidados (Gilmartin & Sousa, 2016). Foi implementado com vista a incentivar os investigadores a perceber a prática dos cuidados de saúde como um processo ativo que é influenciado por fatores contextuais e fatores dos clientes (Mitchell & Lang, 2004) na produção dos resultados esperados (Gilmartin & Sousa, 2016). Adicionalmente, a ligação entre contexto e cliente sugere que nenhuma intervenção atua diretamente e de forma isolada tanto no contexto, como no cliente (Mitchell et al., 1998). Isto é, na sua essência, o efeito de uma intervenção é mediado pelas características do contexto ou do cliente, mas não tem um efeito direto independente nos resultados (Mitchell et al., 1998; Mitchell & Lang, 2004). Considera os resultados em saúde, onde a satisfação se inclui, e integra a reciprocidade e influência do ambiente e características dos clientes, que estão inerentes e influenciam a satisfação com os cuidados.

Por fim, o modelo Qualidade-Cuidado© (Duffy, 2015) tem como influência o modelo proposto por Irvine, Sidani & Hall (1998), que tal como o modelo de resultados da qualidade em saúde, tem como componentes a estrutura, o processo e os resultados (Donabedian, 2003).

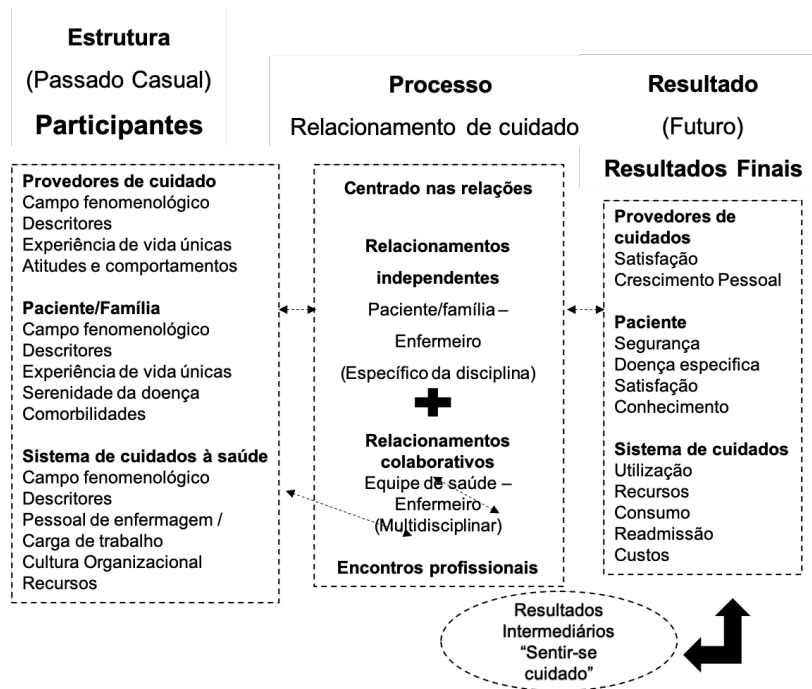
Duffy & Hoskins (2003) salientam que os resultados em saúde são multifacetados e que refletem os aspetos que os precedem (Irvine et al., 1998). A componente estrutural inclui os enfermeiros, os clientes e as variáveis associadas à unidade de saúde que influenciam o processo de cuidados e os resultados dos cuidados de saúde (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002). A componente de processo inclui as intervenções de enfermagem nomeadamente as intervenções autónomas (Irvine et al., 1998). O terceiro e último componente comporta os resultados tais como, o *status* de saúde do cliente dos cuidados, os benefícios percebidos pelo mesmo acerca dos cuidados de enfermagem e os custos diretos ou indiretos associados a estes cuidados (Doran et al., 2002).

O modelo tem como finalidade, identificar os resultados diretamente relacionados com a prática de enfermagem, onde a satisfação se inclui, como variável a medir (Irvine et al., 1998) associada ao impacto dos cuidados de enfermagem.

Assim, o modelo Qualidade-Cuidado© (Duffy, 2015) é um modelo que representa a contribuição única dos enfermeiros para a qualidade dos cuidados de saúde (Duffy,

2013). Tem como proposição major: as relações que se caracterizam por cuidar e que contribuem para resultados positivos para clientes, famílias, prestadores de cuidados e sistemas de saúde (Duffy & Hoskins, 2003). Os seus principais pressupostos são (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2013): a) o cuidar decorre sempre numa relação; b) o cuidar está inerente ao trabalho diário de enfermagem; c) relações de cuidar são conceitos tangíveis e que podem ser medidos; d) o conhecimento acerca de relações, é um assunto significativo para enfermeiros e profissionais de saúde; e) o estudo e o aumento da utilização de relacionamentos de cuidar, vai determinar o contributo de enfermagem para os cuidados de saúde (Duffy, 2013; Duffy & Hoskins, 2003).

Integra os fatores biomédicos e psico-socio-espirituais associados à qualidade dos cuidados (Duffy & Hoskins, 2003), tendo em conta a influência dos referenciais teóricos anteriormente citados. Assenta na crença de que as pessoas são seres multicontextuais ligados a um mundo pluralista dado que enfermeiros, cliente e famílias assim como outros prestadores de cuidados, trabalham em parceria para alcançar efeitos positivos na saúde (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2013). Os componentes centrais do modelo derivam dos componentes de estrutura, processo e resultado em harmonia com os conceitos major da teoria de cuidados humano de Jean Watson (2009), como demonstrado na Figura 1.



Fonte: Adaptado de Duffy & Hoskins, 2015.

Figura 1 - Modelo Qualidade-Cuidado©.

O primeiro componente deste modelo é a **estrutura** e inclui fatores importantes que se encontram presentes previamente à prestação de serviços de saúde e que estão evidenciados nos prestadores de cuidados, no cliente e família e até nos sistemas de saúde. Cada um dos participantes no modelo tem atributos e características únicas. As experiências de vida assim como os fatores sociodemográficos, fatores físicos, psicossocioculturais e espirituais são comuns tanto a prestadores de cuidados como ao cliente e família. Os sistemas de cuidados à saúde incluem as dotações de profissionais, cultura organizacional, recursos disponíveis e outros que são exclusivos e intrínsecos a cada contexto. Inclui ainda conceitos e subconceitos, inerentes a cada contexto de cuidados, que influenciam não só o processo de cuidados mas os resultados, direta ou indiretamente (Duffy, 2013; Duffy & Hoskins, 2003).

O segundo componente deste modelo é o **processo**. Envolve as intervenções ou práticas que os prestadores de cuidados oferecem e, é o foco deste modelo (Duffy & Hoskins, 2003). É composto por duas categorias de atividades: categoria técnica e categoria interpessoal (Duffy, 2013). Neste modelo, a relação de cuidar domina o processo e, é definida como uma interação humana baseada no processo de assistência e que inclui o trabalho físico (fazer), interação (estar com) e relação (conhecer). A relação de cuidar estabelece a base para os dois relacionamentos que são o foco predominante de enfermagem: relacionamentos independentes e relacionamentos colaborativos.

Os relacionamentos independentes incluem as interações enfermeiro / cliente que o enfermeiro implementa de forma autónoma e pelas quais é unicamente responsável. São relacionamentos primários que incluem valores, atitudes e comportamentos que os enfermeiros colocam em prática em parceria com clientes e famílias. São facilitadoras de intervenções específicas da área disciplinar de enfermagem e conduzem a resultados “altamente” sensíveis aos cuidados de enfermagem (Duffy & Hoskins, 2003) e, situam-se ao nível das intervenções autónomas dos enfermeiros. No contexto Nacional são definidas como ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 1998). A este propósito Carpenito-Moyet (2012) salienta que as intervenções autónomas implicam liberdade de escolha na procura das melhores intervenções, ao serviço dos clientes e que elevam a *expertise* dos enfermeiros.

Os relacionamentos colaborativos incluem, de igual modo, as intervenções e as responsabilidades que os enfermeiros partilham com outros profissionais de saúde. Compreendem intervenções como o aconselhamento ou a coordenação de cuidados domiciliários (Duffy & Hoskins, 2003). Estas intervenções designam-se de intervenções interdependentes e, consistem, segundo o REPE, publicado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, em as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

Os relacionamentos independentes e os relacionamentos colaborativos, constituem os encontros profissionais, que representam uma grande parte do trabalho profissional dos enfermeiros (Duffy & Hoskins, 2003). Pelo que são considerados um grupo profissional que contribui para resultados no cliente simultaneamente únicos e partilhados ao nível da satisfação com os cuidados de enfermagem (Duffy, 2013).

Os processos de cuidar clínico são ímpares e entendidos como a “cola” que mantém as relações de cuidar. Estas, são baseadas no respeito mútuo, fé, esperança, confiança e sensibilidade, criando base necessária à ligação entre seres humanos (Duffy, 2013). Assim, quando o cliente se sente cuidado desenvolve-se um sentido de segurança que torna fácil a aprendizagem, a alteração de comportamentos e maior adesão às orientações (Duffy, 2015).

O terceiro componente deste modelo diz respeito aos **resultados**, onde o conceito de satisfação se inclui. São resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e que, refletem a ligação teórica, entre a qualidade dos cuidados profissionais de enfermagem e os resultados no cliente. Integra dois tipos de resultados: intermédios e finais. Os resultados intermédios dizem respeito aos objetivos dos planos de cuidados, mas também podem incluir sentimentos sobre o processo de cuidar. Os resultados finais são resultados major, que afetam decisivamente a satisfação do cliente e família com os cuidados. Entende-se satisfação, como a sensação subjetiva de bem-estar (Diener, 2000) com os cuidados de enfermagem nos domínios pessoal, profissional e ambiental.

As duas formas de resultados podem ser afetadas por clientes e famílias, prestadores de cuidados e sistema de saúde em momentos diferentes do processo cuidativo, gerando inequivocamente consequências também diferentes. Evidencia que os resultados são

dinâmicos, com potencial de melhoria contínua. O seu sucesso depende fortemente da dinâmica estabelecida entre relacionamentos independentes e relacionamentos colaborativos, que compreendem os encontros profissionais (Duffy & Hoskins, 2003).

Um importante princípio deste modelo, é a compreensão de que os componentes estrutura, processo e resultado decorrem em função do tempo e circunstâncias, não estando dependentes de uma cadeia linear de eventos. A natureza das interações humanas implica variabilidade nas características, *feedback* contínuo e alterações consequentes (Duffy, 2013). Apesar da existência de ilimitados fatores que influenciam os três componentes do modelo num ciclo dinâmico de possibilidades, o modelo é consistente com a procura contínua da excelência da prestação de cuidados de enfermagem (Duffy & Hoskins, 2003).

## **CAPÍTULO 2 - A SATISFAÇÃO DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR HOSPITALIZADA COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Os cuidados de enfermagem abrangem a pessoa ao longo do seu ciclo vital enquadrada no seu trajeto de vida. Embora, historicamente, nos cuidados de enfermagem, o conceito de pessoa surja muito associado ao termo doente ou paciente, com ênfase nos processos de doença (Fawcett, 2017) neste percurso optamos por usar o termo cliente. A opção por este termo em detrimento de outros justifica-se pelo aspeto ativo que lhe está implícito (Espiridião & Trad, 2006). Assume-se que a pessoa não chega ao mundo pré-definida mas, define-se ao longo do percurso de vida e, trata-se portanto de um conceito flexível tendo o indivíduo um papel ativo (Benner, 2005). Sendo que, neste estudo, a pessoa, cliente dos cuidados de enfermagem, é entendida como a criança em idade escolar e os seus pais.

### **2.1 - A criança em idade escolar como cliente dos cuidados de enfermagem**

O estudo científico dos assuntos que afetam a criança, é uma área relativamente recente. De facto, historicamente, as crianças eram consideradas mais pequenas, mais fracas e menos inteligentes (Miller, 2011) e portanto, menos importantes. Silva & Ribeiro (2000, p. 312) salientam que “a criança não é um adulto em miniatura e nem tão pouco é menos importante ou deve ter as suas opiniões menos respeitadas, por ser menor em tamanho ou por não compreender sequências de ideias, que formam o pensamento dos adultos”.

Só na segunda metade do século XX é que se constatou um olhar mais aprofundado e um esforço mundial no reconhecimento dos direitos da criança.

A declaração dos direitos da criança (Nações Unidas, 1959) estabelece no 4º princípio, o direito a crescer e a desenvolver-se com boa saúde pelo que devem ser prestados cuidados especiais à criança e mãe, contudo a aplicação prática deste princípio está ainda longe de ser efetivada em todos os países do mundo.

Foi também neste sentido que surgiu a carta da criança hospitalizada que, resume e reafirma os direitos das crianças no contexto específico da hospitalização (IAC, 1988). Inclui 10 direitos que vão desde a admissão hospitalar, que só deve ocorrer quando não existe outra alternativa; passando pelo direito a estar acompanhada sendo facultado apoio

ao acompanhante; o direito à informação adaptada e adequada às suas características etárias e de desenvolvimento; ao direito a participar em todas as decisões; o direito a terem espaços físicos exclusivos para crianças com características físicas, afetivas e educativas; e existência de pessoal adequadamente formado e a garantia da continuidade de cuidados e privacidade.

A convenção dos direitos da criança, adotada por líderes mundiais em 1989, tornou-se no documento de direitos humanos mais ratificado a nível mundial (UNICEF, 2009). Define criança como todo o ser humano com idade inferior a dezoito anos, salvo se a legislação nacional lhe conferir a maioridade mais cedo (UNICEF, 1989).

As crianças representam o futuro e, segundo Gomes-Pedro (2004, p. 33), a “razão de ser do mundo” pelo que “ pensar em futuro, qualquer que seja a dimensão considerada, tanto em termos científicos como morais, obriga a pensar na criança e, sobretudo, obriga a refletir se o que hoje investimos na criança é suficiente para garantir o melhor do seu porvir que é, por acréscimo, o do seu mundo”. É neste sentido, que existe um esforço mundial para a criação de políticas nacionais e internacionais de proteção à criança de forma a assegurar o crescimento e desenvolvimento potenciando as suas capacidades.

Do ponto de vista legal, tem existido também a salvaguarda dos direitos da criança e procura de mecanismos de proteção, por exemplo pela criação da lei de proteção de crianças e jovens em perigo, aprovada pela Lei nº 147/99, de 1 de setembro e atualizada pela Lei nº 142/2015 de 8 de setembro. Salvaguarda os direitos da criança em relação a várias áreas nomeadamente em relação à saúde. Salientam-se ainda outras medidas concretas desenvolvidas no contexto nacional, como por exemplo a gratuitidade dos serviços de assistência em saúde. Hoje assume-se claramente que a criança é diferente do adulto e que se encontra num processo evolutivo que decorre ao longo da sua vida à medida que cresce e se desenvolve (Afonso et al., 2017).

Pelas particularidades do desenvolvimento da criança é frequente a divisão da infância em períodos: pré-natal (antes do nascimento), infância até aos 18 a 36 meses, período pré-escolar dos 3 aos 5/6 anos, período escolar 6/7 aos 11 anos e adolescência após os 12 anos (Bengtson & Settersten, 2016).

Em cada um destes períodos, ocorre um processo dinâmico que envolve crescimento, desenvolvimento, maturidade e diferenciação (Stephen, 2017). À medida que o estudo da criança evoluiu emergiu um consenso alargado em torno de aspetos fundamentais: todos os domínios do desenvolvimento estão interrelacionados; o desenvolvimento normal inclui uma vasta gama de diferenças individuais; as crianças

ajudam a moldar o seu desenvolvimento e influenciam as respostas que recebem dos outros; os contextos históricos e culturais influenciam o desenvolvimento infantil; as experiências precoces são importantes, porém as crianças podem ser notavelmente resilientes e o desenvolvimento na infância está relacionado com o desenvolvimento ao longo da vida (Papalia et al., 2013; Bjorklund & Causey, 2018).

No domínio da saúde, é importante fomentar experiências positivas promotoras do desenvolvimento máximo das potencialidades da criança, particularmente quando sabemos que as desigualdades de saúde na vida adulta são parcialmente determinadas pelas circunstâncias da infância (Currie et al., 2012). Por outro lado, é primordial “construir relações positivas com as crianças” (Webster-Stratton, 2017, p. 45) de forma a ter impacto no seu percurso de vida.

As relações assumem-se como de particular importância nesta faixa etária, dado que são as unidades primárias através das quais o desenvolvimento tem lugar, começam no seio da unidade familiar e estendem-se à escola e grupos sociais (Stephen, 2017).

No âmbito das brincadeiras, existem diferenças de idade e género, sendo que, as crianças em idade escolar apreciam jogos que exigem coordenação motora, brincar ao “faz de conta” e jogos eletrónicos (Cordazzo & Vieira, 2008).

Progridem em força e competências atléticas, memória e linguagem, o crescimento diminui assim como o egocentrismo, começam a ter um pensamento lógico mas concreto, têm ganhos cognitivos que lhe permitem beneficiar da escolaridade formal, o auto conceito torna-se mais complexo afetando a auto estima e os pares assumem uma importância central (Miller, 2011).

Desenvolvem do ponto de vista cognitivo e emocional quer individualmente quer na relação com os pares (Bjorklund & Causey, 2018). Deixam de compreender o mundo tendo por base esquemas de ação e passam a ter esquemas de representação interna e organizada (Miller, 2011).

No que concerne ao desenvolvimento infantil, existem vários autores que se debruçam sobre esta temática, tendo como foco o desenvolvimento psicossocial (Freud, 1958), o desenvolvimento psicossocial (Erikson, 1963), o desenvolvimento cognitivo (Piaget, 1928) e o desenvolvimento moral (Kohlberg, 1966).

No que se refere à criança em idade escolar, as características gerais foram sistematizadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Quadro resumo das características de desenvolvimento da criança em idade escolar.

<b>Teoria de Desenvolvimento Infantil</b>	<b>Características da criança em idade escolar</b>
<b>Desenvolvimento psicosssexual (Freud, 1958)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase de latência (até ao início da puberdade);</li> <li>• Etapa de tranquilidade sexual, em que as pulsões sexuais são desviadas para objetivos socialmente aceites como o desporto ou o estudo;</li> <li>• Formam a consciência e o senso moral e ético com a aquisição de conceitos como certo / errado ou bem / mal;</li> </ul>
<b>Desenvolvimento psicossocial (Erikson, 1963)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período escolar e de convívio com pessoas não familiares, o que exige maior sociabilização, trabalho em conjunto, cooperação;</li> <li>• Percebe-se como pessoa e reafirma as fases anteriores: sem confiança, autonomia e iniciativa a criança não poderá afirmar-se ou sentir-se capaz;</li> <li>• Vertente negativa: o sentimento de inferioridade pode levar a bloqueios cognitivos, descrença quanto às suas capacidades e atitudes regressivas;</li> <li>• Virtude social adquirida: competência;</li> </ul>
<b>Desenvolvimento cognitivo (Piaget, 1928)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadio das operações concretas;</li> <li>• A criança resolve logicamente problemas se estiverem focados no aqui e agora;</li> <li>• Não tem ainda pensamento abstrato;</li> </ul>
<b>Desenvolvimento moral (Kolhberg, 1966)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadio pré convencional ou pré-moral,</li> <li>• A criança sabe que existe normas sociais, mas permanecem externas;</li> <li>• As normas são obedecidas por duas razões: evitar o castigo e satisfazer desejos e interesses concretos e individualistas, imediatos, pela recompensa que pode advir.</li> </ul>

Fonte: Miller, 2011; Papalia et al., 2013; Webster-Stratton, 2017; Bjorklund & Causey, 2018.

O papel da família é determinante e, é entendida como o primeiro e mais importante contexto para o desenvolvimento físico e psicológico da criança (Ferreira, Coutinho, & Sobral, 2018). A família é o “elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças” pelo que “deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade” (UNICEF, 1989, p. 3). A definição de família não é consensual e, diversas áreas científicas apresentam definições com enfoque nas funções da família como a perpetuação da espécie (biologia), o papel no desenvolvimento da personalidade (psicologia) ou a satisfação das necessidades materiais (economia). Não existindo uma definição universal podemos referir que família é o que a pessoa considera que seja (Marcelli, 2009) e, enquanto “sistema dinâmico que inclui subsistemas – indivíduos (mãe, pai, criança) e díades (mãe - pai, mãe - criança e pai - criança) dentro

do sistema familiar global” (Meighan, 2002, p. 526), a família deve constituir-se como parceira nos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento da criança em idade escolar é influenciado pelo pares mas, sobretudo pela família (Eo & Kim, 2019). Os pais exercem influência na criança através da forma como a motivam, das atitudes que lhes transmitem, das regras que estabelecem e maior atenção parental influencia a adoção de estilos de vida saudáveis (Musaad et al., 2017). De facto, embora a criança possa rejeitar os valores parentais enquanto testa novos valores do grupo de pares, os valores da família têm precedência sobre o sistema de valores dos pares (Bjorklund & Causey, 2018).

O meio familiar da criança tem duas componentes principais, a estrutura familiar e a atmosfera familiar económica, social e psicológica e ambas influenciam decisivamente o crescimento e desenvolvimento da criança (Miller, 2011). Por outro lado, as características da própria criança influenciam também o envolvimento dos pais e a maior ou menor atenção parental (Schmidt et al., 2019). Nesta faixa etária, a criança torna-se intolerante e crítica com os pais quando os seus comportamentos se desviam dos comportamentos adotados pelo grupo de pares (Miller, 2011). Por volta dos 7 anos as crianças são capazes de pensar logicamente e ter em consideração múltiplos aspetos de uma situação (Stephen, 2017). Com esta aquisição, vem a noção de que os pais podem estar errados, questionam os seus conhecimentos e autoridade, perdendo estes o seu estatuto de onnipresença / onnipotência (Schneider & Coleman, 2018).

Todas as famílias têm as suas regras e, em muitos aspetos a família espelha a sociedade da qual faz parte pelo que as regras familiares são aplicadas a outros contextos sociais (Gomide, 2017). Aspeto determinante na preparação da criança para a vida em sociedade. No final desta etapa pretende-se a independência, contudo as crianças em idade escolar precisam ainda de controle e desejam-no (Miller, 2011). De facto, ensinar a interdependência é o propósito fundamental dos pais “para ajudar os filhos a verem a si mesmos como parte da comunidade e a conviver com outros de forma cooperativa” (Wright & Leahey, 2015, p. 107).

As crianças em idade escolar respeitam os adultos que os impedem de agir impulsivamente, interpretando este comportamento como uma expressão de amor e preocupação pelo seu bem-estar (Marcelli, 2009). As crianças necessitam de segurança e de fortes ligações com os pais (Schmidt et al., 2019) sobretudo, quando surgem problemas e dúvidas nas suas interações com os pares e com o Mundo em geral. Importa não

esquecer o papel dos avós e as oportunidades de apoio ou conflito entre gerações decorrente das práticas de educação e de cuidados de saúde (Wright & Leahey, 2015).

É então, com uma base segura, facultada pelos pais no seio da família que as crianças em idade escolar são capazes de desenvolver a autoconfiança e maturidade necessárias, para manter a distância do grupo de pares e manter a sua independência (Bjorklund & Causey, 2018).

A doença aguda produz sensações internas a que a criança não está habituada, associado a uma perda de controle de partes ou funções do corpo (Barros, 2003). Para se adaptar às situações e acontecimentos que está a vivenciar, constrói ideias e significados e reage de diferentes formas (Miller, 2011). O seu desenvolvimento determina a construção dos fenómenos de saúde e/ou doença, obedecendo aos mesmos princípios de compreensão dos fenómenos do mundo físico e social (Marcelli, 2009).

Assim, a criança em idade escolar conceptualiza a doença de uma forma concreta e específica assumindo a existência de uma relação causal entre o agente externo e os efeitos no corpo (Barros, 2003). Reconhece progressivamente um número maior de órgãos e sistemas e progride na imaginação do funcionamento interno do organismo (Miller, 2011). Consegue fazer definições parcialmente lógicas assim como, classificar a doença atendendo a uma única característica, ou defini-la por características gerais (Bengtson & Settersten, 2016).

Para as crianças a hospitalização representa um momento de crise porque implica uma mudança na sua rotina habitual e porque, de uma forma geral as crianças, têm recursos mais limitados do que o adulto para lidar com o stress (Marcelli, 2009). Nesta faixa etária a criança, é particularmente vulnerável à perda de controle e de poder, nomeadamente no que diz respeito às alterações nos papéis familiares; à incapacidade física; ao medo da morte, do abandono e da lesão permanente; à perda de aceitação pelos colegas e à falta de produtividade (Barros, 2003; Marcelli, 2009).

Outro fator gerador de stress é a lesão corporal e a dor dado que nesta idade, a criança já tem noção do significado das doenças; da importância vital das partes do corpo; dos possíveis riscos que os tratamentos implicam; das consequências a longo prazo; da perda de função permanente e do significado da morte (Miller, 2011). Em relação à dor, a criança de idade escolar é capaz de comunicar verbalmente a localização, a intensidade e a descrição da dor que está a sentir (Batalha, 2010). De igual forma, gostam de utilizar as palavras como um meio de controlar as suas reações relativamente à dor (Barros, 2003).

A ansiedade da separação, é um fator também importante, embora a criança em idade escolar tenha já uma maior tolerância emocional (Miller, 2011). Para a criança, estar hospitalizada, representa uma percepção de rutura na rotina e no seu quotidiano, em que é confrontada com pessoas, equipamentos e procedimentos “estranhos” (Rodrigues et al., 2018). Neste fator, a idade da criança é importante pois crianças em faixas etárias inferiores (6 a 8 anos), poderão apresentar-se mais preocupadas com a separação dos pais enquanto que as mais velhas reagem com maior intensidade à separação das atividades habituais e dos amigos do que à separação dos pais (Barros, 2003; Marcelli, 2009; Miller, 2011).

A influência da família na saúde da criança é inquestionável, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos à criança enquadrada na família, com especial relevo para os pais. Neste sentido, “já que a sociedade imputa aos pais a responsabilidade pela criação e pelo bem estar do filho, não deve ser a hospitalização a retirar-lhes essa responsabilidade” (Sousa & Cruz, 2009, p. 222). Assim, seja em que ambiente de cuidados se encontrem, a influência da família, e particularmente dos pais, deve ser sempre considerada e integrada no planeamento dos cuidados de enfermagem.

A participação dos pais nos cuidados à criança hospitalizada é uma realidade no contexto nacional pelos seus efeitos benéficos, sobretudo para a criança (Jorge, 2004; Mendes, 2010; Mendes, 2018). É considerada um elemento fundamental na prestação de cuidados de qualidade, quer para as crianças quer para as famílias e, é entendida como fundamental em enfermagem pediátrica (Smith, 2018).

Para os pais a hospitalização dos filhos é uma experiência stressante e, obriga-os a lidar com a sua própria ansiedade enquanto se espera que deem suporte à criança (Simons, 2002). Acarreta sentimentos e fatores stressores já consensualmente identificados na literatura científica, como a perda de normalidade, alterações financeiras, separação da família, dor, ansiedade e culpa (Power & Franck, 2008). O seu papel de pai / mãe altera-se à medida que a criança é cuidada por profissionais de saúde num ambiente hostil. O nível de envolvimento dos pais, está diretamente relacionado com o suporte disponibilizado pelos enfermeiros nos cuidados (Coyne, 1995; Coyne, 2006a; Melo, Ferreira, Lima & Mello, 2014), o que influencia a satisfação dos pais (Simons, 2002).

O conhecimento relativo à satisfação com os cuidados de enfermagem em contexto de hospitalização, na ótica das crianças, é pouco explorado (Bishop, 2010; Livesley & Long, 2013) sendo as suas perspetivas consideradas através de adultos próximos como pais, professores ou enfermeiros (Coyne, 2006b). No entanto, as crianças

têm opiniões e perspectivas próprias que diferem das opiniões dos adultos (Carney et al., 2003). A escassez de literatura deve-se também a limitações de natureza ética e metodológica, como o consentimento livre e esclarecido, privacidade, confidencialidade, competência da criança, capacidade cognitiva e métodos de recolha de dados clínicos (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Atribui-se à crença de que a criança não é capaz de fornecer contributos de forma fiável contudo, a importância de questionar diretamente a criança tem vindo a ser gradualmente reconhecida (Carney et al., 2003; Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Livesley & Long, 2013). O estudo de Bishop (2010) inclui a perspectiva das crianças, tendo sido avaliada a necessidade de gestão do auto cuidado, confidencialidade, competência, controlo e oportunidades de escolha.

Em síntese, constata-se na literatura científica uma grande variedade na análise dos efeitos associados às experiências de hospitalização na criança, sendo os estudos existentes centrados numa perspectiva médica com resultados ao nível das fontes de insatisfação na criança, a saber: informação insuficiente, controlo da dor, problemas comunicacionais e menor oportunidade de brincar (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). No entanto, sabe-se que as crianças procuram gerir, negociar e lidar com o internamento hospitalar valorizando um ambiente amigável onde se sintam cuidadas (Bishop, 2010; Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

## **2.2 - O ambiente dos cuidados de enfermagem como promotor da satisfação**

Existe uma relação definitiva e significativa entre o ambiente da prática dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados de enfermagem (Andrade, 2016).

Neste percurso, o contexto ambiental sucede em serviços de internamento de pediatria no decurso da hospitalização da criança em idade escolar.

A hospitalização é entendida como um evento que implica a rutura na organização do quotidiano, o que acarreta sentimentos de medo, impotência e culpa (Li, Chung, Ho, & Kwok, 2016; Linder & Seitz, 2017; Silva, Gama, Pereira & Camarão, 2018). Tem sido estudada sistematicamente, desde os anos 60, sendo identificada como traumatizante e stressante na ótica da criança (Wilson et al., 2010). Assume-se uma experiência como difícil, assustadora, desconfortável para os pais e para a criança com interrupção das rotinas habituais e impacto na vida pessoal e familiar (Hockenberry et al., 2018), sendo habitualmente vivenciada com ansiedade (Gomes et al., 2019).

Muitos esforços têm sido conduzidos nos últimos 20 anos, de forma a tornar o ambiente hospitalar mais adaptado à criança e família nomeadamente: existência de espaços coloridos; a permanência nas 24h de um cuidador familiar; a existência de salas para brincar e de uma educadora / professora; os horários de visita menos restritivos; acesso à internet; possibilidade de visionamento de filmes e a leitura de livros adequados a cada faixa etária (Hasenfuss & Franceschi, 2003; Wilson et al., 2010).

Salienta-se que a presença permanente de um cuidador familiar no ambiente de cuidados, é uma mais valia para as crianças e, representa um desafio para os profissionais de saúde, exigindo que os enfermeiros desenvolvam as suas competências interpessoais numa lógica de otimização de cuidados (Góes & La Cava, 2009). Por outro lado, assistiu-se também a uma tendência de evitar a hospitalização com recurso a estruturas intermédias, a saber, as unidades de internamento de curta duração ou o hospital de dia (Jorge, 2004; Wilson et al., 2010).

Quando a hospitalização é inevitável, deve decorrer em unidades pediátricas, pelo menor tempo possível e, com recursos humanos formados para atender às necessidades específicas das crianças e famílias, como recomendado na carta da criança hospitalizada (IAC, 1988). Do ponto de vista legal, está prevista, na Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro, no artigo 2 que “a criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua”.

Considerando a hospitalização, enquanto contexto de cuidados, a criança enquanto cliente e os pais/família como recurso para a intervenção em saúde, salienta-se a falta de conceptualização do conceito de satisfação do cliente (Biering, 2010). De uma forma geral, procura-se estudar a satisfação tendo em consideração as expectativas de cuidados (Uysal & Cirlak, 2014; Coyne, 2015; Boztepe et al., 2017; Gomes, 2018) ou as experiências efetivas (Ryan-Wenger & Gardner, 2012; Schalkers et al., 2015; Marcinowicz et al., 2016; Karaca & Durna, 2019). A satisfação é identificada como um resultado dos cuidados de enfermagem e enquadrada no modelo de prestação de cuidados em uso.

A hospitalização infantil tem sido analisada, sob a perspetiva dos pais e na influência que estes exercem sobre as crianças embora, se reconheça o direito da criança em ser participante ativa nas decisões que a afetam (Bishop, 2010; Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Carnevale & Gaudreault, 2013; Livesley & Long, 2013). Os estudos debruçam-se sobre o suporte dado pelos enfermeiros aos pais (Power & Franck, 2008;

Yagil et al., 2010) e nas necessidades dos pais para o desempenho do papel parental (Power & Franck, 2008). Contudo, as opiniões dos pais não refletem as reais percepções das crianças (Chesney et al., 2005), embora seja importante incluir a perspectiva de todos os envolvidos no processo de hospitalização (Soderback et al., 2011). Paralelamente, os estudos que se debruçam sobre as perspectivas das crianças têm vindo a suportar a ideia de que as crianças em idade escolar, são capazes de reportar as suas próprias experiências no âmbito da saúde (Kiernan et al., 2005).

As crianças não são consumidores passivos dos cuidados de saúde, mas clientes ativos pelo que é importante conhecer a sua opinião (Carnevale & Gaudreault, 2013; Coyne et al., 2014). Por outro lado, é ainda importante relacioná-la com os outros intervenientes nos cuidados de saúde, de forma a ter uma perspectiva mais global da satisfação no contexto da hospitalização infantil, e identificar estratégias que permitam adequar os cuidados às reais necessidades de crianças e pais (Bishop, 2010; Carnevale & Gaudreault, 2013).

Considerando o ambiente de cuidados, importa ainda salientar que os diferentes domínios ambientais devem ser ponderados. Tem relevância o ambiente físico, mas também o ambiente social e o ambiente emocional (Musaad et al., 2017).

No que se refere ao ambiente físico, as infraestruturas devem estar adaptadas. Contudo, só se pode atingir verdadeiramente este objetivo se as opiniões das próprias crianças e famílias, forem consideradas na planificação do ambiente (Lambert et al., 2014). Isto é, torna-se essencial obter o contributo único dos clientes, neste caso as crianças, acerca do espaço e como este deve ser adaptado para dar resposta às suas reais necessidades. Os pais referem as condições físicas dos espaços que não sendo inteiramente uma componente dos cuidados de enfermagem, é um aspeto que influencia a satisfação com os cuidados. Salientam as condições de acomodação como o local onde dormem, as casas de banho e os espaços disponíveis para estar, quer com a criança, quer com familiares (Strasburg et al., 2011). Num contexto de internamento, em momento críticos, a mãe ou pai que acompanha a criança pode não conseguir suportar a situação e necessitar da presença de um outro familiar, pelo que a existência de espaços físicos adequados é essencial. Identificam também a alimentação (Schaffer et al., 2000), o conforto e questões de higiene dos espaços quer para si para a criança (Schaffer et al., 2000; Marcinowicz et al., 2016).

Relativamente ao ambiente social, as crianças procuram ativamente uma ligação social, quer à comunidade interna hospitalar quer ao Mundo exterior (Lambert et al.,

2014). Decorre do seu percurso de desenvolvimento enquanto ser social (Schaffer, 1999) mas também, na tentativa de manter alguma normalidade quando confrontadas com um episódio de internamento hospitalar. Entre os pais, o entretenimento é pouco referenciado nos estudos encontrados, como fonte de satisfação contudo, surge em um dos estudos que salienta que os pais acreditam no “potencial terapêutico da recreação hospitalar como forma de promoção e recuperação da saúde, intervindo de forma efetiva e positiva na realidade local, reinventando o processo de hospitalização” (Lopes, Nascimento & Cartaxo, 2018, p. 426).

Em relação ao ambiente emocional, a hospitalização tem repercussões emocionais em todos os envolvidos, mas em particular na criança (Azevêdo et al., 2017), quer na própria vivência da hospitalização, quer na participação da criança nos cuidados que lhe são dirigidos (Council on Community Pediatrics and Committee on Native American Child Health, 2010; Bedell, Khetani, Cousins, Coster & Law, 2011). No que concerne aos pais, Strasburg et al. (2011) referem que o ambiente emocional, percebido como de boa qualidade, induz satisfação nas mães de crianças hospitalizadas. Um ambiente de trabalho percebido como positivo pelos pais é gerador de maior satisfação (Matziou et al., 2011). Marino & Marino (2000) identificam o ambiente de colaboração entre enfermeiros e pais como um importante preditor de satisfação global com cuidados de enfermagem e, Schaffer et al. (2000) salientam o ambiente de segurança identificando comportamentos dos enfermeiros que os fazem sentirem-se seguros. Os pais relatam medos e preocupações como o medo das infeções (de outras crianças internadas), medo de que a criança seja raptada e medo de deixar a criança. Questionam os enfermeiros sobre as medidas que estão a ser tomadas para minorar estas situações e esperam que os enfermeiros verifiquem frequentemente a criança.

Neste sentido, as crianças e respetivas famílias necessitam de cuidados competentes e sensíveis, que minimizem não só os efeitos potencialmente negativos da hospitalização, mas que simultaneamente promovam benefícios positivos como resultado deste evento (Hockenberry et al, 2018; Ribeiro et al., 2017).

Viana et al. (2018) salientam que a hospitalização, apesar de ser um acontecimento gerador de angústia, é simultaneamente uma oportunidade para o desenvolvimento de medidas na ótica da promoção de saúde, o que é fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil, para o qual todos os profissionais devem de contribuir. Como já foi salientado, pais e crianças retiram contributos positivos da hospitalização pelo que,

devem ser considerados na prestação de cuidados, promovendo assim uma maior satisfação e aumentando a qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

### **2.3 - Os cuidados de enfermagem em contexto de hospitalização**

Os cuidados de enfermagem têm como objetivo máximo a satisfação do cliente e, são guiados por padrões que visam a excelência dos cuidados, a elevada qualidade e a segurança do cliente (Laschinger et al., 2011). A associação entre cuidados de enfermagem individualizados e satisfação do cliente foi já demonstrada pois, quando os clientes percebem os cuidados como individualizados, verifica-se um reflexo positivo na satisfação dos próprios com os cuidados recebidos (Suhonen et al., 2012).

No contexto específico dos cuidados de enfermagem à criança hospitalizada, os pais devem ser incluídos como parceiros (Sousa & Cruz, 2009). Os enfermeiros desenvolvem “um processo intersubjetivo de partilha” que nos leva à “parceria implícita no cuidado de enfermagem, que só acontece no reconhecimento da autonomia e das capacidades da pessoa, promovendo a participação das pessoas significativas, na prossecução do seu projeto de saúde” (Vieira, 2017, p. 88). Neste âmbito, é possível encontrar diversas abordagens teóricas na conceção dos cuidados. Mullen & Ascher (2007) e Edmundson (2012) relatam a implementação do modelo de sinergia (Curley, 1998) e do modelo Qualidade-Cuidado© (Duffy, 2015) respetivamente, em hospitais pediátricos.

É consensual que os cuidados centrados na família são entendidos, como sustentadores da prestação de cuidados de enfermagem à criança e família (Young et al., 2006; Shields et al., 2007; Mendes & Martins, 2012; Coyne, 2015; Miranda, Oliveira, Toia & Stucchi, 2015; Khajeh et al., 2017). Este referencial assume como fundamental o papel da família na vida da criança, para além de visar o fornecimento de apoio profissional à criança / família pelo envolvimento, participação e parceria, tendo como aspetos basilares a capacitação e a negociação de cuidados (Apolinário, 2012).

Esta conceção sugere o estabelecimento de uma relação enfermeiro / família sem juízos de valor, baseada na honestidade, comunicação e no respeito pela multiplicidade familiar e pelos comportamentos disparees que assume face ao evento crítico associado à hospitalização da criança (Sousa & Cruz, 2009; Ferreira et al., 2019).

Por forma a encontrarmos os dados mais significativos na literatura científica sobre este tema, procurou-se sintetizar o conhecimento atual acerca da satisfação com os cuidados de enfermagem da criança em idade escolar no contexto da hospitalização (Loureiro, Figueiredo & Charepe, 2019). Entendeu-se “satisfação”, como um resultado dos cuidados de enfermagem, sendo percebida nesta população e contexto específicos como um processo flutuante de natureza cognitiva, emocional e comportamental (Salmani et al., 2015).

Nos 23 estudos em análise, publicados entre os anos 2000 e 2016, foi recorrente a utilização de: termos “extremos” associados à satisfação da criança com os cuidados de enfermagem (melhor / pior, conforto / desconforto, bom / mau); prevalência dos temas comunicação e alimentação; visão, percepções, opiniões, vivências, experiências e/ou expectativas na perspetiva das crianças (Loureiro, Figueiredo & Charepe, 2019). A este nível, sintetizam-se os resultados obtidos nesta revisão, na *Tabela 2*.

Tabela 2 - Expectativas das crianças relativas aos cuidados de enfermagem durante a hospitalização.

<b>Grupo</b>	<b>Expectativas das crianças</b>
<b>Enfermeiros enquanto pessoas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade de ajudar / bondosos (Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2004; Fletcher et al., 2011;)</li> <li>• Amigáveis (Fletcher et al., 2011);</li> <li>• Simpáticos, honestos, com sentido de humor (Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2004);</li> <li>• Engraçados (Randall et al., 2008);</li> <li>• Sorridentes e abordáveis (Fletcher et al., 2011);</li> <li>• Respeitosos (Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2004; Randall et al., 2008);</li> <li>• Capacidade de relacionamento e de defesa dos direitos das crianças (Randall et al., 2008);</li> <li>• Escuta ativa (Fletcher et al., 2011);</li> <li>• Capazes de comunicar (Gomes, 2018);</li> </ul>
<b>Atividades dos enfermeiros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capazes de fazer procedimentos de forma competente, com paciência e interação com a criança (Gomes, 2018);</li> <li>• Obtenção de informação e entretenimento (Carney et al., 2003; Fletcher et al., 2011; Lapa &amp; Souza, 2011; Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2004);</li> <li>• Explicação do que vai ser feito e porquê (Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2004; Randall et al., 2008);</li> <li>• Capacidade de distração durante procedimentos (Schmidt et al., 2007; Randall et al., 2008);</li> <li>• Gestão / alívio da dor (Schmidt et al., 2007; Randall et al., 2008; Fletcher et al., 2011);</li> </ul>
<b>Ambiente de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas em relação ao ambiente físico e ao ambiente social (Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2004);</li> <li>• Preocupação por ser uma situação imprevisível e stressante por desconhecerem o ambiente e o que vai acontecer (Wennström et al., 2008).</li> </ul>

Fonte: adaptado de Loureiro, Figueiredo & Charepe, 2019.

No que se refere às experiências de cuidados, foram encontrados um maior número de estudos e, de uma forma geral, os resultados mostram que as crianças estão globalmente satisfeitas com os cuidados prestados (Loureiro, Figueiredo & Charepe, 2019). Foram identificados fatores que contribuem para a satisfação e, de igual modo, foram classificados em três grupos: as melhores experiências, as piores experiências e fontes de satisfação com a experiência de hospitalização como se verifica na Tabela 3.

Tabela 3 - Experiências das crianças relativas aos cuidados de enfermagem durante a hospitalização.

<b>Grupo</b>	<b>Experiências das crianças</b>
<b>As melhores experiências</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os enfermeiros (Board, 2005; Lindeke, Nakai &amp; Johnson, 2006; Pelander, Lehtonen &amp; Leino-Kilpi, 2007; Wennström et al., 2008; Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010; Shirdelzade, Ramezanzade &amp; Gazerani, 2014);</li> <li>• A competência nos cuidados, o fornecimento de comida, presentes e certos procedimentos como a analgesia (Carnevale &amp; Gaudreault, 2013);</li> <li>• O respeito (Chesney et al., 2005; Bishop, 2010; Noreña Peña &amp; Cibanal Juan, 2011);</li> <li>• Interação afetuosa (essencial para atingir uma boa relação) (Silva &amp; Ribeiro, 2000; Santos et al., 2016a);</li> <li>• Humanidade e confiança (Pelander, Lehtonen, et al., 2007);</li> <li>• Ser engraçado (Pelander, Leino-Kilpi &amp; Katajisto, 2007; Schmidt et al., 2007);</li> <li>• Utilizar recursos de entretenimento (Lindeke et al., 2006; Santos et al., 2016a);</li> <li>• Brincar (Silva, Gama, Pereira &amp; Camarão, 2018) e realizar de desenhos (Shirdelzade et al., 2014; Gomes, Silva, Santos &amp; Palermo, 2019);</li> <li>• Presença permanente dos pais, a visita de amigos e família, os objetos de apego e certas intervenções técnicas (Carnevale &amp; Gaudreault, 2013).</li> </ul>
<b>As piores experiências</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de interação com a criança ou não fornecimento de informação relativa a procedimentos (Santos et al., 2016a);</li> <li>• Enfermeiras controladoras (Carney et al., 2003);</li> <li>• Pouca disponibilidade (Silva &amp; Ribeiro, 2000);</li> <li>• Comunicar de forma confusa (Lindeke et al., 2006; Noreña Peña &amp; Cibanal Juan, 2011);</li> <li>• Longos tempos de espera para procedimentos (Silva &amp; Ribeiro, 2000; Chesney et al., 2005; Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010);</li> <li>• Sentirem-se zangadas, tristes e, até deprimidas quando não são ouvidas e envolvidas (Coyne, 2006a);</li> <li>• Procedimentos (Carney et al., 2003; Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010);</li> <li>• A dor (Silva &amp; Ribeiro, 2000; Carney et al., 2003; Board, 2005; Chesney et al., 2005; Lindeke et al., 2006; Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010; Lapa &amp; Souza, 2011);</li> <li>• Sentir-se mal, estar sob tensão e com dor abdominal, cefaleia, febre ou cansaço (Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010);</li> <li>• Ficar no hospital e tentar dormir (Lindeke et al., 2006);</li> <li>• Não ser questionado sobre aspetos como: <i>timing</i> de realização de procedimentos (Coyne, 2006a); a escolha do quarto / cama; preferências alimentares; cuidados de higiene; hora de acordar / dormir e hora da alta hospitalar (Coyne, 2006a; Coyne, 2006b); uso de televisão (Carney et al., 2003; Lapa &amp; Souza, 2011);</li> <li>• Restrição à cama / quarto e não poder correr (Lapa &amp; Souza, 2011);</li> <li>• O ruído (Carney et al., 2003; Coyne, 2006a; Carnevale &amp; Gaudreault, 2013);</li> <li>• Falta de privacidade (Battrick &amp; Glasper, 2004; Board, 2005; Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010);</li> </ul>

<b>Grupo</b>	<b>Experiências das crianças</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medo, as preocupações e sentir falta de pessoas significativas (Carnevale &amp; Gaudreault, 2013);</li> <li>• Comida (Carney et al., 2003; Carnevale &amp; Gaudreault, 2013).</li> </ul>
<b>Fontes de satisfação com a experiência hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características pessoais dos enfermeiros: honesto (Pelander, Lehtonen, et al., 2007); próximo da criança (Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010); boas capacidades de comunicação (Lindeke et al., 2006; Pelander, Leino-Kilpi, et al., 2007; Santos et al., 2016a); inspirar confiança (Carney et al., 2003); cuidadoso (Chesney et al., 2005; Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010; Santos et al., 2016a); acessível, afável, bondoso (Coyne, 2006a; Schmidt et al., 2007; Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010) e ter espírito de ajuda (Carney et al., 2003; Chesney et al., 2005; Coyne, 2006b);</li> <li>• Obter informação (Chesney et al., 2005; Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010; Santos et al., 2016a);</li> <li>• Oportunidade de discutir o motivo de hospitalização (Battrick &amp; Glasper, 2004; Noreña Peña &amp; Cibanal Juan, 2011);</li> <li>• Sentirem-se bem-vindos no serviço (Battrick &amp; Glasper, 2004);</li> <li>• Existência de entretenimento e brincadeira (Chesney et al., 2005; Gabatz &amp; Ritter, 2007; Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010; Carnevale &amp; Gaudreault, 2013; Silva et al., 2018).</li> </ul>

Fonte: adaptado de Loureiro, Figueiredo & Charepe, 2019.

Como última categoria, as estratégias para ajudar a criança a lidar com a hospitalização (Tabela 4) e, conseqüentemente aumentar a satisfação, identificadas em todos os estudos (Loureiro, Figueiredo & Charepe, 2019).

Tabela 4 – Estratégias para ajudar a criança a lidar com a hospitalização.

<b>Estratégias identificadas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensar em ir para casa, conseguir andar ou correr de novo, dormir, receber presentes e utilizar auriculares para reduzir ruído (Carnevale &amp; Gaudreault, 2013);</li> <li>• Dormir / fazer sestas, falar com alguém, chorar / expressar a tristeza, ver televisão ou ouvir música e comer / beber (Board, 2005);</li> <li>• Redução dos tempos de espera e aumentar as oportunidades para brincar / ter entretenimento (Chesney et al., 2005);</li> <li>• Estratégias para obter informações tais como colocar questões aos pais, enfermeiros e médicos, observar e falar com outras crianças que têm a mesma situação clínica ou doença, consultar livros em bibliotecas públicas, comparar experiências com programas de televisão e experiências anteriores (Coyne, 2006b);</li> <li>• Colocar questões e relacionar a experiência atual com experiências prévias (Wennström et al., 2008);</li> <li>• Procurar atividades relacionais, distração e ter um sentido de normalidade (Kamper et al., 2010);</li> <li>• Boa comunicação entre enfermeiros e crianças / famílias (Pelander &amp; Leino-Kilpi, 2010);</li> <li>• Possibilidade de fazer desenhos (Board, 2005);</li> <li>• Utilização de brinquedos, do toque e distração guiada (Santos et al., 2016a);</li> <li>• Preparação prévia para a hospitalização (Carney et al., 2003).</li> </ul>

Fonte: adaptado de Loureiro, Figueiredo & Charepe, 2019.

A fonte primária, para avaliar a satisfação no que se refere à hospitalização da criança e, todos os assuntos que lhe dizem respeito são, preferencialmente, os pais. Esta avaliação decorreu da relação estabelecida entre a satisfação dos pais e os resultados positivos na saúde dos filhos, na redução da severidade da doença, na melhor adesão ao

regime terapêutico e numa melhor compreensão da informação fornecida (Matziou et al., 2011).

Assim, no que se refere à satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem verifica-se a existência de estudos sobre o tema (Uysal & Cirlak, 2014; Salmani et al., 2015; Kinder, 2016). Focam-se, contudo em aspetos específicos dos cuidados pediátricos como os cuidados prestados em unidades de cuidados intensivos e unidades de neonatologia, cuidados para a gestão da dor e da doença crónica, entre outros (Matziou et al., 2011). Para além do mencionado, são descritos em maior número resultados associados às experiências das crianças a partir dos pais, do que nas suas expectativas relativas aos cuidados (Ammentorp et al., 2006).

Os estudos centram-se nos pais, mas sobretudo nas mães (Strasburg, Pintanel, Gomes & Mota, 2011; Cimke & Mucuk, 2017). Quando focados no pai, salientam que este se considera também, alvo dos cuidados de enfermagem pelo que, tem expectativas relativas ao comportamento dos enfermeiros (Marcinowicz et al., 2016). Confrontam expectativas com experiências efetivas de cuidados (Schaffer, Vaughn, Kenner, Donohue, & Longo, 2000; Ammentorp et al., 2006), identificando a relação entre expectativas de cuidados e satisfação. Os pais com maior *score* de satisfação são também aqueles em que houve maior correspondência com as expectativas de cuidados (Ammentorp et al., 2006).

À semelhança do que ocorre nos estudos que abordam a satisfação com os cuidados na população adulta (Otani & Kurz, 2004; Otani et al., 2011), também entre os pais, o respeito, surge identificado como um aspeto essencial para a satisfação (Schaffer et al., 2000; Ammentorp et al., 2006; Shields, Pratt, Davis & Hunter, 2007; Yagil et al., 2010; Matziou et al., 2011; Williams, Nizamoglu & Williams, 2013; Marcinowicz et al., 2016; Cimke et al., 2017). Os pais valorizam ser tratados com respeito e ter uma relação de respeito com os enfermeiros, manifestando a sua satisfação / insatisfação na presença / ausência, respetivamente (Williams et al., 2013). Outras características valorizadas são a bondade (Ammentorp et al., 2006; Williams et al., 2013; Marcinowicz et al., 2016), reconhecida como uma das melhores experiências (Ammentorp et al., 2006) e a simpatia (Uysal & Cirlak, 2014; Marcinowicz et al., 2016). Por outro lado, Strasburg et al. (2011) e Uysal & Cirlak (2014) salientam a necessidade de estabelecimento de uma relação de confiança como uma componente afetiva identificada pelas mães como, “ser atencioso”, aspeto importante para a sensação de satisfação com os cuidados. Os pais referem ainda,

que os enfermeiros devem ser sensíveis às suas necessidades, mas também às necessidades das crianças (Schaffer et al., 2000).

Neste âmbito, são ainda referidos aspetos comportamentais como a presença de sorriso ou o tom de voz utilizado pelos enfermeiros, no contacto quer com as crianças quer com os pais (Marcinowicz et al., 2016). São salientadas as expressões faciais e os comportamentos avaliados pelos pais, sendo estes percebidos como adequados ou inadequados, induzindo satisfação ou insatisfação respetivamente (Chesney et al., 2005).

No âmbito das atividades dos enfermeiros, foi identificada a adequação dos cuidados de enfermagem às reais necessidades dos pais (Marino & Marino, 2000; Strasburg et al., 2011) assim como, a promoção do envolvimento dos pais nos cuidados à criança (Schaffer et al., 2000; Matziou et al., 2011). Sendo que a adequação é identificada como o maior preditor de satisfação global com os cuidados em um dos estudos (Marino & Marino, 2000). Cimke & Mucuk (2017) concluíram que existe uma relação positiva entre o envolvimento das mães nos cuidados à criança e a satisfação.

A experiência e conhecimento dos enfermeiros é também um aspeto referido na literatura científica consultada (Matziou et al., 2011; Uysal & Cirlak, 2014). Os pais esperam que os enfermeiros sejam competentes e tenham experiência nos cuidados à criança, o que se reflete na intenção de voltar a utilizar os serviços (Kinder & Allen, 2014).

Os cuidados na admissão da criança ao hospital são também identificados como um preditor da satisfação parental (Prasannan & Thomas, 2018), assim como os aspetos técnicos do cuidar, nomeadamente a realização de procedimentos verbalizados pelas mães como importantes e fulcrais (Strasburg et al., 2011; Prasannan & Thomas, 2018).

A gestão da dor é uma área identificada e que influencia a satisfação dos pais (Simons, 2002; Yagil et al., 2010; Matziou et al., 2011) contudo, é discutível se a satisfação é um bom indicador para a avaliação da gestão da dor.

Também o tempo de atendimento é identificado como um fator importante (Williams et al., 2013) e, quando entendido como inadequado é identificado como a pior experiência e, portanto, fonte de insatisfação (Schaffer et al., 2000; Ammentorp et al., 2006). Por outro lado, quando o tempo de atendimento é percebido como adequado e de encontro às necessidades dos pais, mas também das crianças surge como fonte de satisfação (Yagil et al., 2010; Strasburg et al., 2011; Uysal & Cirlak, 2014).

O suporte disponibilizado aos pais durante a prestação de cuidados aos seus filhos, está também diretamente ligado à satisfação (Schaffer et al., 2000; Simons, 2002). Associado quer ao tempo de atendimento quer ao suporte, é identificada a disponibilidade dos enfermeiros. Quando os pais percebem existir disponibilidade por parte dos profissionais de saúde, evidenciam satisfação com os cuidados (Strasburg et al., 2011).

Comunicação e informação são dois atributos que aparecem recorrentemente, quer associado à execução de procedimentos quer na relação interpessoal estabelecida (Schaffer et al., 2000; Simons, 2002; Ammentorp et al., 2006; Comp, 2011; Matziou et al., 2011; Strasburg et al., 2011). De acordo com Matziou et al. (2011), são considerados itens chave na satisfação com os cuidados.

A comunicação com os pais deve ser disponível, aberta e estruturada (Schaffer et al., 2000; Comp, 2011) e, quanto mais os pais têm dificuldade na comunicação com os enfermeiros menor é a sua satisfação (Marino & Marino, 2000). Autores como Wanzer, Booth-Butterfield & Gruber (2004) e Ammentorp et al. (2006), identificaram na perspectiva dos pais uma relação entre “ter a resposta a questões colocadas / boa comunicação” e a satisfação.

Williams, Nizamoglu & Williams (2013) analisaram as diferentes componentes da comunicação entre profissionais de saúde e pais (apresentação, clareza, empatia, imediatismo, escuta e humor) e concluíram que, existem relações entre cada um dos componentes e a satisfação percebida com os cuidados de saúde. Ainda no âmbito da comunicação e informação, os pais salientam especificamente que esperam receber informações acerca dos seguintes aspetos: evolução dos seus filhos (Schaffer et al., 2000; Cimke et al., 2017); a cuidados prestados, para além de que lhes seja demonstrado como podem efetuar esses cuidados (Cimke & Mucuk, 2017); exames e tratamentos que a criança efetua; informação que lhes permita compreender o funcionamento da unidade de internamento / instituição e que as suas questões sejam ouvidas e respondidas (Schaffer et al., 2000).

No estudo realizado por Marcinowicz et al. (2016), os pais revelaram satisfação quando a comunicação estabelecida entre a criança e os enfermeiros é eficaz.

No que se refere à relação entre a satisfação e outras variáveis diversos autores encontraram relação. Marino & Marino (2000) associaram satisfação com os cuidados de enfermagem e a adequação às necessidades dos pais ou das crianças (pais mais satisfeitos consideraram que existia maior adequação dos cuidados às necessidades). Simons (2002) encontrou relação entre satisfação parental e as variáveis, gestão da dor da criança e nível

de formação académica dos enfermeiros. Verificou maior satisfação quando havia uma gestão eficaz da dor e quando os enfermeiros tinham maior formação académica. Wanzer, Both-Butterfield & Gruber (2004), descrevem uma relação positiva entre satisfação com os cuidados de enfermagem e o uso de comunicação centrada no cliente. Por sua vez, Ammentorp, Mainz & Sabroe (2006) verificaram que existia uma relação entre satisfação e expectativas de cuidados (pais com maior satisfação eram os que tinham maior correspondência entre expectativas e experiências de cuidados).

Yagil et al. (2010) identificaram como preditores de satisfação com os cuidados de enfermagem o tratamento, os cuidados, as instruções e o ambiente. Já Matziou et al. (2011) identificaram a adequação de cuidados, a adequada gestão da dor, o envolvimento dos pais nos cuidados, a relação de confiança e as atitudes dos enfermeiros.

Uysal & Cirlak (2014) verificaram associação entre satisfação e a idade da criança (à medida que aumentava a idade aumentava a satisfação), e a empregabilidade dos pais (pais desempregados estavam mais insatisfeitos).

Cimke & Mucuk (2017) encontraram relação entre satisfação e envolvimento nos cuidados (os pais mais satisfeitos são os que se sentem mais envolvidos nos cuidados).

Em síntese, verifica-se que se trata de um tema atual e fulcral para a qualidade dos cuidados em saúde. Salienta-se também que os enfermeiros são o grupo profissional que mais influencia a satisfação global com os cuidados de saúde e que, o conhecimento no que se refere à criança em idade escolar hospitalizada é ainda escasso e fragmentado.

As crianças valorizam os aspetos pessoais dos enfermeiros como a simpatia, a honestidade e o sentido de humor assim como, as atividades dos enfermeiros que se relacionam diretamente com a prática de cuidados. Identificam as piores experiências que espelham, em parte, as melhores experiências pelo que se consideram áreas onde se pode intervir numa lógica de melhoria da qualidade dos cuidados.

Quanto aos pais, a satisfação com os cuidados de enfermagem tem sido mais estudada. As áreas da satisfação consideradas são similares e incluem também as características dos enfermeiros, as atividades dos enfermeiros e o ambiente de enfermagem. Contudo, os aspetos referidos por pais e crianças diferem, não só nos aspetos que influenciam a satisfação como na importância que lhes atribuem.



## **PARTE II - PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO**



### CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODOS

A investigação procura de uma forma sistemática validar e refinar o conhecimento existente e, também, gerar novo conhecimento (Grove & Gray, 2019). Implica pesquisa que, não é mais do que o processo de recolha de evidência que nos permite tomar decisões relativamente a questões previamente formuladas (Maltby et al., 2010).

A enfermagem, enquanto disciplina reúne um corpo de saberes únicos, e a investigação é essencial de forma a gerar e consolidar conhecimento sobre as respostas humanas e as melhores intervenções para promover a saúde, prevenir e gerir a doença (Grove & Gray, 2019).

Neste percurso de investigação procurou-se integrar as perspetivas de todos os envolvidos: crianças em idade escolar, pais e enfermeiros pois, como salientam Sommer (2010) e Laschinger et al. (2011), só consultando todos os intervenientes podemos obter resultados significativos que possam ser utilizados para melhorar a qualidade dos cuidados.

Para o desenho da pesquisa atendemos à multidimensionalidade do conceito de satisfação, aos participantes no estudo, ao ambiente de cuidados e à revisão da literatura que, previamente, mas também paralelamente, fomos efetivando.

No que diz respeito aos participantes, em concreto crianças em idade escolar, Holland (2009) num artigo de revisão integrativa da literatura subordinada aos métodos usados para conhecer as perspetivas das crianças, identificou o uso de métodos qualitativos e quantitativos, sendo pouco frequente o uso de ambos. Contudo, entre os métodos quantitativos foram usados dados administrativos ou dados que derivam dos adultos e, poucos estudos incluíam crianças com idade inferior a 8 anos e os que incluíram usaram como métodos: a observação, a interpretação de desenhos realizados pelas crianças e os questionários.

No percurso de investigação que desenvolvemos, optámos por uma abordagem mista, com recurso à triangulação de dados e métodos (Polit & Beck, 2017).

Apresentamos o desenho da investigação de forma esquemática na *Figura 2*.

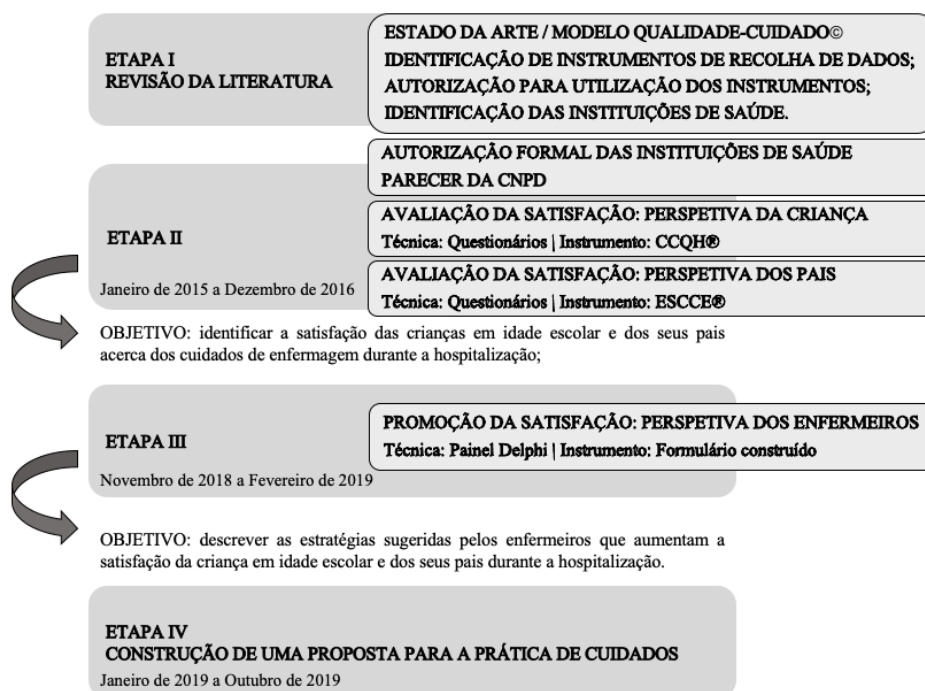


Figura 2 - Desenho da investigação.

### 3.1 - Objetivos

O objetivo geral do estudo foi: identificar estratégias que visem ações de melhoria da satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e pais com os cuidados de enfermagem.

Enquanto objetivos específicos:

- identificar a satisfação das crianças em idade escolar e dos seus pais acerca dos cuidados de enfermagem durante a hospitalização;
- descrever as estratégias sugeridas pelos enfermeiros que aumentam a satisfação da criança em idade escolar e dos seus pais durante a hospitalização.

### 3.2 - Questões de investigação

A questão de partida norteadora desta investigação foi: *a partir de um conhecimento aprofundado da satisfação da criança e dos seus pais com os cuidados de enfermagem*

*durante a hospitalização, que estratégias serão conducentes à melhoria da satisfação com os cuidados recebidos?*

As questões de investigação secundárias foram:

- Qual a satisfação das crianças em idade escolar e dos seus pais acerca dos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar?
- Quais são as estratégias descritas pelos enfermeiros que contribuem para o aumento da satisfação da criança e dos seus pais com a hospitalização?

### **3.3 - Tipo de estudo**

Nesta etapa deste percurso, o tipo de estudo reportou-se a um estudo de natureza quantitativa. Tomando como referência a classificação em três dimensões (Burkett, 1990), tratou-se de um estudo exploratório-descritivo e correlacional (natureza dos objetivos), transversal (tempo) e observacional (intervenção do investigador). Assumi uma natureza exploratória e descritiva, na medida em que se pretendeu a descrição dos aspetos relevantes para a satisfação das crianças e pais com os cuidados de enfermagem. Por outro lado, decorreu da avaliação do investigador num ponto específico do tempo, não tendo existido intervenção do investigador.

Assim, nesta etapa, o estudo teve um desenho quantitativo e posterior análise estatística descritiva, correlacional e inferencial com recurso ao programa estatístico SPSS versão 24,0.

As variáveis, entendidas como o objeto do estudo estatístico (Maroco, 2010), foram operacionalizadas de forma quantificada sendo usada como técnica de recolha de dados o questionário de auto resposta.

No que concerne à etapa III, apresentam-se os respetivos dados no capítulo 7.

### **3.4 - Instrumentos de recolha de dados**

Uma das formas mais comuns de avaliar a satisfação é pela aplicação de questionários (Ahmed et al., 2014), que visam determinar o nível de satisfação num conjunto de atributos previamente identificados.

A existência de instrumentos de medida como questionários ou escalas é uma realidade na investigação em enfermagem. Construídos para o efeito ou traduzidos e adaptados de outra realidade de cuidados de saúde, são usados correntemente na investigação (Polit & Beck, 2017). Constituem uma ferramenta útil e consensualmente aceite na medida em que permitem, se devidamente validados, a aplicação a diferentes contextos e análise comparativa ainda que em países e culturas diferentes.

Os resultados da aplicação de questionários de satisfação podem ser usados para medir a satisfação com os cuidados de saúde / enfermagem ao longo do tempo, identificar oportunidades de melhoria, avaliar se as mudanças implementadas afetam a satisfação e reforçar junto dos profissionais de saúde os aspetos mais valorizados junto dos clientes (Schaffer et al., 2000).

A revisão da literatura (Loureiro, Figueiredo & Charepe, 2019) permitiu-nos identificar questionários utilizados para mensurar a satisfação. Na perspetiva das crianças, não foram encontrados questionários validados para a população portuguesa, contudo, a pesquisa internacional identificou o instrumento “Child Care Quality at Hospital” (Pelander et al., 2009), construído especificamente para ser utilizado em crianças hospitalizadas da faixa etária escolar. Já no que se refere aos pais, a revisão da literatura permitiu também a identificação do questionário “Satisfação dos Cidadãos face aos Cuidados de Enfermagem” (Rodrigues & Dias, 2003) que foi selecionado pela sua validação no contexto nacional e por já ter sido utilizado previamente em pais de crianças hospitalizadas.

O questionário “Child Care Quality at Hospital” (Pelander et al., 2009) foi traduzido e adaptado ao contexto Português, segundo as guidelines internacionais (Beaton et al., 1998) nesta investigação. A autora original do instrumento, validou o percurso de adaptação para o idioma português, após autorização formal para a sua utilização.

Trata-se de um instrumento de auto preenchimento (Pelander et al., 2009) que foi aplicado em papel, sendo composto por 63 itens e organizado em três domínios: dados sócio demográficos (género, idade, admissão programada / não programada, motivo de hospitalização, duração da estadia, tipo de quarto hospitalar, experiência prévia de hospitalização, presença de acompanhante e enfermeiro responsável). Os três domínios dividem-se em 13 subcategorias (Pelander et al., 2009), sendo estas: características do enfermeiros (5 itens distribuídos nas subcategorias humanidade, competência, sentido de humor e confiança), atividades dos enfermeiros (25 itens distribuídos nas subcategorias entretenimento, cuidar e comunicar, apoiar iniciativa, cuidado físico e tratamento e

educação,) e ambiente de enfermagem (19 itens distribuídos nas subcategorias ambiente físico, social e emocional). O instrumento em apreço tem ainda 3 perguntas abertas. Questiona as crianças acerca do “melhor” e “pior” no hospital e solicita a classificação dos cuidados de enfermagem numa escala de 1 a 5 (Pelander et al., 2009).

A frequência dos itens que dizem respeito às subcategorias: características dos enfermeiros e atividades dos enfermeiros são avaliados com recurso à escala de Likert de três pontos, representada numa escala de intensidade por palavras e símbolos: sempre (☺), algumas vezes (☹) e nunca (☹), respetivamente (Pelander et al., 2009).

A subcategoria ambiente é avaliada com recurso a uma escala de concordância de Likert de 4 pontos, sendo representada graficamente por imagem quadriculada com 4 ursos de peluche. A criança assinala cada quadrícula / imagem em função do grau de concordância com a afirmação, se concorda totalmente assinala 4 quadrículas, se concorda parcialmente assinala 3 quadrículas, se discorda parcialmente assinala 2 quadrículas e se discorda totalmente assinala 1 (Pelander et al., 2009).

O instrumento original foi construído em três fases. A fase I, em 2004, incluiu os resultados obtidos numa revisão da literatura, entrevistas e desenhos das crianças que levaram à construção de um primeiro instrumento avaliado por um painel de peritos (validade de conteúdo) (Pelander & Leino-Kilpi, 2004). Na fase II, em 2004, e III, em 2005, o instrumento foi revisto após análise dos dados obtidos em entrevistas com as crianças, aplicação do questionário e avaliação pelos enfermeiros (Pelander et al., 2007). A validade de constructo foi aferida na fase III pela análise dos componentes principais e a consistência interna avaliada nas fases II e III tendo as propriedades psicométricas do instrumento melhorado ao longo das fases (Pelander et al., 2009).

Em relação ao instrumento de avaliação da satisfação na perspetiva dos pais, recorreremos à “Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem” após autorização formal da autora. O instrumento, foi construído tendo por base dois outros instrumentos já existentes “Newcastle Satisfaction with Nursing Scales” (Thomas et al., 1996) e “La Monica / Oberst Patient Satisfaction Scale” (La Monica et al., 1986).

É constituído por 47 itens distribuídos em 2 escalas (28 itens na primeira escala e 19 itens na segunda escala) (Rodrigues & Dias, 2003). A escala tem 18 itens redigidos com direção positiva (itens 1, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26 e 28) e 10 itens redigidos com direção negativa (itens 2, 3, 4, 5, 6, 13, 16, 10, 22, 27).

Na primeira escala, “Experiências dos Cuidados de Enfermagem”, é utilizada uma escala de concordância de Likert com sete itens (discordo completamente, discordo

muito, discordo um pouco, nem discordo nem concordo, concordo um pouco, concordo muito, concordo completamente). Na segunda escala, “Opiniões sobre cuidados de Enfermagem”, também é usada uma escala de Likert com cinco pontos indicando os níveis de satisfação (insatisfeito, pouco satisfeito, bastante satisfeito, muito satisfeito, completamente satisfeito). Por fim, são recolhidos dados sócio demográficos: hospital onde se encontra, género, idade, escolaridade, profissão, havia um enfermeiro em particular responsável pelos cuidados da criança (sim / não / não tenho a certeza) e 2 questões abertas: “que aspetos dos cuidados de enfermagem poderiam ser melhorados?” e “outros comentários que gostasse de fazer” (Rodrigues & Dias, 2003).

A “Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem”, foi aplicada a utentes em circuito de assistência em saúde nos cuidados de saúde primários e no contexto hospitalar (Dinis, 2013; Lopes, 2013; Ribeiro, Vieira & Cunha, 2014; Seabra, 2014; Soeiro, 2015). As propriedades psicométricas deste instrumento foram avaliadas pelas autoras originais, nomeadamente: a consistência interna (coeficientes alfa de 0,96 para a escala total com valores de 0,92 na escala da experiência com os cuidados de saúde e 0,97 na escala da opinião), validade concorrente e estrutura fatorial (Rodrigues & Dias, 2003).

As autoras concluíram que o instrumento de medida é suficientemente específico para identificar áreas que necessitam de intervenção e que a escala demonstra ter boas características psicométricas (Rodrigues & Dias, 2003).

Em síntese, originalmente a escala destina-se a utentes alvos diretos dos cuidados de enfermagem, neste caso foi aplicada a pais de crianças internadas pelo que foi necessário efetuar adaptação semântica de forma a adequar a linguagem ao contexto específico da hospitalização infantil. As alterações foram validadas com a autora da escala e constituiu-se a versão pré teste do instrumento, após autorização formal para a sua utilização.

### **3.5 - População e amostra populacional**

Os dados são “a informação na forma de observações” e “ao conjunto total dos casos (...) sobre os quais se pretende retirar conclusões dá-se o nome de população ou universo” (Hill & Hill, 2005, p. 45).

Neste estudo, a população foi composta por todos os pais e crianças em idade escolar hospitalizadas em serviços de internamento de pediatria em contexto nacional.

A amostra não probabilística ou não aleatória (Maroco, 2010) foi selecionada por ser identificada como útil em termos de amostragem quando se pretende testar primeiras versões de um questionário (Hill & Hill, 2005), é de tipo accidental, casual ou conveniente (Maroco, 2010). Foi composta por crianças com idade escolar hospitalizadas em serviços de internamento de pediatria e seus pais.

Em relação às crianças, mantivemos os critérios de inclusão do questionário na sua versão original, nomeadamente: crianças do grupo etário dos 7-11 anos, com pelo menos 24 horas de internamento hospitalar, que saibam falar / escrever em idioma português, e que tenham a capacidade de completar o questionário sozinhas ou com ajuda.

Foram critérios de exclusão: crianças com patologia psiquiátrica ou neurológica, atraso de desenvolvimento e crianças em regime de ambulatório. No que concerne às crianças com doença crónica, foram incluídas no estudo desde que a sua patologia de base ou motivo de internamento não interferisse com a capacidade cognitiva e preenchimento do questionário.

Em relação aos pais os critérios de inclusão foram, também, os do questionário na sua versão original (Rodrigues & Dias, 2003): aceitação em participar no estudo, tenham acompanhado a criança em contexto hospitalar pelos menos 24 horas e escolaridade acima da 4ª classe.

Foram critérios de exclusão: recusa em participar no estudo, escolaridade inferior à 4ª classe.

### **3.6 - Variáveis**

As variáveis, entendidas como o objeto do estudo estatístico (Maroco, 2010), foram operacionalizadas de forma quantificada uma vez que, foi utilizada como técnica de recolha de dados o questionário de auto resposta. Assim, no que se refere às variáveis, a variável dependente é a satisfação com cuidados de enfermagem. Relativamente às variáveis independentes, no que diz respeito às crianças analisamos a associação de variáveis de saúde e sociodemográficas sobre a variável dependente, isto é, em que medida a idade, o género, o tempo de internamento, o motivo de hospitalização, a

experiência anterior de hospitalização e o ter ou não um enfermeiro responsável se relaciona com a satisfação das crianças com cuidados de enfermagem.

Em relação aos pais as variáveis independentes são de igual modo, variáveis sociodemográficas: género, idade, escolaridade e profissão.

### **3.7 - Procedimentos de recolha, tratamento e análise dos dados**

Foi consensualizado com os enfermeiros chefes de cada serviço envolvido, a estratégia de aplicação dos instrumentos. Ficou estipulado que os instrumentos ficariam dentro de uma caixa identificada e fornecida pela investigadora. Os instrumentos e os respetivos termos de consentimento livre e esclarecido foram colocados dentro de um envelope em local previamente acordado.

Nunes (2013) salienta que decorrente do princípio da responsabilidade, é necessário ter especial atenção à liberdade dos participantes, procurando separar a prestação de cuidados da sua participação na investigação. Neste sentido, tomamos a opção de fazer a aplicação de todos os questionários.

Ficou acordado a deslocação da investigadora em 2 dias por semana, e em 4 das Instituições visadas, a deslocação foi precedida de telefonema prévio no sentido de saber da existência de crianças dentro dos critérios de inclusão. Nas 2 Instituições restantes, foram acordados dias fixos, sem necessidade de telefonema prévio.

Uma vez no serviço, confirmavam-se os critérios de inclusão e, um dos enfermeiros apresentava a criança e os pais à investigadora. A conversa inicial decorreu sempre no quarto da criança junto à cama desta, assegurando as questões da privacidade e confidencialidade. Nas situações em que a autonomia dos participantes está diminuída, como no caso das crianças, deve incluir-se os encarregados de educação (Almeida & Freire, 2008). Neste sentido, sempre que verificamos que a criança cumpria os critérios de inclusão, mas não tinha presente o seu acompanhante, aguardámos pela sua chegada ou nas situações em que tal não era possível, optámos por não incluir a criança na amostra.

Após a apresentação e cumprimentos iniciais a investigadora abordava o cuidador, geralmente mãe ou pai, e criança explicando de forma sumária o estudo nomeadamente: título, enquadramento, condições de participação, anonimato e confidencialidade dos dados obtidos, duração e tipo de participação. Foi assegurado que a participação no estudo era voluntária, não existindo qualquer tipo de efeito nos cuidados de saúde quer

aceitassem ou não participar. Foram esclarecidas eventuais dúvidas, questionado sobre o interesse em participar o que se verificou de forma positiva em todas as situações. Procuramos ser o mais claros e precisos em relação a todos os aspetos da investigação pois, só assim podemos assegurar o consentimento informado dos participantes na investigação (Almeida & Freire, 2008).

As questões colocadas pelos pais e crianças relacionaram-se com aspetos operacionais do preenchimento nomeadamente, se poderiam preencher mais tarde, se podiam usar lápis ou caneta ou se poderiam usar canetas coloridas (no caso das crianças). Foram então fornecidos o envelope com os instrumentos e pedida as assinaturas, do acompanhante e da criança, nos termos de consentimento livre e esclarecido. Nesta fase a investigadora, reforçava o local onde os questionários deveriam ser colocados, agradecia a colaboração e despedia-se das crianças e pais. Retornava depois, ao serviço, no dia acordado a fim de recolher os questionários preenchidos e depositados na caixa para o efeito.

Numa primeira fase, aplicou-se os instrumentos na sua versão pré teste. Nesta etapa de aplicação do estudo e obtenção de autorização para participação, tanto pais como crianças colocaram questões nomeadamente em relação a quando teriam de responder ao questionário, quanto tempo demoraria e o tipo de questões que lhes iriam ser colocadas. Estes comentários foram úteis permitindo o ajustamento da conversa inicial.

Na fase de pré teste os questionários foram aplicados tendo a investigadora permanecido no serviço durante o seu preenchimento, de forma a esclarecer dúvidas e assegurar a compreensão do questionário por pais e crianças. Foram aplicados 30 questionários a crianças e pais conforme recomendado na literatura (Beaton et al., 1998). Em relação às crianças de uma forma geral verbalizaram ter compreendido o questionário e as perguntas. Nos 30 questionários aplicados, apenas 1 criança de 8 anos referiu não compreender as palavras “programada” e “honestidade” e 2 crianças de 7 anos referiram não compreender a palavra “intimidade”. Enquanto estratégia, foi clarificado pela investigadora com recurso a uma linguagem mais simples, o conteúdo das questões, recorrendo à definição dos seus termos.

Utilizou-se ainda, como recurso, a discussão prévia e a validação com uma psicóloga, pertencente a uma das Instituições e serviço onde o estudo decorreu, o que reforçou a opção tomada.

O termo “programado” define-se, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (*Dicionário Priberam Da Língua Portuguesa*, 2019) como “de que fez um programa,

planeado” e foi explicado como “o que já estava combinado, planeado ou acordado”. Em relação ao termo “honestidade”, define-se como “qualidade daquele que é honesto; decoro, modéstia; pudor; castidade; honradez, probidade” e foi explicitado como “ser verdadeiro; cumprir o que é acordado ou combinado; não mentir ou esconder”. Por fim, o termo “intimidade”, definido como “qualidade do que é íntimo, essencial; relações íntimas” foi explicado como “respeitam o teu corpo, os teus objetos e brinquedos; respeitam o teu quarto”. Com a utilização desta estratégia, não se verificaram outras dificuldades na compreensão do significado destes termos. Dado que o número de crianças que verbalizou dificuldades (n=3) foi inferior a 15% do total de crianças inquiridas na fase de pré teste, optou-se por manter o instrumento na versão utilizada no pré-teste (Ciconelli et al., 1999) (Apêndice I).

Em relação aos pais, não foram referidas dificuldades no preenchimento e a totalidade dos inquiridos referiu compreender as questões (Apêndice II).

O estudo decorreu entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016, com aplicação dos instrumentos de recolha de dados por um período de 3 meses em cada uma das 6 Instituições. Foram identificadas 310 crianças, e respetivos acompanhantes.

Em relação às crianças, foram excluídas 12 por apresentarem situações clínicas que interferiam com a sua capacidade de compreensão do questionário e por isso não cumprirem os critérios de inclusão (por exemplo, crianças com doenças neurológicas ou crianças com atraso de desenvolvimento), 12 por não terem um acompanhante presente e 9 por não saberem ler / escrever.

Em relação aos acompanhantes, na maioria mãe ou pai, apenas foi excluído 1 acompanhante que apesar de autorizar a participação da criança, não detinha escolaridade básica e foi, portanto, excluído. Foram assim, aplicados questionários a 277 crianças e 276 acompanhantes.

Foram selecionados participantes de 9 serviços de internamento hospitalares em 6 hospitais diferentes. Dado que não se pretendia análise de cada instituição ou serviço em particular, os dados foram agrupados e analisada a amostra total.

Inicialmente, os dados foram analisados de forma exploratória, com intenção de caracterizar a amostra, recorrendo-se à estatística descritiva com utilização de medidas de tendência central e medidas de dispersão (Maroco, 2010; Martins, 2011). A análise univariada, explorando cada variável de forma isolada, é recomendada como primeiro passo na exploração de dados desta natureza (Pestana & Gageiro, 2014). As variáveis

quantitativas foram sumarizadas com recurso a média (M) e desvio padrão (DP) e as variáveis qualitativas pelo cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%).

Posteriormente, seguiu-se a estatística correlacional para analisar a relação entre variáveis (Maroco, 2010).

No que se refere ao nível de significância, os testes estatísticos foram realizados para um nível de significância de 5% tendo sido utilizados os seguintes testes: coeficiente de correlação de Spearman, correlação de Pearson e o teste *t* de Student.

O coeficiente de correlação de Spearman é um teste de associação entre duas variáveis ordinais ou uma ordinal e uma intervalar, e o seu valor varia entre +1 e -1 (Martins, 2011). Este teste não é sensível a assimetrias na distribuição, e mede a intensidade da relação entre as variáveis ordinais, com utilização dos valores de ordem das observações em vez do seu valor observado (Pestana & Gageiro, 2014), permitindo a avaliação da forma e direção da associação (Martins, 2011). O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para verificar a relação entre a duração da estadia das crianças e a satisfação com cuidados de enfermagem.

O coeficiente de correlação de Pearson é uma medida relativa do grau de associação linear (Pestana & Gageiro, 2014). É um teste de associação entre duas variáveis intervalares sendo possível avaliar também a sua direção (positiva ou negativa) e a sua magnitude (variando entre +1 e -1) (Martins, 2011). O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado, na amostra das crianças, para verificar a associação entre a idade das crianças e a satisfação com cuidados de enfermagem. No que concerne à amostra dos pais, foi utilizado igualmente para verificar a associação entre a idade dos pais e a satisfação com cuidados de enfermagem.

Por sua vez, o teste *t* de Student apresenta como pressuposto, que a distribuição da variável métrica seja normal ou pelo menos simétrica e, pelo teorema do limite central, quando as amostras têm dimensão superior a 30 a distribuição dos testes *t* de Student aproxima-se do normal (Pestana & Gageiro, 2014). Neste percurso de análise, quer a amostra das crianças, quer a amostra dos pais foram largamente superiores a 30 pelo que se assume a normalidade. Tendo por base as médias amostrais estas aplicam-se tanto em amostras independentes como emparelhadas (Martins, 2011). O teste *t* de Student foi aplicado, na amostra das crianças, para verificar a diferenças entre as médias entre a satisfação com cuidados de enfermagem e as seguintes variáveis: género, motivo de hospitalização, tipo de diagnóstico, experiência prévia de hospitalização e ter enfermeiro responsável pelo internamento. No que se refere à amostra dos pais, o teste *t* de Student

foi utilizado para verificar a diferenças entre as médias entre a satisfação com cuidados de enfermagem e o género e a escolaridade dos pais.

### **3.8 - Procedimentos formais e éticos**

No que diz respeito aos procedimentos éticos, Almeida & Freire (2008, p. 244) salientam que “em primeiro lugar, o investigador tem a responsabilidade de fazer uma avaliação cuidadosa da aceitabilidade ética do seu estudo, antes de iniciar a pesquisa”. Neste sentido e, de forma a assegurar o cumprimento dos princípios éticos, é fulcral a obtenção de pareceres positivos da comissão de ética da instituição onde o estudo decorre e / ou ao qual é afiliada. Estas comissões, asseguram que os princípios éticos são cumpridos: pela verificação das estratégias específicas a implementar para minimizar o risco dos participantes; a obtenção de consentimento informado que explicita claramente a participação voluntária e o papel do participante assim como, os benefícios, recompensas, inconvenientes e a possibilidade de desistir de participar na investigação em qualquer uma das suas etapas sem qualquer tipo de prejuízo e ainda, procedimentos de proteção da confidencialidade e anonimato (Heale & Shorten, 2017).

Antes do início do processo da validação e adaptação dos instrumentos de recolha dados, foi obtida a autorização dos autores, dos direitos para Portugal, dos instrumentos originais das escalas utilizadas (Anexo I e II).

A seleção das Instituições hospitalares foi efetuada de forma intencional tendo em conta uma relação prévia positiva da investigadora com os locais e localização geográfica. A aplicação do estudo foi igualmente precedida do pedido de autorização aos conselhos de administração e / ou comissões de ética das Instituições de saúde onde o estudo decorreu (Anexo III).

Einarsdóttir (2007) salienta que os investigadores devem ter em conta aspetos críticos do processo de investigação nomeadamente o consentimento informado, o acesso às crianças, a confidencialidade dos dados e proteção em todas as investigações mas em particular nas que envolvem crianças.

Neste sentido para além dos pedidos às Instituições foi solicitado parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados (parecer n. °1644/2015) (Anexo IV).

A documentação solicitada nas diferentes Instituições hospitalares incluiu: sinopse do estudo com referência ao título, investigador / orientador, Instituições envolvidas,

duração, serviço, tipo de projeto, resumo do estudo (questões de investigação, objetivos, procedimentos metodológicos, amostra, critérios de inclusão e exclusão, considerações formais e éticas); parecer do enfermeiro chefe; parecer do diretor de serviço; curriculum vitae da investigadora e da orientadora; instrumentos a aplicar; documentos de consentimento informado; termo de responsabilidade da investigadora / orientadora a garantir confidencialidade dos dados obtidos e princípios da Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 1964) (última atualização em Fortaleza, Brasil, 2013), OMS e da Comunidade Europeia e declaração da orientadora a confirmar a orientação bem como a assegurar o cumprimento dos princípios éticos.

Toda a documentação foi reunida e anexada a carta de apresentação ao conselho de administração e / ou gabinete de investigação e / ou comissão de ética em função das diferentes Instituições.

Os tempos de resposta, por parte das Instituições variaram entre 4 e 15 meses. Uma vez obtida a autorização, efetuamos novo contacto de forma a acordar os detalhes de aplicação dos instrumentos. O acesso aos serviços pode ser efetuado diretamente do exterior, sendo necessária a identificação da investigadora apenas na porta do serviço. Em apenas uma das Instituições foi necessário obter um cartão de acesso como investigadora, fornecido pelo serviço de vigilância da instituição, válido pelo período de 3 meses de aplicação do estudo.

A propósito do exposto, Almeida & Freire (2008, p. 244) salientam que “na investigação a questão ética central passa pelo dilema que inclui dois sistemas de valores: por um lado, a crença no valor e na necessidade da investigação em si mesma, por outro, a crença na dignidade humana, nos seus contextos de vida e no direito de ambos à privacidade”. Neste sentido, é importante considerar se a investigação a desenvolver se afigura como vantajosa para os intervenientes ou apenas para o investigador (Creswell, 2009), sendo que os benefícios devem ser claros.

Assume-se que toda a investigação científica, enquanto atividade, impõe uma grande responsabilidade do ponto de vista ético atendendo às suas características, exigindo a procura da verdade, rigor, isenção, persistência e humildade (Martins, 2008). No âmbito da Enfermagem, aplicam-se os mesmos princípios éticos, no entanto, têm particularidades inerentes à própria disciplina. Heale & Shorten (2007) salientam que os princípios éticos em investigação em enfermagem são, de certa forma uma extensão natural dos princípios éticos da prática profissional de enfermagem.

Em Enfermagem, os princípios éticos gerais são aplicáveis, contudo, são ampliados dado que, atendendo ao seu “posicionamento como ciência humana, os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pelos direitos e integralidade das pessoas” (Nunes, 2013, p. 5). Neste sentido, as questões éticas devem ser salvaguardadas em todas as etapas do processo de investigação existindo a preocupação, que acompanha integralmente o estudo, com a qualidade ética e respeito pelos princípios em todos os procedimentos.

De facto, “*The International Council of Nurses Code of Ethics for Nurses*” (International Council of Nurses, 2012) enfatiza o papel determinante na implementação de padrões para a investigação em enfermagem que suporte a prática baseada na evidência mantendo os valores base da profissão. Implica a realização de investigação mas, também a sua disseminação demonstrando a ligação entre a aprendizagem contínua e a competência clínica (LoBiondo-Wood & Haber, 2018).

A Declaração de Helsínquia (1964) que define os princípios éticos para a investigação foi inicialmente aplicada ao contexto da investigação médica mas, rapidamente se alargou a outras áreas disciplinares onde a enfermagem se inclui (Heale & Shorten, 2017).

Os princípios éticos básicos, consensualmente aceites e, que guiaram esta investigação foram: a beneficência; a não maleficência; a fidelidade; a justiça; a veracidade e a confidencialidade (International Council of Nurses, 2012).

Ao nível do princípio da beneficência, os investigadores maximizaram os benefícios da pesquisa, e procuraram minimizar o risco para os seus participantes (Almeida & Freire, 2008). Neste sentido foram explicitados, tanto aos pais como às crianças, os benefícios: a oportunidade de expor a sua perspetiva, a possibilidade de contribuir para a melhoria dos cuidados e o papel ativo garantindo sempre a não existência de qualquer tipo de risco na sua participação.

O princípio da não maleficência implica avaliar os riscos potenciais associados à pesquisa de forma a não causar dano (Martins, 2008). Foi explicitado às crianças e aos pais a natureza do estudo nomeadamente a ausência de qualquer dano.

A fidelidade apela ao estabelecimento de uma relação de confiança entre o investigador e o participante (LoBiondo-Wood & Haber, 2018). Durante a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foi estabelecida uma relação de proximidade com criança e pais, tendo em conta as circunstâncias particulares de cada contexto.

Assegurou-se o princípio da justiça, dado que se conduziu este estudo de uma forma justa sem explorar, ou retirar vantagem aos participantes (Heale & Shorten, 2017). Explicitamos que a resposta aos questionários poderia decorrer quando o desejassem, sem qualquer interferência nas atividades das crianças e/ou dos pais.

A veracidade, associa-se à obtenção de consentimento livre e esclarecido e implica dizer a verdade, nomeadamente em relação aos riscos e benefícios da investigação (Nunes, 2013). Enquanto etapa prévia foram explicados os benefícios e salientado que não existiriam qualquer tipo de risco associado à sua participação no estudo.

Por fim, a confidencialidade que, sendo distinta do anonimato, implica que a informação de carácter pessoal recolhida deva ser salvaguardada (International Council of Nurses, 2012). Neste aspeto, foi garantida a questão da confidencialidade e do anonimato e foram tomadas medidas nesse sentido, nomeadamente garantindo que não existiam elementos que identificassem a criança ou pais nos questionários e limitando o acesso das respostas e dos dados obtidos apenas aos interessados. O Regulamento Geral de Proteção de Dados em vigor desde 25 de maio de 2018, veio substituir a diretiva e lei de proteção de dados anterior e, enfatiza a necessidade de garantir este direito básico.

A participação num estudo de investigação articula-se ainda, com o respeito pelos direitos dos participantes, nomeadamente: a não receber dano; o direito de conhecimento pleno; o direito de autodeterminação; o direito à intimidade e o direito ao anonimato e à confidencialidade (Nunes, 2013). O código deontológico dos enfermeiros, publicado como anexo ao estatuto da OE na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, refere no artigo 106º - Do dever de sigilo, que o enfermeiro assume o dever de manter o anonimato da pessoa, sempre que o seu caso for utilizado entre outros em situações de investigação. O mesmo documento assume ainda princípios como a defesa da liberdade e da dignidade humana, os deveres de informação, os deveres de respeito da intimidade e os direitos de salvaguardar os direitos de populações vulneráveis como as crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência. De igual modo, o REPE, salienta a investigação enquanto uma área de intervenção de enfermagem (artigo 9º) assumindo que é, simultaneamente um dever e um direito, do enfermeiro participar em investigação.

No momento de aplicação do instrumento de recolha de dados, foi solicitado o consentimento verbal e escrito tanto aos pais como às crianças, participantes do estudo. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade das respostas, e fornecido termo de consentimento livre e esclarecido. Explicou-se os objetivos do estudo, de forma

simples com recurso a uma linguagem adequada à idade das crianças, de forma a que pudessem efetuar uma decisão fundamentada (Oulton et al., 2016) acerca da sua participação (Twycross, 2012). Foi referido para além dos objetivos, o que lhes era solicitado e o tempo previsto de preenchimento do instrumento. Foi assegurado a todas as crianças que não haveria quaisquer consequências ou riscos da sua não participação. As crianças tiveram oportunidade de colocar questões e clarificar as suas dúvidas junto da investigadora (Oulton et al., 2016), como já referido em subcapítulo anterior. Desta forma, assegurámos que as crianças e pais “receberam informação apropriada para consentirem a sua participação no estudo” (Nunes, 2013, p. 6). Não se verificaram situações de recusa em participar, quer por parte dos pais quer por parte das crianças.

No contexto nacional, a DGS na norma 015/2013 relativa ao Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito vem sistematizar o termo de consentimento. Disponibiliza um modelo-tipo a utilizar pelos investigadores salientando que “do consentimento informado deve constar a declaração da pessoa sobre o acesso à informação oral e escrita assumindo que lhe foram fornecidas todas as explicações e o tempo de reflexão de que necessitava para a sua aceitação explícita” (DGS, 2013, p. 1).

Similarmente neste estudo foi utilizado o mesmo modelo, adaptado ao contexto do estudo e que foi assinado tanto pelos pais, que consentiram o estudo, como pelas crianças que assentiram participar.

A pesquisa que envolve crianças eleva a necessidade de rigor e, representa também um desafio metodológico e ético para a sua inclusão nos percursos de investigação (Einarsdóttir, 2007). Dado que as crianças são um grupo particularmente vulnerável, existe um maior risco de exploração atendendo à limitação do participante. Decorre quer da faixa etária quer do desenvolvimento cognitivo inerente ao processo de crescimento e que colocam a criança numa situação de particular de vulnerabilidade (Heale & Shorten, 2017).

A norma da DGS (2013) relativa ao Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito, refere em particular a questão do consentimento informado nos menores de idade salientando aspetos particulares tais como: a opinião do menor é tomada em consideração, em função da sua idade e do seu grau maturidade; quando o menor não tem capacidade de consentir, o ato não poderá ser efetuado sem a autorização prévia do seu representante; valorização da idade e capacidade de discernimento nomeadamente como regra geral qualquer menor de idade igual ou superior a 16 anos de idade e com o discernimento necessário pode consentir ou dissentir, os menores de 16 anos têm direito

a serem ouvidos, os maiores de 14 anos e capacidade de entendimento, internados têm a capacidade de consentir e quando existe perigo para a vida ou integridade física e haja oposição ou ausência dos detentores da responsabilidade parental, o profissional de saúde deve realizar o ato, após procedimento junto do Ministério Público para limitação da responsabilidade parental.

Nos estudos que têm crianças como população alvo, para assegurar os princípios éticos da investigação torna-se necessário apelar aos direitos das crianças (Hammersley, 2015). Implica que as crianças devem ativamente consentir a sua participação nos projetos de investigação, questão aliás, que é expressa na Declaração dos Direitos das Crianças onde se pode ler que “a criança tem o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre questões que lhe digam respeito e de ver essa opinião tomada em consideração” (UNICEF, 1989, p. 10). No entanto, a competência da criança para participar em pesquisas e expressar a sua opinião levantou dúvidas durante muito tempo (Einarsdóttir, 2007). Por outro lado, foi também utilizado o argumento de que ao excluir as crianças seria uma forma de as proteger (Twycross & Smith, 2017).

O consentimento informado, esclarecido e livre implica que a pessoa entendeu a informação que lhe foi fornecida e, no caso das crianças esta, deve ser suficiente e numa linguagem compreensível que lhe permita tomar uma decisão informada acerca do seu consentimento (Einarsdóttir, 2007; Hammersley, 2015). Obter o consentimento das crianças é uma atividade que leva tempo e exige planeamento implicando a utilização de várias estratégias e ferramentas em função do grupo etário e desenvolvimento (Twycross, 2012). Neste caso em concreto foi efetuada explicação detalhada junto de cada criança individualmente, dando-lhe sempre oportunidade para colocar questões. Como já salientado, neste estudo todas as crianças assentiram participar e assinaram o termo de consentimento em conjunto com os pais.

As crianças, que têm a capacidade de compreender o propósito, riscos e benefícios da pesquisa devem ser questionadas diretamente e consentir a sua participação, no entanto, é considerado um procedimento de boa prática abordar primeiro os pais, solicitando a sua permissão para abordar a criança (Twycross & Smith, 2017). Respeitamos esta sugestão neste percurso.

No contexto nacional, como já foi salientado a questão do consentimento relaciona-se com a idade sendo estabelecida a idade dos 16 anos conforme, o artigo 38.º, n.º 3 do Código Penal. Contudo, em Inglaterra, Gales e Irlanda do Norte, para os menores consideram-se os critérios de competência de Gillick que estabelecem que a criança menor

de 16 anos, pode consentir a sua participação em investigação se: compreende completamente as implicações em participar no estudo incluindo os riscos associados à sua participação e tem a maturidade suficiente para compreender a natureza, propósito e resultado provável do projeto de investigação (Twycross & Smith, 2017). As crianças menores, que não cumprem os critérios enunciados devem ser questionadas e concordar em participar, contudo é necessário o consentimento dos pais / representante legal (Twycross, 2012). Obter o assentimento da criança é uma forma de respeitar a sua autonomia perante a escolha de participar ou não num projeto de investigação (Miranda et al., 2017). Adicionalmente, o assentimento da criança assume uma componente educativa que tem importantes consequências na participação da criança na investigação incluindo a redução de risco e a promoção de uma discussão aberta (Oulton et al., 2016). Gradualmente a questão da competência da criança para consentir ou assentir, tem vindo distanciar-se da idade e a aproximar-se do seu nível de entendimento e as suas experiências prévias (Alderson, 2007).

Nos estudos que envolvem crianças, é um desafio para os investigadores, assegurar o real consentimento informado (Einarsdóttir, 2007). De facto, pode ser difícil perceber se as crianças compreenderam as informações fornecidas pelo que se recomenda: ouvir o tipo de questões que a criança coloca sobre as implicações práticas da investigação; ouvir as suas expressões de esperança e medo e estar alerta para pistas que as crianças forneçam enquanto procuram alguma segurança sobre o que se vai passar (Twycross & Smith, 2017). Outras estratégias que podem ser adotadas são a utilização de jogos de palavras, puzzles, questionários de verdadeiro e falso, contar histórias e utilização de quadros de atividades (Kumpunen et al., 2012; Twycross & Smith, 2017).

Assegurar a confidencialidade implica garantir que os participantes não possam ser identificados em qualquer etapa do estudo e, significa também que o investigador não pode trair a confiança da criança reportando por exemplo aos pais ou professores. Contudo, no caso particular das crianças, é necessário caução quando se assegura a confidencialidade dos dados pois, caso a informação recolhida comprometa a segurança da criança pode ser necessário passar a informação às autoridades (Einarsdóttir, 2007).

Um corpo crescente de metodologias de pesquisa sensíveis às características das crianças e com a capacidade de gerar dados tem vindo a encorajar os investigadores a realizar projetos de investigação que envolvam crianças (Hammersley, 2015; Twycross & Smith, 2017). Os métodos a usar devem ser adequados à sua competência, conhecimento, interesse e contexto tais como entrevistas (individuais e / ou em grupo),

desenhos, fotografias tiradas pelas crianças, câmaras digitais (combinação de visitas guiadas pelas crianças com entrevistas e / ou fotografias), utilização de fotografias com câmaras descartáveis e questionários (Hammersley, 2015). Um modelo mais linear de investigação que segue os métodos mais tradicionais, não alcança a complexidade de assuntos envolvidos quando crianças e jovens participam ativamente em projetos de investigação (Twycross, 2012). Um dos maiores obstáculos à condução de investigação com crianças tem sido a tendência em considera-la imatura e a sua infantilização (Alderson, 2001).

Deve ser fornecida informação apropriada sobre o estudo e o que é expectável do participante em qualquer tipo de investigação, no entanto quando os participantes são crianças, o tipo e formato de informação fornecida tem de ser apropriado à idade e estadio de desenvolvimento das crianças (Twycross & Smith, 2017).

A convicção de que as crianças, tal como os adultos, têm a sua própria visão e perspectiva, têm o direito a ser ouvidas e são capazes de falar por si mesmas se os métodos adequados forem utilizados, tem vindo a ser fortalecida (Hammersley, 2015). Neste sentido, é hoje reconhecido que, sempre que possível as crianças devem ser envolvidas em todas as etapas do processo de investigação nomeadamente no planeamento, colheita de dados e análise e disseminação (Twycross & Smith, 2017).



### **PARTE III - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO**



## **CAPÍTULO 4 - A SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERSPETIVA DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR**

Previamente à interpretação dos resultados, realizou-se a análise das propriedades psicométricas dos instrumentos de recolha de dados utilizados. A análise seguiu as orientações recomendadas na literatura, nomeadamente no que diz respeito à determinação da fiabilidade e da validade (Hill & Hill, 2005; Bruce et al., 2008; Saks & Allsop, 2010; Pestana & Gageiro, 2014; Polit & Beck, 2017) sendo que, estas qualidades dos instrumentos não são totalmente independentes (Polit & Beck, 2017).

A fiabilidade define-se como a consistência do processo de medida do atributo no instrumento (Polit & Beck, 2010) e pode ser mensurada pela correlação entre itens, examinando a força da relação estatística entre os diferentes itens da escala (Saks & Allsop, 2010).

Para a análise da fiabilidade, determinou-se o coeficiente de fiabilidade interna alfa Cronbach, descrito como a abordagem mais utilizada pelos investigadores em enfermagem (Giuliano & Polanowicz, 2008; Polit & Beck, 2017). Consiste na proporção da variabilidade nas respostas como resultado da diferença dos respondentes (Pestana & Gageiro, 2014). O valor varia entre 0 e 1 e valores superiores, isto é maior consistência interna é indicativo de maior precisão (Polit & Beck, 2017). Por outro lado, se o valor se apresentar negativo indica a existência de correlações negativas o que incorre contrariamente ao preconizado no modelo de consistência interna, inviabilizando a sua utilização (Pestana & Gageiro, 2014). Aceitou-se como valor mínimo um valor de alfa de 0.7, considerado como valor satisfatório de fiabilidade do instrumento (Polit & Beck, 2017).

Para analisar a consistência interna foi necessário verificar: a) a característica de cada item em relação à média e desvio padrão, b) a média, desvio padrão e correlações dos itens que integram o fator e c) a relação entre cada item e o fator, em termos do coeficiente de correlação, do coeficiente de determinação de cada item com os restantes, e do efeito que cada item produz na média, na variância e no alfa de Cronbach do fator (Pestana & Gageiro, 2014). Na determinação da consistência interna, assumiu-se que a correlação de cada item com todos os outros, item-total, fosse pelo menos 0,2 (Streiner & Norman, 2008).

A validade de um instrumento indica que o instrumento mede aquilo a que se propõe medir (Fineout-Overholt et al., 2010; Polit & Beck, 2017), isto é a capacidade de obter um resultado fidedigno (Bruce et al., 2008). Pode ser avaliado estatisticamente, sendo uma das abordagens utilizadas a análise fatorial (Polit & Beck, 2017). Esta, permite avaliar a validade das variáveis que constituem os fatores, e assim indicar em que medida, objetivam os mesmos conceitos mediante a correlação que estabelecem entre si (Pestana & Gageiro, 2014) para além de identificar grupos de atributos relativos a uma variável (Polit & Beck, 2017). O mínimo de respostas válidas por variável é de 5 respostas por cada variável, quando o número total de variáveis é superior a 15 (Hill & Hill, 2005) o que se verificou no presente estudo.

Quando se aplica análise fatorial a variáveis ordinais, estas “*passam a ser tratadas como quantitativas, permitindo o cálculo de médias, desvios padrões, das correlações*” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 530). Pode ser de tipo exploratória quando trata a relação entre variáveis sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo, ou confirmatória quando compara os resultados obtidos com os que constituem a hipótese de investigação (Pestana & Gageiro, 2014). Neste caso, tendo em conta o objetivo, realizou-se análise fatorial exploratória pelo método de componentes principais (Pestana & Gageiro, 2014). No que se refere ao número de fatores a reter na análise, estipulou-se como critério, a retenção dos fatores com valores próprios  $\geq 1$  responsáveis por pelo menos 50% da variância.

Foi também efetuado o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que varia entre zero e um, e compara as correlações simples com as parciais observáveis entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014) garantindo, portanto, um maior grau de ajuste quanto mais próximo de 1.

#### **4.1 - Adaptação e validação do instrumento “Child Care Quality at Hospital”**

Procedemos à adaptação do instrumento CCQH para o idioma português, após contato com a respetiva autora. Solicitámos à autora o instrumento na sua versão original bem como a autorização para a sua tradução e validação para a cultura Portuguesa.

Optámos pelas “Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures” (Beaton et al., 1998) por serem as mais estruturadas e discriminadas

nas suas diferentes etapas. Tivemos ainda em conta as indicações da *World Health Organization* (2010) e da Comissão Internacional de Testes (2003).

Numa *primeira fase* o instrumento foi fornecido a dois tradutores. O primeiro tradutor (profissional de saúde na área de Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, familiarizado com os conceitos em estudo e com domínio da língua inglesa) produziu a primeira versão (T1). O segundo tradutor, também com conhecimento linguístico da língua do documento original, mas com uma profissão fora da área da saúde (engenharia) produziu a segunda versão (T2).

Na *segunda fase* ambos os instrumentos (T1 e T2) foram fornecidos a uma terceira pessoa que os reuniu num só documento (T12). Nesta fase foram discutidas as questões que emergiram durante a tradução do instrumento sendo que o resultado da última versão (T12) foi aceite pelos dois tradutores iniciais. Procurou-se, na construção de T12 atender ao instrumento original, manter uma linguagem simples, atender ao significado etimológico das diferentes palavras traduzidas, mas sobretudo ao sentido das expressões / palavras com adaptação à realidade Portuguesa.

Na *terceira fase* passou-se à retrotradução. O instrumento (T12) foi fornecido a dois tradutores independentes, bilingues, cuja língua materna é o inglês com áreas profissionais associadas ao ensino e ao setor administrativo. Nenhum dos dois tradutores teve acesso ao instrumento original, nem lhe foi disponibilizada qualquer informação acerca da sua finalidade. Deste processo resultaram dois instrumentos (BT1 e BT2). Nesta fase, e uma vez que houve um contacto com a autora original, as retrotraduções (BT1 e BT2) assim como um relatório das fases percorridas foram enviadas à autora que confrontou as diferentes versões e colaborou no processo de tradução com comentários e sugestões.

Seguindo o processo passou-se à *quarta fase*. Constituiu-se um painel de peritos com a composição recomendada por Beaton et al. (1998): metodologistas, profissionais de saúde, profissionais de língua portuguesa e tradutores. Os peritos tiveram acesso ao instrumento original bem como a cada uma das versões produzidas, assim como à descrição de todas as etapas redigidas em documento próprio para o efeito.

Verificou-se que apenas 2 itens não foram consensuais: utilização dos termos “privacidade” e “intimidade”. Contudo, atendendo ao referencial teórico, que identificou estes aspetos como relevantes para a satisfação da criança, optamos por manter os termos e explicar verbalmente às crianças aquando da aplicação do instrumento utilizando terminologia mais simples.

Deste modo, verificamos que o índice de validade de conteúdo global, que mede a concordância entre avaliadores (Grove & Gray, 2019) foi de 96% (Tabela 5).

Tabela 5 - Índice de validade de conteúdo no processo de adaptação do instrumento CCQH.

Domínio	Itens (n)	Índice de validade de conteúdo
Características dos enfermeiros	5	1
Atividades dos enfermeiros	25	0.96
Ambiente de enfermagem	19	0.95
Total	49	0.96

Constituiu-se a versão a ser sujeita a pré teste (PT), que foi revista por uma professora de português para aferir questões linguísticas. O instrumento utilizado na avaliação da satisfação das crianças internadas apresenta três domínios: características dos enfermeiros, atividades dos enfermeiros e ambiente de enfermagem.

No que se refere ao domínio características dos enfermeiros, avaliado por subescala, foi efetuada análise fatorial exploratória. Enquanto primeiro passo procedeu-se à aplicação do teste KMO para determinar a adequação da amostra e determinar a possibilidade de efetuar a análise fatorial. Verificamos que o KMO é 0,79 situando-se num intervalo de variância adequada (Friel, 2003). Com recurso ao método de componentes principais e à aplicação do método de Kaiser, foi identificada uma estrutura fatorial com 1 domínio (valores próprios  $\geq 1.00$  e saturação do item no fator  $\geq .35$ ), verificando-se que a saturação do item no fator varia entre um máximo de 0,80 na afirmação “os meus enfermeiros são simpáticos” e um mínimo de 0,61 na afirmação “os meus enfermeiros são divertidos”, como se pode verificar pela Tabela 6.

Tabela 6 - Análise fatorial do domínio “Características dos enfermeiros”.

N.º do item	Item abreviado	Valor de saturação do item no fator do domínio “Características dos enfermeiros”
3	“simpáticos”	0.80
5	“honestos”	0.75
1	“bondosos”	0.72
2	“competentes”	0.67
4	“divertidos”	0.61
Variância Explicada		51,29%

Desta forma, confirmamos a existência unidimensional, cujo total da variância explicada é de 51,29%.

A consistência interna do instrumento foi calculada na análise estatística através do coeficiente alfa de Cronbach.

Este método serve para calcular o grau de homogeneidade ou semelhança dos diversos itens ou questões de uma mesma escala. O valor do coeficiente alfa de Cronbach pode variar de 0 a 1.0. A consistência interna adequada situa-se em valores superiores a 0.70, pois este valor indica que as questões são semelhantes ou homogêneas sem serem redundantes (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tabela 7 - Análise da consistência interna do domínio “Caraterísticas dos enfermeiros”.

Domínio “Caraterísticas dos enfermeiros”	
$\alpha$ .Cronbach	0.75

Pela análise da Tabela 7, verificamos que o alfa de Cronbach apresenta um valor 0.75, cumprindo os critérios que nos permitem considerar que apresenta consistência interna.

O domínio “Atividades dos enfermeiros” é constituído por 3 subescalas: “Cuidar, entretenimento e suporte”, “Cuidado físico e tratamento” e “Educação”. Foi efetuada a análise fatorial exploratória à subescala “Cuidar, entretenimento e suporte”, tendo sido considerados 238 participantes com respostas válidas.

Similarmente, efetuou-se a aplicação do teste de KMO para determinar a adequação da amostra e a possibilidade de efetuar a análise fatorial, obtendo-se um valor de 0.72, situando-se, também, num intervalo de variância adequada (Friel, 2003).

Confirmamos a existência unidimensional, cujo total da variância explicada é de 31.09% como se pode verificar na Tabela 8.

A saturação do item no fator varia entre um máximo de 0.67 na afirmação “consideram as minhas opiniões” e um mínimo de 0.39 na afirmação “têm em atenção a minha comida preferida”.

Tabela 8 - Análise fatorial do domínio “Atividade dos enfermeiros”, subescala “Cuidar, entretenimento e suporte”.

N.º do item	Item abreviado	Valor de saturação do item no fator na subescala “Cuidar, entretenimento e suporte”
5	“consideram as minhas opiniões”	0.67
7	“dão-me conforto”	0.62
4	“escutam-me”	0.60
10	“cuidam de mim com os meus pais”	0.60
2	“conversam sobre coisas interessantes”	0.59
6	“dão-me coragem”	0.58
8	“informaram-me sobre o que podia fazer no hospital”	0.54
9	“encorajam-me a participar nos cuidados”	0.53
3	“protegem a minha intimidade”	0.46
1	“brincam comigo”	0.50
11	“têm em atenção a minha comida preferida”	0.39
Variância Explicada		31,09%

Como se pode verificar pela Tabela 9, o valor de alfa de Cronbach obtido foi de 0.76 pelo que podemos considerar que a subescala em estudo apresenta consistência interna (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tabela 9 - Análise da consistência interna do domínio "Atividades dos enfermeiros", subescala "Cuidar, entretenimento e suporte".

Domínio “Atividade dos enfermeiros”, subescala “Cuidar, entretenimento e suporte”.	
$\alpha$ .Cronbach	0.76

A subescala seguinte, “Cuidado físico e tratamento”, foi também sujeita a análise fatorial exploratória. Pela aplicação do teste KMO obteve-se um valor de 0.61 situando-se num intervalo de variância adequada (Friel, 2003). Na Tabela 10, confirmamos a existência unidimensional, cujo total da variância explicada é de 49,64%.

A saturação do item no fator variou entre um máximo de 0.82 na afirmação “ajudam-me a comer” e um mínimo de 0.34 na afirmação “alivia-me a dor”. Este valor é marginal ao limite inferior, no entanto trata-se de um item relevante na relação criança / enfermeiro pelo que o aceitamos na análise.

Tabela 10 - Análise fatorial do domínio “Atividade dos enfermeiros”, subescala “Cuidado físico e tratamento”.

N.º do item	Item abreviado	Valor de saturação do item no fator na subescala “Cuidado físico e tratamento”
2	“ajudam-me a comer”	0.82
3	“ajudam-me a tomar banho”	0.78
4	“ajudam-me a ir à casa de banho”	0.76
1	“aliviam-me a dor”	0.34
Variância Explicada		49,64%

No que se refere à consistência interna o valor de alfa de Cronbach é de 0.66 como se pode verificar pela Tabela 11.

Trata-se de um valor marginal, cujo arredondamento foi considerado dentro dos critérios definidos por Nunnally & Bernstein (1994) o que nos levou a considerar que a subescala apresenta consistência interna aceitável.

Tabela 11 - Análise da consistência interna do domínio "Atividades dos enfermeiros", subescala "Cuidado físico e tratamento”.

Domínio “Atividades dos enfermeiros”, subescala Cuidado físico e tratamento	
∞.Cronbach	0.66

A terceira subescala deste domínio é “Educação”. A aplicação do teste de KMO revelou um valor de 0.72 situando-se igualmente num intervalo de variância adequada (Friel, 2003). A análise fatorial exploratória confirmou a sua unidimensionalidade, cujo total da variância explicada é de 37,82% (Tabela 12).

A saturação do item no fator varia entre um máximo de 0.69 na afirmação “quando posso voltar às minhas brincadeiras” e um mínimo de 0.48 na afirmação “os meus procedimentos (como tirar sangue ou fazer raio-X)”.

Tabela 12 - Análise fatorial do domínio “Atividade dos enfermeiros”, subescala: “Educação”.

N.º do item	Item abreviado	Valor de saturação do item no fator na subescala educação
10	“quando posso voltar às minhas brincadeiras”	0.69
8	“os cuidados a ter em casa”	0.68
9	“quando posso voltar para a escola”	0.65
6	“como movimentar-me no hospital”	0.65
2	“o meu tratamento”	0.65
7	“a duração do meu internamento”	0.61
5	“o que posso comer e beber”	0.60
1	“o motivo da minha hospitalização”	0.59
3	“a minha medicação”	0.50
4	“os meus procedimentos (como tirar sangue ou fazer raio-X)”	0.48
Variância Explicada		37,82%

O valor do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0.82, como se pode verificar pela Tabela 13, permitindo considerar que a subescala apresenta boa consistência interna (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tabela 13 - Análise da consistência interna do domínio "Atividades dos enfermeiros", subescala "Educação”.

Domínio “Atividades dos Enfermeiros”, subescala “Educação”	
∞.Cronbach	0.82

No que se refere ao terceiro e último domínio do instrumento, “Ambiente de enfermagem”, o valor da aplicação do teste de KMO foi de 0.71, situando-se num intervalo de variância adequada (Friel, 2003).

A análise fatorial exploratória revelou uma estrutura fatorial com 3 fatores: “Ambiente Social”, “Ambiente Físico” e “Ambiente Emocional” (Tabela 14).

Confirmamos assim, a existência multidimensional, com 3 fatores, cujo total da variância explicada foi de 45,05%.

Tabela 14 - Análise fatorial do domínio “Ambiente de enfermagem”.

N.º do item	Item abreviado	Fator 1 Ambiente Social	Fator 2 Ambiente Físico	Fator 3 Ambiente Emocional
9	“há privacidade”	0.72		
10	“os meus pais acompanham-me”	0.65		
11	“os meus familiares podem visitar-me”	0.61		
7	“a minha estadia tem sido agradável e confortável	0.60		
8	“é fácil encontrar locais como a casa de banho”	0.51		
13	“os enfermeiros fazem-me companhia”	0.39		
12	“os meus amigos podem visitar-me”	0.30		
3	“há vídeos e jogos suficientes”		0.76	
4	“há trabalhos manuais suficientes”		0.69	
2	“há livros e revistas suficientes”		0.62	
5	“há brinquedos suficientes”		0.58	
14	“outras crianças internadas fazem-me companhia”		0.51	
6	“há locais próprios para estar com a minha família”		0.48	
1	“o tempo passa depressa”		0.34	
18	“tenho medo dos médicos”			0.80
19	“tenho medo da dor”			0.76
15	“tenho medo de ficar sozinho”			0.65
17	“tenho medo dos enfermeiros”			0.57
16	“tenho medo das injeções”			0.50
Variância Explicada		16,80%	15,93%	12,31%

Quanto à consistência interna recorreu-se novamente ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach.

Os valores obtidos situaram-se entre 0.77 e 0.68 (valor marginal que pode ser considerado como válido).

Este valores, permitiram-nos, à semelhança dos outros domínios, confirmar a consistência interna (Nunnally & Bernstein, 1994), como se pode verificar pela Tabela 15.

Tabela 15 - Análise da consistência interna do domínio “Ambiente de enfermagem”.

Fatores	Domínio Ambiente
	$\alpha$ Cronbach
Fator 1	0.68
Fator 2	0.77
Fator 3	0.73

Após a análise das qualidades psicométricas dos instrumentos de medida referentes ao grau de fidedignidade e à sua validade procedeu-se, de seguida, à avaliação das médias globais. Na análise da Tabela 16, podemos verificar que os valores médios estão próximos dos valores máximos o que indica satisfações acima da média. Contudo na subescala “Cuidado físico e tratamento”, o desvio padrão indicia dispersão dos valores, ou seja, existem crianças que pontuam nos extremos da escala.

Tabela 16 - Análise da medida de tendência central e dispersão dos domínios do instrumento CCQH.

Domínios	Min.	Máx.	Média	DP
Características dos enfermeiros	5.00	15.00	13.97	1.63
Atividades dos enfermeiros	18.00	57.00	43.35	6.72
Cuidar, entretenimento e suporte	9.00	33.00	28.71	3.55
Cuidado físico e tratamento	0.00	12.00	4.51	3.07
Educação	3.00	30.00	24.81	4.52
Ambiente				
Ambiente social	6.00	28.00	22.62	4.12
Ambiente físico	4.00	28.00	19.25	5.38
Ambiente emocional	3.00	20.00	11.74	4.15

Em síntese, avaliadas as propriedades psicométricas do instrumento “Child Care Quality at Hospital”, podemos considerar que o mesmo é válido.

Passamos então, à etapa de avaliação da satisfação apresentando os dados descritivos.

#### 4.2 - Avaliação da satisfação das crianças em idade escolar hospitalizadas com os cuidados de enfermagem

Dos 277 questionários aplicados inicialmente às crianças, foram devolvidos 252 (taxa de retorno de 91%).

A amostra é assim constituída por 252 crianças com uma idade média de 8,9 anos (DP = 1,4). As crianças ficaram hospitalizadas por 2 noites ou 5 ou mais noites (n = 74; 29,5%; n = 79; 31,5%, respetivamente) e tiveram a companhia dos pais durante toda a hospitalização (n=223; 89,2%). No que se refere ao enfermeiro responsável (n=246), 34,6% (n=85) refere ter um enfermeiro / a responsável, e destes, 39 crianças identifica-o / a pelo nome (15,9%), 34,1% (n=84) refere não ter um enfermeiro / a responsável e 77 crianças (31,3%) referem não saber.

As características gerais e sociodemográficas da amostra encontram-se sumarizadas na Tabela 17.

Tabela 17 – Características gerais e sociodemográficas da amostra (crianças; n=252).

Variáveis	n	%
<i>Género</i>		
Feminino	119	47,2
Masculino	133	52,8
<i>Idade</i>		
7 anos	50	19,8
8 anos	57	22,6
9 anos	56	22,2
10 anos	35	15,5
11 anos	50	19,8
<i>Motivo de Hospitalização</i>		
Internamento programado	38	15,4
Doença Súbita	209	84,6
<i>Duração da estadia (dias)</i>		
1 noite	20	8
2 noites	74	29,5
3 noites	45	17,9
4 noites	33	13,1
5 noites ou mais	79	31,5
<i>Quarto Hospitalar</i>		
Quarto privado	85	33,9
Quarto partilhado com outras crianças	139	55,4
Está sozinho, mas já partilhou o quarto com outras crianças	27	10,8
<i>Hospitalização prévia</i>		
Sim	160	63,5
Não	90	35,7
Não sabe / Não se recorda	2	0,8
<i>Presença dos pais</i>		
O tempo todo	223	89,2
Apenas durante o dia	21	8,4
Na admissão e na alta	6	2,4

No que se refere ao diagnóstico (n=243), esta variável foi sujeita a análise de conteúdo (Bardin, 2013) face às respostas escritas das crianças à questão: “Agora estou no hospital porque tenho...”, sendo a análise de tipo temático e frequencial. Assim, a maioria das crianças está internada por diagnósticos médicos 50,6% (n=123), em 27,6% (n=67) os diagnósticos são cirúrgicos e em 53 situação (21,8%) a expressão usada pelas crianças não permitia a identificação do tipo de diagnóstico, como por exemplo a expressão “um problema” (C42).

Como referido no subcapítulo anterior, o instrumento de avaliação da satisfação das crianças é composto por 49 itens categorizados segundo escala de Lickert de 1 a 3, em 30 itens, e de 1 a 4 nos restantes 19 itens. Subdivide-se em 3 subescalas: características dos enfermeiros, atividades dos enfermeiros e ambiente de enfermagem. Apresenta-se em seguida a descrição das respostas em cada uma das subescalas.

A primeira subescala reporta-se ao domínio pessoal dos cuidados onde as crianças avaliam as características dos enfermeiros em 5 itens, como se pode observar na Tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição da amostra (crianças) na subescala "Características dos Enfermeiros".

Características Enfermeiros	n	Média (DP)	Sempre		Algumas vezes		Nunca		NR
			n	%	n	%	n	%	
Bondosos	248	2,85 (0,37)	212	85,5	35	14,1	1	0,4	4
Simpáticos	250	2,88 (0,33)	219	86,9	31	12,3	-	-	2
Competentes	248	2,85 (0,36)	211	85,1	37	14,9	-	-	4
Divertidos	249	2,68 (0,47)	170	68,3	79	31,7	-	-	3
Honestos	249	2,84 (0,38)	209	83,9	39	15,7	1	0,4	3

Escala de Likert de 3 pontos.

Verifica-se que as crianças estão satisfeitas com as características dos enfermeiros sendo a média entre 2,68 e 2,85. A característica que apresenta a média mais baixa e maior dispersão é: “divertidos”.

A segunda subescala, organizada em 25 itens, reporta-se ao domínio profissional dos cuidados em que as crianças avaliam o seu grau de satisfação relativamente às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, organizadas em 25 itens.

Os resultados obtidos encontram-se sumarizados nas Tabelas 19, Tabela 20, Tabela 21, Tabela 22 e Tabela 23.

Tabela 19 - Distribuição da amostra (crianças) na categoria "Atividades dos Enfermeiros: Cuidar, entretenimento e suporte".

Atividades dos enfermeiros	n	Média (DP)	Sempre		Algumas vezes		Nunca		NR
			n	%	n	%	n	%	
<i>Entretenimento</i>									
Brincam comigo	251	2,4 (0,55)	108	43	135	53,8	8	3,2	1
Conversam sobre coisas interessantes	246	2,37 (0,66)	115	46,7	107	43,5	24	9,5	6
<i>Cuidar e comunicar</i>									
Protegem minha intimidade	250	2,76 (0,47)	196	78,4	49	19,6	5	2	2
Escutam-me	249	2,84 (0,40)	213	85,5	33	13,3	3	1,2	3
Consideram as minhas opiniões	248	2,71 (0,48)	180	72,6	65	26,2	3	1,2	4
Dão-me coragem	250	2,75 (0,48)	192	76,8	53	21,2	5	2	2
Dão-me conforto	248	2,81 (0,42)	204	82,3	41	16,5	3	1,2	4
<i>Apoio à iniciativa</i>									
Informaram-me sobre o que podia fazer no hospital	250	2,67 (0,59)	184	73,6	50	20	16	6,4	2
Encorajaram-me a participar nos meus cuidados	244	2,77 (0,45)	191	78,3	50	20,5	3	1,2	8
Cuidaram de mim e dos meus pais	250	2,78 (0,52)	199	79,6	47	18,8	4	1,6	2

Escala de Likert de 3 pontos.

Da análise da 19 verifica-se que todos os itens apresentam média elevadas o que demonstra satisfação. O item com a média mais elevada (2,84) é “escutam-me” e, o item com a média mais baixa (2,4) é “brincam comigo”. Salienta-se a elevada taxa de resposta em todos os itens existindo uma pequena percentagem de não resposta em cada questão.

A Tabela 20 que se apresenta em seguida apresenta a distribuição da amostra de crianças relativamente à categoria "Atividades dos Enfermeiros: Cuidado Físico e Tratamento".

Tabela 20 - Distribuição da amostra (crianças) na categoria "Atividades dos Enfermeiros: Cuidado Físico e Tratamento".

Atividades dos enfermeiros	n	Média (DP)	Sempre		Algumas vezes		Nunca		NPA		NR
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Cuidado Físico e Tratamento											
Têm em atenção a minha comida preferida	249	2,11 (0,79)	93	37,3	90	36,1	66	26,2	-	-	3
Aliviam a dor	245	2,11 (1,14)	12	51,8	65	25,8	7	2,9	46	18,8	7
Ajudam-me a comer	246	0,84 (1,04)	35	14,2	32	13	38	15,4	141	57,3	6
Ajudam-me a tomar banho	244	0,83 (1,04)	26	10,6	38	15,4	51	20,7	131	53,3	6
Ajudam-me a ir à casa de banho	244	0,80 (1,02)	23	9,4	39	15,5	47	19,3	135	55,3	8

Escala de Likert de 3 pontos.

Da análise da Tabela 20 podemos verificar também elevadas taxas de resposta em todos os itens. Salienta-se que maioritariamente as crianças não precisam de ajuda nas atividades: comer, tomar banho e ir à casa de banho como demonstram os resultados: 57,3%, 53,3% e 55,3% respetivamente.

Tabela 21 - Distribuição da amostra (crianças) na categoria "Atividades dos Enfermeiros: Educação".

Atividades dos enfermeiros	n	Média (DP)	Informação Suficiente		Alguma Informação		Informação insuficiente		NR
			n	%	n	%	n	%	
Educação									
O motivo da minha hospitalização	243	2,71 (0,54)	182	74,9	51	21	10	4,1	9
O meu tratamento	242	2,70 (0,48)	172	71,1	68	28,1	2	0,8	10
A minha medicação	244	2,70 (0,49)	176	72,1	64	26,2	4	1,6	8
Os meus procedimentos (como tirar sangue e Rx)	24	2,64 (0,62)	172	71,4	51	21,2	18	7,5	11
O que posso comer e beber	246	2,65 (0,60)	176	71,5	54	22	16	6,5	6
Como movimentar-me no hospital	240	2,58 (0,67)	163	67,9	52	21,7	25	10,4	12
A duração do meu internamento	243	2,33 (0,70)	114	46,9	96	39,5	33	13,6	9
Os cuidados a ter em casa	242	2,45 (0,74)	146	60,3	60	24,8	36	14,9	10
Quando posso voltar para a escola	243	2,23 (0,80)	111	45,7	76	31,3	56	23	9
Quando posso voltar às minhas brincadeiras	243	2,26 (0,76)	109	44,9	87	35,8	47	19,3	9

Escala de Likert de 3 pontos.

A subcategoria “cuidar, entretenimento e suporte” apresenta as médias mais elevadas. Por outro lado, a subcategoria “cuidado físico e tratamento” destaca-se como a categoria onde há menor satisfação com médias mais baixas nos itens que a compõem.

A terceira subescala reporta-se ao ambiente de enfermagem e encontra-se organizada em 19 itens, distribuídos por 3 subcategorias: ambiente físico, ambiente social e ambiente emocional como se pode verificar na Tabela 22.

Tabela 22 - Distribuição da amostra (crianças) na categoria "Ambiente de Enfermagem".

Ambiente de Enfermagem	n	Média (DP)	DT		DP		CP		CT		NR
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Ambiente Físico											
O tempo passa depressa	246	2,18 (1,09)	93	37,8	51	20,7	67	27,2	35	14,2	6
Há livros e revistas suficientes	244	2,99 (1,10)	32	13,1	52	21,3	46	18,9	114	46,7	8
Há vídeos e jogos suficientes	242	2,69 (1,16)	65	26,9	38	15,7	46	19	93	38,4	10
Há trabalhos manuais suficientes	243	2,81 (1,16)	49	20,2	44	18,1	54	22,2	96	39,5	9
Há brinquedos suficientes	242	3,17 (1,12)	38	15,7	28	11,6	54	22,3	122	50,4	10
Há locais próprios para estar com a minha família e visitas	242	3,07 (1,05)	24	9,9	52	21,5	48	19,8	118	48,8	10
A minha estadia tem sido confortável e agradável	248	3,36 (0,83)	10	4	26	10,5	76	30,6	136	54,8	4
É fácil encontrar locais como a casa de banho e sala de brincar	246	3,59 (0,78)	11	4,5	11	4,5	46	18,7	178	72,4	6
Ambiente Social											
Há privacidade	246	3,13 (0,99)	21	8,5	43	17,5	66	26,8	116	47,2	6
Os meus pais acompanham-me	248	3,77 (0,64)	8	3,2	5	2	22	8,9	213	85,9	4
Os meus familiares podem visitar-me	248	3,45 (0,92)	15	6	29	11,7	33	13,3	171	69	4
Os meus amigos podem visitar-me	244	2,78 (1,21)	53	21,7	53	21,7	33	13,5	105	43	8
Os enfermeiros fazem-me companhia	245	2,67 (1,16)	56	22,9	51	20,8	57	23,3	81	33,1	7
Outras crianças internadas fazem-me companhia	245	2,64 (1,24)	68	27,8	42	17,1	44	18	91	37,1	7
Ambiente Emocional											

Ambiente de Enfermagem	n	Média (DP)	DT		DP		CP		CT		NR
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Tenho medo de ficar sozinho	243	2,69 (1,27)	70	28,8	33	13,6	42	17,3	98	40,3	9
Tenho medo das injeções	244	2,86 (1,25)	62	25,4	22	9	48	19,7	112	45,9	8
Tenho medo dos enfermeiros	239	1,74 (1,13)	154	64,4	29	12,1	20	8,4	36	15,1	13
Tenho medo dos médicos	238	1,67 (1,08)	157	66	36	15,1	12	5	33	13,9	14
Tenho medo da dor	244	2,91 (2,21)	53	21,7	32	13,1	42	17,2	117	28	8

Escala de Likert de 4 pontos.

Na terceira categoria verifica-se também, de uma forma geral, que as crianças estão satisfeitas sendo a subcategoria ambiente social, a que espelha maior satisfação, onde se verificam médias com valores entre 2,64 e 3,77. No que se refere ao ambiente emocional, as respostas estão formuladas pela negativa. Assim, verifica-se que os itens “tenho medo de ficar sozinho”, “tenho medo das injeções” e “tenho medo da dor” apresentam médias de 2,69, 2,86 e 2,91, respetivamente, o que revela insatisfação. Contudo, analisando o DP verifica-se que há dispersão nestas respostas. Por outro lado, estes aspetos refletem os principais medos da criança face à hospitalização pelo que seriam expectáveis. No que se refere aos itens “tenho medos dos enfermeiros” e “tenho medo dos médicos”, verificam-se médias de 1,74 e 1,67, respetivamente, o que revela satisfação com estes profissionais.

No que se refere à avaliação global dos cuidados de enfermagem (n=231) as crianças, numa escala de 1 a 5, classificaram os cuidados entre 3 e 5, com média de 4,51 (DP=0,645).

Por fim, foi solicitado às crianças que identificassem as melhores e piores experiências durante a hospitalização a partir do método de completar frases. Trata-se de um método considerado adequado para as crianças em idade escolar (Joloza, 2013), dado que lhes dá a oportunidade de se expressarem (Coyne & Kirwan, 2012), de uma forma semi estruturada.

Foi-lhes pedido que completassem as seguintes frases: “na minha opinião a melhor coisa do hospital é...”; “na minha opinião a pior coisa do hospital é...”. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2013), de tipo temático e frequencial em três etapas.

Na etapa um, foi realizada a pré exploração do material, os dados foram transcritos de forma integral e cada frase foi identificada com a letra “C” (criança) seguida do número do questionário a que se reportava. As respostas foram lidas várias vezes de forma livre,

com o objetivo de apreender e organizar os aspetos importantes do conteúdo redigido e ter em continuidade uma visão geral das respostas. Embora as crianças tenham respondido de forma sumária, com frases simples ou apenas uma palavra, forneceram um conteúdo frásico rico e singular. As unidades de análise foram as palavras das crianças assim como os segmentos de frase relevantes para o tema (melhores ou piores experiências).

Na etapa dois, a exploração do material, os dados foram categorizados sendo atribuídas etiquetas a cada categoria. Procedeu-se ao processo de categorização e subcategorização (Bardin, 2013), a partir do qual emergiu a codificação das categorias e das subcategorias, considerando-se para o efeito a resposta ao objetivo da investigação. Nesta etapa as categorias descritas por Pelander & Leino-Kilpi (2010) foram consideradas por recomendação dos autores, a par das que emergiram a partir das respostas das crianças que compõem esta amostra. Os elementos do conteúdo transcrito foram agrupados por parentesco de sentido e organizados sob as devidas categorias analíticas (seleccionadas no início e modificadas em função da direção da análise), recorrendo-se para o efeito ao modelo misto de análise (Laville & Dionne, 1999), subcategorias similares foram agrupadas em categorias principais de maior dimensão.

A codificação dos dados, enquanto processo que efetiva a transformação sistemáticas de dados em categorias, permitiu a discussão precisa das características relevantes para o seu conteúdo (Campos, 2004) evidenciadas posteriormente na matriz categorial.

Na etapa três, tratamento, inferência e interpretação dos resultados, a informação foi quantificada e, de forma a aumentar a confiabilidade, o processo foi discutido e revisto em conjunto com outro investigador, até alcançar o consenso. Dado que as interpretações têm uma conotação subjetiva, considerou-se que a utilização de diferentes investigadores aumentaria a confiabilidade na análise.

Dos 252 questionários devolvidos, em relação à questão: “na minha opinião a melhor coisa do hospital é...”, 17% das crianças deixaram esta questão por responder, 0,8% referiram não saber responder, 1,6% referiram que nada foi positivo no internamento, 0,8% escreveram que foi tudo positivo, 0,8% das crianças escreveram a palavra “dor” isoladamente e 0,4% referiram as condições de acomodação para os pais.

A análise das restantes 209 respostas, permitiu a identificação de 5 categorias: “pessoas”; “ambiente físico”; “atividades”; “resultados” e “alimentação” conforme apresentado na Tabelas 23.

Tabela 23 - Matriz categorial das melhores experiências referidas pelas crianças.

Categoria	Subcategoria
A - Pessoas (f=113)	A1 - Profissionais (f=64); - Enfermeiros (f=51); - Médicos (f=18); - Pessoas (f=11); - Auxiliares (f=8); - Educadora (f=5);
	A2 - Pais (f=23);
	A3 - Família e amigos (f=17);
	A4 - Outras Crianças internadas (f=9);
B - Ambiente físico (f=81)	B1 - Sala de atividades (f=46);
	B2 - Quarto (f=18);
	B3 - Cama (f=15);
	B4 - Biblioteca (f=2);
C - Atividades (f=49)	C1 - Brincar (f=26);
	C2 - Ver televisão (f=20);
	C3 - Tomar banho (f=3);
D - Resultados (f=32)	D1 - Ficar melhor (f=11);
	D2 - Cuidados de saúde (f=10);
	D3 - Ausência de dor (f=4);
	D4 - Ter companhia (f=3);
	D5 - Possibilidade de descansar (f=2);
	D6 - Não ir à escola (f=2);
E - Alimentação (f=10)	-----

A categoria “pessoas”, foi a categoria mais referida pelas crianças, com uma frequência de 113. Prevaleceu a possibilidade de contactarem com pessoas diferentes, das quais em algumas das respostas, foram especificados os profissionais de saúde e as educadoras. Associam os profissionais de saúde a características como “na minha opinião a melhor coisa do hospital são os enfermeiros que são muito simpáticos e competentes” (C11) ou “é a amizade dos médicos, enfermeiros e auxiliares” (C33). Ainda nesta categoria foram valorizados os contactos estabelecidos com os “pais”, numa frequência de 23. A este nível, as crianças salientam o internamento como uma oportunidade de estarem sempre na companhia dos seus pais, e de receberem visitas da “família e amigos” (f=17) durante o internamento. Numa frequência de 9, sobressaiu o contacto estabelecido com “outras crianças internadas”, pela oportunidade de fazer novos amigos e estar com outras crianças igualmente internadas no hospital.

A segunda categoria mais valorizada foi nomeada como “ambiente físico”. As crianças salientam as áreas do serviço de internamento, sob as quais têm maior preferência: “sala de atividades” (f=46), “quarto” (f=18) e a “biblioteca” (f=2).

A terceira categoria designou-se de “atividades”. Nesta, as crianças destacaram a importância de poderem brincar (f=26), e de terem acesso aos livros e aos jogos, poderem assistir à televisão e tomarem banho. As crianças salientam a oportunidade de brincar identificando apenas o “brincar” (C197), alguma atividade específica como “os livros” (C207) ou “na minha opinião a melhor coisa do hospital é os jogos” (C38).

A quarta categoria identificada, diz respeito aos “resultados” em que as crianças identificam que o melhor de estar no hospital é o poder “ficar melhor” (f=11) ou curado e, ter acesso a “cuidados de saúde” (f=10) e “o meu tratamento” (C153) ou “os cuidados que têm comigo” (C52). Dentro desta categoria, incluiu-se as subcategorias “ausência de dor” (f=4), “ter companhia” (f=3), “possibilidade de descansar” (f=2) e “não ir à escola” (f=2).

Por fim, a categoria “alimentação” obteve uma frequência de 10. As crianças salientaram a sua satisfação em poderem comer a sua comida preferida, identificando na sua descrição alimentos específicos como o “pão” (C227).

No que diz respeito à segunda questão: “na minha opinião a pior coisa do hospital é...”, 19,4% das crianças não responderam a esta questão e 9,5% referiram que tudo foi bom ou positivo.

A análise das 203 restantes respostas dadas neste domínio permitiu, à semelhança do domínio anterior, a categorização também em 5 categorias: “sentimentos”, “atividades”, “alimentação”, “ambiente” e “resultados”.

As categorias identificadas nesta questão encontram-se sumarizadas na Tabela 24.

Tabela 24 - Matriz categorial das piores experiências referidas pelas crianças.

Categoria	Subcategoria
A - Sentimentos (f=58)	A1 - Estar doente (f=18);
	A2 - Restrição física ao hospital (f=15);
	A3 - Dor (f=9);
	A4 - Barulho (f=7);
	A5 - Restrição física ao quarto / cama (f=4);
	A6 - Calor (f=3);
	A7 - Ficar sozinho (f=2);
B - Atividades (f=54)	B1 - Procedimentos e exames (f=49);
	B2 - Rotinas do serviço (f=4);
	B3 - Não receber visitas (f=1);
C - Alimentação (f=48)	---
D - Ambiente (f=15)	D1 - Instalações sanitárias (f=6);
	D2 - Espaço físico (f=6);
	D3 - Sala de operações (f=2);
	D4 - Relação com equipa de saúde (f=1);
E - Resultados (f=12)	E1 - Tempo / espera (f=9);
	E2 - Não ir à escola (f=3);

A categoria “sentimentos” foi a categoria mais referida pelas crianças numa frequência de 58. O dicionário *Priberam* define sentimento como o ato ou efeito de sentir, aptidão para receber as impressões, sensação, sensibilidade, consciência íntima, faculdade de compreender, intuição, percepção, pesar, paixão, desgosto e pressentimento. Nesta perspectiva, as crianças relataram diversos sentimentos provocados pela hospitalização. Identificaram com maior frequência o “estar doente” (f=18), como um aspeto negativo seguido da “restrição física ao hospital” (f=15). Esta última subcategoria, foi entendida pela limitação sentida pelas crianças, em não poderem sair do espaço físico hospitalar. Identificam ainda a “dor” (f=9), o “barulho” (f=7) e a “restrição física ao quarto / cama” (f=4), em situações de isolamento ou quando a situação clínica exige que a criança mantenha um repouso no leito. Numa frequência de 3 e 2, foram enumeradas as subcategorias “calor” sentido no serviço e “estar sozinho à noite”, respetivamente.

Na categoria “atividades”, emergiram como subcategorias as seguintes: “procedimentos e exames” (f=49), “rotinas do serviço” (f=4) e “não receber visitas” (f=1). Esta categoria apresenta o item que mais vezes foi mencionado pelas crianças (f=49) como a pior experiência. Refere-se à realização de “procedimentos e exames” como “ter de tomar picas e fazer exames” (C46).

A terceira categoria identificada foi a “alimentação” que surge identificada com apenas uma palavra, como por exemplo “comida” (C31) ou com a identificação de alimentos específicos que não gostam, como por exemplo “a comida, não gosto de peixe cozido” (C48).

O conteúdo relativo à categoria “ambiente”, reporta-se de igual modo ao domínio anterior, ao espaço físico das instalações hospitalares, tendo sido identificadas áreas específicas como as “instalações sanitárias” (C214), “espaço físico” (C82) no geral e a “sala de operações” (C66). O ambiente emocional é identificado apenas por 1 criança que salienta a “relação com a equipa de saúde” (C4).

Na categoria “resultados” (f=12), as crianças identificam como piores experiências os aspetos temporais, relacionados com a espera para a realização dos procedimentos clínicos e / ou terapêuticos, com a demora na passagem do tempo ao longo do dia, como se pode verificar na seguinte expressão: “o tempo que não passa” (C23); e com a ausência da escola na sua rotina diária.

Após apresentar os resultados descritivos passamos a analisar a relação entre a satisfação e os dados sociodemográficos da amostra.

Assim, no que se refere ao género para averiguar se as diferenças entre as médias dos dois géneros são significativas, utilizou-se o teste *t* de Student. Permite verificar se a diferença entre as médias das pontuações associadas a cada variável é significativa (Pestana & Gageiro, 2014), testando assim a hipótese, a saber, as crianças internadas do género masculino têm níveis de satisfação mais baixos comparados com as crianças do género feminino.

Tabela 25 - Teste da diferença de médias entre género e satisfação.

Domínios	Género		<i>t</i>	p
	rapariga	rapaz		
	Média (DP)	Média (DP)		
Características dos enfermeiros	13,97 (1,77)	13,98 (1,50)	-0.55	.956
Atividades dos enfermeiros	28,74 (3,62)	28,68 (3,51)	0.14	.893
Cuidar, entretenimento e suporte	44,04 (5,73)	44,21 (5,86)	-0.22	.830
Cuidado físico e tratamento	5,47 (2,69)	5,11 (2,61)	1.02	.979
Educação	24,91 (3,79)	24,73 (5,09)	0.31	.755
Ambiente	52,42 (9,38)	48,8 (8,37)	3.08	.134
Ambiente social	23,16 (3,99)	22,13 (4,19)	1.98	.049
Ambiente físico	20,42 (5,25)	18,22 (5,31)	3.25	.001
Ambiente emocional	12,15 (4,36)	11,38 (3,95)	0.10	.147
Avaliação global dos cuidados de enfermagem	4,47 (0,68)	4,51 (0,59)	0.86	.393

Da análise da Tabela 25, verificamos que a hipótese se confirma parcialmente uma vez que, só existem diferenças com significância estatística nas subescalas Ambiente social ( $t=1,98$ ;  $p = 0,05$ ) e Ambiente físico ( $t=3,25$ ;  $p = 0,001$ ).

No que se refere à idade, utilizou-se o teste de correlação de Pearson para testar a hipótese de que há uma relação direta entre a satisfação das crianças e a sua idade. O valor da correlação varia entre zero e 1.00 (em módulo) sendo que valores positivos indicam uma relação direta e valores negativos uma relação inversa. Valores a partir de 0.40 indicam estabilidade nas ligações entre as duas variáveis em análise (Pestana & Gageiro, 2014).

Tabela 26 - Correlações entre idade das crianças e satisfação.

Domínios	Idade	p
Características dos enfermeiros	-.024	.707
Atividades dos enfermeiros	.100	.257
Cuidar, entretenimento e suporte	.000	.997
Cuidado físico e tratamento	.082	.149
Educação	.074	.248
Ambiente	.020	.265
Ambiente social	.002	.971
Ambiente físico	.082	.198
Ambiente emocional	-.101	.116
Avaliação global dos cuidados de enfermagem	-.049	.416

Da análise da Tabela 26 verificamos que os valores da correlação  $r$  de Pearson, são muito fracos indicando relações espúrias pelo que a hipótese não é confirmada.

No que se refere ao motivo de hospitalização, para testar a hipótese de que as crianças com internamento programado têm níveis de satisfação mais elevados comparados com as crianças internadas de urgência, fomos calcular a diferença de médias recorrendo ao teste  $t$  de Student.

Tabela 27 - Teste da diferença de médias da satisfação segundo o motivo de hospitalização.

Domínios	Hospitalização		$t$	p
	não programado	programado		
	Média (DP)	Média (DP)		
Características dos enfermeiros	13,89 (1,67)	14,32 (1,43)	-1.48	.140
Atividades dos enfermeiros	43,14 (6,16)	43,89 (6,94)	-0.67	.755
Cuidar, entretenimento e suporte	28,59 (3,58)	29,21 (3,56)	-0.99	.324
Cuidado físico e tratamento	4,53 (2,98)	4,29 (3,52)	0.45	.550
Educação	24,66 (4,49)	25,29 (4,89)	-0.78	.436
Ambiente	51,15 (10,54)	52,64 (9,79)	0.64	.432
Ambiente social	22,44 (4,13)	23,39 (4,20)	-1.31	.192
Ambiente físico	19,16 (5,43)	19,18 (5,22)	-0.03	.978
Ambiente emocional	11,39 (4,07)	13,68 (4,23)	-3.10	.002
Avaliação global dos cuidados de enfermagem	4,49 (0,56)	4,56 (0,66)	-0.59	.557

Os resultados que constam na Tabela 27, demonstram que a hipótese se confirma parcialmente, uma vez que, existem só existem diferenças com significância estatística na subescala Ambiente emocional ( $t=3.10$ ;  $p = .002$ ).

No que se refere à tipologia de diagnóstico (médico / cirúrgico), para testar a hipótese de que há diferenças na avaliação dos cuidados de enfermagem segundo o tipo de diagnóstico, fomos calcular a diferença de médias recorrendo, de igual modo, ao teste *t* de Student.

Tabela 28 - Teste da diferença de médias da avaliação global dos cuidados de enfermagem segundo o tipo de diagnóstico.

Domínio	Tipo de Diagnóstico		<i>t</i>	p
	médico	cirúrgico		
	Média (DP)	Média (DP)		
Avaliação global dos cuidados de enfermagem	4,52 (0,62)	4,40 (0,68)	1.18	.242

Pela análise da Tabela 28, verificamos que não existem diferenças nas notas de avaliação global dos cuidados de enfermagem segundo o tipo de diagnóstico.

No que se refere à duração da estadia, utilizou-se o teste de associação de Spearman para testar a hipótese de que há uma associação direta entre a avaliação global dos cuidados de enfermagem e a duração da estadia. Efetuado o teste estatístico, conclui-se que não há correlação entre as variáveis nesta amostra ( $r_s = -0.042$ ,  $p = .525$ ).

No que se refere à experiência anterior de hospitalização, para testar a hipótese de que há diferenças na avaliação global dos cuidados de enfermagem segundo a experiência prévia de hospitalização, fomos calcular a diferença de médias recorrendo ao teste *t* de Student.

Tabela 29 - Teste da diferença de médias da avaliação global dos cuidados de enfermagem segundo experiência prévia de hospitalização.

Domínio	Internamento Prévio		<i>t</i>	p
	sim	não		
	Média (DP)	Média (DP)		
Avaliação global dos cuidados de enfermagem	4,56 (0,66)	4,43 (0,63)	1.47	.821

Assim, da análise da Tabela 29, verificamos que não há diferenças na avaliação global dos cuidados de enfermagem quer a criança já tenha estado hospitalizada anteriormente quer seja uma primeira admissão hospitalar.

Por fim, para testar a hipótese de que há diferenças na avaliação global dos cuidados de enfermagem segundo a percepção se tem um enfermeiro responsável no internamento,

fomos calcular a diferença de médias recorrendo ao *teste t* de Student conforme se pode verificar pela Tabela 30.

Tabela 30 - Teste da diferença de médias da avaliação global dos cuidados de enfermagem segundo ter ou não um enfermeiro responsável pelo internamento.

Domínio	Tem enfermeiro responsável		<i>t</i>	p
	sim	não		
	Média (DP)	Média (DP)		
Avaliação global dos cuidados de enfermagem	4,47 (0,67)	4,44 (0,63)	0.68	.028

Na análise da Tabela 30, é possível verificar que as crianças internadas que têm um enfermeiro responsável durante o internamento, avaliam melhor os cuidados de enfermagem (media de 4,47) comparativamente com às crianças que não têm um enfermeiro responsável atribuído ( $t=0.68$ ;  $p = .028$ ).

## **CAPÍTULO 5 - A satisfação com os cuidados de enfermagem na perspetiva dos pais da criança em idade escolar**

Neste percurso de investigação, procurou-se uma visão integradora dos cuidados de enfermagem durante a hospitalização da criança.

Nesse sentido, o capítulo que se segue foca a satisfação na ótica dos pais da criança em idade escolar.

De facto, como já foi referido neste percurso, tradicionalmente os cuidados centrados na família têm sido adotados à muitas décadas como a melhor prática de cuidados em pediatria (Coyne et al., 2018), colocando particular relevância no papel dos pais.

Aferir a sua satisfação é importante não só enquanto intervenção que respeita os direitos dos pais mas, também por ser uma forma de adequar os cuidados às reais expectativas e experiências dos pais (Kruszecka-Krówka et al., 2019).

Assim, passamos agora ao instrumento dos pais e, tal como no instrumento das crianças começamos por averiguar as suas propriedades psicométricas.

### **5.1 - Adaptação e validação do instrumento “Escala de satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem”**

O instrumento ESCCE é composto por duas escalas: “Experiências dos cuidados de enfermagem” (que integra experiências positivas, experiências negativas) e “Opiniões sobre os cuidados de enfermagem”.

No que se refere à primeira escala, foi efetuada a análise fatorial exploratória pelo método de análise de componentes principais e aplicado o método de Kaiser.

Enquanto primeiro passo, aplicou-se do teste KMO para determinar a adequação da amostra e a possibilidade de efetuar a análise fatorial. Verificamos então, que o KMO é 0.85 situando-se num intervalo de variância adequada (Friel, 2003).

Efetuada então a análise fatorial exploratória, foi identificada uma estrutura fatorial com 2 domínios (valores próprios  $\geq 1.00$  e saturação do item no fator  $\geq .35$ ).

Nesta análise foram considerados 229 participantes com respostas válidas.

Tabela 31 - Análise fatorial da escala “Experiências dos cuidados de enfermagem”.

Itens	Experiências positivas	Experiências negativas
Item 19	.802	
Item 18	.789	
Item 17	.775	
Item 21	.763	
Item 26	.753	
Item 25	.751	
Item 28	.730	
Item 15	.718	
Item 24	.711	
Item 11	.708	
Item 23	.702	
Item 08	.686	
Item 09	.677	
Item 14	.549	
Item 01	.512	
Item 10	.472	
Item 07	.455	
Item 12	.436	
Item 05		.808
Item 04		.802
Item 06		.718
Item 03		.695
Item 02		.595
Item 16		.582
Item 22		.555
Item 13		.521
Item 27		.491
Item 20		.355
Variância Explicada	31,11%	16,64%

Através da análise da Tabela 31 confirmamos a existência bidimensional, cujo total da variância explicada é de 47,75%. Por sua vez, a saturação do item no primeiro fator (satisfação positiva) ,variou entre um máximo de 0.82 na afirmação “I19” e um mínimo de 0.39 na afirmação “I12”; ao passo que no segundo fator o máximo variou entre 0.81 na afirmação “I5” e o mínimo de 0.36 no item 20.

A consistência interna do instrumento foi também calculada, na análise estatística, através do coeficiente alfa de Cronbach. De acordo com a análise da Tabela 32, verificamos que o alfa de Cronbach apresenta valores de 0.93 e 0.85 (experiências positivas e experiências negativas, respectivamente). Logo podemos considerar que a escala “Experiências dos Cuidados de Enfermagem” do instrumento em estudo, apresenta consistência interna (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tabela 32 - Análise da consistência interna da escala “Experiências dos Cuidados de Enfermagem”.

	Experiências positivas	Experiências negativas
$\alpha$ .Cronbach	0.93	0.85

No que se refere à escala “Opiniões sobre os cuidados de enfermagem”, aplicou-se o teste KMO e verificamos que o valor é 0.96, situando-se num intervalo de variância adequada (Friel, 2003). Foi efetuada a análise fatorial exploratória, com recurso ao método de análise de componentes principais; aplicado o método de Kaiser, foi identificada uma estrutura fatorial com 1 domínio (valores próprios  $\geq 1.00$  e saturação do item no fator  $\geq .35$ ).

Tabela 33 - Análise fatorial da escala "Opiniões sobre os cuidados de enfermagem".

Itens	Valor de saturação do item no fator na escala “Opiniões sobre os cuidados de enfermagem”
Item 17	.891
Item 19	.879
Item 14	.869
Item 09	.865
Item 18	.864
Item 13	.861
Item 15	.856
Item 08	.855
Item 10	.835
Item 04	.833
Item 12	.823
Item 06	.816
Item 16	.815
Item 07	.808

Itens	Valor de saturação do item no fator na escala “Opiniões sobre os cuidados de enfermagem”
Item 02	.804
Item 05	.798
Item 03	.787
Item 11	.771
Item 01	.699
Variância Explicada	68.73%

Constata-se da análise da Tabela 33, a confirmação da existência unidimensional, cujo total da variância explicada é de 68.73%. Por sua vez, a saturação do item no fator variou entre um máximo de 0.89 no “item 17” e um mínimo de 0.70 no “item 01”.

A consistência interna da escala foi calculada através do coeficiente de alfa de Cronbach e, de acordo com a análise da Tabela 34, verificamos que o alfa de Cronbach apresenta um valor 0.97, logo podemos considerar que a escala “Opiniões sobre os cuidados de enfermagem” do instrumento em estudo, apresenta consistência interna (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tabela 34 - Análise da consistência interna da escala “Opiniões sobre os cuidados de enfermagem”.

Escala “Opiniões sobre os cuidados de enfermagem”	
$\alpha$ .Cronbach	0.97

Após a análise das qualidades psicométricas do instrumento de medida referentes ao grau de fidedignidade e à sua validade procedemos à avaliação das médias globais do instrumento aplicado aos pais.

Tabela 35 - Análise da medida de tendência central e dispersão das variáveis do instrumento ESCCE.

Escalas	min.	máx.	Média	Desvio-padrão
Opinião	1.00	5.00	3.99	0.83
Satisfação positiva	2.00	7.00	5.48	0.86
Satisfação negativa	1.00	6.00	2.10	1.05

Na análise da Tabela 35, podemos verificar que os valores médios da opinião são elevados o que indica que os pais têm uma opinião positiva. Na escala de satisfação a média da dimensão positiva é superior à dimensão negativa o que aponta para níveis elevados de satisfação dos pais.

Aferidas as propriedades psicométricas do instrumento, podemos considerar que o instrumento “Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem” é válido. Passamos a apresentar a estatística descritiva dos dados obtidos.

## 5.2 - Avaliação da satisfação dos pais das crianças em idade escolar hospitalizadas com os cuidados de enfermagem

Relativamente aos pais, a amostra é composta por 251 pais e, no que concerne à idade, 7 pais não responderam a esta questão. Os pais que integram a amostra têm uma média de idades de 37,97 anos (DP = 6,35) variando entre os 18 e os 62 anos, como se pode verificar na Tabela 36.

Tabela 36 - Caracterização da amostra (pais) em relação à idade.

Idade	
N	245
Média	37,97
Mediana	39
Desvio Padrão	6,35
Mínimo	18
Máximo	62

A maioria dos inquiridos, 84,9% é do sexo feminino e 6 dos pais não indicaram o sexo, como se verifica na Tabela 37.

Tabela 37 - Caracterização da amostra (pais) em relação ao sexo.

Sexo	n	%
Feminino	208	84,9
Masculino	37	15,1
<i>Total</i>	245	100,0
NR	6	

Em relação à escolaridade, 8 dos inquiridos não responderam a esta questão (3,2%) e, as restantes respostas (n=243) foram categorizadas como se apresenta na Tabela 38.

Tabela 38 - Distribuição da amostra (pais) em relação à escolaridade.

Escolaridade	n	%
Ensino primário	38	15,6
Ensino básico	65	26,7
Ensino secundário	76	31,3
Ensino universitário	64	26,3
Total	243	100,0
NR	8	

No que se refere à profissão, foi utilizada como referência a classificação Portuguesa das profissões (INE, 2011). Nesta amostra 10 dos pais não responderam à questão (4%) e as restantes respostas (n=241) encontram-se distribuídas na Tabela 39.

Tabela 39 - Distribuição da amostra (pais) em relação à profissão.

Profissão	n	%
Quadros superiores	1	0,4
Especialistas de profissões intelectuais e científicas	56	23,2
Técnicos e profissionais de nível intermédio	16	6,6
Pessoal administrativo e similares	12	5,0
Pessoal dos serviços e vendedores	26	10,8
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	2	0,8
Operários, artífices e trabalhadores similares	14	5,8
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	5	2,1
Trabalhadores não qualificados	42	17,4
Desempregados	67	27,8
Total	241	100,0
NR	10	

Quando questionados se havia um enfermeiro responsável pelos cuidados da criança, 44,4% dos pais referiu não existir, como se pode verificar pela leitura da Tabela 40.

Tabela 40 - Distribuição da amostra (pais) em relação à percepção da existência de um enfermeiro responsável pelos cuidados à criança.

Havia um enfermeiro responsável pelos cuidados?	n	%
Sim	63	26,1
Não	107	44,4
Não tenho a certeza	71	29,5
Total	241	100,0
NR	10	

O instrumento incluiu ainda, uma questão de resposta aberta e espaço para comentários: “Que aspetos dos cuidados de enfermagem poderiam ser melhorados?” e “Outros comentários que gostasse de fazer” respetivamente. Ambas as questões foram analisadas com recurso à técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2013) sendo a análise de tipo temática e frequencial, e seguindo as etapas já descritas anteriormente.

Similarmente, na etapa de pré exploração do material, as respostas foram integralmente transcritas sendo atribuída a cada resposta a letra “P” (pais) seguido do número do questionário. Procedeu-se depois, de forma repetida, à leitura livre das respostas no sentido de assimilar o seu conteúdo sendo a unidade de análise os segmentos de frase relevantes para a questão.

Na etapa de exploração do material, as categorias emergiram do conteúdo das respostas sendo a codificação de natureza mista (Laville & Dionne, 1999), norteadas pelo seu conteúdo, mas também pelo referencial teórico adotado neste percurso de investigação. As respostas foram agrupadas por similaridades em grandes categorias e atribuída uma etiqueta de forma a poder ser descrito o seu conteúdo.

Por fim, na etapa de tratamento, inferência e interpretação dos resultados, foi efetivada discussão e revisão das categorias, também com a colaboração de outro investigador até à consensualização das categorias de forma a aumentar a confiabilidade.

Assim, no que se refere à primeira questão, verificaram-se 118 respostas sendo que nos restantes 134 instrumentos a questão encontrava-se por responder. O conteúdo das respostas dos pais foi categorizado em 5 categorias como se apresenta na Tabela 41.

Tabela 41 – Matriz categorial resultante da análise da questão: “Que aspetos dos cuidados de enfermagem poderiam ser melhorados?”.

Categoria	Unidades de enumeração
Não existem aspetos a melhorar / manter os cuidados	71
Domínio Pessoal	22
Domínio Ambiental	18
Dotação de enfermeiros	6
Domínio Profissional (procedimentos / dor)	1
Total	118

A maioria dos pais que responderam, aproveitou este espaço para salientar que se devem manter os cuidados prestados ou referiram não ter nada a acrescentar (f=71;60,2%).

A categoria “domínio pessoal” inclui os aspetos que dizem respeito ao desempenho de funções associado às características pessoais dos enfermeiros e também a aspetos mais subjetivos como a capacidade de inspirar confiança, a honestidade ou a franqueza por exemplo. Esta foi a categoria que obteve uma maior com maior frequência (f=22;18,6%) e que incluiu como subcategorias, a saber: comunicação, simpatia, humanidade e sensibilidade. A título de exemplo, “melhorar a simpatia com os pais” (P245) ou “a comunicação com os pais e outros profissionais” (P118).

A categoria “domínio ambiental” diz respeito à relação estabelecida entre os enfermeiros, a forma como interagem entre si e promovem um bom ambiente, mas também as condições físicas. Esta categoria obteve uma frequência de 18 (15,3%), tendo sido salientado pelos pais aspetos como as condições de hotelaria, a higiene, a alimentação e o ruído, tal como é patente na expressão “melhores condições para os pais dormirem ou passarem a noite” (P48).

A terceira categoria identificada diz respeito à “dotação dos enfermeiros” (f=6;5%), onde os pais salientam como aspeto a melhorar, o rácio enfermeiro / criança. Os pais referem que “os cuidados de enfermagem são bons, o pessoal é que é reduzido para o número de doentes” (P23).

No “domínio profissional”, foram consideradas as respostas que identificam atributos associados às competências profissionais dos enfermeiros, como os aspetos técnicos da profissão, a execução de procedimentos e a outros aspetos inerentes ao desempenho de funções como a comunicação, ensino e transmissão de informações. Sendo que apenas foi identificada uma resposta nesta categoria.

Em relação aos comentários, 162 pais deixaram esta questão por responder (64,5%) e 9 (3,6%) responderam não terem nada a acrescentar. As restantes 80 respostas foram igualmente sujeitas a análise de conteúdo de tipo temático e frequencial (Bardin, 2013), seguindo as etapas já descritas relativamente à questão anterior.

Tabela 42 - Matriz categorial da análise da questão: “Outros comentários que gostasse de fazer”.

Categoria	Unidades de enumeração
Satisfação	46
Domínio ambiental	27
Domínio profissional	4
Outros	3

Pela análise da tabela 42 verificamos que a maior parte dos comentários dos pais foram no sentido de expressar satisfação com os cuidados de enfermagem (f=46; 57,5%), com palavras de agradecimento como se pode verificar no seguinte comentário: “agradecer a atenção o profissionalismo de toda a equipa que nos prestou cuidados” (P51). Referem ainda questões do domínio ambiental, como a melhoria das condições de hotelaria, alimentação e brinquedos (f=27; 33,8%) e aspetos do domínio profissional (f=4; 5%) como a rotatividade da equipa de enfermagem.

No que se refere à avaliação da satisfação na primeira escala “Experiências dos cuidados de enfermagem” as respostas obtidas encontram-se sumarizadas na Tabela 43.

Tabela 43 - Distribuição da amostra (pais) na escala “Experiências dos cuidados de enfermagem”.

Item	n	M	DP
“Sentia-me à vontade com os enfermeiros”	248	6,13	0,92
“Os enfermeiros favoreciam mais umas crianças que outras”	242	1,95	1,38
“Os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento”	246	2,42	1,78
“Os enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia”	245	2,04	1,54
“Os enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar”	242	2,05	1,50
“Os enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado”	241	1,64	1,21
“Estivessem ou não muito ocupados, os enfermeiros arranjavam tempo para mim”	243	5,19	1,90
“Eu via os Enfermeiros como amigos”	242	5,42	1,57
“Os enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem”	247	5,51	1,70

Item	n	M	DP
“Os enfermeiros explicavam-me o que se passava com a criança”	247	5,99	1,12
“Os enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo”	246	5,95	1,28
“Os enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos cuidados”	243	5,96	1,32
“Os enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se do que eu tinha pedido”	248	2,33	1,84
“Os enfermeiros certificavam-se que as crianças tinham privacidade sempre que dela necessitavam”	246	5,70	1,56
“Médicos e enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa”	245	5,83	1,22
“Os enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia”	248	2,28	1,83
“Os enfermeiros sabiam fazer o melhor para a criança”	248	6,02	1,33
“Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos enfermeiros”	246	5,98	1,23
“Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia”	248	6,08	1,16
“Os enfermeiros falavam comigo com superioridade”	247	2,34	1,79
“Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço”	245	6,14	1,33
“Os enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia”	244	1,98	1,53
“Os enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável”	247	5,68	1,45
“Os enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam”	243	6,04	1,08
“Os enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas”	247	5,63	1,41
“Sentia-me seguro quando os enfermeiros estavam a cuidar de mim”	245	5,79	1,38
“Os enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava”	246	2,36	1,79
“Os enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos”	246	5,64	1,34

Escala de Lickert de 7 pontos.

Assim, da análise destes resultados verificamos que os pais estão satisfeitos com cuidados. O item, formulado positivamente, com melhor média foi: “Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço”. Neste grupo, o item com média mais baixa foi: “Estivessem ou não muito ocupados, os enfermeiros arranjavam tempo para mim”. Nos itens formulados negativamente, o item com média mais baixa (indicador de maior satisfação) foi: “Os enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado”. O item como a média mais alta (indicador de menor satisfação) foi: “Os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento”.

No que se refere à segunda escala “Opiniões sobre os cuidados de enfermagem” os resultados foram também sumarizados na Tabela 44.

Tabela 44 - Distribuição da amostra (pais) na escala “Opiniões sobre os cuidados de enfermagem”.

Item	n	M	DP
“O tempo que os enfermeiros gastaram consigo”	250	3,82	0,97
“Capacidade com que os enfermeiros desempenharam as suas atividades”	247	3,95	1,00
“Estava sempre um enfermeiro por perto quando dele precisou”	247	4,07	0,97
“O quanto os enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar”	246	4,03	0,95
“A rapidez com que os enfermeiros vieram quando os chamou”	250	3,90	1,02
“A maneira como os enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa”	249	3,79	1,09
“A quantidade de informação que os enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento / situação do seu filho”	249	4,06	0,99
“A frequência com que os enfermeiros perguntavam se a criança estava bem”	248	4,15	0,93
“A ajuda que recebeu dos enfermeiros”	249	4,04	0,94
“A maneira como os enfermeiros lhe explicaram as coisas”	249	3,97	0,95
“A maneira como os enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos”	245	3,96	0,97
“A forma como os enfermeiros fizeram o seu trabalho”	246	4,14	0,87
“O tipo de informações que os enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento / situação da criança”	246	4,07	0,90
“Como os enfermeiros o trataram como pessoa”	248	4,16	0,88
“Como os enfermeiros ouviram as suas preocupações”	248	4,02	1,00
“A liberdade que lhe deram dentro do serviço”	247	4,08	1,02
“A boa vontade com que os enfermeiros responderam aos seus pedidos”	249	4,06	0,96
“A privacidade que os enfermeiros lhe deram”	248	4,11	0,98
“O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades”	247	4,11	0,95

Escala de Lickert de 5 pontos.

Nesta escala verificou-se também satisfação com os cuidados de enfermagem com os valores médios a oscilarem entre 3,79 e 4,16. Verificou-se que o item com a média mais elevada foi: “Como os enfermeiros o trataram como pessoa”. Por sua vez, o item com a média mais baixa foi: “A maneira como os enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa”.

Apresentados os resultados descritivos passamos agora a analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação. Para testar a hipótese de que os pais do género masculino, têm níveis de satisfação mais baixos comparados com os pais do género feminino, fomos calcular a diferença de médias recorrendo ao teste *t* de Student.

Tabela 45 - Teste da diferença de médias da satisfação e género (pais).

Escala	Género		<i>t</i>	p
	Masculino	Feminino		
	Média (DP)	Média (DP)		
Opinião	3.68 (1.00)	4.07 (0.73)	-2.88	.004
Satisfação positiva	5.17 (0.92)	5.56 (0.76)	-2.56	.001
Satisfação negativa	2.29 (1.12)	2.08(1.05)	1.02	.306

Assim, da análise da Tabela 45, verificamos que a hipótese se confirma parcialmente uma vez que só existem diferenças com significância estatística nas dimensões opinião ( $t=-2.88$ ;  $p = .004$ ) e satisfação positiva ( $t=-2.58$ ;  $p = .001$ ) em que as médias obtidas são mais elevadas no género feminino.

Para averiguar a relação entre as médias da satisfação dos pais com a sua idade recorreremos ao teste de correlação de Pearson. Visámos testar a hipótese de que há uma relação direta entre a satisfação dos pais e a sua idade.

Tabela 46 - Correlações da idade com as escalas de satisfação (pais).

Escala	Idade	p
Opinião	.039	.545
Satisfação positiva	-.044	.508
Satisfação negativa	.044	.504

Pela Tabela 46, verificámos que os valores da correlação  $r$  de Pearson, são muito fracos indicando relações espúrias, sem significância estatística, pelo que a hipótese não é confirmada.

Para averiguar se existiam diferenças entre as médias da satisfação dos pais segundo o nível de escolaridade, utilizou-se o teste  $t$  de Student. Foram considerados dois grupos: ensino médio (pais com ensino primário e pais com ensino básico) e ensino superior (pais com ensino secundário e pais com ensino universitário). Testou-se a hipótese de que, os pais mais diferenciados, apresentam níveis menores de satisfação comparativamente com os pais com escolaridade menos diferenciada.

Tabela 47 - Teste da diferença de médias de satisfação dos pais segundo o nível de escolaridade.

Dimensões avaliadas	Nível de escolaridade		<i>t</i>	p
	Ensino superior	Ensino médio		
	Média (DP)	Média (DP)		
Opinião	4.02 (0.75)	4.04 (0.84)	-1.67	.870
Satisfação positiva	5.46 (0.74)	5.59 (0.87)	-1.12	.278
Satisfação negativa	1.92 (0.99)	2.37(1.21)	-3.28	.001

Assim, da análise da Tabela 47, verificámos que a hipótese se confirma parcialmente uma vez que existem só existem diferenças com significância estatística na dimensão satisfação negativa ( $t=-3.28$ ;  $p = .001$ ). As médias obtidas foram mais elevadas nos pais com ensino médio comparativamente com os pais com habilitações superiores.

Apresentamos em seguida a discussão dos resultados referentes à etapa II do percurso de investigação.



## CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A literatura científica tem alocado considerações ao nível da análise das experiências das crianças relacionadas com a hospitalização considerando, contudo, uma faixa etária mais ampla. A amostra populacional deste estudo, é especificamente a criança em idade escolar (7-11anos) e seus pais, pelo que, os resultados obtidos permitiram a compreensão, em maior profundidade, da experiência de internamento hospitalar nesta faixa etária em particular.

De uma forma geral verificamos, nestas amostras, que tanto crianças como pais se encontram globalmente satisfeitos com os cuidados de enfermagem.

No que se refere aos resultados na amostra das crianças constatamos que, em relação às características dos enfermeiros, a média aproxima-se do valor 3 (2,68-2,88), valor máximo, em todos os itens o que revela satisfação. O item com menor média é “os meus enfermeiros são divertidos”. Pelander, Leino-Kilpi & Katajisto (2007), utilizando o mesmo questionário, encontraram resultados similares sendo também a mesma afirmação a menos pontuada. Nos estudos encontrados, as crianças revelam também satisfação com as características pessoais dos enfermeiros e, para além dos itens que constam neste questionário, salientam ainda que esperam que os enfermeiros sejam amigáveis, sejam capazes de escutar (Fletcher et al., 2011) e que defendam os direitos das crianças (Randall et al., 2008). No presente estudo a característica “simpáticos” foi a que obteve a média mais elevada (Média=2,88). O sorriso é identificado como um comportamento expectável dado que se trata de uma expressão internacional aos quais as crianças são particularmente sensíveis, sobretudo as mais novas (Fletcher et al., 2011). Para as crianças em idade escolar, conhecer os enfermeiros enquanto pessoas, à medida que contactam com estes profissionais é fonte de satisfação com os cuidados (Wennström et al., 2008).

Em relação à subescala cuidados físico e tratamento, de uma forma geral as crianças estão também satisfeitas. As categorias menos pontuadas são “entretenimento” e “cuidado físico e tratamento”. As crianças esperam que os enfermeiros conversem e dediquem tempo a atividades de entretenimento sendo identificado como uma fonte de satisfação (Schmidt et al., 2007). Os cuidados físicos têm uma conotação mais negativa e surgem no contexto dos cuidados a problemas clínicos específicos que muitas vezes provocam dor pelo que compreensivelmente obtêm menor satisfação.

O “entretenimento”, é uma área muito valorizada pelas crianças (Lindeke et al., 2006) e os resultados obtidos podem ser explicados pela organização e dinâmica dos serviços de pediatria onde o estudo foi aplicado. Todas as unidades hospitalares dispunham de sala de atividades e educadora pelo que as atividades de entretenimento são asseguradas por estes profissionais. Por outro lado, os rácios enfermeiros / crianças, apontados como um aspeto a melhorar e fonte de insatisfação, pelos pais, limitam a capacidade de despende tempo para este tipo de atividades. Pelander, Leino-Kilpi & Katajisto (2007) obtiveram resultados similares nesta subescala.

No que se refere à categoria “cuidado físico e tratamento”, os resultados também podem ser explicados pelas características dos serviços. Em todas as unidades as crianças permanecem acompanhadas por um dos pais, habitualmente a mãe, nas 24 horas pelo que estes cuidados são assegurados pelo familiar. Nesta categoria destaca-se ainda a questão da alimentação, muito valorizada pelas crianças nesta faixa etária (Coyne, 2006a, 2006b) e um aspeto que surge tanto como fonte de satisfação como de insatisfação. No contexto nacional a alimentação das crianças é, habitualmente, solicitada pelos enfermeiros e, é um aspeto, nos parece, poder ser facilmente melhorado pela articulação com serviço de alimentação e adequação da dieta.

Salienta-se que na subescala “atividades dos enfermeiros” se verificam resultados muito satisfatórios nos itens informação e comunicação, identificados como aspetos fulcrais da satisfação quer para a criança em idade escolar (Silva & Ribeiro, 2000; Santos et al., 2016a) quer para os seus pais (Ammentorp et al., 2006; Matziou et al., 2011; Cimke & Mucuk, 2017). A ligação entre a disponibilização da informação e satisfação (Karaca & Durna, 2019) e, entre comunicação e satisfação tem sido estudada e verifica-se que quando existe mais informação e comunicação eficaz os níveis de satisfação são mais elevados (Oliveira et al., 2018). A comunicação define-se como um sistema em que existe informação que é criada ou recriada ocorrendo, simultaneamente troca e partilha de sentimentos e emoções entre os interlocutores (Phaneuf, 2005). No âmbito da saúde infantil, a comunicação é eficaz quando são geridos de forma satisfatória as atitudes e os comportamentos que podem interferir com a comunicação salientando-se a postura e atitudes corporais bem como a linguagem (Oliveira et al., 2018).

Por outro lado, a informação e a comunicação têm um papel importante na diminuição do stress causado pela hospitalização com impacto na satisfação dos pais com cuidados de enfermagem (Tsironi & Koulierakis, 2019). O acesso a informação concretamente acerca da situação de saúde da criança e sobre as rotinas hospitalares tem

impacto na satisfação com cuidados de enfermagem, isto é, pais insatisfeitos com a informação recebida apresentam menor satisfação com cuidados (Matziou et al, 2011) e pais satisfeitos com a informação recebida apresentam maiores scores de satisfação global com cuidados de enfermagem (Tsironi & Koulierakis, 2019).

Nas duas categorias restantes que integram esta subescala salienta-se que os dois itens menos pontuados foram “os enfermeiros consideram as minhas opiniões” e “os enfermeiros informaram-se sobre o que podia fazer no hospital”. De facto, a revisão da literatura aponta para uma dificuldade em incluir a criança nos cuidados sendo a comunicação dirigida preferencialmente para os pais, aspeto que é referido quer por crianças (Silva & Ribeiro, 2000; Santos et al., 2016a) quer por pais (Matziou et al, 2011; Marcinowicz et al., 2016).

No que se refere à terceira subescala, o ambiente verifica-se que o item menos pontuado foi o “o tempo passa depressa”. A questão do tempo é referida tanto por pais como por crianças e relaciona-se não só com o *timing* de realização de procedimentos, mas também com o entretenimento. A literatura salienta a necessidade de alocar mais tempo aos cuidados de enfermagem em intervenções como, o fornecimento de informação ou esclarecimento de dúvidas (Schaffer et al., 2000; Vogus & McClelland, 2016; Prasannan & Thomas, 2018).

A avaliação global com os cuidados de enfermagem obteve uma média 4,5 pelo que, para as crianças desta amostra, os cuidados de enfermagem são muito satisfatórios. Pelander, Leino-Kilpi & Katajisto (2007) verificaram resultados similares (9,18) próximos do valor máximo (10). Contudo, é necessário olhar para este resultados com alguma precaução pois crianças mais jovens tendem a selecionar os valores extremos numa escala de Lickert (Chambers & Johnston, 2002).

No que se refere às questões de resposta aberta em termos gerais, as crianças relataram um maior número de “melhores experiências” (285) do que de “piores experiências” (187), relacionadas com a experiência de estarem internadas num hospital. Pelander & Leino-Kilpi (2010) encontraram aproximadamente o mesmo número de melhores e piores experiências, enquanto que autores como, Lapa & Souza (2011), relataram um maior número de experiências negativas relatadas pelas crianças. Já autores como Schmidt et al (2007) e Ryan-Wenger & Gardner (2012) identificaram um maior número de comportamentos dos enfermeiros apreciados pelas crianças, comparativamente aos comportamentos não apreciados.

Similarmente ao descrito por Kiernan, Guerin & MacLachlan (2005) notamos que

as crianças mais novas tenderam a responder utilizando palavras ou frases curtas, enquanto que as mais velhas forneceram respostas mais longas. Salientamos a diversidade de respostas das crianças desta amostra, atendendo a que foram identificados múltiplos aspetos quer ao nível das melhores quer ao nível das piores experiências assim como a riqueza de conteúdo expressa no conteúdo frásico das crianças.

Neste estudo, as categorias que prevaleceram foram as relativas às melhores experiências relacionadas com as “pessoas” (f=113) e o “ambiente” (f=81). Em particular as crianças salientam a interação com as “pessoas” com quem contactam como relevantes e significativas (Marcinowicz et al., 2016; Shin & White-Traut, 2005), mas também reforçam a importância de manter os pais / pessoas significativas perto (Boztepe, Çınar & Ay, 2017).

As melhores experiências foram narradas com conteúdo “mais rico” e diversificado, enquanto que as piores experiências foram identificadas através de palavras isoladas / frases curtas como por exemplo “dor”, “pica”, “barulho”, “tirar sangue” ou “a espera”. Este aspeto foi descrito na literatura consultada, especificamente em estudos realizados com crianças em idade escolar (Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

Da análise efetuada, foram identificadas 5 categorias principais em cada uma das questões e, 4 destas categorias surgiram em ambos os domínios, nomeadamente as categorias “ambiente”, “atividades”, “resultados” e “alimentação”.

Verifica-se que existem grandes áreas temáticas que são identificadas pela criança e, se presentes, valorizadas pela mesma, aumentando a sua satisfação com a experiência de internamento hospitalar. Pelo contrário, quando ausentes e/ou desvalorizadas, diminuem a sua satisfação (Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

Em conformidade a estes resultados, as crianças participantes no estudo em análise, salientaram alguns comportamentos que apreciam e induzem sentimentos de segurança, conforto ou felicidade. Relativamente aos comportamentos não apreciados, os mesmos foram associados neste estudo ao medo, desconforto ou frustração.

O “ambiente” é um aspeto relevante e valorizado na hospitalização infantil (Bishop, 2010; Marcinowicz et al., 2016). A existência de infraestruturas físicas, que tornem o ambiente hospitalar menos frio e ameaçador, é uma realidade nos serviços de saúde dedicados ao atendimento às crianças, com evidência em contexto de humanização dos cuidados em saúde infantil e pediatria (Pastor, 2011). De facto a carta da criança hospitalizada prevê um conjunto de direitos que visam a humanização da hospitalização da criança (IAC, 1988) existindo também uma procura permanente de estratégias que

efetivem a humanização (Rodrigues et al., 2018).

Neste estudo, o “ambiente” obteve a maior frequência no âmbito da descrição das melhores experiências. O que indica a adaptação das estruturas físicas às necessidades das crianças. À semelhança do descrito por outros autores, a sala de atividades do serviço de internamento, foi muito valorizada, o que ocorre em todas as faixas etárias (Marcinowicz et al., 2016) com particular ênfase nas crianças em idade escolar (Crnkovic et al, 2009; Noreña Peña & Cibanal Juan, 2011).

Relativamente ao ambiente emocional, surge na literatura como relevante e identificado como o ambiente vivenciado entre enfermeiros e crianças e que, se adequado induz a sensação de bem-estar e satisfação (Pelander, Leino-Kilpi, et al., 2007). No entanto, não se verificaram referências diretas a este aspeto na análise dos resultados obtidos.

As “atividades” relacionadas com o brincar, surgem como um aspeto relevante na perspetiva das crianças hospitalizadas (Lapa & Souza, 2011; Marcinowicz et al., 2016; Boztepe et al., 2017;) e apontado, como uma das melhores e mais relevantes experiências em idade escolar (Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Ryan-Wenger & Gardner, 2012). Em continuidade, os aspetos do desenvolvimento infantil, suportam os achados deste estudo e são consistentes com as características das crianças (7-11 anos), dado que valorizam o brincar, os pares e a interação estabelecida com quem as rodeia (Papalia et al., 2013).

Os “resultados” da hospitalização obtidos da análise dos dados, veem corroborar os resultados publicados por outros autores (Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Coyne et al, 2014; Shirdelzade et al., 2014), aquando da identificação da expressão “ficar melhor” ou “ficar curado” nas respostas analisadas. Também a alusão das crianças à oportunidade de descansar no hospital, é comumente identificada em estudos dirigidos à população pediátrica (Shirdelzade et al., 2014).

A possibilidade de obter tratamento / medicamentos foi referida, sendo particularmente relevante para a criança em idade escolar comparativamente a outras faixas etárias (Ryan-Wenger & Gardner, 2012). Neste estudo, as crianças identificam, por exemplo, ter companhia ou a ausência de dor como aspetos positivos a retirar da hospitalização. Na perspetiva negativa, o tempo / espera e não poderem ir à escola. O tempo despendido / tempo de espera foi identificado, sobretudo associado à falta de atividades / entretenimento (Bishop, 2010), sendo deste modo possível enquadrar a capacidade de entretenimento tal como enunciada na literatura científica (Pelander, Leino-Kilpi, et al., 2007), como “dá-me coisas para fazer” (Ryan-Wenger & Gardner,

2012).

Ir à escola foi um aspeto valorizado pelas crianças, dado que a escola surge como fonte de aprendizagem mas também como fonte de entretenimento, e disponibilizar às crianças em idade escolar a oportunidade de estar com outras crianças (Papalia et al., 2013). Neste estudo, “não ir à escola” foi identificado como melhor experiência por apenas 2 crianças, e como pior experiência por 3 crianças. Uma explicação possível para estes resultados, é a existência de apoio de uma professora em todas as unidades hospitalares onde o estudo foi aplicado, pelo que as crianças continuam a realizar atividades escolares.

A “alimentação” surgiu como um aspeto relevante para a criança em idade escolar hospitalizada (Lapa & Souza, 2011), entendida quer como fonte de conforto quer como fonte de desconforto (Carnevale & Gaudreault, 2013). 47 das crianças inquiridas, referiram-se a este item como a pior experiência, em oposição a 10 que o identificaram como a melhor experiência. Lapa & Souza (2011) caracterizaram, num estudo semelhante, a “alimentação” como um aspeto positivo, sobretudo pelo acesso das crianças aos produtos alimentares que não estão disponíveis no domicílio, sendo estes entendidos como fonte de compensação. A este nível, salienta-se que nenhuma criança referiu, enquanto experiência, a receção de presentes / compensações por estar hospitalizado, embora este aspeto seja reportado não só enquanto resultado no estudo realizado por Lapa & Souza (2011) mas também inerente ao conceito de satisfação da criança em idade escolar (Taylor et al., 2010). Com já referido, para a criança nesta faixa etária a satisfação pode implicar receber algum tipo de presentes ou ser compensada de alguma forma.

A categoria “pessoas” surgiu como a categoria quantitativamente mais relevante neste estudo. As crianças destacaram a relação que estabelecem com os profissionais de saúde e com os seus pais. Veem a hospitalização como uma oportunidade de poder passar mais tempo com os pais e receber a sua atenção e carinho (Lapa & Souza, 2011). Para a criança, a necessidade de companhia, suporte e contacto com os seus amigos e com a sua família é relevante (Papalia et al., 2013). Sendo que, a criança em idade escolar valoriza particularmente no contexto de hospitalização, a presença dos pais, tal como se verificou neste estudo. Em estudos desenvolvidos com os adolescentes, o mais valorizado foi o contacto com os amigos e os seus pares (Bishop, 2010).

Em relação à categoria “sentimentos”, a restrição física, quer ao quarto quer ao hospital, surgiu como um aspeto enquadrado nas piores experiências (Lapa & Souza, 2011) e responsável pela insatisfação. De um modo geral, as crianças desta faixa etária

apreciam poder sair do ambiente hospitalar e ter acesso ao exterior (Bishop, 2010).

Por outro lado, o medo é referenciado amplamente em estudos sobre a hospitalização da criança, definido como um sentimento comum na perspectiva quer dos profissionais de saúde quer da criança (Lapa & Souza, 2011). Neste estudo, não foram encontradas respostas relativas ao “medo”, contudo foi possível identificar de forma indireta os medos (dor, ficar sozinho) e as fontes de desconforto (calor, barulho).

A dor, no contexto da hospitalização infantil, é identificada frequentemente na literatura (Coyne, 2006a; Pelander, Leino-Kilpi, et al., 2007; Fletcher et al., 2011) tal como se verificou neste estudo. A ausência / diminuição da dor foi apontada como uma das melhores experiências, categorizada como “resultados”. Ter dor foi identificada como uma das piores experiências. Surgiu associada aos procedimentos (Lapa & Souza, 2011) como a punção venosa, identificada como um dos procedimentos mais stressantes para a criança (Hands, Round, & Thomas, 2009), e ao sentimento de desconforto especificamente na idade escolar (Carnevale & Gaudreault, 2013; Ryan-Wenger & Gardner, 2012).

É sugerido, na literatura, a valorização dos brinquedos e do brincar como formas de minimizar os efeitos negativos da hospitalização assim como a criação de oportunidades para ouvir as perceções, dúvidas e necessidades das crianças (Lapa & Souza, 2011). Os principais stressores da hospitalização incluem a separação, a perda de controle, a lesão corporal e a dor sendo ainda importante considerar os fatores individuais e particulares de cada criança (Hockenberry et al., 2018). Na idade escolar as principais estratégias para fazer face a estes stressores incluem a reflexão sobre o acontecimento e a distração, sendo esta última apontada como particularmente útil (Morales & Enumo, 2008). Os resultados encontrados neste estudo estão em linha com estes aspetos e foram também verificados.

Efetou-se relação entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação. Verificamos que os rapazes têm níveis de satisfação mais baixos nas categorias ambiente social e ambiente físico comparativamente às raparigas. Este achado pode ser explicado pelas características dos rapazes em idade escolar que tipicamente fazem atividades ao ar livre e com prática de desporto enquanto que as raparigas fazem atividades moderadas, em espaços fechados, sem necessidade por exemplo de espaços amplos para correr (Papalia et al., 2013; Hockenberry et al., 2018). Nos últimos anos tem havido, no entanto, uma aproximação das atividades desenvolvidas quer por rapazes quer por raparigas e que se centram muito em jogos online, nos telemóveis e consolas de jogos pelo que, provavelmente este achado em futuros estudos pode não se verificar.

Recentemente Comparcini et al (2018), na aplicação do mesmo instrumento a uma amostra de crianças Italianas, obtiveram resultados que sugerem que a idade é um fator que afeta a satisfação com a qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste estudo não se verificou relação entre a idade e a satisfação. Carney et al. (2003) verificou relação positiva entre idade e satisfação com informação fornecida pelos familiares assim como Pelander, Leino-Kilpi & Katajisto (2007).

As crianças com internamento programado têm níveis de satisfação superiores comparativamente às crianças com internamento não programado na categoria ambiente emocional. As vantagens da preparação para a hospitalização, nomeadamente ao nível da preparação pré-operatória, e especificamente no grupo etário dos escolares, estão já demonstradas (Brewer et al., 2006; Vaezzadeh et al., 2011) . Sempre que a criança é preparada, conhece o ambiente, tem tempo para expor as suas dúvidas e colocar questões, manipular o material e conhecer as pessoas envolvidas ocorre diminuição da ansiedade (Brewer et al., 2006).

No que concerne ao tipo de diagnóstico, não se verificou relação com a satisfação nesta amostra. Já Pelander, Leino-Kilpi & Katajisto (2007) verificaram que as crianças com diagnósticos cirúrgicos estavam mais satisfeitas com a informação recebida comparativamente às crianças com diagnósticos médicos, o que pode estar relacionado com os aspetos de preparação para a hospitalização já referidos.

Em relação ao tempo de estadia, não se verificou relação com a satisfação. Este é um aspeto também verificado na população adulta (Borghans et al., 2012). No que se refere a internamentos prévios e satisfação, também não se verificou relação nesta amostra. Pelander, Leino-Kilpi & Katajisto (2007) verificaram que as crianças que tinham experiências prévias de hospitalização consideravam que os enfermeiros brincavam mais comparativamente às crianças sem experiência prévia.

Verificou-se também que as crianças que têm um enfermeiro responsável estão mais satisfeitas comparativamente às que não têm um enfermeiro responsável. Shin & White-Traut (2005) reportam que nas interações entre os enfermeiros e as crianças e seus pais são preferencialmente os enfermeiros quem toma a iniciativa. Estes autores salientam também que, a maior parte das interações são positivas o que gera sentimento de bem estar tanto nas crianças como nos pais. A existência de um enfermeiro responsável é recomendada e facilita a criação de relações o que explica a relação encontrada neste estudo.

No que se refere aos pais, os resultados de aplicação dos questionários indicam, de uma forma geral, que os pais estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem o que vai ao encontro à literatura consultada (Yagil et al., 2010; Matziou et al., 2011; Williams et al., 2013; Uysal & Cirlak, 2014; Marcinowicz et al., 2016). Estes resultados sugerem que nos contextos onde o estudo decorreu, existe uma preocupação com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Dos itens que compõe o instrumento, verificaram-se médias acima de 6 (cotação 1-7) em 5 itens: “sentia-me à vontade com os enfermeiros”, “os enfermeiros sabiam fazer o melhor para a criança”, “os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia”, “se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom grado a este serviço” e “os enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam”. Quando os pais se sentem à vontade com os enfermeiros e conseguem estabelecer uma boa relação, reflete-se na sua avaliação da satisfação. De facto, a relação estabelecida entre enfermeiros e pais está associada a maior satisfação (Wanzer et al., 2004). Também a perceção dos cuidados que são prestados pelos enfermeiros aos filhos influencia a sua satisfação. Quando os pais sentem que os enfermeiros prestam cuidados adequados à situação clínica e são percecionados como profissionais competentes, manifestam maior satisfação (Kinder, 2016). A comunicação e informação são aspetos essenciais na satisfação. É importante uma comunicação que seja percebida pelos pais como eficaz e adequada às suas necessidades (Wanzer et al., 2004). Assim, quando a satisfação é elevada reflete-se em intenção de reutilizar o serviço e a Instituição de saúde, aspeto que é fulcral na avaliação da satisfação numa ótica de gestão de serviços (Otani & Kurz, 2004).

O item com média mais baixa foi: “estivessem ou não muito ocupados, os enfermeiros arranjavam tempo para mim”. A questão do tempo de atendimento é também um aspeto referenciado quer por crianças quer por pais. Para os pais, o tempo de atendimento deve ser adequado às necessidades da criança e é entendido quer como fonte de satisfação, quer de insatisfação (Schaffer et al., 2000; Williams et al., 2013). Nos itens com formulação negativa, o item: “os enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado” obteve a média mais baixa indicando maior satisfação e por sua vez, o item “os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento” obteve a média mais elevada e, portanto, indicador de menor satisfação. O primeiro item salienta a importância de preparar os pais e dar-lhes tempo para intervirem. Autores como Cimke & Mucuk (2017) explicitam como explicar, demonstrar e acompanhar os pais nos

cuidados aos filhos pelo envolvimento nos cuidados no respeito pelos princípios dos cuidados centrados na família. O segundo item refere-se à informação fornecida, reconhecida como essencial e promotora de satisfação (Cimke & Mucuk, 2017; Schaffer et al., 2000).

No que se refere à escala de opiniões (score 1-5), verificaram-se médias entre 3,79 e 4,15 indicador também de satisfação. O item que obteve maior score foi: “a frequência com que os enfermeiros perguntavam se a criança estava bem”. Este aspeto é entendido como um procedimento de segurança, importante para os pais e que inclui a observação de comportamento por parte dos enfermeiros, como verificar regularmente a criança, assegurar que estranhos não têm acesso às crianças / enfermarias e assegurar medidas que evitem a transmissão de infeções entre crianças (Schaffer et al., 2000). O item com o score mais baixo foi: “a maneira como os enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa”. O ambiente de cuidados deve ser percebido como positivo pelos pais de forma a gerar satisfação com os de enfermagem (Marino & Marino, 2000; Schaffer et al., 2000; Matziou et al., 2011).

No que se refere às questões de resposta aberta, a maior parte dos pais aproveitou este espaço para referir que não existem aspetos a melhorar ou para deixar agradecimentos. Schaffer et al. (2000) verificaram, numa análise de respostas abertas de questionários de satisfação dirigidos aos pais de crianças hospitalizadas, que os mesmos expressam a sua satisfação global ou apreço pelo hospital e pelos seus profissionais. Nesta amostra os pais deixaram relatos como: “fiquei muito satisfeita em todos os cuidados prestados pelos enfermeiros para com o meu filho e nada tenho a acrescentar. Obrigada” (P10) ou “Eu pessoalmente estou muito satisfeita, com o serviço que tem sido prestado. Este é o 5º internamento e sempre tivemos cuidados bem prestados pela equipa de enfermagem” (P82).

Os pais referiram aspetos que se relacionam com o domínio pessoal, salientando que poderiam ser melhorados aqueles que se referem às características pessoais dos enfermeiros como “melhorar a simpatia com os pais” (P245). Salientam também a diversidade de profissionais pelo que nem todos têm as mesmas, como veio a ser expresso na seguinte afirmação: “existem bons e maus profissionais em todas as áreas, na enfermagem é preciso pessoas humanas e sensíveis, podem melhorar estes aspetos” (P168). As características pessoais dos enfermeiros e a forma como a usam na relação com os clientes, é um aspeto muito focado nos estudos sobre satisfação não apenas nas

crianças e pais mas também na população adulta no geral (Lumby & England, 2000; Otani & Kurz, 2004; Otani et al., 2011).

No domínio ambiental (f=18) os pais salientam a melhoria das condições físicas e organizacionais como se verificou nas seguintes expressões: “pedir uns sofás melhores para os pais poderem dormir melhor no quinto piso com as crianças e poderem estar com as crianças” (P13) e “condições nos quartos nas dormidas noturnas. Quando a criança recupera os pais que têm de pernoitar ficam debilitados com as deficientes condições para descanso” (P71). Estes s estão em consonância com a literatura (Schaffer et al., 2000; Cardoso, 2010; Santos, 2012; Ribeiro et al., 2014). Em síntese, depreende-se que será difícil ter satisfação com os cuidados se as condições básicas de hotelaria não estiverem asseguradas.

Os pais referiram ainda a dotação de enfermeiros como um aspeto a melhorar. Salientam a falta de pessoal e os rácios inadequados, como se verifica nos seguintes comentários: “os cuidados de enfermagem são bons, mas há pouco pessoal” (P148) e “deviam ter mais enfermeiros em cada turno” (P165). É necessário a existência de recursos humanos suficientes que possam garantir a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e ir de encontro às expectativas e necessidades dos utentes. A relação entre dotações seguras e qualidade dos cuidados de enfermagem já foi estabelecida e relaciona-se também com a satisfação (Freitas & Parreira, 2013).

No que se refere a comentários adicionais mais uma vez se verificou que os pais aproveitam este espaço para expressar satisfação com os cuidados prestados (f=46) como é visível na seguinte expressão: “espero que continuem assim, porque estou muito satisfeita” (P12). Os pais utilizaram o espaço de resposta aberta para elogiar e agradecer os cuidados expressando assim a sua satisfação, à semelhança do que é encontrado nos resultados de outros estudos (Schaffer et al., 2000; Strasburg et al., 2011).

Referiram também as questões ambientais (f=27) como as condições de acomodação como se verifica na seguinte expressão “as mães deviam ter um sítio mais confortável para passar a noite” (P123). Referiram-se à alimentação como se verifica nos seguintes comentários: “melhorar a comida” (P129) e “a comida das crianças poderia ser muito melhorada” (P194). A alimentação dos pais e a necessidade de deixarem a criança no serviço enquanto se têm de ausentar para tomarem as suas refeições, foi gerador de angústia para os pais. Trata-se de um achado semelhante ao encontrado no estudo de Strasburg et al. (2011).

Em continuidade, salientam também outros aspetos, como o acesso à internet: “ter acesso à Internet sempre” (P154) e a melhoria das condições gerais: “melhores condições para os pais” (P210). O ambiente do serviço surge como um fator que influencia a satisfação dos pais não sendo contudo o mais relevante (Matziou et al., 2011).

No âmbito profissional ( $f=4$ ) os pais aludiram à dotação e à rotatividade dos enfermeiros, como se percebe pela seguinte expressão: “a rotatividade dos serviços de enfermagem criou alguma instabilidade, em saber se a simpatia e os cuidados serão idênticos. Em 3 dias a criança tem contacto com vários enfermeiros (pelo menos fiquei com essa ideia)” (P43). Os pais identificaram a dotação dos enfermeiros como um aspeto a melhorar, sendo este promotor de satisfação. De facto, na literatura a relação entre dotação de enfermeiros e satisfação do cliente foi já demonstrada, evidenciando a importância de dotações adequadas para irem ao encontro das necessidades dos clientes (Laschinger et al., 2011).

No que se refere à relação entre a satisfação e as características sociodemográficas, verificou-se que os acompanhantes do género feminino têm satisfação mais elevada na escala de opiniões e na escala de satisfação, nas questões formuladas positivamente quando comparadas com os acompanhantes do género masculino. Yagil et al. (2010) verificaram no seu estudo que os pais estão menos satisfeitos que as mães contudo, Uysal & Cirlak (2014) verificaram o resultado oposto .

Verificou-se ainda que não existe, nesta amostra relação entre satisfação e a idade dos acompanhantes. É uma característica socio demográfica com resultados dispares o que vem corroborar comn eso resultados obtidos nos estudo desenvolvidos por Prasannan & Thomas (2018) e González-Valentín, Padín-López, & Ramón-Garrido (2005).

Verificámos que existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação e a escolaridade dos acompanhantes. Os pais com habilitações superiores obtiveram maior satisfação na escala de satisfação, nas questões formuladas negativamente, comparado com os pais de habilitações médias. Ammentorp et al. (2006) obtiveram resultados opostos, os pais com habilitações superiores expressaram menor satisfação. Por outro lado, Uysal & Cirlamk (2014) concluíram que o nível educacional dos pais não teve relação com o nível de satisfação com os cuidados de enfermagem. Encontraram, contudo, outras relações entre variáveis. A saber: relação positiva entre a satisfação e a idade da criança e entre a satisfação e a empregabilidade ativa dos pais, em comparação com os pais desempregados, aspetos que não foram abordados nesta amostra. Matziou et al. (2011) concluíram que os pais de crianças admitidas em serviços cirúrgicos estão mais satisfeitos

que os pais de crianças admitidas em serviços médicos. Este aspeto também não foi abordado neste percurso, atendendo à necessidade de ser salvaguardado o anonimato dos participantes.

Em suma, verificámos a existência de poucas relações entre as características socio demográficas das amostras e a satisfação com os cuidados de enfermagem. Ammentorp et al. (2006) e Matziou et al. (2011) salientam que as características socio demográficas são um preditor minor da satisfação e, por outro lado importa salientar que são características que não podem ser alteradas.

Identificamos, contudo, áreas da prestação de cuidados que podem ser melhoradas e trabalhadas na prestação direta de cuidados. Neste sentido, quais serão as estratégias para o fazer? Foi a questão à qual procurámos responder na etapa seguinte que versou a perspetiva dos enfermeiros.



## **CAPÍTULO 7 - ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A SATISFAÇÃO: PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS**

Na continuidade do estudo, delineou-se como objetivo: identificar as estratégias descritas pelos enfermeiros que contribuem para o aumento da satisfação da criança e dos seus pais com a hospitalização. Para a sua consecução foi selecionada enquanto técnica de investigação, o painel delphi (Dalkey, 1969).

Esta etapa do percurso de investigação pretende obter os contributos dos enfermeiros sobre esta temática e, dar resposta à segunda questão de investigação: *Quais são as estratégias descritas pelos enfermeiros que contribuem para o aumento da satisfação da criança e dos seus pais com a hospitalização?*

O painel delphi, utiliza um grupo de participantes, também chamados peritos. No domínio científico de enfermagem, o perito é entendido como o profissional com capacidades, habilidades e conhecimento, adquiridos de forma educacional e através da experiência profissional (Benner, 2005). A seleção dos participantes baseia-se, normalmente em critérios específicos que derivam do próprio objetivo do estudo (Keeney et al., 2011). Neste caso a população é formada pelos enfermeiros que constituem as equipas de enfermagem dos nove serviços onde o estudo foi aplicado. Para a seleção da amostra estabeleceram-se como critérios de inclusão: enfermeiros pertencentes às equipas de enfermagem dos nove serviços, onde o estudo foi aplicado, na primeira fase do percurso de investigação e tempo de experiência profissional na área de pediatria  $\geq$  três anos de forma a assegurar conhecimento suficiente sobre o tema.

O número de participantes nesta metodologia de investigação não é consensual (Hasson et al., 2000; Justo, 2005; Vernon, 2009). De acordo com Okoli & Pawlowski (2004), o tamanho do grupo não está dependente das questões estatísticas mas da capacidade de chegar a consenso pelo que, recomendam grupo constituídos por 10 a 18 elementos. Já Silva et al. (2008) salientam que o número de elementos deve atender ao fenómeno em estudo sendo um número entre 15 e 30 elementos considerado o suficiente para gerar dados relevantes. Por outro lado, Keeney, Hasson & Mckenna (2011) salientam que a validade e confiança da técnica não aumentam significativamente com grupos superiores a 30 elementos. É importante ainda salientar que se trata de uma técnica com uma percentagem elevada de abstenção que Wright & Giovinazzo (2000) classificam de 30% a 50% na primeira ronda e 20% a 30% na segunda ronda.

Antecipando esta situação, foram selecionados todos os enfermeiros das equipas onde o estudo foi aplicado desde que cumpridos os critérios de inclusão, obtendo-se assim uma amostra não probabilística intencional. No total, foram identificados e enviados convites a 90 enfermeiros que aceitaram ser contactados via eletrónica.

O painel delphi é uma técnica de investigação originalmente desenvolvida enquanto um processo estruturado que utiliza uma sequência de questionários ou rondas com o objetivo de consensualizar informação (Dalkey, 1969; Keeney et al., 2011). O grupo participante é não presencial e habitualmente o tema em estudo tem ainda dados insuficientes ou desconhecidos. Trata-se de uma técnica flexível o que permite a sua utilização em diversas de áreas científicas (Souza et al., 2015) mas que tem vindo a ser utilizado frequentemente na investigação em enfermagem (McKenna, 1994) dada a sua capacidade de extrair conhecimento tácito difícil de verbalizar e formalizar (Foth et al., 2016). É também identificada como uma técnica de consenso (Keeney et al., 2011; McKenna, 1994; Silva et al., 2008; Souza et al., 2015) que ocorre em ambiente controlado (Justo, 2005) entre um grupo de peritos numa determinada área ou tema (Silva et al., 2008).

Justo (2005, p. 1) define-a como “(...) *um conjunto de procedimentos iterativos aplicados a um grupo não presencial com o objetivo de obter a opinião consensual sobre uma matéria ou um conjunto de matérias para as quais se dispõe de dados insuficientes ou contraditórios*”. Adicionalmente, Smith et al. (2018) identificam esta técnica como particularmente útil na identificação de estratégias e intervenções que possam ser utilizadas no âmbito da prática de cuidados. No presente estudo, fizemos a opção por esta técnica por se tratar de uma técnica de consenso, dado que os participantes, enfermeiros, advêm de 6 hospitais diferentes e, portanto, geograficamente distantes e porque pretendemos também a identificação de estratégias.

O painel delphi tem como principal vantagem a amplitude do estudo (Silva et al., 2008), isto é não tem limites geográficos para a seleção dos peritos, não requerendo reunião presencial (Justo, 2005). O que diminui a influência de fatores psicológicos (como a capacidade de persuasão ou a conformidade com o grupo) e permite a participação de grupos maiores (Silva et al., 2008). Pode ser realizada por correio ou por contato *online* sendo de destacar que, quando realizado em formato eletrónico, mantém as mesmas características reduzindo os custos, tempo despendido e evita a perda de interesse dos participantes (Silva et al., 2008). Neste sentido, fez-se a opção pela utilização da técnica em formato eletrónico. Tem como características o anonimato, a

interação com informação de retorno, o tratamento estatístico das respostas do grupo, utilização mais eficiente do tempo dos peritos e a convergência na distribuição das respostas (Justo, 2005). No que se refere ao anonimato, McKenna (1994) salienta que em muitas situações, os participantes conhecem-se e interagem sendo que neste caso a técnica será “quase-anônimo”, uma vez que as respostas em si são confidenciais. Destaca este autor que, neste caso, o investigador deve declarar claramente a importância de os participantes não comentarem as respostas entre si. Assim, integrou-se este aspeto na redação do termo de consentimento livre e esclarecido.

A interação com informação de retorno, ocorre na sequência das diversas rondas onde o sumário de cada ronda é incluído na ronda seguinte (Keeney et al., 2001). O tratamento estatístico das respostas inclui a análise da mediana e intervalo interquartil (Justo, 2005) assim como a percentagem de concordância entre os participantes (Diamond et al., 2014). Os peritos podem dispor de tempo adequado para elaborar as respostas sem estarem limitados pelo condicionalismo e influência do grupo (Justo, 2005). A convergência na distribuição das respostas decorre de todo o processo e é eficaz em áreas de julgamento subjetivo (McKenna, 1994).

São realizadas, habitualmente, entre 2 a 4 rondas (Keeney et al., 2001; Justo, 2005). A primeira ronda funciona com um “brainstorming” (Okoli & Pawlowski, 2004) onde devem ser colocadas questões abertas de forma a gerar ideias (Keeney et al., 2001). Podem também ser apresentados, nesta fase, uma lista de enunciados consistentes com a revisão da literatura (Justo, 2005), contudo esta opção embora possa ser mais eficiente na gestão do tempo, pode conduzir a enviesamento e limitação nas respostas dos participantes (Keeney et al., 2001). Nas rondas seguintes, as respostas são categorizadas e devolvidas sob a forma de questionários com incorporação de comentários até que se atinja o consenso pretendido (Justo, 2005), sendo que a taxa de retorno diminui no decorrer das rondas, o que é identificado na literatura como uma das principais dificuldades nesta técnica (McKenna, 1994; Silva et al., 2008; Diamond et al., 2014). A taxa de concordância deve ser definida à priori sendo que os itens identificados devem ter um consenso entre os participantes de pelo menos 75% (Diamond et al., 2014).

No seguimento dos aspetos éticos já abordado na etapa II, nesta etapa demos continuidade aos mesmos princípios. Foi efetuado o contacto com os enfermeiros chefes dos serviços e solicitado o endereço eletrónico profissional dos enfermeiros que cumprissem os critérios estabelecidos. Foi pedida a autorização pelos enfermeiros chefes aos enfermeiros para o fornecimento do contacto eletrónico e, aos que aceitaram ser

contactados por esta via, foi enviado o convite para participar no estudo. Procuramos desta forma, desta forma assegurar a “aceitabilidade ética” salientada por Almeida & Freire (2008, p. 244).

Foram seleccionados 90 participantes enfermeiros entre as seis Instituições hospitalares. Tivemos em consideração a importância do cumprimento do direito à informação e direito à autonomia respeitando a decisão dos enfermeiros em relação ao seu envolvimento no estudo (Nunes, 2013).

Neste sentido, foi enviado email a cada enfermeiro com o pedido de colaboração no estudo clarificando o que pretendíamos com a sua participação, evidenciando a sua importância. Os enfermeiros eram convidados a seguir um link onde lhe era apresentado um texto que: convidava à participação, enquadrava o estudo, assegurava a participação voluntária sem prejuízo pessoal ou profissional, assegurava a confidencialidade, explicitava a finalidade do estudo explicando as suas etapas e objetivos, explicava a metodologia, o que se pretendia dos participantes deixando os contactos da investigadora. Os participantes tinham então de sinalizar a sua aceitação em participar no estudo e aceitar o uso do email para futuros contactos de forma a poderem participar no estudo. Desta forma asseguramos a participação voluntária, salvaguardando o direito à recusa em qualquer momento, sendo explícito não existir qualquer tipo de prejuízo para os participantes.

Ainda neste âmbito procurou-se manter os princípios éticos pelo cumprimento da confidencialidade das fontes, o rigor no tratamento de dados e disseminação de resultados, aspetos basilares nesta etapa do percurso.

### **7.1 - Ronda 1: brainstorming**

O envio do convite para participar no estudo decorreu em simultâneo para todos os enfermeiros, quando obtivemos a totalidade dos contactos. A primeira ronda decorreu durante o mês de novembro de 2018. Assumimos um mês para a realização da primeira ronda como sugerido na literatura (Linstone & Turoff, 2002).

As questões foram formuladas no sentido de dar resposta aos objetivos desta etapa de investigação, isto é identificar estratégias referidas pelos enfermeiros que promovam o aumento da satisfação. Como referem Okoli & Pawlowski (2004), a primeira ronda funciona como um “brainstorming” onde devem ser colocadas questões abertas de forma

a gerar ideias (Keeney et al., 2001). Podem também ser apresentados, nesta fase, uma lista de enunciados consistentes com a revisão da literatura (Justo, 2005), contudo esta opção embora possa ser mais eficiente na gestão do tempo, pode conduzir a enviesamento e limitação nas respostas dos participantes (Keeney et al., 2001). Neste sentido, optou-se por deixar as questões mais gerais e abertas. Foi selecionado o termo “estratégias” porque para além de ser um termo que integra o processo de enfermagem é também um termo amplo. Segundo os descritores em ciências da saúde, estratégias são amplas linhas de ação requeridas em todos os setores para colocar em execução a política de saúde (*DeCS - Descritores Em Ciências Da Saúde*, 2018). A identificação de estratégias que possam ser utilizadas na prática de cuidados é um aspeto importante para a profissão de enfermagem (Sahlsten et al., 2009).

Assim, foram formuladas as seguintes questões de resposta aberta:

- 1) Quais as estratégias que promovem a satisfação das CRIANÇAS em idade escolar (7-11 anos) hospitalizada com cuidados de enfermagem?
- 2) Quais as dificuldades / constrangimentos que encontra na operacionalização das estratégias enumeradas na sua prática diária de cuidados?
- 3) Quais as estratégias que promovem a satisfação dos PAIS das crianças em idade escolar hospitalizada com cuidados de enfermagem?
- 4) Quais as dificuldades / constrangimentos que encontra na operacionalização das estratégias enumeradas na sua prática diária de cuidados?

O questionário foi elaborado com recurso à ferramenta de criação de formulários disponível no Google Documents® (Apêndice III) dado que permitia a seleção de várias opções: escolha de layout, elaboração de questões sob variados formatos, envio do questionário por mensagem de correio eletrónico com hiperligação e possibilidade de selecionar de campos de preenchimento obrigatório.

Assim, após o preenchimento do questionário os enfermeiros selecionaram a opção “Enviar” o que comprovou o envio com sucesso. A ferramenta importa automaticamente os dados para uma folha de cálculo que pode ser exportada para outros aplicativos informáticos.

Na elaboração do questionário atendeu-se ao elementos estruturais que devem constar num questionário bem como às questões práticas de apresentação, clareza de instruções e disposição e revisão gráfica (Carmo & Ferreira, 1998).

### 7.1.1 - Procedimento de recolha, tratamento e análise de dados

O instrumento foi divulgado, entre os participantes, através do formulário Google Docs®. O contacto foi efetuado via eletrónica, convidando à sua participação no estudo mediante a seleção do link do questionário e respetivo preenchimento.

Os participantes puderam colaborar livremente dentro das suas disponibilidades pessoais e profissionais. Tendo por base esta ferramenta e as suas funcionalidades, foi possível monitorizar o processo pelo acionamento da opção de envio de email para o nosso endereço eletrónico sempre que um questionário tinha sido respondido.

Inicialmente verificou-se existirem poucas respostas e, portanto, baixa adesão. Keeney, Hasson & Mckenna (2011) salientam que uma das fragilidades desta técnica é precisamente a baixa taxa de respostas e sugerem enquanto medida o reenvio do convite para participar no estudo, o que se efetivou. Após terminar o tempo estipulado de 1 mês, foi cancelada a receção de mais questionários e foram analisadas as respostas fornecidas nesta primeira ronda.

Os dados foram sendo recebido e integrados automaticamente na folha de cálculo do formulário Google Docs. Obtida a amostra final os dados foram exportados para uma folha de cálculo do Microsoft Excel® de modo a trabalhar os dados para análise das respostas.

Na primeira ronda foram integrados dados demográficos que permitissem a caracterização da amostra populacional nomeadamente: género, idade, habilitações académicas e experiência profissional em saúde infantil (anos). Estes dados foram trabalhados com recurso à estatística descritiva.

Relativamente às questões de resposta aberta foram analisadas com recurso ao método de análise de conteúdo, como sugerido na literatura (Keeney et al., 2011), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações com recurso a procedimentos sistemáticos e objetivos na descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2013). Sendo a primeira ronda uma etapa de brainstorming e geração de ideias (Okoli & Pawlowski, 2004; Keeney et al., 2011;) optou-se por efetuar uma análise de tipo temático e frequencial (Bardin, 2013).

Assim, as respostas de cada participante foram transcritas sendo atribuída a cada resposta um conjunto de 2 letras e 2 números. Foi atribuída a letra R (resposta) seguido de um número de 1 a 4 (1 – primeira pergunta, 2 – segunda pergunta etc.) e a letra P (participante) seguida de carácter numérico consoante a ordem de resposta (1 a 47).

Transcritas as respostas e, seguindo as fases desta técnica, procedeu-se à pré-exploração do material com leitura flutuante do *verbatim* (Campos, 2004). Esta é a fase de organização propriamente dita e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais (Bardin, 2013) e os seus significados gerais (Campos, 2004).

A segunda fase, a exploração do material consiste em operações de codificação (Bardin, 2013) em que se selecionam as unidades de análise ou unidades de significado e que incluem palavras, frases, parágrafos ou texto completo (Campos, 2004). Podem ser consideradas unidades de registo as unidades de significação a codificar. Estas unidades correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base visando a categorização e a contagem frequencial (Bardin, 2013). Sendo que, a contagem frequencial, entendida como a repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes, é uma forma de agrupamento das unidades de análise (Campos, 2004). Nesta fase, procedeu-se à seleção das unidades de registo visando a categorização. Salienta-se que “(...) a unidade de registo pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis” (Bardin, 2013, p. 130) sendo efetuado recortes ao nível semântico (tema) mas também ao nível linguístico (palavra / frase).

Por fim, na terceira fase, o processo de categorização e sub-categorização (Campos, 2004) procedeu-se à classificação e agrupamento das unidades de registo segundo um critério semântico (Bardin, 2013). As categorias foram de natureza não apriorística e emergiram do contexto das respostas dos participantes (Campos, 2004). Foram enviados convites a 90 enfermeiros e após, o reenvio dos convites obtiveram-se 47 respostas o que corresponde a uma taxa de retorno de 52% o que se situa dentro das taxas já identificadas na literatura (Wright & Giovinazzo, 2000).

### 7.1.2 - Apresentação dos resultados

No que se refere aos dados sociodemográficos, de caracterização da amostra (n=47), relativamente à primeira ronda verificou-se um predomínio de participantes do género feminino (n=46; 98%) com apenas um dos respondentes do género masculino (n=1; 2%). A faixa etária dos participantes, variou entre 25 e 60 anos com uma média de 38,5 anos. No que diz respeito às habilitações académicas, 2 têm o grau de bacharel em enfermagem (4,3%), 16 participantes detêm o grau de licenciados (34%), 9 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (19,2%), 19 detêm o grau de

mestre (40,4%) e, um dos participantes detém o grau de doutor (2,1%). No que se refere à experiência profissional em saúde infantil, variou entre 3 e 38 anos com uma média de 14,7 anos (DP=7,7).

Na primeira ronda do painel delphi solicitamos aos enfermeiros que indicassem estratégias promotoras de satisfação quer nas crianças quer nos pais. Pretendemos apurar intervenções que possam ser utilizadas na prática de cuidados. Uma intervenção de enfermagem é “(...) qualquer tratamento que, baseado em julgamento e conhecimento clínico, um enfermeiro ponha em prática para intensificar os resultados do cliente. As intervenções de enfermagem incluem tanto a assistências direta como a indireta; as assistências voltadas para indivíduos, famílias e comunidade; a assistência prestada em tratamentos iniciados pelo enfermeiro, médico e outro prestador” (Bulechek et al., 2016, p. 58). Para lidar com a crescente complexidade dos cuidados de enfermagem devem ser utilizadas sistemas de linguagens padronizadas enquanto instrumentos (Carvalho, Cruz & Herdman, 2013). Neste sentido, a Nursing Intervention Classification (NIC) é uma taxonomia uniformizada de intervenções prestadas pelos enfermeiros, organizada numa estrutura coerente, originando uma linguagem padronizada que permite a comunicação com clientes, família e outros profissionais de saúde (Bulechek et al., 2016). Por outro lado, ao utilizar a linguagem NIC para documentar o trabalho dos enfermeiros na prática é possível determinar o impacto dos resultados. As intervenções desta classificação estão agrupadas em 30 classes e nos domínios fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família, sistema de saúde e comunidade (Bulechek et al., 2016).

Assim, na análise das respostas dadas pelos enfermeiros, nesta primeira ronda, procuramos integrar a taxonomia NIC apurando intervenções que pudessem ser utilizadas na prática de cuidados.

Da apreciação das respostas da primeira ronda verifica-se que, relativamente à primeira questão (quais as estratégias que promovem a satisfação das crianças em idade escolar hospitalizada com cuidados de enfermagem?) foram identificadas 10 categorias como se mostra na Tabela 48.

Tabela 48 – Estratégia promotoras de satisfação nas crianças.

Categorias	Unidades de Enumeração	Subcategorias	Unidades de Enumeração
Utilização de estratégias de transmissão de informação	32	Explicar o procedimento / tratamento;	18
		Orientar as crianças sobre como colaborar / participar durante o procedimento / tratamento;	14
Utilização de estratégias de promoção do envolvimento familiar	29	Incentivar o cuidado às crianças por familiares durante a hospitalização;	22
		Incentivar os familiares e as crianças a serem assertivos nas interações com os profissionais de saúde;	7
Utilização de estratégias de uso do brincar	23	Incentivar a criança a brincar;	21
		Fornecer brinquedos que estimulem a simulação	2
Utilização de estratégias de alívio da dor	11	--	--
Utilização de estratégias de distração das crianças	6	---	--
Utilização de estratégias de manutenção da rotina das crianças.	5	Individualizar a rotina diária das crianças;	5
Utilização de estratégias de controle do ambiente de cuidados	4	---	--
Utilização de estratégias do uso do humor	2	---	--
Utilização de estratégias de articulação com recursos da comunidade	2	---	--
Utilização de estratégias relacionadas com a admissão das crianças	2	---	--

Fez-se a adequação entre o conteúdo frásico das respostas dos enfermeiros e a definição da intervenção como padronizado na NIC como se explicita na Tabela 49. Procuramos adicionalmente atividades que dessem reposta às intervenções de forma a objetivar as estratégias de intervenção descritas pelos enfermeiros.

Tabela 49 - Listagem I de intervenções padronizadas (NIC).

Intervenção	Definição e Atividades
Designação: ensino: procedimentos / tratamento; Código: 5618; Domínio: 3 – comportamental; Classe: classe S (educação do cliente);	Definição: preparação do cliente para compreender e preparar-se mentalmente para procedimento ou tratamento prescrito;

Intervenção	Definição e Atividades
	Atividades: explicar o procedimento / tratamento; orientar as crianças sobre como colaborar / participar durante o procedimento / tratamento;
Designação: promoção do envolvimento familiar; Código: 7110; Domínio: 5 – família; Classe: classe X (cuidados ao longo da vida);	Definição: facilitação da participação dos membros da família no cuidado físico e emocional do paciente; Atividades: incentivar o cuidado às crianças por familiares durante a hospitalização; incentivar os familiares e as crianças a serem assertivos nas interações com os profissionais de saúde;
Designação: brinquedo terapêutico; Código: 4430; Domínio: 3 – comportamental; Classe: classe Q (melhoria da comunicação);	Definição: uso propositado e orientado de brinquedos, ou outros materiais, para ajudar as crianças a comunicar a sua percepção e conhecimento do mundo e auxiliar a gerir o seu ambiente; Atividades: incentivar a criança a brincar; fornecer brinquedos que estimulem a simulação;
Designação: controle da dor; Código: 1400; Domínio: 1 – fisiológico básico; Classe: classe E (promoção do conforto físico);	Definição: alívio da dor ou a sua redução a um nível de conforto aceite pelo cliente;
Designação: distração; Código: 5900; Domínio: 3 – comportamental; Classe: classe T (promoção do conforto psicológico);	Definição: foco proposital da atenção longe de sensações indesejadas;
Designação: controlo do ambiente; Código: 6480; Domínio: 4 – segurança; Classe: classe V (controlo de riscos);	Definição: manipulação do ambiente ao redor do cliente visando o benefício terapêutico, apelo sensorial e bem-estar psicológico; Atividades: individualizar a rotina diária das crianças;
Designação: controle do ambiente: conforto; Código: 6482; Domínio: 4 – segurança; Classe: classe V (controlo de riscos);	Definição: manipulação do paciente ao redor do paciente visando a promoção do conforto ótimo;
Designação: humor; Código: 5320; Domínio: 3 – comportamental; Classe: classe R (assistência no enfrentamento);	Definição: facilitação do cliente para que perceba, valorize e expresse o que é engraçado, divertido ou lúdico, a fim de estabelecer relações, aliviar tensões, libertar a raiva, facilitar a aprendizagem ou enfrentar sentimentos dolorosos;

Intervenção	Definição e Atividades
Designação: encaminhamentos; Código: 8100; Domínio: 6 – sistemas de saúde; Classe: classe b (controle das informações);	Definição: organização de serviços por outros profissional ou instituição;
Designação: cuidados na admissão; Código: 7310; Domínio: 6 – sistemas de saúde; Classe: classe Y (mediação do sistema de saúde);	Definição: facilitar a admissão de um cliente na instituição de prestação de cuidados de saúde;

Fonte: Bulechek et al., 2016.

Seguiu-se a análise das respostas à questão 2 da primeira ronda (quais as dificuldades / constrangimentos que encontra na operacionalização das estratégias enumeradas na sua prática diária de cuidados?). Com esta questão procuramos a identificação de áreas que pudessem ser melhoradas ou trabalhadas e, também confrontar os aspetos encontrados com as perspetivas de crianças e pais. Os resultados encontram-se sumarizados na Tabela 50.

Tabela 50 - Dificuldades / constrangimentos à promoção de satisfação nas crianças.

Categorias	Unidades de Enumeração	Subcategorias	Unidades de Enumeração
Falta de recursos	48	Temporais	20
		Materiais	12
		Humanos	16
Aspetos institucionais e organizacionais	12	-	--
Abordagem comunicacional	9	Pais	5
		Crianças	4
Condição clínica da criança	5	-	--
Experiências prévias de hospitalização	2	-	--

A terceira questão que colocamos pretendia identificar as estratégias dirigidas aos pais (quais as estratégias que promovem a satisfação dos pais das crianças em idade escolar hospitalizada com cuidados de enfermagem?) e, os resultados obtidos encontram-se na Tabela 51.

Similarmente ao que efetuamos, em relação às respostas dos enfermeiros para melhorar a satisfação das crianças, enquadrámos os achados na taxonomia NIC.

Tabela 51 - Estratégia promotoras de satisfação nos pais.

Categories (Intervenção)	Unidade de Enumeração	Subcategorias (atividades)	Unidades de Enumeração
Utilização de estratégias de envolvimento familiar;	29	Incentivar o cuidado às crianças por familiares durante a hospitalização;	21
		Estabelecer um relacionamento pessoal com as crianças e seus familiares envolvidos nos cuidados;	8
Utilização de estratégias de transmissão de informação	23	Fornecer à família / pessoas significativas informações sobre o percurso de doença e internamento das crianças	23
Utilização de estratégias de suporte à família	19	Assegurar à família que o melhor cuidado possível está a ser dado às crianças;	4
		Ouvir preocupações, sentimentos e questões familiares;	7
		Fornecer assistência para satisfação das necessidades básicas da família;	7
		Aceitar os valores familiares	1
Utilização de estratégias comunicacionais	7	Mostrar interesse pela criança / família;	7
Utilização de estratégias relacionadas com a admissão das crianças	4	Orientar as crianças / família / significantes quanto às expectativas do cuidado	3
		Oferecer privacidade apropriada à criança / família	1
Utilização de estratégias de união familiar	3	Facilitar um ambiente de união entre os familiares;	2
		Facilitar as visitas da família;	1

Assim, seguimos o mesmo procedimento, fizemos a adequação entre as respostas dos enfermeiros e a definição da intervenção como padronizado na NIC como se explicita na Tabela 52.

Tabela 52 - Listagem II de intervenções padronizadas (NIC).

Intervenção	Definição e Atividades
Designação: promoção do envolvimento familiar;	Definição: facilitação da participação dos membros da família no cuidado físico e emocional do paciente;
Código: 7110;	Atividades: incentivar o cuidado às crianças por familiares durante a hospitalização; estabelecer um relacionamento pessoal com o paciente e seus familiares envolvidos nos cuidados;
Domínio: 5 – família;	
Classe: classe X (cuidados ao longo da vida);	

Intervenção	Definição e Atividades
Designação: ensino: processo da doença; Código: 5602; Domínio: 3 – comportamental; Classe: classe S (educação do cliente);	Definição: assistência ao cliente para que compreenda informações relativas a um processo de doença específico; Atividades: fornecer à família / pessoas significativas informações sobre o progresso do cliente, conforme apropriado;
Designação: apoio familiar; Código: 7140; Domínio: 5 – família; Classe: classe X (cuidados ao longo da vida);	Definição: promoção de valores, interesses e metas familiares; Atividades: assegurar à família que o melhor cuidado possível está a ser dado ao cliente; ouvir preocupações, sentimentos e questões familiares; fornecer assistência para alcançar as necessidades básicas da família; aceitar os valores familiares;
Designação: promoção da integridade familiar; Código: 7100; Domínio: 5 – família; Classe: classe X (cuidados ao longo da vida);	Definição: promoção da coesão e da união familiar; Atividades: facilitar um ambiente de união entre os familiares; facilitar as visitas da família;
Designação: cuidados na admissão; Código: 7310; Domínio: 6 – sistemas de saúde; Classe: classe Y (mediação do sistema de saúde);	Definição: facilitar a admissão de um cliente na instituição de prestação de cuidados de saúde; Atividades: oferecer privacidade apropriada ao paciente / família / significantes; orientar paciente / família / significantes quanto às expectativas do cuidado;
Designação: escuta ativa; Código: 4920; Domínio: 3 – comportamental; Classe: classe Q (melhoria da comunicação);	Definição: atenção criteriosa e atribuição de significado às mensagens verbais e não verbais de um cliente; Atividades: mostrar interesse pela criança / família;

Fonte: Bulechek et al., 2016.

Por fim, a análise das respostas relativas à quarta questão (quais as dificuldades / constrangimentos que encontra na operacionalização das estratégias enumeradas na sua prática diária de cuidados?) encontram-se também sumarizadas na Tabela 53.

A lógica desta questão foi também a procura de aspetos que pudessem ser melhorados e trabalhados pelos enfermeiros.

Tabela 53 - Dificuldades / constrangimentos à promoção de satisfação nos pais.

Categorias	Unidades de Enumeração	Subcategorias	Unidades de Enumeração
Falta de recursos	41	Temporais	18
		Materiais	7
		Humanos	16
Aspetos institucionais e organizacionais	13	---	13
Abordagem Comunicacional	10	Pais	10
Experiências prévias de hospitalização	1	---	1

Concluída a análise de conteúdo das respostas da primeira ronda, foram identificadas 13 estratégias na primeira questão, 8 na segunda questão, 9 na terceira questão e 6 na quarta questão perfazendo um total de 39. Keeney et al. (2011) destacam a importância de considerar o número total de itens a passar para segunda ronda dado que pode afetar a taxa de resposta. Neste sentido, consideramos o número de estratégias a passar para a segunda ronda adequado na sua dimensão.

Identificadas as intervenções que contribuem para o aumento da satisfação e, também, as dificuldades / constrangimentos à sua implementação, avançamos no percurso de investigativo para a ronda 2.

## 7.2 - Ronda 2: consensualização

A abordagem qualitativa que efetuamos na ronda 1 e, os seus resultados, são a base para a ronda subsequente (Keeney et al., 2011; Powell, 2003). Nesta segunda etapa, pretende-se apresentar os resultados da primeira ronda e compreender quais as estratégias consideradas relevantes pelos participantes. Trata-se portanto de uma ronda mais específica na qual se procura quantificar os achados da ronda anterior (Powell, 2003). A segunda ronda decorreu durante o mês de fevereiro de 2019.

A construção do instrumento que serviu de base à ronda 2 alinou as estratégias e dificuldades / constrangimentos encontrados na primeira ronda. Nesta etapa pretende-se encontrar o consenso relativamente aos itens que resultaram da ronda 1 pelo grau de concordância.

Assim, recorreremos novamente à ferramenta de criação de formulários, Google Documents® (Apêndice IV) atendendo às vantagens já explicadas. Adicionalmente, na

ronda 1, verificamos uma correta utilização da ferramenta pelos enfermeiros o que validou quer a nossa opção quer a sua manutenção de utilização.

O instrumento usado nesta ronda manteve o mesmo layout do utilizado na ronda anterior, assim como a mesma organização de forma a facilitar as respostas. Na introdução foi incluído o convite à participação na segunda ronda, foram lembrados de forma sucinta os aspetos principais do estudo e o seu enquadramento. Foi explicado o que era solicitado aos enfermeiros e foram ainda lembrados os aspetos associados à técnica, nomeadamente o anonimato das respostas.

Nesta etapa, foram construídas 4 questões que continham as listagens de estratégias e dificuldades / constrangimentos obtidos na etapa anterior. A cada item foi associado uma escala de concordância tipo likert de 5 pontos (1 – discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5 – concordo totalmente). Adicionalmente, em cada aspeto indicado, foi disponibilizado um campo para que os participantes pudessem preencher caso quisessem sugerir algum aspeto não identificado na ronda anterior e, portanto, não contemplado. A aplicação decorreu durante o mês de Fevereiro de 2019.

### **7.2.1 - Procedimento de recolha, tratamento e análise dos dados**

A metodologia de recolha de dados utilizada foi similar à utilizada na ronda 1. Assim, foi enviado o convite para a participação na ronda 2, para o correio eletrónico dos 90 enfermeiros que acederam ser contactados por esta via, assegurando assim a “aceitabilidade ética do estudo” (Almeida & Freire, 2008, p. 244).

No corpo da mensagem enviada, efetuamos agradecimento pela participação na ronda 1, renovamos o convite de continuação de colaboração no estudo dando ênfase à importância da sua participação. Keeney et al. (2011) salientam a relevância de manter o interesse dos participantes de forma a limitar a taxa de abstenção. Na mensagem foi ainda incluída hiperligação para acesso ao segundo questionário.

À semelhança do que ocorreu na fase anterior fomos recebendo a notificação, via correio eletrónico, cada vez que um novo questionário era submetido podendo assim monitorizar o processo.

Para a análise dos dados da segunda ronda foi utilizado novamente o Microsoft Excel®.

Nesta fase, e para determinação do grau de consenso, utilizou-se como recurso o grau de concordância, a mediana e o intervalo interquartil como recomendado na literatura consultada (Capelas, 2014; Keeney et al., 2001, 2011), como se explicita na Tabela 54.

Tabela 54 - Critérios de determinação do grau de consenso.

Grau de Consenso	Concordância	Mediana	Intervalo Interquartil
Muito elevado	≥ 80%	5	0
Elevado	≥ 80%	≥ 4	1
Moderado	60-79%	≤ 4	1
Baixo	< 60%	4	<1

Determinámos que consideraríamos as estratégias e dificuldades / constrangimentos que obtivessem o grau de consenso muito elevado ou elevado, sendo rejeitados os que obtivessem grau de consenso moderado ou baixo. Relativamente ao grau de concordância, estabeleceu-se como critério o somatório das respostas “concordo” e “concordo totalmente” conjugados, depois, com o valor da mediana e o intervalo interquartil.

### 7.2.2 - Apresentação dos resultados

Na segunda ronda foram enviados convites via eletrónica para os mesmos 90 participantes da 1ª ronda e obteve-se uma taxa de retorno de 47% (n=42). A idade dos participantes variou entre os 26 e 61 anos com uma média de 40,1 anos (DP= 8,5). Relativamente às habilitações verifica-se que a maioria dos enfermeiros detém a Licenciatura como se pode verificar na Tabela 55.

Tabela 55 - Caracterização da amostra de enfermeiros em relação às habilitações.

Habilitações	n	%
Licenciatura	17	40,5%
Pós-especialização	11	26,2%
Mestrado	14	33,3%
Total	42	100%

No que concerne ao tempo de experiência profissional variou entre 6 e 38 anos com uma média de 16 anos (DP=8,2).

Foram analisadas as respostas dos enfermeiros e aplicados os critérios previamente estabelecidos. Os resultados encontram-se sumarizados na Tabela 56.

Tabela 56 - Estratégias para aumentar satisfação com os cuidados de enfermagem das crianças.

Item	Grau de concordância	Mediana	Intervalo Interquartil	Grau de Consenso
Utilização de estratégias de envolvimento familiar: incentivar o cuidado às crianças por familiares durante a hospitalização.	97,6%	5	0	Muito elevado
Utilização de estratégias de envolvimento familiar: incentivar os familiares e as crianças a serem assertivos nas interações com os profissionais de saúde;	92,9%	5	1	Elevado
Utilização de estratégias de uso do brincar: incentivar a criança a brincar.	100%	5	0	Muito elevado
Utilização de estratégias de uso do brincar: fornecer brinquedos que estimulem a simulação.	95,2%	5	0	Muito elevado
Utilização de estratégias de transmissão de informação: explicar o procedimento / tratamento.	95,2%	5	0	Muito elevado
Utilização de estratégias de transmissão de informação: orientar as crianças sobre como colaborar / participar durante o procedimento / tratamento.	93%	5	0	Muito elevado
Utilização de estratégias do uso do humor.	100%	5	0	Muito elevado
Utilização de estratégias de distração das crianças.	100%	5	0	Muito elevado
Utilização de estratégias de alívio da dor.	100%	5	0	Muito elevado
Utilização de estratégias de manutenção da rotina das crianças: individualizar a rotina diária das crianças.	93%	5	0	Muito elevado
Utilização de estratégias de articulação com recursos da comunidade.	97,6%	5	1	Elevado
Utilização de estratégias de controle do ambiente de cuidados.	100%	5	0,75	Elevado
Utilização de estratégias relacionadas com a admissão das crianças.	90,5%	5	0,75	Elevado

Podemos verificar, no que se refere ao grau de consenso, que se obteve consenso em todos os itens do questionário, sendo que 9 obtiveram consenso muito elevado e 4 obtiveram consenso elevado.

No espaço disponível para resposta aberta, após este primeiro grupo de questões verificamos que dos 42 enfermeiros, 31 deixaram o campo em branco, 6 escreveram a palavra não e 5 enfermeiros deixaram comentários de itens já contemplados como por exemplo “Estratégias para o alívio da dor” ou “individualizar a rotina diária das crianças”.

No que se refere à questão 2, os resultados encontram-se sumarizados na Tabela 57.

Tabela 57 – Constrangimentos / dificuldades na implementação de estratégias para aumentar a satisfação com os cuidados de enfermagem das crianças.

Item	Grau de concordância	Mediana	Intervalo Interquartil	Grau de Consenso
Falta de recursos: temporais.	88,1%	4	1	Elevado
Falta de recursos: materiais.	66,7%	4	1,75	Moderado
Falta de recursos: humanos.	83,3%	4,5	1	Elevado
Condição clínica da criança.	69%	4	1	Moderado
Experiências prévias de hospitalização.	88,1%	4	0,75	Elevado
Abordagem comunicacional: pais.	83,3%	4	1	Elevado
Abordagem comunicacional: criança.	78,6%	4	1	Moderado
Aspetos institucionais e organizacionais.	81% <sup>o</sup>	4	0,75	Elevado

Nesta questão, verificamos que, em relação ao grau de consenso, 5 itens obtiveram consenso elevado e, 3 obtiveram consenso moderado sendo, portanto, excluídos.

No que se refere ao espaço para resposta aberta, 36 enfermeiros deixaram esta questão por responder, 3 escreveram a palavra não e apenas 3 enfermeiros fizeram comentários, mas tal como verificamos na questão anterior, salientaram aspetos já incluídos como a “falta de recursos temporais”.

No que se refere à questão 3, nesta segunda ronda, as respostas dos enfermeiros estão sumarizadas na Tabela 58.

Tabela 58 - Estratégias para aumentar satisfação com os cuidados de enfermagem dos pais.

Item	Grau de concordância	Mediana	Intervalo Interquartil	Grau de Consenso
Utilização de estratégias de união familiar: facilitar um ambiente de união entre os familiares.	97,6%	5	1	Elevado

Item	Grau de concordância	de Mediana	Intervalo Interquartil	Grau de Consenso
Utilização de estratégias de união familiar: facilitar as visitas da família.	88,1%	5	1	Elevado
Utilização de estratégias de transmissão de informação: fornecer à família / pessoas significativas informações sobre o percurso de doença e internamento das crianças.	90,5%	5	1	Elevado
Utilização de estratégias de envolvimento familiar: incentivar o cuidado às crianças por familiares durante a hospitalização.	92,9%	5	1	Elevado
Utilização de estratégias de envolvimento familiar: estabelecer um relacionamento pessoal com as crianças e seus familiares envolvidos nos cuidados.	92,9%	5	1	Elevado
Utilização de estratégias de suporte à família: assegurar à família que o melhor cuidado possível está a ser dado às crianças.	97,6%	5	0	Muito elevado
Utilização de estratégias de suporte à família: ouvir preocupações, sentimentos e questões familiares.	97,6%	5	0	Muito elevado
Utilização de estratégias de suporte à família: fornecer assistência para satisfação das necessidades básicas da família.	97,6%	5	1	Elevado
Utilização de estratégias de suporte à família: aceitar os valores familiares.	95,2%	5	1	Elevado
Utilização de estratégias relacionadas com a admissão das crianças: orientar as crianças / família / significantes quanto às expectativas da admissão.	92,9%	5	1	Elevado
Utilização de estratégias de controle do ambiente de cuidados.	90,5%	5	1	Elevado
Utilização de estratégias comunicacionais: mostrar interesse pela criança / família.	97,6%	5	0	Muito elevado

Nesta questão verificamos que, em relação ao grau de consenso, das 12 estratégias identificadas, 3 obtiveram consenso muito elevado e 9 obtiveram consenso elevado. No que se refere ao espaço para respostas abertas verificamos que 36 enfermeiros deixaram esta questão por responder, 4 escreveram a palavra “não” e apenas 2 enfermeiros

deixaram comentários, que optamos por apresentar textualmente pois salientam aspetos que nos parecem relevantes e pouco explorados nas etapas de investigação anteriores:

*“Clarificação do papel parental a desempenhar no internamento e capacitação parental na informação aos profissionais sobre o nível de cuidados que querem desempenhar e quando querem fazê-lo; identificar e compreender as alterações na dinâmica familiar que possam ser constrangedoras no desempenho parental”;*

*“Relativamente à promoção da satisfação dos pais da criança em idade escolar, pode, no entanto, em certas situações, passar pelo oposto ao que foi referido no quadro. Nomeadamente em internamentos prolongados e os pais estão exaustos, em vez de familiar incentivar o cuidado às crianças por parte dos pais, por vezes torna-se necessário promover o seu descanso o que pode incluir delegar em nós os cuidados à criança de forma a que vão para casa descansar. Também em situações de descanso do cuidador em crianças com doença crônica, o mesmo acontece”.*

No que se refere à última questão, apresenta-se também os resultados obtidos na Tabela 59.

Tabela 59 – Constrangimentos / dificuldades na implementação de estratégias para aumentar a satisfação com os cuidados e enfermagem dos pais.

Item	Grau de concordância	Mediana	Intervalo Interquartil	Graus de Consenso
Falta de recursos: temporais.	81%	4	1	Elevado
Falta de recursos: materiais.	69%	4	1	Moderado
Falta de recursos: humanos.	83,3%	4	1	Elevado
Experiências prévias de hospitalização.	85,7%	4	0	Elevado
Abordagem comunicacional: pais.	81%	4	1	Elevado
Aspetos institucionais e organizacionais.	76,2%	4	1	Moderado

Dos 6 itens que compõe esta questão verificamos que, em relação ao grau de consenso, 4 obtiveram consenso elevado e 2 obtiveram consenso moderado pelo que são excluídos.

No que se refere ao espaço para resposta aberta, 37 enfermeiros não responderam, 3 escreveram a palavra “não” e 2 enfermeiros deixaram comentários relativos a aspetos já contemplados como a falta de recursos físicos.

De acordo com os resultados obtidos, verificamos que dos 39 itens inicialmente apresentados no instrumento da ronda 2, 87%, isto é, 34 itens, obtiveram consenso, sendo que 18 obtiveram consenso muito elevado e 16 obtiveram consenso elevado.

A decisão sobre quando terminar as rondas do painel delphi não é consensual. Keeney, Hasson & McKenna (2011) salientam que deve ser considerado o número de itens que atingiram consenso e o número de rondas efetuadas, pois a taxa de abstenção tende a aumentar à medida que aumentam o número de rondas. Vernon (2009) a este respeito acrescenta que se deve concluir quando a resposta a questões específicas se tornam estáveis.

Na ronda 2 verificámos que o nível de consenso às questões 1 e 3, que se referiam especificamente à identificação de estratégias, obtiveram nível de consenso muito elevado na maioria dos itens (9 em ambas as questões). Neste sentido, optámos por terminar o painel delphi na ronda 2.

Apresentados os resultados da etapa III deste percurso passamos a apresentar a discussão dos resultados obtidos.

### **7.3 - Discussão dos resultados**

A etapa III trouxe a este percurso de investigação a perspetiva dos enfermeiros acerca do tema em análise.

Neste estudo, os enfermeiros identificaram 13 estratégias para aumentar a satisfação com os cuidados de enfermagem da criança em idade escolar. Na segunda ronda do painel delphi, todas as estratégias identificadas obtiveram consenso entre os participantes. As áreas de intervenção identificadas foram: a informação, nomeadamente o “ensino de procedimentos / tratamentos”, o “envolvimento familiar”, o “brinquedo terapêutico”, o “controle da dor”, a “distração”, o “controle do ambiente”, o “humor”, os “encaminhamentos” e os “cuidados na admissão” da criança.

No que se refere à transmissão de informação, foi a área mais referida pelos enfermeiros ( $f=32$ ) na ronda 1. Foram identificadas duas atividades: “explicar o tratamento / procedimento” ( $f=18$ ) e “orientar as crianças sobre como colaborar /

participar durante o procedimento / tratamento” (f=14). Nesta intervenção, Bulechek et al. (2016) identificam cerca de 28 atividades, contudo, os enfermeiros, nesta amostra, identificaram apenas duas. Sendo que obtiveram, ambas, consenso muito elevado o que demonstra a importância atribuída.

Já foi salientado no decorrer deste documento a relação entre informação e satisfação. Na literatura, identificamos que as crianças esperam informação detalhada, adequada ao seu estágio de desenvolvimento, sobre os procedimentos antes da sua realização e porque os estão a realizar (Carney et al., 2003; Pelander & Leino-Kilpi, 2004; Chesney et al., 2005; Pelander, Leino-Kilpi, et al., 2007; Randall et al., 2008; Fletcher et al., 2011; Lapa & Souza, 2011; Santos et al., 2016a). Nos questionários aplicados às crianças, verifica-se satisfação com esta área dado que se obteve médias próximas de 3, valor máximo, em todos os itens exceto: “duração do meu internamento”, “quando posso voltar para a escola” e “quando posso voltar às minhas brincadeiras”. Estes três itens estão, de certa forma, relacionados e, uma explicação possível será a imprevisibilidade dos tempos de internamento face à complexidade das situações clínicas.

Também os pais salientam a importância da comunicação entre enfermeiros e crianças. Esperam que os enfermeiros sejam capazes de comunicar eficazmente com as crianças, mesmo que os assuntos não digam respeito ao processo de internamento (Marcinowicz et al., 2016). Na amostra dos pais, surge como sugestão a melhoria da comunicação entre enfermeiros e pais e no questionário, os itens “explicavam-me o que se passava com a criança”, “explicavam o que iam fazer antes de fazer” e “informavam os outros colegas sobre a situação de cuidados” obtiveram médias elevadas (M=5,99; M=5,95 e M=5,96 respetivamente). Estes resultados demonstram que se trata de um tema importante e valorizado nesta amostra, como relatado na literatura.

A comunicação constitui-se como um processo que envolve a criação e recriação de informações, de permuta, de partilha mas também de transmissão de sentimentos e emoções entre indivíduos (Gomes, 2018). Pode ser transmitida de forma consciente ou inconsciente por comportamentos verbais e não verbais, que possibilitam a apreensão e compreensão por parte dos envolvidos. No processo de comunicação, necessariamente criam-se laços significativos, pelo que a comunicação mais do que a mera troca de informação é uma expressão de comportamento e atitudes (Pereira et al., 2013). Neste sentido, comunicação e informação são conceitos centrais à satisfação e valorizados por crianças, pais e enfermeiros.

A segunda intervenção mais mencionada foi o “envolvimento familiar” (f=29, ronda 1). Foram identificadas duas intervenções: “incentivar os cuidados às crianças por familiares durante a hospitalização” (f=22) e “incentivar os familiares e as crianças a serem assertivos nas interações com os profissionais de saúde” (f=7). Sendo que, a primeira obteve consenso muito elevado e a segunda obteve consenso elevado. No que se refere a esta intervenção, Bulechek et al. (2016) identificam também cerca de 28 atividades mas, verifica-se igualmente a referência a apenas duas.

O envolvimento familiar nos cuidados enquanto fonte de satisfação é também um tema já abordado neste percurso e identificado como um aspeto relevante e central. As crianças veem mesmo a hospitalização como uma oportunidade para poderem passar mais tempo com os pais (Carnevale & Gaudreault, 2013; Joloza, 2013; Kamper et al., 2010), o que também se verificou neste estudo. Os pais, nomeadamente a companhia dos pais, foi identificada, nesta amostra, por 23 crianças como a melhor experiência com a hospitalização. Nos questionários das crianças, a subescala “apoio à iniciativa”, obteve uma mediana de 3 (valor máximo) em todos os itens pelo que as crianças consideram estar envolvidas nos cuidados e que os enfermeiros promovem este envolvimento.

Já os pais, articulam o envolvimento nos cuidados com a adequação dos mesmos e uma relação positiva com os enfermeiros (Cimke & Mucuk, 2017; Marino & Marino, 2000; Strasburg et al., 2011). Mendes & Martins (2012, p. 115) referem que “os estudos desenvolvidos em torno do envolvimento dos pais nos cuidados à criança, contam já com algumas décadas de existência, contudo, só a partir do final dos anos 80, o termo parceria começa a merecer atenção por parte dos enfermeiros de pediatria”. De facto, o envolvimento dos pais nos cuidados é parte integrante dos cuidados de saúde à criança no contexto nacional e integra o modelo de parceria de cuidados (Casey, 1993).

A respeito da parceria, Mendes & Martins (2012, p. 115) referem que “sobre o termo começa a gerar-se algum entendimento, mas a parceria com a família continua a ser uma estratégia de intervenção”. Não surge, nesta amostra, destacado nos comentários dos pais. Nos questionários, os aspetos que se relacionam com o envolvimento nos cuidados revelam satisfação. Contudo, a identificação de estratégias por parte dos enfermeiros neste estudo ficou aquém do esperado.

A permanência dos pais em estadia conjunta com a criança e o desenrolar dos cuidados em parceria desenvolvem a ligação enfermeiros / crianças e famílias. Implica um envolvimento ativo dos pais no processo de cuidar com partilha de informação e “um reconhecer de necessidades, de forças e individualidade de cada família, onde todos se

sintam parceiros no cuidar” (Mendes, 2018). Neste sentido, seria expectável a identificação de um maior número de estratégias pelos enfermeiros.

A terceira grande área de estratégias identificadas foi o “brinquedo terapêutico” (f=23) com referência a duas atividades: “incentivar a criança a brincar” (f=21) e “fornecer brinquedos que estimulem a simulação” (f=7). Similarmente, nesta intervenção Bulechek et al. (2016) sugerem cerca de 21 atividades associadas. Schleisman & Mahon (2018) salientam que, no contexto da hospitalização infantil, brincar pode ser utilizado para promover a saúde e bem estar, promover o conforto e educar as crianças.

É irrefutável a importância do brincar no âmbito da hospitalização infantil e amplamente referida na literatura temática, enfatizada por crianças, pais e enfermeiros. Também se trata de um tema que surge neste percurso. Nos questionários, a subescala “entretenimento”, que se constitui com os itens “brincam comigo” e “conversam sobre coisas interessantes”, foi a que obteve resultados mais baixos, ainda assim reveladores de satisfação. É uma área identificada que pode ser melhorada. Enquanto melhor experiência, 26 crianças identificam também o “brincar”.

Em relação aos pais, a revisão da literatura demonstrou que é um aspeto abordado (Lopes et al., 2018), embora com menos frequência. Neste estudo, esta área surge apenas na questão de resposta aberta, na categoria “domínio ambiental” (f=27), como um aspeto a melhorar.

Entre os enfermeiros, a utilização do brinquedo terapêutico deve integrar os cuidados de enfermagem dado que contribui para cuidados mais sistematizados e especializados (Caleffi et al., 2016). Por outro lado, Gomes et al. (2019) salientam a utilização do brinquedo como eficaz na gestão da dor em crianças dos 2 aos 10 anos.

O “controle da dor” foi identificado enquanto estratégia pelos enfermeiros (f=11) e, é também um tema recorrente. Bulechek et al. (2016) identificam cerca de 43 atividades associadas a esta intervenção o que espelha a importância deste tema.

Nas crianças, a gestão adequada da dor surge como uma expectativa (Gomes, 2018) mas também como fonte de satisfação (Carnevale & Gaudreault, 2013). Contudo, é como fonte de insatisfação e má experiência que surge mais vezes identificada (Carney et al., 2003; Chesney et al., 2005; Board, 2005; Lindeke et al., 2006; Lapa & Souza, 2011). Neste estudo verificou-se que as crianças estão satisfeitas com a gestão da dor pois 51,8% das crianças refere que os enfermeiros aliviam sempre a dor. Nas questões de resposta aberta, a gestão da dor é identificada apenas por 3 crianças. No que se refere aos pais, foi identificado também como um aspeto valorizado (Matziou et al., 2011; Simons, 2002;

Yagil et al., 2010). Nesta amostra, não surge como um tema prioritário para os pais o que confirma que as opiniões dos pais não são o reflexo das opiniões das crianças (Randall et al., 2008). Os diferentes intervenientes consideram diferentes atributos.

No que se refere aos enfermeiros, esta estratégia obteve consenso muito elevado com um grau de concordância de 100% o que espelha a importância do tema para os enfermeiros, em particular para esta amostra. Contudo, apesar de se tratar de um tema da prática diária de cuidados, no contexto nacional é ainda um tema a ser trabalhado ao nível das estratégias de intervenção não farmacológica e ao nível da investigação (Batalha, 2013).

O grupo de estratégias identificadas pelos enfermeiros que a seguir se descreve, foram referidas com menor frequência.

No que se refere às estratégias de “distração” foram identificadas também pelos enfermeiros (f=6) e Bulechek et al. (2016) identificam nesta intervenção cerca de 11 atividades. Na literatura brincar, distração e entretenimento surgem com frequência associados. As crianças esperam que os enfermeiros sejam capazes de as distrair durante os procedimentos (Randall et al., 2008) e identificam a utilização de brinquedos e distração como aspetos positivos dos cuidados (Kamper et al., 2010; Santos et al., 2016a). Quer na amostra das crianças quer na amostra dos pais este aspeto não é especificamente mencionado nas questões de reposta aberta.

Em relação aos enfermeiros, esta estratégia, à semelhança da anterior obteve também consenso muito elevado com grau de concordância também de 100%. Revela a importância que os enfermeiros atribuem a esta intervenção. A distração é uma intervenção que reduz a ansiedade das crianças por exemplo na execução de procedimentos ao desfocar a atenção da criança do próprio procedimento (Li et al., 2016). Reduzindo a ansiedade e melhorando a experiência de cuidados obtém-se maior satisfação.

Outra intervenção identificada, na ronda 1, foi o “controle do ambiente” (f=4) e que, na ronda 2 obteve consenso elevado. Bulechek et al. (2016) identificam cerca de 44 atividades associadas a esta intervenção. A relação entre domínio ambiental e satisfação foi já também explorada ao longo deste percurso. As crianças esperam um ambiente adequado às suas necessidades e manifestam expectativas em relação ao ambiente físico e social (Pelander & Leino-Kilpi, 2004; Wennström et al., 2008). Relatam experiências no que se refere ao ambiente físico (Pelander, Leino-Kilpi, et al., 2007) mas salientam também o ambiente emocional como promotor de satisfação (Battrick & Glasper, 2004).

Nos questionários, em relação aos aspetos relacionados com o ambiente de cuidados, verificou-se satisfação de uma forma geral. Nas questões de resposta aberta as crianças salientam também o ambiente de cuidados como aspetos importantes nomeadamente o ambiente físico.

Em relação aos pais a revisão da literatura evidenciou que os pais também valorizam o ambiente físico dos cuidados (Ammentorp et al., 2006; Schaffer et al., 2000; Strasburg et al., 2011) mas sobretudo o ambiente emocional dado que favorece o envolvimento nos cuidados e na comunicação (Marino & Marino, 2000).

Os resultados dos questionários dos pais apontam também para níveis elevados de satisfação e, nas questões de resposta aberta, os pais salientam os aspetos do ambiente que se referem a si próprios e não relacionados com a criança pelo que serão explorados posteriormente. Os enfermeiros consideraram estas questões, mas não lhe atribuíram a mesma importância (f=4). Verifica-se que cada interveniente valoriza e enfatiza aspetos diferentes.

Foram identificadas ainda enquanto estratégia a utilização do “humor” (f=2), a “articulação com recursos da comunidade” (f=2) e os “cuidados com a admissão das crianças” (f=2). São aspetos pouco referidos na literatura encontrada, contudo que assumimos como importantes neste percurso. Na ronda 2 todos os itens obtiveram consenso elevado.

No que refere às dificuldades e constrangimentos à implementação de estratégias que aumentam a satisfação, foram identificadas na primeira ronda, 8 itens e que de certa forma, refletem as estratégias referidas pelos enfermeiros.

Foi identificado a falta de recursos (f=48) que subcategorizamos em recursos temporais (f=20), recursos materiais (f=12) e recursos humanos (f=16). Na ronda 2 verifica-se que os itens “falta de recursos temporais” e “falta de recursos humanos”, obtiveram consenso elevado enquanto que o item recursos materiais obteve consenso moderado sendo, portanto, rejeitado.

A questão da falta de recursos é abordada na literatura enquanto aspeto que limita os cuidados e, portanto, é gerador de insatisfação. Neste estudo, a questão da falta de recursos é apenas salientada pelos pais e por enfermeiros.

Outros constrangimentos identificados pelos enfermeiros, na ronda 1, incluem os “aspetos institucionais e organizacionais” (f=12), a “abordagem comunicacional” (f=9) que se subdividem em “abordagem aos pais” (f=5) e “abordagem às crianças” (f=5), a “condição clínica da criança” (f=5) e as “experiências prévias de hospitalização” (f=2).

Na ronda 2, tanto a “condição clínica da criança” como a “abordagem comunicacional à criança” não obtiveram consenso, sendo rejeitados. Todos os outros itens obtiveram consenso elevado entre os enfermeiros.

Podemos compreender que os aspetos identificados pelos enfermeiros que podem funcionar como constrangimentos espelham, em parte as estratégias apresentadas. Assim, no que se refere aos aspetos institucionais e organizacionais, Oulton et al. (2016) salientam que podem ser um entrave a uma maior participação da criança nos cuidados e, portanto fator gerador de insatisfação. A questão da comunicação foi já referenciada neste percurso como promotora de satisfação, neste caso os enfermeiros identificam a abordagem aos pais como um constrangimento à implementação de estratégias que visem a satisfação na criança.

A experiência prévia de hospitalização foi referida como uma dificuldade. No entanto, a literatura salienta o seu impacto positivo na satisfação com hospitalização quer no grupo das crianças em idade escolar (Pelander, Leino-Kilpi, et al., 2007) quer nos adultos (Murante et al., 2014; Quintana et al., 2006). Uma explicação possível é a de que os enfermeiros considerem que a experiência previa possa ter sido insatisfatória e vá condicionar a satisfação com a nova experiência hospitalar.

No que se refere às estratégias promotoras de satisfação com os cuidados junto dos pais, os enfermeiros identificaram, na primeira ronda, 9 estratégias, em que duas são coincidentes com as identificadas em relação às crianças (“envolvimento familiar” e “transmissão da informação”). Salienta-se que, em relação ao grau de consenso, todas as estratégias obtiveram consenso na ronda 2.

Assim, a primeira estratégia refere-se ao “envolvimento familiar” (f=29) e inclui as atividades: “incentivar os cuidados às crianças por familiares durante a hospitalização” (f=21) e “estabelecer um relacionamento pessoal com as crianças e seus familiares envolvidos nos cuidados” (f=8). No que se refere ao grau de consenso, foi obtido consenso elevado nas duas atividades.

O envolvimento familiar foi já identificado como um preditor da satisfação dos pais com os cuidados (Matziou et al., 2011) e associa-se diretamente ao estabelecimento de uma relação de parceria com os enfermeiros. Discrepâncias entre o que os pais esperam poder fazer no hospital e o que efetivamente fazem aumenta o risco de insatisfação e conflitos entre pais e profissionais (Power & Franck, 2008). Os pais esperam poder cuidar do seu filho, mas atendendo ao processo de doença, precisam de ter as orientações da equipa de enfermagem. O estabelecimento de um relacionamento que fomente o

envolvimento da família no cuidar à criança é, neste sentido, essencial (Santos, Oliveira, Montefusco & Barbosa, 2016). O conceito de participação parental nos cuidados à criança hospitalizada inclui a negociação e interação entre enfermeiros e pais, concordância na clarificação do papel destes e grau de participação, capacitação e o envolvimento dos pais nos cuidados.

Power & Franck (2008) efetuaram uma revisão sistemática da literatura acerca das intervenções de enfermagem para fomentar a participação parental. Estes autores identificam que o fornecimento de instruções e orientações aos pais para promoverem a sua participação nos cuidados, para além das necessidades básicas das crianças, resultava em *outcomes* favoráveis para pais e crianças. As atividades sugeridas incluem: convidar os pais a participar nos cuidados, discutir as expectativas de cuidados e ser sensível às suas necessidades, discutir quais os cuidados que os pais podem prestar aos seus filhos e observar e supervisionar os cuidados dos pais.

Nesta amostra de enfermeiros verificamos que existe valorização desta área embora seja pouco discriminada em termos de atividades a desenvolver.

A segunda estratégia identificada pelos enfermeiros na ronda 1, foi a “transmissão de informação” (f=23). Inclui a atividade “fornecer à família / pessoa significativa informações sobre o percurso de doença e internamento das crianças” (f=23) que obteve, na ronda 2, consenso elevado.

O fornecimento de informação, foi também um tema já abordado neste percurso. A filosofia de cuidados centrados na família pressupõe a permanente troca de informações entre familiares e profissionais (Harrison, 2010). Pelo que, surge identificado, enquanto estratégia adotada pelos enfermeiros no cuidar de famílias de crianças hospitalizadas (Ferreira et al., 2019; Matziou et al., 2011; Vasli & Salsali, 2014) não sendo, no entanto, especificadas as atividades envolvidas. Consideramos que os enfermeiros valorizam esta área quer pela frequência com que foi identificada quer pelo nível de consenso que obteve.

A terceira estratégia identificada foi “suporte à família” (f=19) e inclui as atividades: “assegurar à família que o melhor cuidado possível está a ser dado à criança” (f=4); “ouvir preocupações, sentimentos e questões familiares” (f=7); “fornecer assistência para satisfação das necessidades básicas da família” (f=7) e “aceitar os valores familiares” (f=1). Neste grupo de atividade, “assegurar à família que o melhor cuidado possível está a ser dado à criança” e “ouvir preocupações, sentimentos e questões

familiares” obtiveram consenso muito elevado enquanto que as restantes atividades obtiveram consenso elevado.

Esta estratégia, e grupo de atividades, vem em continuidade das duas anteriores. Destacamos que os enfermeiros identificaram a utilização de estratégias direcionadas para a família enquanto unidade e não para a mãe / pai enquanto indivíduo. A revisão da literatura destacou a mesma tendência. Sanjari et al. (2009) salientam que o suporte à família, aquando da hospitalização infantil, passa por fornecer informações acerca da situação clínica do filho, prognóstico, tratamento e cuidados. Referem ainda que, quando o suporte e informações são fornecidos de forma adequada, os pais conseguem, com sucesso, fazer face à hospitalização e dar apoio à criança, mas também ao resto da família. Assumem que o suporte à família pode ter várias formas: suporte informacional que se operacionaliza na comunicação de informação relevante e perceptível pelos pais, suporte emocional que consiste na escuta ativa e ter comportamentos que demonstrem preocupação em ajudar os pais e suporte instrumental que inclui a assistência de qualquer tipo na gestão da doença.

Em continuidade, foi identificado pelos enfermeiros na ronda 1, a “utilização de estratégias comunicacionais” (f=7) com a atividade: “mostrar interesse pela família” (f=7). Esta atividade obteve consenso muito elevado na ronda 2. Trata-se de uma estratégia que espelha a importância fulcral da comunicação, aspeto importante e referido por crianças, pais e enfermeiros.

Foi identificado ainda como estratégia “cuidados na admissão das crianças” (f=4) com duas atividades associadas: “orientar paciente / família / significantes quanto às expectativas do cuidado” (f=3) e “oferecer privacidade apropriada ao paciente / família / significantes” (f=1) que obtiveram, na ronda 2, grau de consenso elevado.

Segundo a Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1988, p. 6), “a admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia”. A hospitalização da criança representa um momento de crise e ansiedade para os pais (Ordem dos Enfermeiros, 2015) sendo reconhecida a importância do primeiro contacto no momento da admissão (Tsironi & Koulierakis, 2019). Neste sentido era expectável que os enfermeiros identificassem esta estratégia que também é mencionada na literatura. Surge no âmbito da avaliação da satisfação parental (Batrick & Glasper, 2004; Prasanna & Thomas, 2018) contudo, não é valorizada pelas crianças.

A última estratégia identificada pelos enfermeiros na ronda 1, foi a “união familiar” (f=3) e inclui as atividades “facilitar um ambiente de união entre familiares” (2) e “facilitar as visitas da família” (f=1). É uma estratégia que se enquadra nas estratégias que visam a família enquanto unidade e que também é reportada na literatura (Halfon et al., 2004)

No âmbito dos comentários deixados pelos enfermeiros, em relação a esta questão, verificamos que foram identificados dois aspetos ainda não focados. O primeiro é a importância da capacitação parental ou *empowerment* entendido, no âmbito da hospitalização, como um aumento de poder por parte dos pais, para serem capazes de prestar cuidados à criança, com o apoio dos profissionais de saúde (Valentine, 1998). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015, p. 11) *“os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos (...), é responsabilidade dos enfermeiros pediátricos promover a adaptação dos pais a esta realidade (hospitalização). O seu compromisso passa pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos”*. Mendes (2018) destaca que os pais intervêm nos cuidados aos filhos enquanto extensão do papel que cumpriam em casa acrescido de novas competências e numa nova forma de executar o papel parental. Assim, a capacitação parental é também um aspeto que deve ser promovido pelos enfermeiros e, nesta ótica, é promotor de satisfação.

O segundo aspeto focado prende-se com o descanso dos pais. Num processo de doença dos filhos, muitas vezes os pais estão exaustos e torna-se necessário promover o seu repouso. De facto, a parceria de cuidados não requer distribuição igual de tarefas. Casey (1993) salienta que em muitas situações é inadequado os pais desempenharem cuidados aos filhos quer por serem cuidados muito técnicos quer por situações de exaustão, pelo que os enfermeiros devem aferir as necessidades dos pais e adequar os cuidados.

Por fim no que se refere às dificuldades e constrangimentos à implementação de estratégias que fomentem a satisfação entre os pais, foram identificados pelos enfermeiros, na ronda, 6 itens.

Os enfermeiros identificam a “falta de recursos” (f=41), também categorizados em: “recursos temporais” (f=18), “recursos materiais” (f=7) e “recursos humanos” (f=16). Na

ronda 2, o item “falta de recursos materiais” foi rejeitado por falta de consenso e os dois itens restantes obtiveram consenso elevado.

Similarmente ao que foi já referido a falta de recursos é claramente um aspeto identificado por pais e enfermeiros na literatura.

Por fim, identificam também, na ronda 1, os “aspetos institucionais e organizacionais” (f=13), que foi rejeitado na ronda 2, a “abordagem comunicacional dos pais” (f=10) e as “experiências prévias de hospitalização” (f=1) que obtiveram consenso elevado na ronda 2.

Entre os aspetos identificados quer na revisão da literatura, quer nos resultados da etapa II, salientamos que, na etapa III não foram identificados algumas áreas relevantes para a satisfação com os cuidados.

Entre as estratégias sugeridas não surge identificado nenhum aspeto relativo às características pessoais dos enfermeiros apesar de, ser um atributo valorizado por pais e crianças. Por outro lado, apesar da falta de recursos temporais ter sido mencionada, a gestão do tempo não surge também enquanto estratégia.



## **PARTE IV - ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS**



## CAPÍTULO 8 - CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA PARA A PRÁTICA

Os resultados obtidos neste percurso, conduzem à melhoria da compreensão da hospitalização infantil de uma forma integral, com potencial para consequente adaptação das práticas de cuidados em contexto de enfermagem pediátrica. Os resultados revelam que a criança em idade escolar tem a capacidade e vontade, em participar de forma ativa, na avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem. Ao dar a oportunidade às crianças de expressarem a sua opinião sobre os cuidados, existe um contributo na primeira pessoa e o respeito pelos seus direitos fundamentais.

Reunimos as áreas de atenção do que se refere à satisfação com os cuidados associados às intervenções de enfermagem e atividades que a promovem na Tabela 60.

Neste sentido, efetuámos um trabalho comparativo que integrou os dados recolhidos na literatura, os resultados nas etapas II e III e as intervenções padronizadas na NIC (Bulechek et al., 2016). O estabelecimento de intervenções de enfermagem que façam a ligação a resultados no cliente, como a satisfação, é considerado uma prioridade na investigação (Aranda, 2008).

Assim, efetuamos um trabalho de identificação das intervenções que se enquadram nas áreas identificadas, mantendo a sua designação, e individualizando as atividades conforme a indicação dos autores (Bulechek et al., 2016).

De forma a facilitar a compreensão dos dados apresentados na Tabela 60, identificamos as intervenções e atividades promotoras de satisfação por cada intervenção e que resultaram do desenvolvimento deste percurso de investigação.

Tabela 60 - Síntese das intervenções e atividades promotoras de satisfação.

Área de atenção	Intervenções	Atividades
Educação	Ensino: procedimentos / tratamentos	Explicar o procedimento / tratamento; Orientar as crianças sobre como colaborar / participar durante procedimentos / tratamentos; Fornecer à família / pessoas significativas informações sobre o progresso da criança conforme apropriado;

Área de Intervenções atenção	Atividades
Facilitar aprendizagem	<p data-bbox="730 300 1361 398">Envolver a criança no procedimento / tratamento;</p> <p data-bbox="730 412 1361 450">Informar a criança sobre como pode ajudar;</p> <p data-bbox="730 463 1361 562">Fornecer à criança distração durante o procedimento;</p> <hr/> <p data-bbox="730 577 1361 676">Fornecer informação adequada ao nível do desenvolvimento;</p> <p data-bbox="730 689 1361 788">Proporcionar um ambiente propício à aprendizagem;</p> <p data-bbox="730 801 1361 840">Utilizar uma linguagem familiar para a criança;</p> <p data-bbox="730 853 1361 891">Incentivar a participação ativa da criança;</p> <p data-bbox="730 904 1361 943">Simplificar as instruções;</p> <p data-bbox="730 956 1361 1108">Garantir que as informações consistentes são utilizadas pelos vários membros da equipa de cuidados de saúde;</p> <p data-bbox="730 1122 1361 1220">Dar tempo à criança para fazer perguntas e discutir preocupações;</p> <p data-bbox="730 1234 1361 1332">Responder às perguntas de forma clara e concisa;</p>
Família      Promoção      do envolvimento familiar	<p data-bbox="730 1346 1361 1444">Incentivar os cuidados às crianças por familiares durante a hospitalização;</p> <p data-bbox="730 1458 1361 1610">Incentivar os familiares e as crianças a serem assertivos nas interações com profissionais de saúde;</p> <p data-bbox="730 1624 1361 1776">Estabelecer um relacionamento pessoal com o paciente e seus familiares envolvidos nos cuidados;</p>
Apoio familiar	<p data-bbox="730 1787 1361 1886">Assegurar à família que o melhor cuidados está a ser dado à criança;</p> <p data-bbox="730 1899 1361 1998">Ouvir preocupações, sentimentos e questões familiares;</p>

Área de atenção	Intervenções	Atividades
		Fornecer assistência para alcançar as necessidades básicas da família; Aceitar os valores familiares;
	Promoção da integridade familiar	Facilitar um ambiente de união entre os familiares; Facilitar as visitas da família; Estabelecer uma relação de confiança com os pais; Respeitar a privacidade individual dos pais; Facilitar uma comunicação aberta entre os familiares;
Entretenimento	Brinquedo terapêutico	Incentivar a criança a brincar; Fornecer brinquedos que estimulem a simulação;
	Humor	Incentivar a utilização do humor; Responder positivamente às tentativas de humor feitas pela criança;
	Distração	Utilizar técnicas de distração adequadas às crianças; Sugerir técnicas adequadas à idade e nível de desenvolvimento; Encorajar a participação dos pais nas técnicas de distração;
Ambiente de cuidados	Controle do ambiente	Individualizar a rotina diária das crianças; Criar um ambiente seguro para a criança; Facilitar o uso de objetos pessoais como o objeto de apego;
	Controle do ambiente: segurança	Fornecer aos pais informações sobre as medidas de segurança implementadas atendendo ao nível de desenvolvimento da criança;

Área de atenção	Intervenções	Atividades
	Melhoria da socialização	Encorajar a criança a desenvolver relacionamentos com outras crianças;
	Encaminhamentos	Realizar monitorização para determinar as necessidades de encaminhamento;
Admissão	Cuidados na admissão	Apresentar-se e informar o seu papel, Orientar a criança e família sobre as instalações da Instituições e questões organizacionais;
Características dos enfermeiros	Dizer a verdade	Consultar a família da criança antes de dizer a verdade; Estabelecer uma relação de confiança; Responder a estímulos verbais e não verbais durante o processo de comunicação;
	Presença	Comunicar verbalmente a empatia ou compreensão sobre as experiências da criança; Estabelecer uma relação positiva de confiança; Ouvir as preocupações da criança; Providenciar privacidade para a criança e família.

Foi possível a identificação de aspetos “chave” referentes à satisfação com os cuidados de enfermagem dos três envolvidos no processo de hospitalização.

Os resultados obtidos permitiram a transferência de um conjunto de orientações para a prática clínica dos profissionais de saúde, de modo a tornar a experiência de hospitalização mais positiva e geradora de satisfação da criança em idade escolar.

Estas orientações traduzem-se na organização dos cuidados e na sua prestação. Pela complexidade da sua profissão, na prática de cuidados, os enfermeiros são chamados a tomar decisões diariamente. A forma e o modo como tomam estas decisões, conduziu ao aparecimento de uma matriz de modelos de tomada de decisão. Reis & Löber (2012) referem que estes modelos variam na sua base metodológica, sendo utilizados como auxílio ao processo de decisão.

Neste sentido, os resultados obtidos neste percurso enquanto proposta de orientação para a prática profissional surgem como um suporte que auxilia os enfermeiros na tomada de decisão, no âmbito do processo de enfermagem, para cuidados promotores de satisfação. Neste percurso em particular, tomamos como quadro de referência, para além dos conceitos que orientam a prestação de cuidados de enfermagem nesta população e contexto específico, o modelo Qualidade-Cuidado© (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2013). Propomos uma adaptação e a amplificação deste modelo, às crianças em idade escolar hospitalizadas e seus pais integrando os resultados obtidos neste estudo.

Apresentamos o modelo, na sua versão adaptada a esta população na

Figura 3. Todas as alterações e adaptações introduzidas derivam dos resultados obtidos neste estudo e encontram-se a *negrito* no corpo da figura de forma a diferenciar do modelo base.

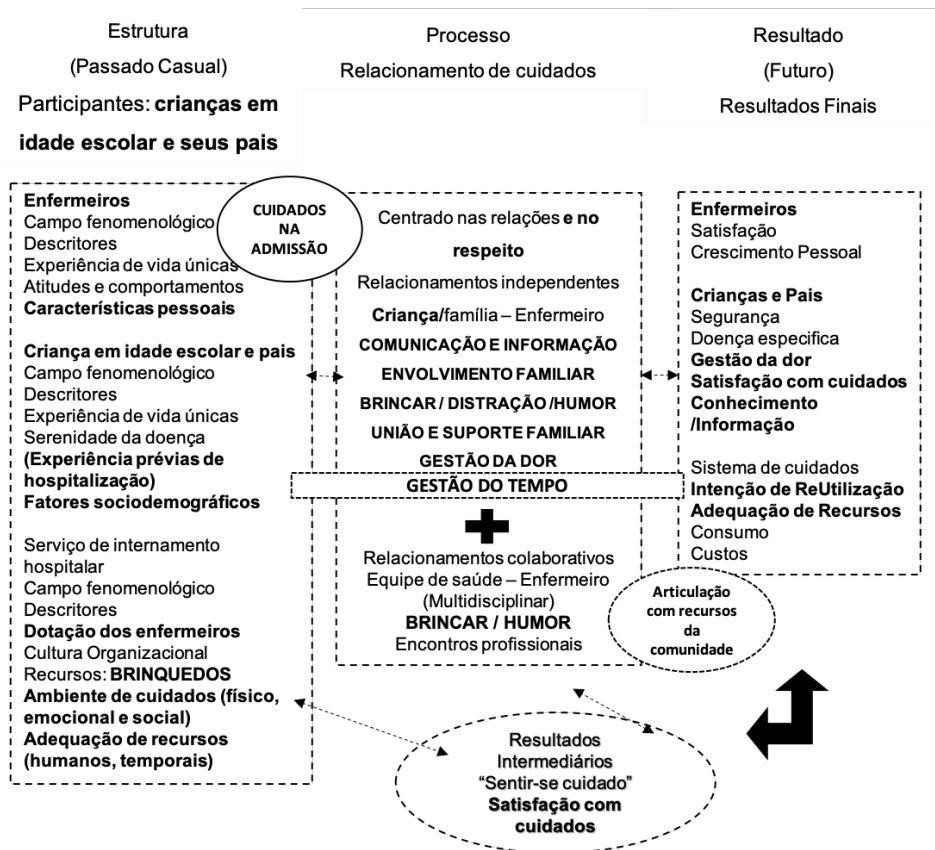


Figura 3 - Adaptação do modelo Qualidade-Cuidado© de Duffy (2015).

O modelo tem três componentes principais sendo que, o primeiro é a estrutura e refere-se a fatores importantes que estão presentes previamente à prestação de cuidados

nos prestadores de cuidados, nos clientes e no próprio sistema de saúde (Duffy & Hoskins, 2003).

No primeiro componente, e ao nível dos prestadores de cuidados, os enfermeiros, identificamos como aspetos a integrar no modelo as características dos enfermeiros. Foi identificado que as crianças apresentam expectativas relativas a características que os enfermeiros devem possuir. Também em relação aos pais, evidenciou-se que nas suas experiências, quando os enfermeiros apresentam determinadas características são indutoras de satisfação. Neste estudo, os enfermeiros não referiram nenhuma estratégia no que se refere a este aspeto.

Ao nível do paciente / família, que na adaptação passamos a designar criança em idade escolar e pais, integramos os aspetos das experiências prévias de hospitalização, identificados pelos enfermeiros enquanto limitação. Integramos ainda as características sociodemográficas, de pais e crianças pois, embora não tenhamos encontrado resultados significativos no nosso percurso, a literatura identifica relações entre satisfação e estas características que podemos usar no planeamento dos cuidados.

No que se refere ao sistema de cuidados de saúde, que nesta adaptação é especificamente o serviço de internamento hospitalar, identificamos a dotação dos enfermeiros, destacado neste estudo por pais e enfermeiros. Incluímos ainda o ambiente de cuidados (físico, emocional e social) identificado pelos três intervenientes nos resultados deste estudo. Associamos ainda a adequação de recursos temporais e humanos, identificado também por pais e enfermeiros, com especial destaque nos brinquedos, particularmente importante neste contexto de cuidados. Não incluímos os recursos materiais dado que apesar de ter surgido na literatura e identificado pelos enfermeiros, foi um constrangimento que não obteve consenso em relação à promoção da satisfação quer das crianças quer dos pais. Contudo, é um item que poderá ser enquadrado no modelo, se aplicado outros contextos.

O segundo componente é processo de cuidados e a parte central deste modelo (Duffy & Hoskins, 2003). Envolve as intervenções ou práticas dos enfermeiros independentes e colaborativas e centra-se nas relações.

Assim, no que se refere à natureza da ação dos enfermeiros, as intervenções de natureza autónoma identificadas pelos enfermeiros como relevantes envolvem os cuidados na admissão. Destacamos a importância do respeito nas relações interpessoais, como um dos atributos mais mencionado nos estudos que abordam a satisfação quer na população pediátrica quer na população de adultos.

Em continuidade, agregamos as áreas específicas promotoras de satisfação com os cuidados identificadas e caracterizadas neste percurso investigativo.

A comunicação / informação, identificada quer na literatura quer neste estudo pelos três intervenientes como basilar para a satisfação. Integramos o envolvimento familiar identificada neste estudo pelos três intervenientes assim como brincar / distração / humor. A questão do brincar surge quer no primeiro componente, quer no segundo, entendemos fazê-lo porque se trata de facto, de uma área de muita importância, mas também para enfatizar a necessidade da existência e utilização dos recursos. Incluímos ainda o suporte familiar, identificado por enfermeiros, como uma estratégia de promoção da satisfação.

No âmbito das intervenções colaborativas, incluímos o brincar / humor como aspeto trabalhado por enfermeiros, mas também por outros profissionais.

Transversal a este componente, e com ligação ao primeiro e terceiro componentes incluímos a gestão do tempo. É um tema que surge descrito neste estudo como limitador e que indiretamente pode provocar a diminuição da satisfação. Atendendo a que surge quer enquanto expectativa quer enquanto experiência de cuidados optamos pela sua transversalidade aos três componentes do modelo.

Por fim, o terceiro componente diz respeito aos resultados finais dos cuidados de saúde. E neste componente, identificamos a articulação com recursos da comunidade que tendo início no segundo componente funciona em estreita articulação com este componente. Surge identificado como estratégia, que obteve consenso, pelos enfermeiros. Ainda neste componente, nas crianças e pais identificamos a gestão da dor e a satisfação com os cuidados. Ao nível do sistema de cuidados, identificamos a intenção de reutilização dos serviços e a adequação dos recursos.

A adaptação do modelo prescritivo que apresentamos, teve como alicerce a construção simplificada da realidade que estudamos e que integra os resultados que obtivemos. Pretendemos que ajude na clarificação dos cuidados de enfermagem, nesta população e contextos específicos, mas também no processo de tomada de decisão dos enfermeiros na prática diária de cuidados.

Neste sentido, enunciamos uma proposta de orientações para a prática de cuidados focada na satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e seus pais, operacionalizadas nos seguintes aspetos:

- Avaliação sistemática e sistematizada da satisfação com os cuidados de enfermagem a todas as crianças em idade escolar internadas e seus pais com

instrumentos validados para a cultura portuguesa, como os que se apresentam neste percurso, por exemplo a cada 3 meses;

- Os membros da família, em contacto direto com a criança ou que convivem frequentemente com a criança, também devem ser incluídos na avaliação da satisfação;
- Nos questionários de satisfação, manter sempre a possibilidade de comentários e / ou respostas abertas de forma a que novos aspetos possam ser identificados pelas crianças e pais implicando a sua análise periódica, por exemplo a cada 6 meses, e a revisão dos questionários de satisfação à luz de novos achados;
- Os resultados da avaliação da satisfação devem ser divulgados na equipa de forma a reforçar os comportamentos que foram identificados como promotores de satisfação e os que devem ser alterados;
- Utilização de cuidados individualizados, negociados com cada família, sensíveis às necessidades de cada criança e pais;
- Incorporar as atividades de entretenimento e brincar terapêutico, nos cuidados de enfermagem de uma forma mais efetiva;
- Desenvolver os aspetos da comunicação com pais e crianças, quer pela revisão das práticas, quer pela formação sistemática e sistematizada nesta área incorporando este tema no plano de formação anual;
- Utilizar os achados da aplicação de questionários de satisfação na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com particular relevo para a melhoria nas áreas de menor satisfação;
- Fomentar uma política institucional que promova a satisfação com os cuidados como uma prioridade;
- A promoção da satisfação na criança em idade escolar pode ser otimizada pela implementação das seguintes intervenções: ensino de procedimentos / tratamentos, promoção do envolvimento familiar, utilização do brinquedo terapêutico, controle da dor, distração, controle do ambiente de cuidados, utilização do humor, encaminhamentos e cuidados na admissão;
- A promoção da satisfação nos pais da criança em idade escolar pode ser otimizada pela implementação das seguintes intervenções: promoção do envolvimento familiar, ensino do processo da doença, apoio familiar, promoção da integridade familiar, cuidados na admissão e escuta ativa.

## CAPÍTULO 9 - CONCLUSÕES

O estudo que apresentamos visou dar um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança em idade escolar e seus pais. Assente numa perspetiva de melhoria contínua visou a identificação de áreas dos cuidados de enfermagem a desenvolver.

A motivação e inquietação que esteve na sua origem, resultou da constatação da importância do envolvimento da criança hospitalizada no que concerne à avaliação da sua satisfação com os cuidados de enfermagem. A revisão da literatura mostrou a lacuna de um conhecimento integrativo que articulasse contributos de todos os intervenientes – crianças, pais e enfermeiros.

Começamos então pelo estabelecimento de um quadro de referência, onde englobamos os conceitos e pressupostos que correspondem à nossa conceção de cuidar em enfermagem implícita neste estudo.

Sintetizamos o estado da arte sobre esta temática na população em estudo e, em relação às crianças, encontramos na literatura científica disponível, relatos de expectativas e de experiências. Enquanto grandes áreas temáticas identificamos as características dos enfermeiros e as atividades dos enfermeiros, que incluem a comunicação e a informação, o brincar e a distração, a gestão da dor e a gestão do tempo. Identificámos ainda o ambiente de cuidados, nas componentes física, social e emocional.

No que concerne aos pais identificámos também as características dos enfermeiros e as atividades dos enfermeiros. Estas incluem a adequação de cuidados, o envolvimento dos pais, os cuidados na admissão, a gestão da dor, a gestão do tempo e a comunicação e a informação. Similarmente identificamos também as questões do ambiente de cuidados.

Salientamos nesta etapa a escassez de estudos no contexto nacional assim como estudos que integrassem todas as perspetivas. Esta etapa possibilitou-nos uma visão mais abrangente da temática, bem como dos artigos e autores de referência na área.

A consulta à literatura científica permitiu-nos identificar diversos instrumentos de recolha de dados para avaliar a satisfação, tendo sido selecionados os que mais se adequavam quer ao conceito em estudo e à população quer às questões de investigação e objetivos.

Pretendíamos saber qual a satisfação das crianças em idade escolar e dos seus pais acerca dos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar? Delineamos, para esta

questão de investigação, como objetivo específico: identificar a satisfação das crianças em idade escolar e dos seus pais acerca dos cuidados de enfermagem.

Concluimos que tanto as crianças como os pais estão, de uma forma global, satisfeitos com os cuidados de enfermagem. Identificamos nas crianças, enquanto áreas relevantes para a satisfação as características pessoais e as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros. Verificou-se uma avaliação global dos cuidados elevada o que é demonstrativo da satisfação com os cuidados. Foram identificadas as melhores experiências de onde se destacam as pessoas nomeadamente os profissionais de enfermagem. Foram também identificadas as piores experiências e aqui, a distribuição foi mais uniforme, sendo a mais mencionada a referente aos “sentimentos”.

Em relação aos pais verificamos também que estes estão satisfeitos com os cuidados nomeadamente com as experiências de cuidados. Reforçam estes dados, os elogios deixados no espaço dos comentários e na questão “aspetos que podem ser melhorados”. Enquanto áreas a investir identificamos as questões do domínio pessoal, no que diz respeito à relação entre equipa de enfermagem e pais.

A discussão e reflexão em torno dos resultados da segunda etapa do estudo, permitiu compreender que tanto as crianças como os pais estão satisfeitos com os cuidados. Contudo, existem aspetos que podem ser aperfeiçoados. Sobretudo os aspetos identificados pelas crianças como piores experiências e, pelos pais como aspetos a melhorar, com vista a uma maior satisfação.

Na terceira etapa de investigação, procuramos ter a perspetiva dos enfermeiros acerca desta temática. Tomamos como opção a utilização da técnica de painel Delphi atendendo às suas características e adequação ao objetivo desta etapa. Pretendíamos responder à questão de investigação: Quais são as estratégias descritas pelos enfermeiros que contribuem para o aumento da satisfação da criança e dos seus pais com a hospitalização? Tínhamos como objetivo descrever as estratégias sugeridas pelos enfermeiros que aumentam a satisfação da criança em idade escolar e pais durante a hospitalização.

A realização de duas rondas permitiu-nos consensualizar estratégias a implementar assim como a identificação de constrangimentos e dificuldades aquando da sua operacionalização.

No que se refere às estratégias direcionadas às crianças, promotoras da sua satisfação, as que obtiveram consenso na ronda 2 foram as referentes ao: envolvimento familiar: incentivar o cuidado às crianças por familiares durante a hospitalização e

incentivar os familiares e as crianças a serem assertivos nas interações com os profissionais de saúde; utilização de estratégias de uso do brincar: incentivar a criança a brincar e fornecer brinquedos que estimulem a simulação; utilização de estratégias de transmissão de informação: explicar o procedimento / tratamento e orientar as crianças sobre como colaborar / participar durante o procedimento / tratamento; utilização de estratégias do uso do humor; utilização de estratégias de distração das crianças; utilização de estratégias de alívio da dor; utilização de estratégias de manutenção da rotina das crianças: individualizar a rotina diária das crianças; utilização de estratégias de articulação com recursos da comunidade; utilização de estratégias de controle do ambiente de cuidados; utilização de estratégias relacionadas com a admissão das crianças.

Foram identificados constrangimentos / dificuldades e, os que obtiveram consenso na ronda 2 foram: falta de recursos: temporais e humanos; experiências prévias de hospitalização; abordagem comunicacional com os pais e aspetos institucionais e organizacionais.

Relativamente aos pais, foram identificadas estratégias para promover a satisfação, que de igual modo obtiveram consenso na ronda 2, nomeadamente: utilização de estratégias de união familiar: facilitar um ambiente de união entre os familiares e facilitar as visitas da família; utilização de estratégias de transmissão de informação: fornecer à família / pessoas significativas informações sobre o percurso de doença e internamento das crianças; utilização de estratégias de envolvimento familiar: incentivar o cuidado às crianças por familiares durante a hospitalização e estabelecer um relacionamento pessoal com as crianças e seus familiares envolvidos nos cuidados; utilização de estratégias de suporte à família: assegurar à família que o melhor cuidado possível está a ser dado às crianças, ouvir preocupações, sentimentos e questões familiares, fornecer assistência para satisfação das necessidades básicas da família e aceitar os valores familiares; utilização de estratégias relacionadas com a admissão das crianças: orientar as crianças / família / significantes quanto às expectativas da admissão; utilização de estratégias de controle do ambiente de cuidados e utilização de estratégias comunicacionais: mostrar interesse pela criança / família.

Quanto aos constrangimentos identificou-se, com consenso na ronda 2: falta de recursos: temporais e humanos; experiências prévias de hospitalização e abordagem comunicacional com os pais.

Verificamos que os resultados deste estudo corroboram com os resultados de outros estudos, tal como apresentado na revisão da literatura em capítulo anterior.

Face aos resultados obtidos nas etapas II e III elaboramos um trabalho de revisão e reflexão em torno dos achados deste percurso no qual procurámos identificar áreas de atenção, intervenções e atividades.

Foram identificadas, como áreas de atenção: a educação; a família; o entretenimento; o ambiente de cuidados; a admissão e as características pessoais dos enfermeiros. Para cada uma foram selecionadas intervenções de enfermagem e atividades, tendo em conta os achados do estudo e, complementados com a revisão da literatura.

Foi possível sintetizar os achados na concretização de uma proposta de orientações para a prática no sentido do aumento da satisfação da criança em idade escolar com os cuidados de enfermagem.

As orientações apresentadas, suportadas nos achados do estudo e na revisão da literatura, apresentam-se num formato operacional, dado que contemplam indicações de cariz prático. São adequadas e adaptadas ao contexto da hospitalização da criança, uma vez que a sua formulação reuniu as perspetivas de todos os intervenientes oferecendo assim, uma visão mais ampla dos cuidados de enfermagem e das oportunidades de melhoria da prática.

Este percurso de investigação acrescenta uma visão mais integradora dos cuidados de enfermagem tendo como resultado orientações práticas que não só consideram como resultaram de todos os intervenientes: crianças, pais e enfermeiros. Sustenta-se na literatura científica e nos achados da investigação sendo inovador pela inclusão de todas as perspetivas, sobretudo por ter dado voz às crianças. Apresenta uma proposta de adaptação de modelo teórico para guiar a prática de cuidados e tem como foco a satisfação do cliente enquanto aspeto central à qualidade dos cuidados. Assume que a qualidade não é o fim, mas um percurso constante de aprendizagem e melhoria.

Em síntese, o percurso de investigação permitiu compreender a satisfação da criança e dos seus pais com os cuidados de enfermagem assim como, a identificação de áreas de melhoria das práticas.

## **9.1 - Implicações para o ensino, prática e investigação em enfermagem**

A investigação em enfermagem tem como objetivo primordial a aquisição de conhecimento que possa ser aplicado (Grove & Gray, 2019). Assim, neste capítulo

procuramos apresentar o fruto da reflexão em torno do percurso de investigação e as suas implicações aos três níveis: ensino, prática e investigação.

Salientamos a importância deste estudo pois, a maioria dos estudos que se focam na satisfação do cliente tem em conta aspetos importantes para o prestador de serviços sem atender a perspetiva do cliente. Neste percurso de investigação os instrumentos utilizados, para além de serem válidos e fiáveis, para a população em estudo, surgiram da perspetiva do cliente pelo que têm em conta os aspetos da satisfação valorizados no grupo das crianças em idade escolar e seus pais. Neste sentido, os dois instrumentos validados para este estudo podem ser utilizados enquanto ferramentas fiáveis na avaliação da satisfação nesta população.

No que se refere ao ensino de enfermagem, os estudantes de enfermagem devem ser orientados e supervisionados na manutenção da qualidade dos cuidados.

O processo de enfermagem deve ser operacionalizado de acordo com as necessidades dos clientes e a procura da satisfação com os cuidados.

Sendo a comunicação um aspeto fundamental na avaliação da satisfação, o treino nesta área deve começar na formação inicial dos enfermeiros.

No que se refere à prática de cuidados, uma implicação que salientamos, quer pelo percurso de investigação quer pela revisão da literatura é que a satisfação deve ser aferida de forma sistemática e sistematizada integrando os resultados nas práticas de cuidar.

Sendo a comunicação com os pais e crianças um aspeto fundamental, todos os profissionais que contactam diretamente com crianças e seus pais devem receber formação e treino de uma forma continuada. Neste contexto, surge com maior relevância: a clareza no discurso e indicações fornecidas, a empatia, a escuta ativa, a utilização do humor e o respeito. Também a comunicação não verbal, muito valorizada na criança, deve ser “treinada” de forma a que pais e crianças sintam a comunicação de forma congruente e eficaz. Pode ser efetuado, por exemplo com recurso a workshops, cursos ou seminários que integrem exercícios práticos e role-play, dado que são identificados na literatura como particularmente úteis.

Adicionalmente, deve haver um maior investimento na investigação sobre metodologias e técnicas, no domínio da comunicação, adaptadas ao contexto específico dos cuidados de enfermagem.

Embora este percurso tenha focado especificamente os cuidados de enfermagem, é difícil separá-los da complexidade de cuidados de saúde que uma hospitalização acarreta. Neste sentido, é importante analisar a satisfação de uma forma dinâmica atendendo às

várias áreas disciplinares envolvidas. Propõe-se um estudo colaborativo que considere as dimensões da satisfação expostas face aos cuidados de enfermagem, mas também as dimensões relevantes relativas a outros profissionais de saúde dado que todos afetam a satisfação.

Por outro lado, sabendo que a comunicação é central à satisfação, devem ser desenvolvidos estudos no sentido de clarificar os aspetos da comunicação que mais significativamente devem ser trabalhados e enfatizados pelos enfermeiros.

## **9.2 - Limitações e sugestões**

Neste percurso de investigação importa olhar criticamente para o trabalho desenvolvido e procurar limitações à sua realização, mas também deixar sugestões.

As reflexões que apresentamos atendem a que, embora o processo científico seja metódico e sistematizado, apresenta também limitações e abre novas possibilidades. Estas, vão surgindo à medida que efetuamos a análise e retiramos as conclusões sobre o fenómeno em estudo e identificamos novas possibilidades de investigação.

Neste percurso, todos os questionários foram aplicados pela investigadora que especificou que se tratava de um estudo sobre cuidados de enfermagem. Contudo, não podemos deixar de considerar que crianças e pais possam ter considerado os cuidados como um todo e ter efetuado a avaliação dos cuidados com base nessa perceção.

Uma outra limitação do estudo é o contexto cultural na medida em que, a maioria da revisão da literatura efetuada neste percurso, tem por base estudos de origem internacional. Foram encontrados poucos estudos no contexto nacional pelo que, as opções metodológicas tiveram em linha de conta os achados encontrados. A existência de maior aporte de literatura nacional poderia ter alterado quer o percurso de investigação, quer o seu *output* final.

Verificámos ainda que os aspetos valorizados diferem, entre os intervenientes, o que comprova a necessidade de pesquisa integrativa e inclusiva das múltiplas perspetivas.

Em termos de sugestões, há a salientar que os contextos onde o estudo foi aplicado, foram unidades hospitalares públicas. Sugere-se a realização de estudos de satisfação em unidades de saúde privadas de forma a perceber se esta variável tem impacto na satisfação.

Neste percurso de investigação, foi incluída a perspetiva dos enfermeiros acerca da satisfação, mas não foi mensurada a sua própria satisfação. Uma sugestão para futuros estudos é incluir a avaliação da satisfação laboral e relacioná-la com a satisfação do cliente nesta população e contexto específicos.

Por fim, deixamos ainda, como sugestão para o desenvolvimento de futuros estudos de investigação, o acesso a crianças de outras faixas etárias, de forma a perceber a associação entre idade e estadio de desenvolvimento na satisfação com a hospitalização. Estudos realizados após o período de hospitalização, também poderão permitir a compreensão dos fatores que ao longo do tempo são valorizados pelas crianças.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdellah, F. G., & Levine, E. (1957). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing Research*, 5(3), 100–108. <https://doi.org/10.1097/00006199-195702000-00002>
- Afonso, A. C., Mansilha, H., & Coelho, M. P. (2017). *Saúde infantil e juvenil : manual prático*. Lisboa: Lidel.
- Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring patient experience: concepts and methods. *Patient*, 7, 235–241. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0060-5>
- Alderson, P. (2001). Research by children. *International Journal of Social Research Methodology*, 4(2), 139–153. <https://doi.org/10.1080/136455701750158903>
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science and Medicine*, 65(11), 2272–2283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). Introdução à teoria de Enfermagem: história, terminologia e análise. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª, pp. 3–14). Loures: Mosby.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ammentorp, J., Mainz, J., & Sabroe, S. (2006). Determinants of priorities and satisfaction in pediatric care. *Pediatric Nursing*, 32(4), 333–340, 348. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16927726>
- Andrade, C. (2016). *Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem-Impacte na Qualidade dos Cuidados de Saúde* [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17248/1/>
- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 7), 83–92. <https://doi.org/10.12707/RIII11145>
- Aranda, S. (2008). Designing nursing interventions. *Collegian*, 15(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.11.002>
- Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R., & Higginson, I. J. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 42(4), 324–339.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12752877>

- Azevêdo, A. V. dos S., Lançoni Júnior, A. C., & Crepaldi, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3653–3666. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>
- Bardin, L. (2013). *Content Analysis*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*, 1646–9704. [https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art\\_03\\_estesl\\_suplemento\\_2013.pdf](https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf)
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em pediatria : compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., & Amenta, P. (2015). Conceptualisation of patient satisfaction: A systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 243–250. <https://doi.org/10.1177/1757913915594196>
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Battrick, C., & Gasper, E. A. (2004). The views of children and their families on being in hospital. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 13(6), 328–336. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.6.12529>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (1998). Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. *Epidemiol, December*. <http://www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/xculture2002.pdf>
- Bedell, G. M., Khetani, M. a., Cousins, M. a., Coster, W. J., & Law, M. C. (2011). Parent Perspectives to Inform Development of Measures of Children’s Participation and Environment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(5), 765–773. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.12.029>
- Bengtson, V. L., & Settersten, R. A. (Eds.). (2016). *The Handbook of Theories of aging*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1), 65–72. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01505.x>

- Bishop, K. (2010). Through the eyes of children and young people: the components of a supportive hospital environment. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 13(2), 17–25. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi088.9>.
- Bjorklund, D. F., & Causey, K. B. (2018). *Children's thinking : cognitive development and individual differences*. Los Angeles: Sage.
- Board, R. (2005). School-age children's perceptions of their PICU hospitalization. *Pediatric Nursing*, 31(3), 166–175. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16060579>
- Borghans, I., Kleefstra, S. M., Kool, R. B., & Westert, G. P. (2012). Is the length of stay in hospital correlated with patient satisfaction? *International Journal for Quality in Health Care*, 24(5), 443–451. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs037>
- Boztepe, H., Çınar, S., & Ay, A. (2017). School-age children's perception of the hospital experience. *Journal of Child Health Care*, 21(2), 162–170. <https://doi.org/10.1177/1367493517690454>
- Brewer, S., Gleditsch, S. L., Syblik, D., Tietjens, M. E., & Vacik, H. W. (2006). Pediatric Anxiety: Child Life Intervention in Day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(1), 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.06.004>
- Bruce, N., Pope, D., & Stanistreet, D. (2008). *Quantitative Methods for Health Research*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (6ª Edição)*. Philadelphia: Elsevier Editora Ltda.
- Burkett, G. L. (1990). Classifying basic research designs. *Family Medicine*, 22(2), 143–148. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2182361>
- Caleffi, C. C. F., Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J. de, Burciaga, V. B., & Serapião, L. da S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611–614. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>
- Capelas, M. L. V. (2014). *Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos em Portugal*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Carcel, C. (2000). Paradigma holístico. *Revista Trajetos e Projetos*, 2, 31–35.

- Cardoso, A. C. de A. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda* [Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto]. [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao\\_AnaCristinaA.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao_AnaCristinaA.pdf)
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carnevale, F. A., & Gaudreault, J. (2013). The experience of critically ill children: A phenomenological study of discomfort and comfort. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 24(1), 19–27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23691718>
- Carney, T., Murphy, S., McClure, J., Bishop, E., Kerr, C., Parker, J., Scott, F., Shields, C., & Wilson, L. (2003). Children's Views of Hospitalization: An Exploratory Study of Data Collection. *Journal of Child Health Care*, 7(1), 27–40. <https://doi.org/10.1177/1367493503007001674>
- Carpenito-Moyet, L. J. (2012). *Nursing Diagnosis : Application to Clinical Practice*. New York: Wolters Kluwer.
- Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14(3), 236–249. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1419201>
- Carter, B. (1998). Children - silent consumers of health care. *Journal of Child Health Care*, 2(2), 57–57. <https://doi.org/10.1177/136749359800200201>
- Carter, B., & Ford, K. (2013). Researching children's health experiences: The place for participatory, child-centered, arts-based approaches. *Research in Nursing and Health*, 36(1), 95–107. <https://doi.org/10.1002/nur.21517>
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, E. C. de, Cruz, D. de A. L. M. da, & Herdman, T. H. (2013). Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 134–141. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017>
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. A. Gasper & A. Tucker (Eds.), *Advances in Child Health Nursing* (pp. 183–193). Oxford: Scutari Press.
- Chambers, C. T., & Johnston, C. (2002). Developmental Differences in Children's Use of Rating Scales. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(1), 27–36. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/27.1.27>

- Chappuis, M., Vannay-Bouchiche, C., Flückiger, M., Monnier, M., Cathieni, F., Terra, R., & Piot-Ziegler, C. (2011). Children's Experience Regarding the Quality of Their Hospital Stay. *Journal of Nursing Care Quality*, 26(1), 78–87. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181ea6ea2>
- Chesney, M., Lindeke, L., Johnson, L., Jukkala, A., Lynch, S., Disch, J., & Densford, K. J. (2005). Comparison of child and parent satisfaction ratings of ambulatory pediatric subspecialty care. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(4), 221–229. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2005.02.003>
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143–150. [http://www.ufjf.br/renato\\_nunes/files/2014/03/Validação-do-Questionário-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf](http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Validação-do-Questionário-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf)
- Cimke, S., & Mucuk, S. (2017). Mothers' Participation in the Hospitalized Children's Care and their Satisfaction. *International Journal of Caring*, 10(3), 1643–1651. [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)
- Comissão Internacional de Testes (2003). *Directrizes Internacionais para a utilização de testes*. [www.intestcom.org](http://www.intestcom.org)
- Comp, D. (2011). Improving parent satisfaction by sharing the inpatient daily plan of care: an evidence review with implications for practice and research. *Pediatric Nursing*, 37(5), 237–242. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22132568>
- Comparcini, D., Simonetti, V., Tomietto, M., Leino-Kilpi, H., Pelander, T., & Cicolini, G. (2018). Children's Perceptions About the Quality of Pediatric Nursing Care: A Large Multicenter Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 287–295. <https://doi.org/10.1111/jnu.12381>
- Cordazzo, T., & Vieira, M. (2008). Characterization of School children's Types of Play. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 365–373. [www.scielo.br/prc](http://www.scielo.br/prc)
- Council on Community Pediatrics and Committee on Native American Child Health. (2010). Health Equity and Children's Rights. *Pediatrics*, 125(4), 838–849. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0235>
- Coyne, I. (1995). Partnership in care: parents' views of participation in their hospitalized child's care. *Journal of Clinical Nursing*, 4(2), 71–79. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1995.tb00014.x>
- Coyne, I. (2006a). Children's Experiences of Hospitalization. *Journal of Child Health*

- Care, 10(4), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1367493506067884>
- Coyne, I. (2006b). Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 61–71. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x>
- Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G., & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 18(3), 273–280. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.01.006>
- Coyne, I. & Kirwan, L. (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. *Journal of Child Health Care*, 16(3), 293–304. <https://doi.org/10.1177/1367493512443905>
- Coyne, I. (2015). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations*, 18(5), 796–808. <https://doi.org/10.1111/hex.12104>
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Creswell, J. W. (2009). Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Approaches. In *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3rd ed.). London: Sage.
- Crnković, M., Divčić, B., Rotim, Z., & Corić, J. (2009). Emotions and experiences of hospitalized school age patients. *Acta clinica Croatica*, 48(2), 125–135.
- Curley, M. A. (1998). Patient-nurse synergy: optimizing patients' outcomes. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 7(1), 64–72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9429685>
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. R. F., & Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. WHO.
- Dalkey, N. C. (1969). *The delphi method: an experimental study on group opinion*. [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_memoranda/2005/RM5888.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/2005/RM5888.pdf)

- Damásio, A. R. (1998). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa América.
- Dantas, A. M. N., Silva, K. de L., & Nóbrega, M. M. L. (2018). Validation of nursing diagnoses, interventions and outcomes in a pediatric clinic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 80–88. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0647>
- DeCS - *Descritores em Ciências da Saúde*. (2018). <http://decs.bvs.br/>
- Déjourns, C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel. *Education Permanente*, 116, 47–70. [http://www.education-permanente.fr/public/articles/articles.php?id\\_revue=116&id\\_article=843#resume843](http://www.education-permanente.fr/public/articles/articles.php?id_revue=116&id_article=843#resume843)
- DGS (2003). Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(4), 401–409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. (2019). <https://dicionario.priberam.org/>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *The American Psychologist*, 55(1), 34–43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11392863>
- Diener, Ed, Kesebir, P., & Lucas, R. (2008). Benefits of Accounts of Well-Being— For Societies and for Psychological Science. *Applied Psychology*, 57(s1), 37–53. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00353.x>
- Dinis, S. R. B. (2013). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem* [Instituto Politécnico de Viseu]. <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2053/1/DINIS%2>
- Donabedian, A. (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care. In *Oxford University Press*. New York: Oxford University Press.
- Doran, D. (2011). Nursing Outcomes The state of the Scienecer. In D. M. Doran (Ed.), *Jones & Bartlett Learning* (2<sup>a</sup>). Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29–39. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x>

- Duffy, J. R. (2013). *Quality caring in nursing and health systems. Implications for Clinicians, Educators, and Leaders* (2nd ed.). Springer Publishing Company. [http://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E\\_Books/Files/LibraryFile\\_151220\\_55.pdf](http://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_151220_55.pdf)
- Duffy, J. R. (2015). Joanne Duffy's Quality-Caring Model©. In M. Smith & M. Parker (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 393–429). F.A. Davis Company.
- Duffy, J. R., Baldwin, J., & Mastorovich, M. J. (2007). Using the Quality-Caring Model to Organize Patient Care Delivery. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 37(12), 546–551. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000302382.45625.66>
- Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model©. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77–88. <https://doi.org/10.1097/00012272-200301000-00010>
- Edmundson, E. (2012). The Quality Caring Nursing Model: A Journey to Selection and Implementation. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), 411–415. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.09.007>
- Einarsdóttir, J. (2007). Research with children: methodological and ethical challenges. *European Early Childhood Education Research Journal*, 15(2), 197–211. <https://doi.org/10.1080/13502930701321477>
- Eo, Y.S., & Kim, J.S. (2019). Factors affecting health-related behaviors in younger school-age korean children. *Journal of Pediatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.05.019>
- Eriksen, L. R. (1987). Patient satisfaction: an indicator of nursing care quality? *Nursing Management*, 18(7), 31–35. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3648596>
- Eriksen, L. R. (1995). Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. *Journal of Nursing Measurement*, 3(1), 59–76. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7493189>
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New york: Norton.
- Espiridião, M. A., & Trad, L. A. B. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos Saúde Pública*, 22(6), 1267–1276. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf>
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Fawcett, J. (2001). The Nurse Theorists: 21st-Century Updates—Imogene M. King. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 311–315. <https://doi.org/10.1177/089431840101400407>

- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge* (2nd ed.). F.A. Philadelphia: Davis Company.
- Fawcett, J. (2017). *Applying conceptual models of nursing*. New York:Spinger Publishing Company, Inc.
- Fernandes, C. (2015). *A família como foco dos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Ferreira, L., Oliveira, J., Gonçalves, R., Elias, T., Medeiros, S., & Mororó, D. (2019). Nursing Care for the Families of Hospitalized Children and Adolescents. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 13(1), 23–31. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a237672p23-31-2019>
- Ferreira, S. M. B., Coutinho, M. C. B., & Sobral, M. do S. C. (2018). A Importância da Participação da Família na Educação Escolar. *ID on Line Revista de Psicologia*, 12(42), 491–502. <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i42.1452>
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice step by step: critical appraisal of the evidence: Part III. *AJN, American Journal of Nursing*, 110(7), 47–52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000383935.22721.9c>
- Fletcher, T. ., Glasper, A. ., Prudhoe, G. ., Battrick, C. ., Coles, L. ., Weaver, K. ., & Ireland, L. . (2011). Building the future: Children’s views on nurses and hospital care. *British Journal of Nursing*, 20(1), 39–45. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.1.39>
- Folami, F. (2019). Assessment of Patient Satisfaction with Nursing Care in Selected Wards of the Lagos University Teaching Hospital (Luth). *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 17(1). <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2019.17.002941>
- Ford, K. (2011). “I didn’t really like it, but it sounded exciting”: Admission to hospital for surgery from the perspectives of children. *Journal of Child Health Care*, 15(4), 250–260. <https://doi.org/10.1177/1367493511420185>
- Ford, K., Dickinson, A., Water, T., Campbell, S., Bray, L., & Carter, B. (2018). Child Centred Care: Challenging Assumptions and Repositioning Children and Young People. *Journal of Pediatric Nursing*, 43, e39–e43. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.012>
- Foth, T., Efstathiou, N., Vanderspank-Wright, B., Ufholz, L.A., Dütthorn, N., Zimansky, M., & Humphrey-Murto, S. (2016). The use of Delphi and Nominal Group

- Technique in nursing education: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 112–120. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.015>
- Freitas, M., & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 10), 171–178. <https://doi.org/10.12707/RIII12125>
- Freitas, M., Parreira, P., & Domingues, J. (2016). Assessment of the psychometric properties of the Patient Satisfaction with Hospital Nursing Care Scale. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 9–18. <https://doi.org/10.12707/RIV16031>
- Freud, S. (1958). *Formulations on the two principles of mental functioning*. The Hogarth Press. [https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud\\_Two\\_Principles.pdf](https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_Two_Principles.pdf)
- Frey, M. A., Sieloff, C. L., & Norris, D. M. (2002). King's Conceptual System and Theory of Goal Attainment: Past, Present, and Future. *Nursing Science Quarterly*, 15(2), 107–112. <https://doi.org/10.1177/089431840201500204>
- Friel, C. M. (2003). *Factor Analysis. Principal components factor analysis. Use of extracted factors in multivariate dependency models*. Huntsville: Sam Houston State University.
- Gabatz, R. I. B., & Ritter, N. R. (2007). [Children with cystic fibrosis: perceptions about multiple hospital admissions]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 37–41. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17477165>
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8–19. <https://doi.org/10.1108/17511870910927994>
- Gilmartin, H. M., & Sousa, K. H. (2016). Testing the Quality Health Outcomes Model Applied to Infection Prevention in Hospitals. *Quality Management in Health Care*, 25(3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000102>
- Giuliano, K. K., & Polanowicz, M. (2008). Interpretation and Use of Statistics in Nursing Research. *AACN Advanced Critical Care*, 19(2), 211–222. <https://doi.org/10.1097/01.AACN.0000318124.33889.6e>
- Góes, F. G. B., & La Cava, A. M. (2009). A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(4), 932–942. <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a18.htm>
- Gomes-Pedro, J. (2004). O que é ser criança? Da genética ao comportamento. *Análise Psicológica*, I(XXII), 32–42. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n1/v22n1a04.pdf>

- Gomes, A. (2018). *Boa enfermeira e bom enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados* [Universidade de São Paulo]. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-19032019-151746/en.php>
- Gomes, A. C. D. A., Silva, A. T. M., Santos, C. M., & Palermo, T. A. D. C. (2019). Brinquedo terapêutico para alívio da dor em crianças hospitalizadas. *Biológicas & Saúde*, 9(29), 33–42. <https://doi.org/10.25242/886892920191717>
- Gomide, P. I. C. (2017). *Pais presentes, pais ausentes: Regras e limites*. Petrópolis: Editora Vozes.
- González-Valentín, A., Padín-López, S., & de Ramón-Garrido, E. (2005). Patient Satisfaction With Nursing Care in a Regional University Hospital in Southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(1), 63–72. <https://doi.org/10.1097/00001786-200501000-00011>
- Greeneich, D. (1993). The link between new and return business and quality of care. *Advances in Nursing Science*, 16(1), 62–72. <https://doi.org/10.1097/00012272-199309000-00008>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Understanding Nursing Research: Building an Evidence Based Practice* (7th ed.). Missouri: Elsevier.
- Halfon, N., Inkelas, M., Mistry, R., & Olson, L. M. (2004). Satisfaction with health care for young children. *Pediatrics*, 113(6 Suppl), 1965–1972. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15173468>
- Hammersley, M. (2015). Research Ethics and the Concept of Children’s Rights. *Children & Society*, 29(6), 569–582. <https://doi.org/10.1111/chso.12077>
- Hands, C., Round, J., & Thomas, J. (2009). “When someone stabs you”: children’s perspectives of venepuncture. *Archives of Disease in Childhood*, 94(6), 466–466. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.156265>
- Harrison, T. M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335–343. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006>
- Hasenfuss, E., & Franceschi, A. (2003). Collaboration of nursing and child life: a palette of professional practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(5), 359–365. [https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(03\)00158-1](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(03)00158-1)
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>

- Heale, R., & Shorten, A. (2017). Ethical context of nursing research. *Evidence-Based Nursing*, 20(1), 7. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102514>
- Hill, M. H., & Doddato, T. (2002). Relationships among patient satisfaction, intent to return, and intent to recommend services provided by an academic nursing center. *Journal of Cultural Diversity*, 9(4), 108–112. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12674887>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário (2ª)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hinshaw, A. S., & Atwood, J. R. (1981). A Patient Satisfaction Instrument: precision by replication. *Nursing Research*, 31(3), 170–175, 191. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6918923>
- Hockenberry, M.; Wilson, D. & Rodgers, C. (2018). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente (10ª)*. Loures: Lusociência.
- Holland, S. (2009). Listening to Children in Care: A Review of Methodological and Theoretical Approaches to Understanding Looked after Children's Perspectives. *Children & Society*, 23(3), 226–235. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2008.00213.x>
- IAC. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. [http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf)
- INE. (2011). Classificação Portuguesa 2010 das Profissões. In *Instituto Nacional de Estatística*. <https://doi.org/288627/09>
- International Council of Nurses. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_eng.pdf)
- Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58–64, 87. <https://pdfs.semanticscholar.org/bb58/083d4a5dabe1acf7eb0a41f4296f989bcfc0.pdf>
- Joloza, T. (2013). *Review of available sources and measures for children and young people's well-being* (Issue January). The Office for National Statistics.
- Jones, C. W., & Lynn, M. R. (2018). Blogs Written by Families During Their Child's Hospitalization: A Thematic Narrative Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 41,

- 110–116. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.03.011>
- Jorge, A. P. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.
- Justo, C. (2005). *A Técnica Delphi de Formação de Consensos*. <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/A-Tecnica-Delphi-de-Formacao-de-Consensos.pdf>
- Kamper, R., Van Cleve, L., & Savedra, M. (2010). Children With Advanced Cancer: Responses to a Spiritual Quality of Life Interview. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(4), 301–306. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00253.x>
- Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), 535–545. <https://doi.org/10.1002/nop2.237>
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2011). *The Delphi Technique in Nursing and Health Research* (1<sup>a</sup>). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 195–200. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00044-4)
- Khajeh, M., Nayeri, N., Bahramnezhad, F., & Sadat Hoseini, A. S. (2017). Family centered care of hospitalized children: A hybrid concept analysis in Iran. *Health Promotion Perspectives*, 7(4), 210–215. <https://doi.org/10.15171/hpp.2017.37>
- Kiernan, G., Guerin, S., & MacLachlan, M. (2005). Children’s voices: qualitative data from the ‘Barretstown studies.’ *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 733–741. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2003.05.003>
- Kinder, F., & Allen, L. R. (2014). Parents’ Perception of Satisfaction With Care From Pediatric Nurse Practitioners Instrument. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(2), 128–135. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.12.009>
- Kinder, F. D. (2016). Parents’ Perception of Satisfaction With Pediatric Nurse Practitioners’ Care And Parental Intent to Adhere To Recommended Health Care Regimen. *Pediatric Nursing*, 42(3), 138–144.
- King, I. M. (1997). King’s Theory of Goal Attainment in Practice. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 180–185. <https://doi.org/10.1177/089431849701000411>
- Kohlberg, L. (1966). A cognitivedevelop mental analysis of children’s sex-role concepts and attitudes. In *The Development of Sex Differences*. Standford: University Press.
- Kol, E., Arıkan, F., İlaslan, E., Akıncı, M. A., & Koçak, M. C. (2018). A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patient satisfaction and related

- factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey. *Collegian*, 25(1), 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.03.006>
- Koller, D. (2017). “Kids need to talk too”: inclusive practices for children’s healthcare education and participation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17–18), 2657–2668. <https://doi.org/10.1111/jocn.13703>
- Kruszecka-Krówka, A., Smoleń, E., Cepuch, G., Piskorz-Ogórek, K., Perek, M., & Gniadek, A. (2019). Determinants of Parental Satisfaction with Nursing Care in Paediatric Wards—A Preliminary Report. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1774. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101774>
- Kumpunen, S., Shipway, L., Taylor, R. M., Aldiss, S., & Gibson, F. (2012). Practical approaches to seeking assent from children. *Nurse Researcher*, 19(2), 23–27. <https://doi.org/10.7748/nr2012.01.19.2.23.c8905>
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- La Monica, E. L., Oberst, M. T., Madea, A. R., & Wolf, R. M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing & Health*, 9(1), 43–50. <https://doi.org/10.1002/nur.4770090108>
- Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., & Glacken, M. (2014). Social spaces for young children in hospital. *Child: Care, Health and Development*, 40(2), 195–204. <https://doi.org/10.1111/cch.12016>
- Lapa, D. de F., & Souza, T. V. de. (2011). A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(4), 811–817. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400003>
- Laschinger, H. K. S., Gilbert, S., & Smith, L. (2011). Patient satisfaction as a nurse-sensitive outcome. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing Outcomes The state of the Science* (2<sup>a</sup>). Jones & Bartlett Learning.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). A construção do saber. Porto Alegre: Atmed.
- Li, W. H. C., Chung, J. O. K., Ho, K. Y., & Kwok, B. M. C. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatrics*, 16(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0570-5>
- Lindeke, L., Nakai, M., & Johnson, L. (2006). Capturing children’s voices for quality improvement. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 31(5), 290–

- 295; quiz 296–297. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17013067>
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16(5), 577–582. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90311-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90311-2)
- Linder, L. A., & Seitz, M. (2017). Through Their Words. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(1), 51–64. <https://doi.org/10.1177/1043454216631308>
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (2002). *The Delphi Method Techniques and Applications*. Murray Turoff and Harold A. Linstone. <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/delphibook.pdf>
- Livesley, J. & Long, T. (2013). Children’s experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), 1292–1303. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.005>
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2018). *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice*. New York: Mosby.
- Lopes, F., Nascimento, J., & Cartaxo, L. (2018). A influência da recreação terapêutica frente à recuperação da criança hospitalizada. *Revista UFG*, 24, 426–427. <https://doi.org/10.5216/revufg.v18i24.58630>
- Lopes, S. M. G. M. (2013). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Eiras*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Loureiro, F., Figueiredo, M. H., & Charepe, Z. (2019). Nursing care satisfaction from school-aged children’s perspective: An integrative review. *International Journal of Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1111/ijn.12764>
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.
- Lumby, J., & England, K. (2000). Patient satisfaction with nursing care in a colorectal surgical population. *International Journal of Nursing Practice*, 6(3), 140–145. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2000.00194.x>
- Mahon, P. Y. (1996). An analysis of the concept “patient satisfaction” as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1241–1248. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8953361>
- Maltby, J., Williams, G., McGarry, J., & Day, L. (2010). *Research Methods for Nursing and Healthcare*. Essex: Pearson Education Limited.
- Marcelli, D. (2009). *Infância e Psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed Editora.

- Marcinowicz, L., Abramowicz, P., Zarzycka, D., Abramowicz, M., & Konstantynowicz, J. (2016). How hospitalized children and parents perceive nurses and hospital amenities: A qualitative descriptive study in Poland. *Journal of Child Health Care*, 20(1), 120–128. <https://doi.org/10.1177/1367493514551313>
- Marino, B. L., & Marino, E. K. (2000). Parents' report of children's hospital care: what it means for your practice. *AtzPediatric Nursing*, 26(2), 195–198. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026276>
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Marques, D. K. A., Silva, K. de L., & Nóbrega, M. M. L. da. (2016). Escolares hospitalizados: proposta de um instrumento para coleta de dados à luz da teoria de Horta. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0038>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS* (1.ª). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Martins, J. C. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62–66. [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf)
- Masters, K. (2015). *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Matziou, V., Boutopoulou, B., Chrysostomou, A., Vlachioti, E., Mantziou, T., & Petsios, K. (2011). Parents' satisfaction concerning their child's hospital care. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 8(2), 163–173. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00171.x>
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health — a Guide To Rating Scales and Questionnaires* (3rd ed.). Oxford University Press.
- McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1221–1225. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7930104>
- Meighan, M. (2002). Consecussão do papel maternal. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª). Loures: Lusociência.
- Melo, E. M. de O. P. de, Ferreira, P. L., Lima, R. A. G. de, & Mello, D. F. de. (2014). The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children.

- Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 432–439.  
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3308.2434>
- Mendes, G. (2018). Parceria de cuidados em pediatria: ganhos em saúde para as crianças, para os pais e para os enfermeiros. In *Disenos de la moderna investigación universitaria* (pp. 531–542). Madrid: McGraw-Hill Education.
- Mendes, M. G. S. (2010). *Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família*. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11750>
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 113–121. <https://doi.org/10.12707/RIII1144>
- Miller, P. (2011). *Theories of Human Development* (5th ed.). New York: Worth Publishers.
- Miranda, A. R. de, Oliveira, A. R. de, Toia, L. M., & Stucchi, H. K. de O. (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. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, 17(5), 5–9.  
<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/12890>
- Miranda, J. de O. F., Santos, D. V. dos, Camargo, C. L. de, Nascimento Sobrinho, C. L., Rosa, D. de O. S., & Souza, G. M. do S. (2017). Construção e aplicação de um termo de assentimento: relato de experiência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(3).  
<https://doi.org/10.1590/0104-07072017002460016>
- Mitchell, P H, Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality health outcomes model. American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43–46.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9549940>
- Mitchell, P. H., & Lang, N. M. (2004). Framing the problem of measuring and improving healthcare quality: has the Quality Health Outcomes Model been useful? *Medical Care*, 42(2 Suppl), II4-11. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109122.92479.fe>
- Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *Psico-USF*, 13(2), 221–231.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-82712008000200009>
- Mrayyan, M. T. (2006). Jordanian nurses' job satisfaction, patients' satisfaction and quality of nursing care. *International Nursing Review*, 53(3), 224–230.  
<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00439.x>

- Mullen, J. E. A., & Asher, L. M. (2007). Implementation of a nursing professional practice model of care in a pediatric hospital. *Pediatric Nursing*, 33(6), 499–504. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18196713/>
- Murante, A. M., Seghieri, C., Brown, A., & Nuti, S. (2014). How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), e247–e260. <https://doi.org/10.1002/hpm.2201>
- Musaad, S. M. A., Speirs, K. E., Hayes, J. T., Mobley, A. R., Fitzgerald, N., Jones, B. L., VanBrackle, A., & Sigman-Grant, M. (2017). The impact of environmental, parental and child factors on health-related behaviors among low-income children. *Appetite*, 112, 260–271. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.035>
- Nações Unidas. (1959). *Declaração dos direitos da criança*. [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs\\_referencia/declaracao\\_universal\\_direitos\\_crianca.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf)
- Ng, J. H. Y., & Luk, B. H. K. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 790–796. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>
- Noreña Peña, A. L., & Cibanal Juan, L. (2011). The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1429–1436. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000600021>
- Noronha, M. I., & Rodrigues, M. A. (2011). Saúde e bem-estar de crianças em idade escolar. *Escola Anna Nery*, 15(2), 396–401. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200024>
- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica. In *IPS Escola Superior de Saúde*.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (Third Edit). New York: McGraw-Hill.
- Okoli, C., & Pawlowski, S. D. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, 42(1), 15–29. <https://doi.org/10.1016/j.im.2003.11.002>
- Oliveira, H. de F. H., Carrilho, S. A. T., & Mendes, S. M. R. (2018). A satisfação da criança/família sobre a preparação pré-operatória realizada pela equipa de enfermagem. *Nursing*. <http://www.nursing.pt/a-satisfacao-da-criancafamilia-sobre->

[a-preparacao-pre-operatoria-realizada-](#)

- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCE\\_ESIP\\_Regulamento\\_PQCEE\\_SaudeCriancaJovem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCE_ESIP_Regulamento_PQCEE_SaudeCriancaJovem.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadedpositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE - Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Otani, K., Herrmann, P. a, & Kurz, R. S. (2011). Improving patient satisfaction in hospital care settings. *Health Services Management Research : An Official Journal of the Association of University Programs in Health Administration / HSMC, AUPHA*, 24(4), 163–169. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2011.011008>
- Otani, K., & Kurz, R. S. (2004). The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 49(3), 181–196; discussion 196-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15190860>
- Oulton, K., Gibson, F., Sell, D., Williams, A., Pratt, L., & Wray, J. (2016). Assent for children’s participation in research: why it matters and making it meaningful. *Child: Care, Health and Development*, 42(4), 588–597. <https://doi.org/10.1111/cch.12344>
- Papalia, D., Martorell, G., & Feldman, R. (2013). *A Child’s World: Infancy Through Adolescence* (13th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 185–210. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10299618>
- Pastor, S. (2011). Hospital Care - A child’s-eye view. *Journal of the Catholic Health Association of the United States*, 92(3), 28–30.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21648261>

- Pelander, T., Lehtonen, K., & Leino-Kilpi, H. (2007). Children in the Hospital: Elements of Quality in Drawings. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(4), 333–341. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2007.06.004>
- Pelander, T., & Leino-Kilpi, H. (2004). Quality in pediatric nursing care: children's expectations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 27(3), 139–151. <https://doi.org/10.1080/01460860490497778>
- Pelander, T., & Leino-Kilpi, H. (2010). Children's best and worst experiences during hospitalisation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 726–733. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00770.x>
- Pelander, T., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2007). Quality of Pediatric Nursing Care in Finland. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(2), 185–194. <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000263110.38591.9a>
- Pelander, T., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2009). The quality of paediatric nursing care: developing the Child Care Quality at Hospital instrument for children. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 443–453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04875.x>
- Pereira, A. T., Fortes, I. F., & Mendes, J. M. (2013). Comunicação De Más Notícias : Revisão Sistemática Da Literatura. *Journal of Nursing*, 7(1). <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais* (6ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo,Lda.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Piaget, J. (1928). *Judgement and Reasoning in the Child*. London: Routledge.
- Piggot, C. S. (2000). *Business Planning for Health Care Management* (2nd edn). Buckingham: Open University Press.
- Pinto, S., & Silva, E. (2013). Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspetiva dos acompanhantes das crianças. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 95–103. <https://doi.org/10.12707/RIII1285>
- Platt, H. (1959). The welfare of children in hospital. *British Medical Journal*, 17, 166–169. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1992241/pdf/brmedj02954-0054.pdf>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Essentials of Nursing Research* (9th ed.). Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins.

- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376–382. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>
- Power, N., & Franck, L. (2008). Parent participation in the care of hospitalized children: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6), 622–641. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04643.x>
- Prasannan, S., & Thomas, D. (2018). A Study to Determine the Level of Satisfaction of Parents with the Nursing Care for Children Admitted in Paediatric Oncology Ward and Seek its Association with Selected Factors in Selected government Hospitals of Delhi. *International Journal of Health Sciences and Research Nursing Officer*, 8(10), 150. [www.ijhsr.org](http://www.ijhsr.org)
- Quintana, J. M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastián, J. A., De-la-Sierra, E., & Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6(1), 102. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-102>
- Randall, D., Brook, G., & Stammers, P. (2008). How to make good children’s nurses: children’s views. *Paediatric Care*, 20(5), 22–25. <https://doi.org/10.7748/paed2008.06.20.5.22.c8257>
- Reis, E. dos, & Löbler, M. L. (2012). O processo decisório descrito pelo indivíduo e representado nos sistemas de apoio à decisão. *Revista de Administração Contemporânea*, 16(3), 397–417. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552012000300005>
- Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., Thofehn, M. B., Mota, M. S., Cardoso, L. S., & Cecagno, S. (2017). Criança hospitalizada: perspectivas para o cuidado compartilhado entre enfermagem e família. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 7(3), 350. <https://doi.org/10.5902/2179769226333>
- Ribeiro, O., Vieira, M., & Cunha, M. (2014). Satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem prestados por estudantes. In A. P. França, C. I. Ribeiro, C. B. Pinto, F. Segadães, L. Carvalho, M. R. Santos, O. Fernandes, S. Cruz, S. Lopes, & W. Abreu (Eds.), *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: livro de comunicações & conferências*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Riley, A. W., Forrest, C. B., Rebok, G. W., Starfield, B., Green, B. F., Robertson, J. A., & Friello, P. (2004). The Child Report Form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. *Medical Care*, 42(3), 221–231.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15076821>

Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24(1), 45–52.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1038021>

Rodrigues, C. P., Lima, K., Rodrigues, M., Durães, P., Viana, T., Prado, P., Souza, A., Menezes Viana, T., Fernandes Prado, P., & Maciel De Souza, A. A. (2018). A humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada: uma revisão integrativa. *Revista Intercâmbio*, XI, 70–85.

<http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/viewFile/224/222>

Rodrigues, M. A., & Apóstolo, J. L. A. (2010). Adaptação portuguesa do Child Health and Illness Profile, Child Edition (CHIP-CE). *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(2), 121–126.

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832010000400013&lng=pt&nrm=iso&tlng=](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400013&lng=pt&nrm=iso&tlng=)

Rodrigues, M. J. B., & Dias, M. L. S. (2003). *Satisfação dos Cidadãos face aos Cuidados de Enfermagem – Desenvolvimento de uma escala e resultados obtidos numa amostra dos Cuidados Hospitalares e dos Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira*.

Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Jover-Sancho, C., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Sola-Ribo, M., Juandó-Prats, C., Ricart-Basagaña, M. T., & Sola-Sole, N. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 51–62.

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>

Ryan-Wenger, N. a., & Gardner, W. (2012). Hospitalized Children’s Perspectives on the Quality and Equity of Their Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(1), 35–42. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31822f71a3>

Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 490–497. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x>

Saks, M., & Allsop, J. (2010). *Researching Health - qualitative quantitative and mixed methods* (2nd Editio). London: Sage.

Salmani, N., Abbaszadeh, A., Rasouli, M., & Hasanvand, S. (2015). The Process of Satisfaction with Nursing Care in Parents of Hospitalized Children: A Grounded

- Theory Study. *International Journal of Pediatrics*, 3(23), 1021–1032. <https://doi.org/10.22038/IJP.2015.5162>
- Sanjari, M., Shirazi, F., Heidari, S., Salemi, S., Rahmani, M., & Shoghi, M. (2009). Nursing support for parents of hospitalized children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 32(3), 120–130. <https://doi.org/10.1080/01460860903030193>
- Sanmartí, L. S. (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.
- Santos, M. R. dos, Bousso, R. S., Vendramim, P., Baliza, M. F., Misko, M. D., & Silva, L. (2014). The practice of nurses caring for families of pediatric inpatients in light of Jean Watson. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(spe), 80–86. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600012>
- Santos, M. R. dos, Silva, L., Misko, M. D., Poles, K., & Bousso, R. S. (2013). Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(3), 646–653. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300010>
- Santos, L. F., Oliveira, L. M. A. C. de O., Montefusco, S. R. A., & Barbosa, M. A. (2016). Diagnósticos e intervenções de enfermagem em famílias de crianças hospitalizadas. *Revista Enfermagem UERJ*, 2(4). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.8253>
- Santos, P., Silva, L., Depianti, J., Cursino, E., & Ribeiro, C. (2016a). Nursing care through the perception of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 646–653. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>
- Santos, S. M. G. (2012). *As Necessidades dos Pais da Criança Hospitalizada*. Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico da Guarda.
- Santos, S., Marques, V., & Moreira, A. (2019). Atenção à saúde da criança hospitalizada: um desafio para a enfermagem. *Revista Científica Do Instituto IDEIA*, 1(8), 147–162. <http://www.revistaideario.com.br>
- Schaffer, H. R. (1999). *Desenvolvimento social da criança*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Schaffer, P., Vaughn, G., Kenner, C., Donohue, F., & Longo, A. (2000). Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 373–377. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2000.16713>
- Schalkers, I., Dedding, C. W. M., & Bunders, J. F. G. (2015). “[I would like] a place to be alone, other than the toilet” - Children’s perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands. *Health Expectations*, 18(6), 2066–2078. <https://doi.org/10.1111/hex.12174>

- Schleisman, A., & Mahon, E. (2018). Creative Play: A Nursing Intervention for Children and Adults With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(2), 137–140. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.137-140>
- Schmidt, B., Gomes, L. B., Bossardi, C. N., Bolze, S. D. A., Vieira, M. L., & Crepaldi, M. A. (2019). Envolvimento parental e temperamento de crianças: uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, 12(1), 75–103. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.121.04>
- Schmidt, C., Bernaix, L., Koski, A., Weese, J., Chiappetta, M., & Sandrik, K. (2007). Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 32(6), 336–342; quiz 343–344. <https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000298126.32161.4c>
- Schneider, B., & Coleman, J. S. (2018). *Parents, Their Children, and Schools*. New York: Routledge.
- Schneider, C., & Medeiros, L. (2011). Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Unoesc & Ciência - ACHS*, 2(2), 140–154. <https://pdfs.semanticscholar.org/24e9/51f891ca984edd13ee887d44e86e892a51c0.pdf>
- Seabra, P. (2014). *Indicadores De Resultado Sensíveis Aos Cuidados de Enfermagem com Pessoas Consumidoras de Drogas* [Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/18351>
- Shields, L., Pratt, J., Davis, L. M., & Hunter, J. (2007). Family-centred care for children in hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 1, CD004811. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004811.pub2>
- Shin, H., & White-Traut, R. (2005). Nurse-child interaction on an inpatient paediatric unit. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 56–62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03564.x>
- Shirdelzade, S., Ramezanzade, E., & Gazerani, A. (2014). Children Satisfaction of Nursing Care By Drawing in Hospitalized Children. *International Journal of Pediatrics*, 2(3–2), 35–39. <https://doi.org/10.22038/ijp.2014.2974>
- Sieloff, C., & Frey, M. (2007). *Middle Range Theory Development Using King's Conceptual System*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Silva, C. da C., & Ribeiro, N. R. R. (2000). Percepções da criança acerca do cuidado recebido durante a hospitalização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(2), 311–323. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000200017>

- Silva, D., Gama, D., Pereira, R., & Camarão, Y. (2018). The importance of play in the context of child hospitalization. *Journal of Nursing*, 12(12), 3484–3491. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234923p3484-3491-2018>
- Silva, A. M. da, Rodrigues, C. D. S., Silva, S. M. R., & Witt, R. R. (2008). Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*, 30(2), 348–351. <http://hdl.handle.net/10183/23635>
- Simons, J. (2002). Parents' support and satisfaction with their child's postoperative care. *British Journal of Nursing*, 11(22), 1442–1449.
- Smith, N. R., Bally, J. M. G., Holtslander, L., Peacock, S., Spurr, S., Hodgson-Viden, H., Mporfu, C., & Zimmer, M. (2018). Supporting parental caregivers of children living with life-threatening or life-limiting illnesses: A Delphi study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, March, e12226. <https://doi.org/10.1111/jspn.12226>
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Soderback, M., Coyne, I., & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care*, 15(2), 99–106. <https://doi.org/10.1177/1367493510397624>
- Soeiro, M. M. P. T. (2015). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem num serviço de urgência básico*. Instituto Politécnico de Viseu.
- Sommer, D., Samuelsson, I., & Hundeide, K. (2010). *Child perspectives and children's perspectives in theory and practice*. Gothenburg: Springer.
- Sousa, P. C., & Cruz, S. S. (2009). Modelos para cuidar em pediatria: critério para a qualidade de vida profissional dos enfermeiros. In *Saúde e qualidade de vida: estado da arte* (pp. 221–225). Porto: ESEP.
- Souza, D. J. De, Contim, D., Beatriz, M., Ferreira, G., Dos Santos Costa, N., & D'innocenzo, M. (2015). A metodologia delphi em pesquisas na área de enfermagem: um estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9(9), 9216–9223. <https://doi.org/10.5205/reuol.7874-68950-4-SM.0909201508>
- Speight, J. (2005). Assessing patient satisfaction: concepts, applications, and measurement. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 8(1), S6-8.

<https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.00071.x>

- Stephen, S. (2017). Relationships in Development. In *Relationships in Development*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203850824>
- Strasburg, A., Pintanel, A., Gomes, G., & Mota, M. (2011). Cuidado de enfermagem a crianças hospitalizadas: percepção de mães acompanhantes. *Revista de Enfermagem UERJ*, 19(2). <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a15.pdf>
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). Health Measurement Scales. In *Health Measurement Scales* (5. Ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199231881.001.0001>
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., & Merkouris, A. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 372–380. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x>
- Swan, J. E., Sawyer, J. C., Van Matre, J. G., & McGee, G. W. (1985). Deepening the understanding of hospital patient satisfaction: fulfillment and equity effects. *Journal of Health Care Marketing*, 5(3), 7–18.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando*. Loures: Lusociência.
- Taylor, R. L., Olds, T., Boshoff, K., & Lane, a E. (2010). Children’s conceptualization of the term “satisfaction”: relevance for measuring health outcomes. *Child: Care, Health and Development*, 36(5), 663–669. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01105.x>
- Thomas, L. H., McColl, E., Priest, J., Bond, S., & Boys, R. J. (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care: QHC*, 5(2), 67–72. <https://doi.org/10.1136/qshc.5.2.67>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.
- Tsironi, S., & Koulierakis, G. (2019). Factors affecting parents’ satisfaction with pediatric wards. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(2), 212–220. <https://doi.org/10.1111/jjns.12239>
- Twycross, A. (2012). Research with children and young people: practical considerations. *Nurse Researcher*, 19(2), 4–5.
- Twycross, A., & Smith, J. (2017). Undertaking research with children and young people. *Evidence Based Nursing*, 20(2), 40–41. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102619>

- UNICEF. (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- UNICEF. (2009). *State of the World's Children: Celebrating 20 Years of the Convention on the Rights of the Child*. UNICEF. [www.unicef.org](http://www.unicef.org)
- Uysal, G., & Cirlak, A. (2014). The Expectations Related to Nursing and the Satisfaction Levels of the Parents of the Children who have Acute Health Problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 152, 435–439. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.227>
- Vaezzadeh, N., Douki, Z. E., Hadipour, A., Osia, S., Shahmohammadi, S., & Sadeghi, R. (2011). The Effect of Performing Preoperative Preparation Program on School Age Children's Anxiety. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(4), 461–466. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23056832>
- Valentine, F. (1998). Empowerment: family-centred care. *Paediatric Nursing*, 10(1), 24–27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9538776>
- Vasli, P., & Salsali, M. (2014). Parents' participation in taking care of hospitalized children: A concept analysis with hybrid model. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(2), 139–144.
- Vernon, W. (2009). The Delphi technique: A review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(2), 69–76. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2009.16.2.38892>
- Viana, J. C., Cunha, N. N., & Leão, R. A. (2018). Papel do profissional enfermeiro e sua importância na assistência pediátrica. *Journal of Specialist*, 3, 2–14. <http://www.journalofspecialist.com/jos/index.php/jos/article/view/107/61>
- Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro. Da compaixão à proficiência* (3ª). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Vogus, T. J., & McClelland, L. E. (2016). When the customer is the patient: Lessons from healthcare research on patient satisfaction and service quality ratings. *Human Resource Management Review*, 26(1), 37–49. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2015.09.005>
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2014). *Strategies for Theory Construction in Nursing*. In *Pearson Education Limited* (5th Editio). London: Pearson.
- Wanzer, M. B., Booth-Butterfield, M., & Gruber, K. (2004). Perceptions of health care providers communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication*, 16(3), 363–384.
- Watson, J. (2008). Nursing: The Philosophy and Science of Caring. In *The American*

- Journal of Nursing*. New York: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Watts, R., Zhou, H., Shields, L., Taylor, M., Munns, A., & Ngune, I. (2014). Family-centered care for hospitalized children aged 0-12 years: a systematic review of qualitative studies. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(7), 204–283. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2014-1683>
- Webster-Stratton, C. (2017). *Como promover as competências sociais e emocionais das crianças* (1ª). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Wennström, B., Hallberg, L. R.-M., & Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 96–106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04581.x>
- WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- WHO. (2010). *Process of translation and adaptation of instruments*. WHO; World Health Organization. [https://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science & Medicine*, 38(4), 509–516. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-X)
- Williams, G., Nizamoglu, M., & Williams, E. (2013). Paediatric inpatient setting: an evaluation of parental perspectives. *British Journal of Nursing*, 22(11), 630–633. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.11.630>
- Wilson, M. E., Megel, M. E., Enenbach, L., & Carlson, K. L. (2010). The Voices of Children: Stories About Hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(2), 95–102. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.02.008>
- World Medical Association. (1964). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wright, J., & Giovinazzo, R. A. (2000). Delphi - uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas Em Administração*, 01(12), 54–65.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2015). *Enfermeiras e famílias* (5ª). São Paulo: Roca.
- Yagil, D., Luria, G., Admi, H., Moshe-Eilon, Y., & Linn, S. (2010). Parents, spouses, and children of hospitalized patients: Evaluation of nursing care. *Journal of Advanced*

*Nursing*, 66(8), 1793–1801. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05315.x>

Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R., & Greathead, D. (2006). Negotiation of care for a hospitalised child: parental perspectives. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 9(2), 4–13.



## **ANEXOS**



**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO  
“CHILD CARE QUALITY AT HOSPITAL**

**De:** Pelander Tiina Tiina.Pelander@turkuamk.fi  
**Assunto:** VS: CCQH instrumet  
**Data:** 12 de outubro de 2012, 09:29  
**Para:** Fernanda Loureiro fernandenf@gmail.com

PT

Hello!

Look at below some answers to you.

Hoping to hear you soon,  
Best wishes,

Tiina  
Tiina Pelander RN, PhD  
Turku University of Applied Science  
Health Care, Degree programme of Nursing  
Ylhäistentie 2  
24130 SALO  
FINLAND  
phone: + 358 44 777 6529 own / + 35844 9075 486 work  
E-mail: [tiina.pelander@turkuamk.fi](mailto:tiina.pelander@turkuamk.fi)

-----Alkuperäinen viesti-----

Lähettyjä: Fernanda Loureiro [<mailto:fernandenf@gmail.com>]  
Lähetetty: 11. lokakuuta 2012 16:22  
Vastaanottaja: Pelander Tiina  
Aihe: Re: CCQH instrumet

Dear Tiina,

I am so glad that we can finally speak. I have already sent you emails but they keep coming back.

I read 3 of your articles and i was very happy because its just what i want to do.

I am thinking in applying the instrument in Portuguese hospitalized children, after translate and validity process, if i have your permission!

\* Of course, you have, but I want that you also send me the instrument in Portuguese. Also, I am very interested in hearing the results.

I also would like to know about the theoretical framework used in your PhD since i thought i could use Meleis theory and Swanson.

\* Here area something about background, the theoretical framework. The instrument was developed to measure the quality of paediatric nursing care; "paediatric nursing care" was omitted from the name of the instrument to keep it as short as possible. In the development of the questionnaire drawn up on the basis of the results of the first phase (the interviews and drawings), it was possible to design the instrument so as to be more sensitive to respondents' meanings and interpretations (Coyle & Williams 2000). Besides, in developing the instrument, earlier literature and Leino-Kilpi's "Good Nursing Care" quality categories were utilized: nurse characteristics, nursing activities and nursing environment (Leino-Kilpi & Vuoreneimo 1992, 1994, Leino-Kilpi et al. 1994, 1999), which have also been tested with school-aged children previously (Pelander & Leino-Kilpi 1993). Quality indicators used in previous studies on the quality of paediatric nursing were also used in the development work.

Thank you for sending the instrument.

I look forward to talking to you again.

Best regards

Fernanda Loureiro

**ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO  
“ESCALA DE SATISFAÇÃO DO CIDADÃO FACE AOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM”**

**De:** Maria João Barreira Rodrigues [mjbarreira@uma.pt](mailto:mjbarreira@uma.pt)   
**Assunto:** RE: Newcastle Satisfaction with Nursing Scale  
**Data:** 16 de maio de 2014, 09:49  
**Para:** Fernanda Loureiro [fernandenf@gmail.com](mailto:fernandenf@gmail.com)



Cara Colega,

Os autores do estudo têm autorização para utilizar a escala acerca da *Satisfação dos Cidadãos face aos Cuidados de Enfermagem* de Maria João Barreira Rodrigues e Maria Lúcia Silva Dias.

Qualquer esclarecimento acerca da referida escala, disponha.  
Com os melhores cumprimentos e votos de um bom trabalho  
Maria João Rodrigues

**De:** Fernanda Loureiro [<mailto:fernandenf@gmail.com>]  
**Enviada:** segunda-feira, 12 de Maio de 2014 21:33  
**Para:** [mjbarreira@uma.pt](mailto:mjbarreira@uma.pt)  
**Assunto:** Fwd: Newcastle Satisfaction with Nursing Scale

Bom dia!

O meu nome é Fernanda Loureiro e sou enfermeira no serviço de urgência pediátrica do Hospital de São Bernardo, em Setúbal.

Estou presentemente a frequentar o curso de doutoramento em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, e nesse âmbito estou a desenvolver um projecto acerca da satisfação do cliente hospitalizado na área pediátrica.

Na pesquisa que efectuei encontrei o instrumentos "Newcastle Satisfaction with Nursing Scale" que, pelo que consultei, foi traduzido e validado por si para a população Portuguesa. Pretendia aplica-lo a pais de crianças em idade escolar no contexto de hospitalização para avaliar a sua satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem.

Falei com colegas do serviço de pediatria do meu hospital que já tinham entrado em contacto consigo e a quem tinha fornecido o instrumento (foi assim que obtive o seu contacto electrónico).

Assim, venho contacta-la no sentido de saber se:

- o questionário pode ser usado para o fim que pretendo?
- se sim então será que me pode fornecer o mesmo e autorizar a sua utilização?
- pode fornecer-me o contacto do autor original para que possa também pedir a devida autorização?

Agradeço desde já a atenção dispensada e aguardo.

Cumprimentos

Fernanda Loureiro



DocSatisfação.p  
df



EscalaESCCS.D  
28i ndf

**ANEXO III – AUTORIZAÇÃO FORMAL DOS CONSELHOS DE  
ADMINISTRAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**

4.30

PARECER	DESPACHO/ DELIBERAÇÃO
<p>Ao CA Vogal Executivo do</p> <p>7. 17.8.15</p>	<p>1) Autorizado 2) à ser. da para dar seguimento.</p>

Informação nº47.am2015

C/c: Gab. Inv. Des.

19.8.15

De:

Administradora Hospitalar

Para: Dr<sup>a</sup>

Vogal Executiva do Conselho de Administração do

**Assunto:** Proposta de autorização de realização de Estudo Académico de Investigação

**Título:** "Satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e dos seus pais, com cuidados de enfermagem".

**Serviço:** Pediatria (Internamento)

**Investigador:** Fernanda Manuela Loureiro (Enfermeira Especialista)

**Data:** 14-08-2015

JMV

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

## I-ANÁLISE

a) Trata-se de um Projecto Académico de Investigação (Doutoramento em Enfermagem) cujos objectivos gerais são:

1. Compreender a satisfação das crianças em idade escolar e pais, com os cuidados de enfermagem durante a hospitalização daquelas;
2. Construir um modelo de assistência em enfermagem que vise a satisfação da criança durante a hospitalização, tendo em conta as estratégias descritas pelos enfermeiros.

b) População:

1. 100 crianças em idade escolar internadas no Serviço de Pediatria e 100 pais/cuidadores/acompanhantes por mais de 24 horas, com escolaridade superior à 4ª classe
2. 6 a 10 enfermeiros.

c) Técnicas utilizadas:

1. Aplicação de questionários a pais e crianças;
2. Realização de "focus group" com enfermeiros.

30.15

[Handwritten signature]

- d) Para além da informação recolhida do modo acima descrito, pretende a requerente ter acesso a informação estatística relativa à actividade de internamento do Serviço de Pediatria, anos de 2012 e 2013, para caracterização do serviço.  
Neste contexto, a requerente solicita lhe seja autorizado, nomeadamente, o fornecimento de dados quanto ao número total de internamentos por faixa etária e diagnósticos, nos anos de 2012 e 2013.
- e) O dossier foi instruído com a documentação exigida pelas regras em vigor no para este tipo de projectos de Investigação.
- f) Tendo em atenção a metodologia descrita, não se prevê que a participação do neste projecto de investigação traga custos adicionais para a instituição para além do tempo de trabalho dos profissionais que possa vir a mostrar-se necessário despendido caso a colaboração destes tenha de ocorrer durante o respectivo horário .
- g) A avaliação da pertinência e interesse do estudo foi feita pelo Enfermeiro Chefe do Serviço de Pediatria.
- h) Este parecer é favorável à realização do estudo.
- i) O Director do Serviço de Pediatria autorizou que o mesmo aí fosse realizado.

## II – PROPOSTA

Nestes termos, relativamente ao estudo :“Satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e dos seus pais, com cuidados de enfermagem”.

- a) Consideramos que, não existindo obstáculos éticos ou legais à colaboração do neste projecto e, uma vez validado, pelo CA, o parecer do Enfermeiro Chefe do Serviço de Pediatria poderá este assumir os encargos decorrentes da realização do estudo referidos em f) enquanto instituição vocacionada, também , para o ensino e investigação.
- b) Não existindo obstáculos éticos ou legais à sua realização e caso o CA entenda, por um lado, assumir os encargos decorrentes da sua participação no estudo referidos em f) e, por outro, validar o parecer do Enfermeiro Chefe do Serviço de Pediatria, estão reunidas as condições para que, em nosso entender, a participação do no projecto seja autorizada.**
- c) devendo a requerente identificar, com rigor, quais os indicadores de caracterização do serviço de Pediatria, relativamente aos quais pretende lhe seja dada autorização de acesso e de divulgação.

  
\_\_\_\_\_  
**Administradora Hospitalar**  
Gabinete de Apoio à Gestão de Estudos de Investigação

Em anexo:  
Dossier original completo

11.07.14  
11/07/2014  
Comissão de Ética

Apreciado em Reunião  
do Conselho de Administração

*António*  
*[Signature]*

de 11/07/14  
ACTA N.º 71

Memorando // Nota interna n.º: 25/2014

Data 11/07/2014

De Comissão de Ética para a Saúde

Para Conselho de Administração

Assunto **Autorização para realização de trabalho científico**

Em onze de julho de dois mil e catorze reuniu a Comissão de Ética do  
que apreciou um pedido de autorização para recolha de dados no  
âmbito de um estudo intitulado "Satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e  
dos seus pais, com cuidados de enfermagem: construção de um modelo de assistência" a  
desenvolver por Fernanda Manuela Lourenço, enfermeira do Centro Hospitalar de  
Setúbal, E.P.E. a frequentar actualmente o curso de doutoramento em enfermagem pela  
Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde em Lisboa. Face aos documentos  
apresentados a Comissão de Ética deliberou nada ter a opor à realização deste estudo  
mas deve ser dado cumprimento à Circular Informativa n.º 23/2013 enviando-se o  
presente estudo à Directora do Serviço de Pediatria deste Centro Hospitalar para se  
pronunciar sobre a realização do mesmo.

Com os melhores cumprimentos

*[Signature]*

*Resposta a [illegible]*  
*Leu o texto que a [illegible]*  
*de [illegible] [illegible] [illegible]*  
*para a [illegible] [illegible]*  
*[illegible] [illegible] [illegible]*  
*[illegible] [illegible] [illegible]*

*De [illegible] [illegible]*  
*[illegible] [illegible]*

11/07/14

*[Faint handwritten notes]*

*[Faint handwritten notes]*

*[Faint handwritten notes]*

## RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ÉTICA

**Parecer sobre o pedido de realização do Trabalho de Investigação nº 42/2014 denominado "Satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e dos seus pais, com cuidados de enfermagem: construção de um modelo de assistência".**

- O estudo acima referido tem como objectivos:
  - Compreender a satisfação das crianças em idade escolar e pais com os cuidados de enfermagem durante a hospitalização;
  - Construir um modelo de assistência em enfermagem que vise a satisfação da criança e dos seus pais durante a hospitalização, tendo em conta as estratégias descritas pelos enfermeiros.
- Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva integrado num projecto de doutoramento da Universidade Católica de Lisboa.

Constam ainda do processo:

- Identificação do investigador e do orientador do trabalho.
- Designação do local de realização do mesmo - Serviço de Pediatria do
- Parecer favorável do respectivo Director de Serviço, com o acordo da Equipa de Enfermagem.
- Instrumentos de colheita de dados.
- Formulário de obtenção de Consentimento Livre e Esclarecido .
- Garantia de confidencialidade.

Do ponto de vista ético não vemos qualquer obstáculo ao início do estudo.

A Comissão de Ética



---

**Presidente**

Exma. Senhora

**Vice-Presidente**

Enf<sup>a</sup>. Fernanda Manuela Loureiro

**Membros**

Lisboa, 28 de Junho de 2016

**Nossa Ref. N<sup>o</sup> 185/16**

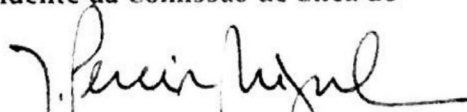
**Assunto:** Projecto de Investigação "Satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e dos seus pais, com os cuidados de Enfermagem: Construção de um Modelo de Assistência"

**Relator - Mestre Enf<sup>a</sup>.**

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe, obteve, na reunião realizada em 15 de Junho de 2016, parecer favorável da Comissão de Ética, a ratificar na reunião de 20 de Julho de 2016.

Com os melhores cumprimentos,

**O Presidente da Comissão de Ética do**



## PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Projeto de Doutorado,

“Satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e dos seus pais, com os cuidados de enfermagem: construção de um modelo de assistência”

Após reunião de 23 de fevereiro de 2015 e no seguimento da receção dos esclarecimentos / documentos solicitados, estando atualmente o projeto de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste projeto, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

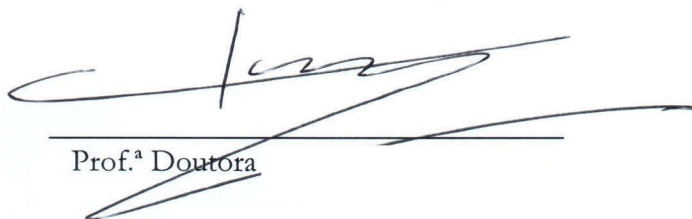
Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do  
do presentes em reunião de 23 de fevereiro de 2015:

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora

Dr. , Dra. , Dr.  
Dra. Dr. e Padre

Pelo exposto, emitiu-se a 02 de março de 2015, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



Prof.<sup>a</sup> Doutora

Presidente da Comissão  
de Ética para a Saúde

## PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

TIPO DE ESTUDO: PROJECTO INVESTIGAÇÃO

TÍTULO DO ESTUDO:

Satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e dos seus pais,  
com cuidados de enfermagem: construção de um modelo de assistência

Após reunião de 25 de Fevereiro de 2015, estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir **parecer favorável** sobre a realização do mesmo.

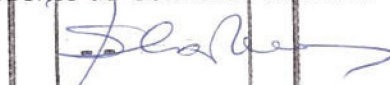
Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital presentes em reunião de 25 de Fevereiro de 2015:

Presidente	Dr.
Vogais	Dr. <sup>a</sup>
	Dr. <sup>a</sup>
	Enf. <sup>a</sup>
	Pe.

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 11 de Março de 2015, **Parecer Favorável**.

O Presidente da Comissão de Ética



**ANEXO IV – PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE  
DADOS**



AUTORIZAÇÃO N.º 1644 /2015

## I. Pedido

Fernanda Manuela Loureiro, no âmbito da sua Tese de Doutoramento em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo intitulado "Satisfação da Criança em Idade Escolar Hospitalizada e dos seus Pais com Cuidados de Enfermagem: Construção de um Modelo de Assistência".

Os objetivos gerais do estudo consistem em compreender a satisfação das crianças em idade escolar e pais com os cuidados de enfermagem durante a hospitalização e construir um modelo de assistência em enfermagem que vise a satisfação da criança e dos seus pais, tendo em conta as estratégias descritas pelos enfermeiros.

Os participantes no estudo serão crianças entre os 7 e os 11 anos de idade, com pelo menos 24 horas de internamento hospitalar e respetivos pais e enfermeiros das equipas de saúde no hospital. Prevê-se a participação de aproximadamente 100 crianças em cada um dos 5 centros abrangidos.

A participação das crianças e dos pais consiste na resposta a questionários dos quais não constará qualquer elemento de identificação ou dado que permita identificar o respondente, sendo completamente anónimos (serão devolvidos à investigadora em envelope fechado depositado numa caixa para o efeito ou, nos centros onde seja possível, respondidos em computador através de *link* para formulário *Google*).

A participação dos enfermeiros no estudo consistirá na realização de *focus-grupo*. As entrevistas serão gravadas em formato áudio.



A todos os intervenientes será solicitado consentimento informado para participação no estudo, bem como para gravação das entrevistas.

Os destinatários serão informados sobre a natureza facultativa da sua participação e ser-lhes-á garantida confidencialidade no tratamento.

## II. Análise

Porque em grande parte referentes à vida privada, os dados recolhidos pelo requerente têm a natureza de sensíveis, razão pela qual o respetivo tratamento só pode basear-se no consentimento expresso, esclarecido e livre dos titulares dos dados, ou dos seus representantes legais, nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei de Protecção de Dados - LPD).

Entende-se por consentimento qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular ou o seu representante legal aceita que os seus dados sejam objeto de tratamento, o qual deve ser obtido através de uma “declaração de consentimento informado” onde seja utilizada uma linguagem clara e acessível.

Nos termos do artigo 10.º da LPD, a declaração de consentimento tem de conter a identificação do responsável pelo tratamento e a finalidade do tratamento, devendo ainda conter informação sobre a existência e as condições do direito de acesso e de retificação por parte do respetivo titular.

O fundamento de legitimidade é o consentimento dos titulares dos dados. Porque haverá recolha de dados de menores, terá de haver consentimento a prestar pelos representantes legais. Impõe-se, ainda, que os menores sejam ouvidos e em função da idade, nos termos da lei, eles próprios prestem a sua anuência à recolha de dados pessoais para participação no estudo. O estudo deve ter em conta o superior interesse dos menores.



A informação tratada é recolhida de forma lícita (cfr. alínea *a*) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cfr. alínea *b*) do mesmo artigo).

### III. Conclusão

Em face do exposto, a CNPD autoriza o tratamento de dados pessoais *supra* apreciado, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 28.º e do n.º 1 do artigo 30.º da LPD, consignando-se o seguinte:

Responsável pelo tratamento: Fernanda Manuela Loureiro;

Finalidade: Estudo intitulado "Satisfação da Criança em Idade Escolar Hospitalizada e dos seus Pais com Cuidados de Enfermagem: Construção de um Modelo de Assistência";

Categoria de Dados pessoais tratados:

Das crianças: não há;

Dos pais: não há;

Dos enfermeiros: voz;

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto da responsável;

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação: A gravação áudio deve ser destruída um mês após o fim do estudo.

Lisboa, 23 de fevereiro de 2015

Filipa Calvão (Presidente)

## **APÉNDICES**



**APÊNDICE I – INSTRUMENTO “CHILD CARE QUALITY AT HOSPITAL”**

## Questionário

---

Responde às questões colocando uma cruz (X) nas respostas adequadas ou escreve a tua resposta nas linhas disponíveis.

1. Eu sou a) uma rapariga  b) um rapaz
2. Eu tenho \_\_\_\_\_ anos.
3. Eu vim para o hospital:
  - a) porque já estava programado
  - b) porque me magoei
  - c) porque fiquei muito doente
4. Agora estou no hospital, porque tenho \_\_\_\_\_.
5. Estou no hospital há:
  - a) 1 noite
  - b) 2 noites
  - c) 3 noites
  - d) 4 noites
  - e) 5 noites ou mais
6. No hospital,
  - a) Estou num quarto onde sou o único doente
  - b) Estou num quarto onde há mais crianças doentes
  - c) Estou num quarto onde sou o único doente, mas onde já estiveram outras crianças doentes.
7. Já estive no hospital antes
  - a) sim
  - b) não
  - c) não sei
  - d) não me lembro
8. Os meus pais têm estado comigo no hospital
  - a) O tempo todo
  - b) Durante o dia, mas não à noite
  - c) Quando cheguei e quando tive alta
9. Tenho um enfermeiro que cuida mais vezes de mim
  - a) Sim, e chama-se \_\_\_\_\_
  - b) Não
  - c) Não Sei

10. Como são os enfermeiros que cuidam de ti no hospital?

Coloca a X nesta 😊, se achas que os enfermeiros são **sempre** assim .

Coloca a X nesta 😐, se achas que os enfermeiros são **algumas vezes** assim.

Coloca a X nesta ☹️, se achas que os enfermeiros **nunca** são assim.

Os meus enfermeiros são	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
10.1 - bondosos	😊	😐	☹️
10.2 - competentes	😊	😐	☹️
10.3 - simpáticos	😊	😐	☹️
10.4 - divertidos	😊	😐	☹️
10.5 - honestos	😊	😐	☹️

11. Como te tratam os enfermeiros?

Coloca a X nesta 😊, se concordas que os enfermeiros **sempre** te fazem isto.

Coloca a X nesta 😐, se concordas que os enfermeiros **algumas vezes** te fazem isto.

Coloca a X nesta ☹️, se concordas que os enfermeiros **nunca** te fazem isto

Os enfermeiros	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
11.1 - brincam comigo	😊	😐	☹️
11.2 - conversam sobre coisas interessantes	😊	😐	☹️
11.3 - protegem a minha intimidade	😊	😐	☹️
11.4 - escutam-me	😊	😐	☹️
11.5 - consideram as minhas opiniões	😊	😐	☹️
11.6 - dão-me coragem	😊	😐	☹️
11.7- dão-me conforto	😊	😐	☹️
11.8 - informaram-me sobre o que podia fazer no hospital	😊	😐	☹️
11.9 - encorajam-me a participar nos meus cuidados	😊	😐	☹️
11.10 - cuidam de mim com os meus pais	😊	😐	☹️
11.11 - têm em atenção a minha comida preferida	😊	😐	☹️

12 - Coloca uma cruz na caixa, se NÃO precisas da ajuda dos enfermeiros	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
12.1- Aliviam a dor Não tenho dor <input type="checkbox"/>	☺	☹	☹
12.2 - Ajudam-me a comer Não preciso de ajuda <input type="checkbox"/>	☺	☹	☹
12.3 - Ajudam-me a tomar banho Não preciso de ajuda <input type="checkbox"/>	☺	☹	☹
12.4 - Ajudam-me a ir à casa de banho Não preciso de ajuda <input type="checkbox"/>	☺	☹	☹

13 - Que informação te transmitem os enfermeiros?

Os enfermeiros dizem	INFORMAÇÃO SUFICIENTE	ALGUMA INFORMAÇÃO	INFORMAÇÃO INSUFICIENTE
13.1 - O motivo da minha hospitalização	☺	☹	☹
13.2 - O meu tratamento	☺	☹	☹
13.3 - A minha medicação	☺	☹	☹
13.4 - Os meus procedimentos (como tirar sangue ou fazer RX)	☺	☹	☹
13.5 - O que posso comer e beber	☺	☹	☹
13.6 - Como movimentar-me no hospital	☺	☹	☹
13.7 - A duração do meu internamento	☺	☹	☹
13.8 - Os cuidados a ter em casa	☺	☹	☹
13.9 - Quando posso voltar para a escola	☺	☹	☹
13.10 - Quando posso voltar às minhas brincadeiras	☺	☹	☹

14 - O que pensas do seguinte?

Risca 4 ursinhos se **concordas totalmente**.



Risca 3 ursinhos, se **concordas parcialmente**.



Risca 2 ursinhos se **discordas parcialmente**.



Risca 1 ursinho, se **discordas totalmente**.



Responde a cada item!

No hospital

14.1 - O tempo passa depressa				
14.2 - Há livros e revistas suficientes				
14.3 - Há vídeos e jogos suficientes				
14.4 - Há trabalhos manuais suficientes				
14.5 - Há brinquedos suficientes				
14.6 - Há locais próprios para estar com a minha família e visitas				
14.7 - A minha estadia tem sido confortável e agradável				
14.8 - É fácil encontrar locais como casa de banho e sala de brincar				
14.9 - Há privacidade				
14.10 - Os meus pais acompanham-me				
14.11 - Os meus familiares podem visitar-me				
14.12 - Os meus amigos podem visitar-me				
14.13 - Os enfermeiros fazem-me companhia				
14.14 - Outras crianças internadas fazem-me companhia				
14.15 - Tenho medo de ficar sozinho				
14.16 - Tenho medo das injeções				
14.17 - Tenho medo dos enfermeiros				
14.18 - Tenho medo dos médicos				
14.19 - Tenho medo da dor				

15 - Na minha opinião, a melhor coisa do hospital é...

---

---

---

---

16 - Na minha opinião, a pior coisa do hospital é...

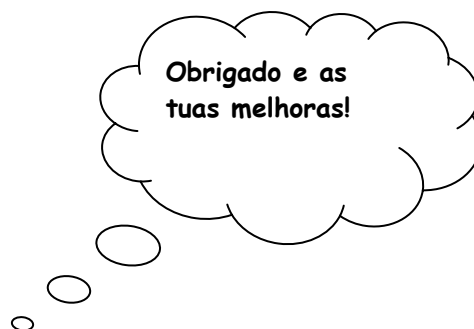
---

---

---

---

17 - Na escola podes ter notas de 1 a 5. Com que nota avalias os cuidados que tens no hospital \_\_\_\_\_



**APÊNDICE II – INSTRUMENTO “ESCALA DE SATISFAÇÃO DO CIDADÃO  
FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM”**

## AS SUAS EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (ESCCE)

Rodrigues, Maria João B. e Dias, Maria Lúcia S.

Gostaríamos que pensasse cuidadosamente sobre cada questão e respondesse o mais honestamente possível. Não demore muito a responder a cada questão. A sua primeira reação será provavelmente melhor do que uma resposta muito pensada.

As questões são sobre as suas experiências com os cuidados de enfermagem neste Serviço de Saúde. As questões consistem numa afirmação seguida de sete respostas possíveis. Para responder às questões, faça uma cruz **X** na resposta que melhor descreve a sua experiência.

### Exemplo:

Se “Concordo um pouco” com a seguinte questão: *Os enfermeiros vestiam-se corretamente*, faria uma cruz **X** da seguinte forma. A sua resposta seria igual a isto.

	Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Nem discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1. Os enfermeiros vestiam-se corretamente					<b>X</b>		

Por favor faça **uma cruz (X)** na resposta de **cada** questão

	Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Nem discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1. Sentia-me à vontade com os Enfermeiros.							
2. Os Enfermeiros favoreciam mais umas crianças do que outras.							
3. Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.							
4. Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.							
5. Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.							
6 - Os Enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.							
7 - Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.							
8. Eu via os Enfermeiros como amigos.							

(Continuação)

	<i>Discordo completamente</i>	<i>Discordo muito</i>	<i>Discordo um pouco</i>	<i>Nem discordo nem concordo</i>	<i>Concordo um pouco</i>	<i>Concordo muito</i>	<i>Concordo completamente</i>
9. Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.							
10. Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava com a criança.							
11. Os Enfermeiros explicavam o que iam fazer antes de fazê-lo.							
12. Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos cuidados.							
13. Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que eu tinha pedido.							
14. Os Enfermeiros certificavam-se de que as crianças tinham privacidade sempre que dela necessitava.							
15. Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.							
16. Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.							
17. Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para a criança.							
18. Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.							
19. Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.							
20. Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.							
21. Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço.							
22. Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.							
23. Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável.							
24. Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.							
25. Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.							
26. Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim.							
27. Os Enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava.							
28. Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.							

**PASSE PARA A PÁGINA SEGUINTE**

## AS SUAS OPINIÕES SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

de Thomas, L.; Bond, S.; McColl, E. e Milne, E. (1996)

Nesta secção, pedimos as suas opiniões dos cuidados de enfermagem que recebeu neste Serviço de Saúde. Para cada questão, faça uma cruz no quadrado que melhor descreve a sua opinião.

Refletindo sobre este Serviço de Saúde, como se sentiu sobre:

	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Bastante satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1. O tempo que os Enfermeiros gastaram consigo					
2. Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades					
3. Estava sempre um enfermeiro por perto quando dele precisou					
4. O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que deviam prestar.					
5. A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou					
6. A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa					
7. A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o estado e tratamento/situação do seu filho.					
8. A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se a criança estava bem.					
9. A ajuda que recebeu dos Enfermeiros					
10. A maneira como os enfermeiros lhe explicaram as coisas					
11. A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos					
12. A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho					
13. O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o estado e tratamento/situação da criança.					
14. Como os Enfermeiros o trataram como pessoa					
15. Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações					
16. A liberdade que lhe deram dentro do Serviço					
17. A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos					
18. A privacidade que os Enfermeiros lhe deram					
19. O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades					

Tradução e adaptação de Rodrigues, Maria João B. e Dias, Maria Lúcia S. (2006)

**PASSE PARA A PÁGINA SEGUINTE**

## OUTRAS QUESTÕES

1 – Em que hospital se encontra: \_\_\_\_\_

2 – Sexo                    Masculino.....

                                  Feminino.....

3 - Idade \_\_\_\_\_(em anos)

4 - Qual a sua escolaridade \_\_\_\_\_

5 – Profissão: \_\_\_\_\_

6 - Havia um enfermeiro, em particular, responsável pelos cuidados da criança?

Sim.....

Não.....

Não tenho a certeza.....

7 - Que aspetos dos cuidados de enfermagem poderiam ser melhorados?

---

---

---

---

8 - Outros comentários que gostasse de fazer.

---

---

---

---

Data de hoje - ...../...../.....

**Por favor, coloque o seu questionário completo num envelope que lhe foi dado e feche-o. Coloque o envelope na caixa colocada no Serviço. Toda a informação será tratada sob rigorosa confidencialidade.**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**



**APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DA RONDA 1 DO PAINEL DELPHI**

# Satisfação da Criança em Idade Escolar Hospitalizada e Seus Pais com Cuidados de Enfermagem

Caro (a) Colega,  
Exmo (a) Sr(a). Enfermeiro (a),

Venho convidá-lo a participar no presente estudo de Investigação, que me encontro a desenvolver no âmbito do curso de doutoramento. A sua participação é voluntária e não implicará prejuízo pessoal ou profissional. Toda a informação recolhida será de uso exclusivo para o estudo sendo a identidade dos participantes confidencial.

O estudo de investigação que tem como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à criança em idade escolar e pais. Numa primeira etapa foram aplicados questionários a pais e crianças de forma a compreender a satisfação das crianças em idade escolar e pais com os cuidados de enfermagem durante a hospitalização. Na segunda etapa pretende-se abordar os enfermeiros de forma a recolher o seu contributo neste tema. Um dos resultados que se espera com este trabalho é a construção/criação de guidelines que fomentam a participação mais ativa de crianças e pais nos cuidados de enfermagem e consequente aumento da satisfação com cuidados.

Assim, o objetivo do estudo é identificar as estratégias descritas pelos enfermeiros que contribuem para o aumento da satisfação da criança e dos seus pais com cuidados de enfermagem durante a hospitalização.

Pretende-se a utilização da técnica painel delphi, enquanto uma técnica estruturada de consenso que utiliza uma série de questionários ou rondas entre os enfermeiros participantes com o objetivo de reunir informação. A técnica decorre em formato eletrónico sendo a participação “quase-anónima”, isto é, outros enfermeiros do mesmo serviço farão parte do grupo de participantes pelo que solicita a não discussão entre colegas.

Solicita-se que considere a sua experiência profissional na área tendo em conta o objetivo do estudo e que este se centra na satisfação de pais e crianças em idade escolar com cuidados de enfermagem. Pede-se a colaboração no preenchimento de questionários, em número mínimo de 2 e máximo de 4, a definir de acordo com o consenso obtido, via informática que estarão, cada um, disponíveis para preenchimento por um período de uma semana.

Nesta fase inicial (RONDA 1, 1º questionário) prende-se a identificação de fatores e estratégias que funcionem como promotoras / entaves a uma maior participação de crianças e pais nos cuidados. Na(s) etapa(s) seguinte(s) (ronda 2/3) serão categorizados os aspetos identificados e clarificados os fatores e estratégias que, na ronda final serão priorizados pelos distintos participantes deste painel.

Se, em qualquer momento, tiver alguma questão acerca do estudo pode contactar-me via telemóvel (962800606) ou correio eletrónico ([fmloureiro@icloud.com](mailto:fmloureiro@icloud.com)).

Muito obrigado pelo seu contributo.  
Fernanda Loureiro

**\*Obrigatório**

## 1. Consentimento Livre e Esclarecido \*

*Marcar apenas uma oval.*

Declaro ter lido e compreendido, aceito participar neste estudo e autorizo a utilização do meu endereço de email para ser contactada/o neste âmbito.

# 1 - Dados Gerais

## 2. Género \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino  
 Masculino

## 3. Idade (anos) \*

---

## 4. Habilitações \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Bacharelato  
 Licenciatura  
 Curso Pós Especialização  
 Mestrado  
 Doutoramento

## 5. Experiência profissional em saúde infantil (anos) \*

---

## RONDA 1

Criança em Idade Escolar Hospitalizada

### 6. 1- Quais as estratégias que promovem a satisfação das CRIANÇAS em idade escolar (7-11 anos) hospitalizada com cuidados de enfermagem? \*

---

---

---

---

---

### 7. 2- Quais as dificuldades / constrangimentos que encontra na operacionalização das estratégias enumeradas na sua prática diária de cuidados? \*

---

---

---

---

---

## RONDA 1

Pais da Criança em Idade Escolar Hospitalizada

8. **3- Quais as estratégias que promovem a satisfação dos PAIS das crianças em idade escolar hospitalizada com cuidados de enfermagem? \***

---

---

---

---

---

9. **4- Quais as dificuldades / constrangimentos que encontra na operacionalização das estratégias enumeradas na sua prática diária de cuidados? \***

---

---

---

---

---

---

Com tecnologia



**APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO DA RONDA 2 DO PAINEL DELPHI**

# Satisfação da Criança em Idade Escolar Hospitalizada e Seus Pais com Cuidados de Enfermagem

Caro (a) Colega,  
Exmo (a) Sr(a). Enfermeiro (a),

Venho convidá-lo, novamente, a participar no presente estudo de Investigação, que me encontro a desenvolver no âmbito do curso de doutoramento.

A sua participação é voluntária e não implicará prejuízo pessoal ou profissional. Toda a informação recolhida será de uso exclusivo para o estudo sendo a identidade dos participantes confidencial.

O estudo de investigação que tem como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à criança em idade escolar e pais. Um dos resultados que se espera com este trabalho é a construção/criação de guidelines que fomentam a participação mais ativa de crianças e pais nos cuidados de enfermagem e conseqüente aumento da satisfação com cuidados.

Numa primeira etapa foram aplicados questionários a pais e crianças de forma a compreender a satisfação das crianças em idade escolar e pais com os cuidados de enfermagem durante a hospitalização.

Na segunda etapa, Ronda 1 - Painel Delphi, foram identificadas as estratégias, descritas pelos enfermeiros, que contribuem para o aumento da satisfação da criança e dos seus pais com cuidados de enfermagem durante a hospitalização.

Nesta fase, Ronda 2 - Painel Delphi, pretende-se avaliar o grau de concordância dos enfermeiros relativamente aos aspetos identificados.

Relembro que está em utilização a técnica painel delphi, enquanto uma técnica estruturada de consenso que utiliza uma série de questionários ou rondas entre os enfermeiros participantes com o objetivo de reunir informação. A técnica decorre em formato eletrónico sendo a participação "quase-anónima", isto é, outros enfermeiros do mesmo serviço farão parte do grupo de participantes pelo que solicita a não discussão entre colegas.

Solicita-se que considere a sua experiência profissional na área tendo em conta o objetivo do estudo e que este se centra na satisfação de pais e crianças em idade escolar com cuidados de enfermagem. Pede-se a colaboração no preenchimento de questionário, indicando o seu grau de concordância face aos fatores identificados.

Se, em qualquer momento, tiver alguma questão acerca do estudo pode contactar-me via telemóvel (962800606) ou correio eletrónico ([fmloureiro@icloud.com](mailto:fmloureiro@icloud.com)).

Muito obrigada pelo seu contributo.  
Fernanda Loureiro

**\*Obrigatório**

## 1. Endereço de email \*

---

2. **Consentimento Livre e Esclarecido \***

*Marcar apenas uma oval.*

Declaro ter lido e compreendido, aceito participar neste estudo e autorizo a utilização do meu endereço de email para ser contactada/o neste âmbito.

## DADOS GERAIS

3. **Género \***

*Marcar apenas uma oval.*

Feminino

Masculino

4. **Idade \***

---

5. **Habilitações \***

*Marcar apenas uma oval.*

Bacharelato

Licenciatura

Curso Pós Especialização

Mestrado

Doutoramento

6. **Experiência profissional em saúde infantil (anos) \***

---

## **RONDA 2 - Satisfação da CRIANÇA em idade escolar com cuidados de enfermagem durante a hospitalização**

**7. Assinale o seu grau de concordância relativamente às seguintes estratégias e o seu grau de promoção da satisfação da CRIANÇA em idade escolar com cuidados de enfermagem durante a hospitalização: \***

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
Utilização de estratégias de envolvimento familiar: incentivar o cuidado às crianças por familiares durante a hospitalização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de envolvimento familiar: incentivar os familiares e as crianças a serem assertivos nas interações com os profissionais de saúde;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de uso do brincar: incentivar a criança a brincar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de uso do brincar: fornecer brinquedos que estimulem a simulação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de transmissão de informação: explicar o procedimento/tratamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de transmissão de informação: orientar as crianças sobre como colaborar/participar durante o procedimento/tratamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias do uso do humor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de distração das crianças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de alívio da dor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de manutenção da rotina das crianças: individualizar a rotina diária das crianças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de articulação com recursos da comunidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de controle do ambiente de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias relacionadas com a admissão das crianças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. **RONDA 2 - Gostaria de referir alguma estratégia não identificada e que considere importante?**

---

---

---

---

---

9. **RONDA 2 - Assinale o seu grau de concordância relativamente às seguintes dificuldades / constrangimentos na operacionalização das estratégias que promovem a satisfação da CRIANÇA em idade escolar com cuidados de enfermagem durante a hospitalização:**

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
Falta de recursos: temporais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de recursos: materiais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de recursos: humanos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condição clínica da criança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiências prévias de hospitalização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abordagem comunicacional: pais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abordagem comunicacional: criança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspetos institucionais e organizacionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. **RONDA 2 - Gostaria de referir alguma dificuldade não identificada e que considere importante?**

---

---

---

---

---

## **RONDA 2 - Satisfação dos PAIS da criança em idade escolar com cuidados de enfermagem durante a hospitalização**

11. **RONDA 2 - Assinale o seu grau de concordância relativamente às seguintes estratégias e o seu grau de promoção da satisfação dos PAIS da criança em idade escolar com cuidados de enfermagem durante a hospitalização:**

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
Utilização de estratégias de união familiar: facilitar um ambiente de união entre os familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de união familiar: facilitar as visitas da família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de transmissão de informação: fornecer à família/pessoas significativas informações sobre o percurso de doença e internamento das crianças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de envolvimento familiar: incentivar o cuidado às crianças por familiares durante a hospitalização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de envolvimento familiar: estabelecer um relacionamento pessoal com as crianças e seus familiares envolvidos nos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de suporte à família: assegurar à família que o melhor cuidado possível está a ser dado às crianças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de suporte à família: ouvir preocupações, sentimentos e questões familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de suporte à família: fornecer assistência para satisfação das necessidades básicas da família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de suporte à família: aceitar os valores familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias relacionadas com a admissão das crianças: orientar as crianças/família/significantes quanto às expectativas da admissão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias de controle do ambiente de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de estratégias comunicacionais: mostrar interesse pela criança/família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. **RONDA 2 - Gostaria de referir alguma estratégia não identificada e que considere importante?**

---

---

---

---

---

13. **RONDA 2 - Assinale o seu grau de concordância relativamente às seguintes dificuldades / constrangimentos na operacionalização das estratégias que promovem a satisfação dos PAIS da criança em idade escolar com cuidados de enfermagem durante a hospitalização:**

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
Falta de recursos: temporais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de recursos: materiais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de recursos: humanos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiências prévias de hospitalização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abordagem comunicacional: pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspetos institucionais e organizacionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. **RONDA 2 - Gostaria de referir alguma dificuldade não identificada e que considere importante?**

---

---

---

---

---