



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro

Ludovina Maria de Oliveira Rodrigues

Orientador: Professor Mestre Luís Miguel Nunes Oliveira,
Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, *outubro* de 2013

“Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. (...) Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.”

Boff, 1999

AGRADECIMENTOS

Este espaço foi reservado para agradecer a todos aqueles que me apoiaram e ajudaram a ultrapassar mais uma etapa da minha vida, tornando assim possível realização deste trabalho.

Ao Senhor Professor Mestre Luís Miguel Nunes Oliveira pela orientação que me proporcionou, pelo apoio e observações pertinentes efetuadas, pela sua simpatia, disponibilidade, amabilidade e compreensão, pelo modo como acompanhou o meu percurso de aprender a pensar o cuidado à família.

Ao Senhor Professor Doutor José Carlos Amado Martins, pelo seu parecer favorável, através da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências Sociais-Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Médio Tejo, pela viabilização do estudo através da autorização para aplicação do instrumento colheita de dados.

Aos Senhores Enfermeiros Chefes dos serviços, que contribuíram na motivação e dinamização dos inquiridos para o preenchimento dos questionários.

Aos Enfermeiros que colaboraram nesta investigação de forma singular e sem constrangimentos com disponibilidade e simpatia.

Ao Amigo Especial pelo apoio incondicional, incentivo, amizade, otimismo, motivação, tolerância e infinita compreensão.

Aos meus colegas de curso, pela amizade e apoio.

A todos os que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade.

À minha família, em especial aos meus filhos... pelo apoio e incentivo e por acreditarem que seria capaz de responder a este desafio.

A Todos Muito Obrigada!

LISTA DE SIGLAS

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

FINC-NA - *Families` Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes*

ICN - *International Council of Nurses*

IFCE-AE - Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem - Atitude do Enfermeiro

OMS - Organização Mundial de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

RESUMO

A família está intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença dos seus membros e representa uma importante fonte de suporte à pessoa doente hospitalizada. É necessário refletir a essência da prática de enfermagem no cuidado à família, de forma a reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual dentro da unidade familiar, garantindo cuidados competentes e de excelência.

A intervenção de enfermagem centrada na família é uma abordagem do cuidar, fundamentado na relação colaborativa e interacional entre profissionais e famílias. A reestruturação dos cuidados de saúde expandiu e ampliou a prática de enfermagem com base na família, razão pela qual entendemos pertinente conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados.

Utilizamos uma metodologia quantitativa, descritivo, analítico e correlacional. A amostra é constituída por 226 enfermeiros que exercem a sua prática em serviços de internamento. Como instrumento de colheita de dados, utilizámos o questionário de caracterização sócio demográfica e a Escala “ A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (Oliveira *et al.*, 2011).

Os resultados evidenciam que os enfermeiros têm na sua maioria atitudes positivas, face à família nos cuidados de enfermagem. Não verificamos diferenças estatisticamente significativas em relação ao género, à idade, às habilitações literárias, à experiência profissional, o tempo e o local onde exerce sua atividade e à experiência anterior com familiares doentes ($p > 0,05$). Obtivemos diferenças com significado estatístico ($p < 0,05$) em relação ao título profissional e a formação pós-graduada/mestrado em enfermagem dos enfermeiros inquiridos.

A formação é fundamental na aprendizagem de competências no âmbito da família pelo potencial de otimização da prática profissional de enfermagem. Os cuidados de enfermagem terão necessariamente que ser centrados na família, o que obrigará a algumas mudanças de atitude por parte dos enfermeiros e a uma alteração das políticas e filosofia das unidades de saúde.

Palavras-chave: Família, Atitudes, Enfermeiros, Cuidar em enfermagem.

ABSTRAT

Family is intrinsically involved in the health/illness procedure of its members and it represents a vital source of support to the hospitalised person who is ill. It is necessary to reflect the core of nursing practice in family care, to thus guarantee competent care of great excellence. The intervention of nursing centred on family is an approach of caring, which is substantiated in the collaborative and interactional relationship between professional people and families. The restructuring of health care has expanded and enlarged nursing practice based on family, for which reason we understand it to be paramount in becoming cognizant of nurses' attitudes in the approach to family for its integration in the health care procedure.

The methodology used is a quantitative, descriptive, analytical and correlational one. The sample group consists of 226 nurses that execute their practice in internment. As an instrument of data collection, a questionnaire of a socio demographic characterisation and the Scale "The Importance of Families in Nursing Care – Attitudes of the Nurses" is used (Oliveira et al., 2011).

The results show that nurses have, in majority, positive attitudes on countenance to family in nursing care. No statistically significant differences were ascertained in relation to genre, age, educational qualifications, professional experience, time and place where one practises one's work and previous experience with ill family members ($p > 0,05$). Differences with statistical significance were obtained ($p < 0,05$) in relation to the professional title and post graduate / Master's degree education in nursing among the participant nurses.

Education is fundamental in learning about competences in the family sphere for the potential in optimisation in the professional practice in nursing. Nursing care will necessarily have to be centred on family, which will compel some attitude changes on behalf of nurses and an alteration of the policies and philosophy of health care units.

Key words: Family, Attitudes, Nurses, Nurse Care

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o género.....	76
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o grupo etário	76
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o título profissional	77
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas.....	77
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a Pós-Licenciatura em Enfermagem	78
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo a formação Pós-Graduação/Mestrado ...	78
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo os anos da experiência profissional	79
Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo o serviço onde exerce funções	80
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço onde exerce funções	80
Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a experiência anterior com familiares gravemente doentes	81
Tabela 11 - Estatística descritiva da Escala IFCE-AE (n=226).....	83
Tabela 12 - Correlação de <i>Pearson</i> nas dimensões da Escala IFCE- AE	83
Tabela 13 - Resultados do teste <i>One-way ANOVA</i> referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da idade (n=226).....	84
Tabela 14 - Resultados do <i>Teste t</i> referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do género (n=226).....	85
Tabela 15 - Resultados do <i>Teste t</i> referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do Título Profissional (n=226).....	86
Tabela 16 - Resultados do teste <i>One-way ANOVA</i> referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função das habilitações académicas (n=226).....	87
Tabela 17 - Resultados do teste <i>One-way ANOVA</i> referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da experiência profissional (n=226).....	88
Tabela 18 - Resultados do teste <i>One-way ANOVA</i> referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do tempo no serviço (n=226) .	89

Tabela 19 - Resultados do teste <i>One-way ANOVA</i> referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do serviço onde exerce as funções (n=226)	90
Tabela 20 - Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da especialidade em Enfermagem (n=226)	91
Tabela 21 - Resultados do teste <i>One-way ANOVA</i> referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da formação Pós-graduada/ Mestrado em Enfermagem (n=226)	92
Tabela 22 - Resultados do <i>Teste t</i> referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da experiência anterior com familiares gravemente doentes (n=226)	93

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Variável dependente: a atitude do enfermeiro face à família.....	63
Quadro 2 - Dimensões da Escala IFCE-AE.....	68
Quadro 3 - Análise da fidelidade dos resultados da Escala (IFCE-AE) adaptação portuguesa e no estudo atual.....	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo a Unidade onde exerce funções..... 79

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO	21
-------------------------	-----------

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - CONCEITO DE FAMÍLIA	27
--------------------------------------	-----------

1.1 - A FAMÍLIA E A DOENÇA.....	32
---------------------------------	----

2 - A FAMÍLIA COMO FOCO DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM.....	35
--	-----------

2.1 - TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA	38
------------------------------------	----

2.2 - A PARCERIA NO CUIDAR	41
----------------------------------	----

3 - ATITUDE.....	49
-------------------------	-----------

3.1 - CONCEITO DE ATITUDE.....	49
--------------------------------	----

4 - A ATITUDE DOS ENFERMEIROS FACE À FAMÍLIA	53
---	-----------

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

5 - METODOLOGIA	59
------------------------------	-----------

5.1 - TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS	59
--	----

5.2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	60
------------------------------------	----

5.3 - HIPÓTESES	60
-----------------------	----

5.4 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	61
--	----

5.4.1 - Variável Dependente	62
5.4.2 - Variáveis Independentes	63
5.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	65
5.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	65
5.6.1 - Consistência Interna da Escala ifce-ae.....	69
5.7 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	71
5.7.1 - Aplicação de Pré-teste	71
5.7.2 - Colheita de Dados	71
5.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	72
5.9 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO	73
6 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	75
6.1 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	75
6.2 - ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS DAS TÉCNICAS APLICADAS PARA TESTAR AS HIPÓTESES	81
7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
CONCLUSÃO.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
ANEXOS	
ANEXO I - INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS	

**ANEXO II – CONSENTIMENTO DA EX^a PROFESSORA PALMIRA DA ESCOLA
SUPERIOR DO PORTO PARA APLICAÇÃO DA ESCALA -IFCE-AE**

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHMT- EPE

**ANEXO IV – PARECER DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA**

INTRODUÇÃO

A Enfermagem como todas as disciplinas necessita de renovar continuamente o seu corpo de conhecimentos, de forma a alcançar a autonomia, o prestígio e a sua credibilidade (Araújo, 2010). A importância da investigação em Enfermagem, independentemente da área investigada, é hoje reconhecida para o desenvolvimento contínuo da profissão, para a tomada de decisões adequadas, oportunas e inteligentes para uma prestação de cuidados de excelência. Esta opinião é corroborada por *Polit, Beck e Hungler* (2004), quando referem que a prática baseada na evidência e na pesquisa científica é promotora de altos padrões de qualidade dos cuidados e o caminho para o fortalecimento da identidade da Enfermagem.

Para Figueiredo (2012), a capacidade de produzir novos conhecimentos que emergem da reflexão processual face à complexidade dos contextos de ação onde se desenvolve as interações com as famílias, é impulsionadora de transformações estruturantes no seu domínio empírico.

A Organização Mundial Saúde (OMS) define a família como o contexto de promoção da saúde e redução da doença, onde desde que nascem, os indivíduos desenvolvem crenças e comportamentos de saúde. Reconhecendo as inúmeras mudanças na nossa sociedade, principalmente no acesso aos serviços de saúde, a família ocupa o principal papel de cuidador em situações de doença e a principal fonte de suporte socio-emocional do indivíduo, sendo a ela também, o amortecedor do impacto das transformações sociais.

A família, estrutura constituída como um todo organizado, sofre mudanças importantes e um impacto emocional relevante durante a hospitalização de um dos seus membros. As angústias, os medos, os sofrimentos e as dúvidas estão presentes, assim como as incertezas do tratamento e o prognóstico. Neste contexto, a família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, de estrutura e funcionalidade (Figueiredo, 2009).

A família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar.

Como parceira no cuidar, a família poderá ter um papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisão; como recetora de cuidados, a família requer informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, de forma a garantir as melhores condições para lidar com a situação de doença.

Na interação enfermeiro-família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores na transição saúde-doença (Martins *et al.*, 2012).

Tendo presente a importância da humanização e a continuidade dos cuidados de saúde em situação de internamento, é indispensável minimizar os efeitos que o mesmo possa causar, diminuindo as diferenças entre o meio familiar e o meio hospitalar. Deste modo, é essencial perceber o impacto do internamento na família e compreender as dificuldades e as emoções pelas quais passam todos os membros. Salientamos a importância da presença da família ou pessoa significativa na promoção da tranquilidade e na estabilidade emocional do indivíduo, na ajuda na adesão terapêutica e no facilitar o processo de transição doença-saúde.

Assiste-se a uma grande dificuldade sentida pelos enfermeiros em reconhecer a capacidade e a presença das famílias nos cuidados, associados a fracas bases conceituais para realizar intervenções nesta área, acrescido da constatação na prática clínica de manifestações de sentimentos de medo, de timidez, de insegurança e da sua crença de que a presença das famílias, tem influência negativa sobre o seu trabalho.

Atualmente, num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, a prática profissional centrada na família implica a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social que o rodeia e na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados (Araújo, 2010). A qualidade destes cuidados é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem.

Tendo por base que as atitudes ajudam a explicar as decisões e as ações das pessoas, e percebendo quais as atitudes dos enfermeiros face à família, será possível identificar as áreas suscetíveis de intervenção, para que a atuação dos enfermeiros seja a mais dirigida e efetiva possível.

Neste sentido, propusemo-nos realizar um estudo intitulado “ A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro”.

Toda a investigação tem como ponto de partida uma questão que desperta no investigador o desejo de investigar. Para a concretização do presente estudo entendemos delinear a seguinte questão de investigação:

- Quais as atitudes que os enfermeiros adotam, num serviço de internamento face à importância da família no processo de cuidar?

Conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados, analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros no envolvimento e participação da família no processo de cuidados, foram os objetivos que nos conduziram na concretização deste estudo, para além da contribuição para a nossa formação profissional e da possível melhoria dos cuidados prestados.

Desenvolvemos um estudo de índole quantitativo, descritivo, analítico e correlacional, para dar resposta aos objetivos, à questão de investigação e às hipóteses formuladas.

O estudo foi realizado no Centro Hospital Médio Tejo, por ser a instituição onde exercemos funções, facilitando assim a acessibilidade na colheita de dados, e acima de tudo, para uma eventual implementação de melhoria da qualidade dos cuidados prestados à família como foco dos cuidados de enfermagem, baseada em evidências científicas decorrentes desta investigação.

A amostra do nosso estudo é constituída por 226 enfermeiros da prestação de cuidados, utilizando-se como instrumento de colheita de dados, um questionário.

O estudo que apresentamos encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte, o enquadramento teórico que dá suporte ao desenvolvimento da temática em estudo, referindo-nos: o conceito de família numa perspetiva sistémica e suas estratégias de adaptação em situação de doença; a família como foco de atenção de enfermagem, os conceitos de transição saúde-doença e a parceria no cuidar; conceito de atitude e as atitudes dos enfermeiros face à família. A segunda parte, apresentamos o estudo empírico onde contextualizamos a investigação, as opções metodológicas utilizadas, a apresentação e análise de dados e por último a discussão dos resultados onde estes são comentados e confrontados com estudos empíricos realizados neste domínio. Finalizamos com a conclusão extraída do presente estudo, realizando simultaneamente um balanço do percurso desenvolvido, as limitações e as sugestões para futuras investigações, com o propósito de ampliação de conhecimentos da temática em análise e da sua aplicabilidade no nosso contexto de trabalho.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - CONCEITO DE FAMÍLIA

O Homem pela sua natureza é um ser sociável, membro de uma família e de uma comunidade. A necessidade de socialização do indivíduo é-lhe intrínseca, vive em comunidade e integra-se num contexto social e familiar que o influencia e o acompanha em todas as fases da sua vida, desde o seu nascimento até à morte.

De uma forma geral, todos nós sabemos o que é a família, como funciona, quais as principais preocupações e quais as competências que lhe são atribuídas. Todos pensamos nela como um lugar de partilha de afetos, de cuidados e de responsabilidades.

Ao analisar a família na perspetiva sistémica e comunicacional, achamos pertinente fazer uma abordagem da evolução do conceito de família. Da pesquisa realizada, infere-nos dizer, que nas últimas décadas o conceito de família tem vindo a adquirir um âmbito mais vasto, porque as novas tendências, as novas configurações familiares, têm permitido novas conceções de família e da organização de vida dos seus membros, sendo valorizada, por alguns nos seus hábitos tradicionais e, por outros, no seu progresso modernizado.

A entidade familiar de início é constituída pela figura do marido e mulher. Os papéis sociais estavam bem demarcados, os homens trabalhavam fora de casa e asseguravam o sustento da família, as mulheres realizavam o trabalho doméstico, e competia-lhes a socialização dos novos membros. Todos os elementos dependiam do chefe de família económica e moralmente. Pensa-se numa família tradicional, idealizada, constituída por um homem e uma mulher legalmente unidos pelo matrimónio e filhos. Na década de sessenta, marco de viragem na concetualização de família, onde as mulheres reivindicavam o reconhecimento dos seus direitos, iguais aos dos homens em todos os planos da vida social determinando a partilha das tarefas familiares, uma vez que ambos exerciam profissões no exterior (Dias, 2011; Silva, 2001).

A família sofre fortes influências políticas, sociais, económicas, religiosas e culturais do contexto onde estão inseridas, desenvolvendo mudanças nos papéis e nas relações,

no seu interior, implicando deste modo uma alteração na estrutura no que diz respeito à composição familiar (Dias, 2011; Guedes, 2008; Simionato e Oliveira, 2003).

A família é uma sociedade natural formada por indivíduos unidos por laços de sangue ou de afinidade. Os laços de sangue resultam da descendência, a afinidade dá-se com a entrada dos cônjuges e seus parentes que se agregam à entidade familiar pelo casamento (Nogueira, 2007). Esta conceção de cariz tradicional apoiada pela nossa sociedade reflete crenças tradicionais, morais e sociais.

Ao longo do tempo modificou-se profundamente a estrutura e a dinâmica familiar na sua organização interna, desde a diminuição do número médio de filhos, diminuição da fecundidade com a diminuição das famílias numerosas, aumento de número de pessoas que vivem sozinhas, ao aumento de famílias recompostas em virtude do aumento do número de divórcios, das uniões de facto e uniões livres, e, mais recentemente o aparecimento das famílias homossexuais (Dias, 2011).

A família desempenha um papel fundamental no contexto sociocultural, constituindo uma teia de laços sanguíneos e sobretudo de laços subjetivos, rodeado de uma certa complexidade. É uma entidade que não se fecha sobre si mesma, é dinâmica e interage com as transformações da sociedade, não se resigna a uma instituição padronizada e baseia-se em princípios morais e psicológicos (Cerqueira, 2010).

A família contemporânea agregando-se pela necessidade de afeto, constitui uma unidade básica na construção emocional do ser humano, transformando-o num ser relacional e social (Figueiredo, 2009).

Estas transformações implicaram alterações na família que deixou de ser um modelo tradicional, dando origem a novas formas de organização familiar tornando-a um fenómeno de carácter universal e complexo. Atualmente existe um conjunto amplo de teorias, modelos ou quadros conceituais sistémicos que tomam como conceito básico a ideia de que a família é semelhante a um sistema orgânico que procura manter o equilíbrio perante as pressões internas e externas (Silva, 2003).

Seja qual for o modelo adotado, na opinião de Dias (2011, p.141), a família "...é sempre um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistémico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior".

Sendo a família a principal unidade básica de desenvolvimento pessoal e, igualmente, o local onde se vivencia um conjunto de experiências fundamentais para a formação da sua personalidade, representa também um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições (Elsen, Althoff e Manfrini, 2001; Guedes, 2008).

É através da família que o ser humano aprende a pensar, a agir, a reagir através de conceitos éticos, morais, religiosos e sociais, que lhe são instituídos, construindo desta forma a sua personalidade, forma de ser e de estar, diante da sociedade onde está inserido. De um modo geral, é na família que o indivíduo consegue receber todo o apoio afetivo, psicológico, valores humanos, éticos, culturais, sociais e cívicos, sendo estas características fundamentais para o seu desenvolvimento físico e mental (Dias, 2011; Figueiredo, 2012; Guedes, 2008; Saiote, 2010).

A partir das diversas concepções de família e da própria vivência familiar de cada um de nós, entendemos família como um sistema inserido numa multiplicidade de contextos e constituídos por pessoas que partilham sentimentos e valores, produzindo laços de interesse e de solidariedade com características e funcionalidades muito próprias. Para Relvas (1996, p. 11), “ (...) a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura”

As estruturas e funções familiares mudam e adaptam-se constantemente às tendências sociais e ao ambiente exterior, para continuar a funcionar (Dias, 2011). Mas, sejam quais forem estas mudanças, a unidade familiar sobrevive em cada um de nós como uma unidade social importante. As famílias como agregações sociais assumem ou renunciam funções de proteção e socialização dos seus membros como resposta às necessidades da sociedade a que pertencem (Monteiro, 2010). Nesta perspetiva, as funções da família regem-se por dois objetivos, sendo um a nível interno, como a proteção psicossocial dos seus membros e outro, a nível externo, como a acomodação a uma cultura e a sua transmissão. Estas situações exigem transformações constantes da posição dos membros no sistema familiar e no sistema social, na sociedade e na família, estabelecendo uma relação de influências mútuas (Dias, 2011; Sousa, 2011).

A família responde às mudanças externas e internas, de modo a atender às novas circunstâncias, sem no entanto perder a continuidade, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros. Assim sendo, em todas as famílias cada membro ocupa determinada posição ou tem determinado estatuto, como por exemplo, marido, mulher, filho ou irmão, sendo orientados por papéis e funções familiares.

Stanhope (1999), relaciona as funções familiares com as metas a alcançar, para manter a unidade da família, o desenvolvimento dos seus membros e da sociedade. Deste modo, adaptando à forma como a família se organiza e o modo como cada uma das suas unidades ou subsistemas está distribuído e como se relacionam entre si, a

estrutura familiar baseia-se no padrão de relacionamento entre os membros, formando estruturas de poder e papéis. Estes padrões delineiam os comportamentos e tornam praticável o desempenho das tarefas familiares (Dias, 2011; Figueiredo, 2012).

Os papéis dos membros da família são definidos como expectativas de comportamentos, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição, e que, reportando-se aos padrões de comportamento, assumem-se como componentes de organização familiar (Stanhope, 1999; Figueiredo, 2012).

Cada família adequa os papéis familiares e os componentes esperados dos seus elementos, tendo em conta a estrutura e as forças internas e externas à unidade familiar, sendo que, deve existir alguma flexibilidade e a possibilidade de troca ocasional dos papéis interiorizados por determinado membro (Monteiro, 2010).

As tarefas de desenvolvimento da família não estão somente ligados às características individuais dos elementos que a compõem, mas também estão relacionadas com a pressão social para o desempenho adequado das funções e das tarefas essenciais para a continuidade do sistema familiar. As tarefas parenterais concretizam-se em função das necessidades particulares dos filhos, mas também para responder às expectativas sociais atribuídas aos pais (Sousa, 2011). As normas são as regras que governam a conduta individual e grupal na família e normalmente estão vinculadas à idade ou ao estadio de ciclo de vida da família. O papel familiar inclui todas as normas vinculadas a uma das posições na família. (Silva, 2003).

Neste contexto, identificam-se os vários papéis na estrutura familiar como sendo: a *socialização da criança*, relacionada com as atividades contribuintes para o desenvolvimento das suas capacidades mentais e sociais, assim como os cuidados físicos e emocionais, perspetivando o seu desenvolvimento saudável; o *papel de suporte familiar*, que inclui a produção e/ou obtenção de bens e serviços necessários à família; *papel de encarregados dos assuntos domésticos*, onde se inclui os serviços domésticos que visam o prazer e o conforto dos membros da família; o *papel de manutenção das relações familiares*, relacionado com a manutenção do contacto com parentes e implicando a ajuda em situações de crise; *papéis sexuais*, relacionado com as relações sexuais entre ambos os parceiros e com a regulação da reprodução; *papel terapêutico* que implica a ajuda e apoio emocional em situações de problemas familiares e *papel recreativo* no proporcionar divertimentos à família, visando o relaxamento e desenvolvimento pessoal. (Monteiro, 2010; Sousa, 2011; Stanhope, 1999).

Os papéis familiares surgem e modificam-se para ajudar as famílias a realizarem as transições para novos estádios e a satisfazerem as suas necessidades em cada estádio (Silva, 2003).

A família enquanto sistema aberto transforma-se numa unidade funcional para os seus membros, ao permitir o seu desenvolvimento e bem-estar através do intercâmbio entre o sistema familiar e o exterior, possibilitando que cada membro tenha as suas formas de se movimentar, de realizar tarefas e funções que conduzem ao seu desenvolvimento. Este espaço de interação assume uma função e estabilidade normativa, visando a aceitação dos valores sociais pelos seus membros (Dias 2011; Figueiredo, 2012; Petronilho, 2007).

O sistema de valores desenvolvido pela família, patenteados pelas crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, influencia também a forma como se desenvolvem os processos de saúde dos mesmos, na medida em que a família protege a saúde dos seus membros nas vertentes física e psicológica, dando apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença (Figueiredo, 2012; Monteiro, 2010). Esta ideia é reforçada por Guedes (2008), quando diz que a família tem como função primordial a proteção, tendo sobretudo potencialidades para dar apoio emocional, para a resolução de problemas e conflitos, podendo formar uma barreira defensiva contra agressões externas.

A família ajuda a manter a saúde física e mental do indivíduo, por constituir o maior recurso natural para lidar com situações potenciadoras de stresse associado à vida na comunidade (Fallon, 2003).

Da nossa experiência de vida, consideramos que função mais importante da família é proporcionar apoio emocional e segurança aos seus membros, mediante o amor, a aceitação, o interesse e a compreensão. É no seio da família, que os membros desenvolvem o conceito de saúde, adquirem hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis.

A família saudável é uma unidade que se autoestima positivamente, onde os seus membros convivem e se percebem reciprocamente como família, tendo uma estrutura e organização flexível para definir os objetivos e regular os meios para o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar dos seus membros (Elsen, Althoff e Manfrini, 2001).

Pode-se concluir então, que pela sua grande capacidade de se ajustar às novas exigências do meio, a família tem conseguido sobreviver a despeito das intensas crises sociais. Enquanto grupo, a família evolui de acordo com as suas finalidades,

face às quais, desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo de vida, sujeito às transições normativas e acidentais (Figueiredo, 2012). Como sistema relacional, introduzido e articulado em diferentes contextos, a família agrega um sistema de valores, de conhecimentos e de práticas, num espaço relevante de socialização e de humanização (*Idem*). É ainda matriz do desenvolvimento humano e também a principal fonte de saúde dos seus membros (Simionato e Oliveira, 2003).

1.1 - A FAMÍLIA E A DOENÇA

É nas relações familiares que os acontecimentos da vida como o nascer, o crescer, o envelhecer, o adoecer e o morrer, entre outros, adquirem um significado que depois são utilizados na experiência individual de cada um, de acordo com a conceção incrementada.

A doença faz parte da experiência humana desde sempre. A doença de um elemento da família constitui-se como motivo de preocupação para os restantes elementos da família.

A família é um sistema de saúde para os seus membros, do qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores crenças, de conhecimentos e de práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde dos seus membros, na prevenção e no tratamento da doença. Este sistema inclui ainda um processo de cuidar no qual a família supervisiona o estado de saúde dos seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir no caso de queixas ou sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio aos seus significantes e/ou profissionais (Elsen, Althoff e Manfrini, 2001; Schmitz, 2008).

A família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença de um indivíduo. Nesta situação, cada família encontra o seu estilo próprio de comunicação, as suas regras, as suas crenças, bem como a forma de manter a sua estabilidade.

Embora a capacidade de adaptação a novas situações seja uma característica importante da família, a situação de doença representa um acontecimento gerador de crise no seio familiar, caracterizada, por um lado, pela súbita e inesperada alteração da estrutura e funções do sistema, por outro, pela incapacidade demonstrada pelos membros da família em responder adequadamente às necessidades do doente (Alarcão, 2000; Hanson, 2005).

A doença ao afetar toda a estrutura e dinâmica familiar, pode por vezes, proporcionar comportamentos e manifestações patológicas, dependendo do tipo de patologia, do

curso da doença, do grau de incapacidade e do papel e função do indivíduo doente. Deste modo, a família é entendida como um sistema que enfrenta perturbações, se desestrutura quando tem dificuldades e necessita de apoio para enfrentar as situações de doença (Hanson, 2005).

Os profissionais de saúde e em especial os enfermeiros constituem-se como aliados privilegiados no apoio às famílias com necessidades de cuidados e na adaptação ao processo de saúde- doença.

Em todos os contextos onde os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional, o seu foco direta ou indiretamente é centrado na família, tendo em conta a sua saúde global, desenvolvimento e a forma como a família contribui para a sociedade. Cuidar a família é assim um dos objetivos do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN – *International Council of Nurses*), sendo que, o contexto familiar possibilita a intervenção nas necessidades da unidade familiar e de cada um dos seus membros (Figueiredo, 2009).

2 - A FAMÍLIA COMO FOCO DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução da disciplina de enfermagem, havendo evidência de que a preocupação em integrar a família como foco de atenção dos cuidados se iniciou desde *Florence Nightingale*. Ao considerar as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento do organismo, capazes de anteceder, eliminar ou contribuir para a saúde, doença e morte, *Florence Nightingale* evidencia o cuidado de enfermagem ao ser humano e famílias na sua inter-relação fundamental com o meio ambiente (*Fabiani et al.*, 2009). A interação com as famílias esteve sempre presente nos cuidados de enfermagem, pois como referem *Wright* e *Leahey* (2009), a enfermagem surgiu nas casas dos pacientes, evidenciando-se o reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor da saúde dos seus subsistemas e consequentemente da saúde global.

O acolhimento das famílias das pessoas internadas em hospitais e a promoção de práticas que incluíam os membros da família, demonstram que, desde o início da enfermagem, houve a preocupação em incluir a família como foco de atenção dos cuidados (Figueiredo, 2009).

Os enfermeiros ao comprometer-se com a família como unidade a ser cuidada, focaliza a sua atenção nas interações intra e extra-familiares, procura conhecer o processo de vida familiar, as transições e as crises que enfrentam, reconhecendo suas fragilidades, fontes e stresse, os recursos e os seus modos de cuidar (*Elsen, Althoff* e *Manfrini*, 2001).

O cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico (Figueiredo, 2012). Neste sentido, a Enfermagem atua no reconhecimento da família como sujeito do seu processo de viver e se cuidar, com direitos e responsabilidades; o ouvir atentamente; ser sensível, estar presente, comprometer-se, lutar, respeitar e garantir os direitos da família nos serviços de saúde; incentiva a democratização das relações interpessoais nos serviços, assim como participa na elaboração e implementação de políticas e programas visando a saúde e o bem-estar das famílias

(Elsen, Althoff e Manfrini, 2001). Esta prática exige cada vez mais, novas competências e reajustamentos nas intervenções e atitudes adotadas.

Para Bell e Wright (2007), intervenção de enfermagem é qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado pela enfermeira em favor de melhores resultados para um cliente/ paciente.

As intervenções de enfermagem incluem tanto os cuidados diretos, como os indiretos; os que visam os indivíduos; as famílias e a comunidade. Intervenção de enfermagem é qualquer ação ou resposta dos enfermeiros, compreendendo ações terapêuticas e respostas internas cognitivas-afetivas evidentes, ocorridas no contexto de um relacionamento enfermeiro/cliente oferecidas para efetivar o funcionamento individual e familiar (Bell e Wright, 2007). As mesmas autoras ampliam a definição de intervenção, quando sugerem que uma intervenção “implica geralmente um ato único, com limites claros, muitas vezes oferecendo algo ou fazer alguma coisa por alguém” (*Idem*, p.11).

As intervenções são normalmente intencionais e conscientes, geralmente envolvem comportamentos observáveis do enfermeiro. O foco de preocupação numa intervenção de enfermagem deve ser o comportamento do enfermeiro e a resposta da família. O comportamento dos enfermeiros e dos clientes são contextualizados na relação enfermeiro- cliente/família, isto é, ocorre um fenômeno de interação em que as respostas do enfermeiro (intervenções) são provocadas pelas respostas do cliente (resultados), que por sua vez são desencadeadas pela resposta do enfermeiro (Bell e Wright, 2007; Wright e Leahey, 2009).

A família emerge como foco de cuidados de enfermagem, como tal deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e capacidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se inserem. Neste sentido, para a compreensão da família como unidade, é essencial a sua conceitualização através dum paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, mutualidade e multidimensionalidade que considera tanto a autenticidade da família, quanto a do contexto onde está inserida (Figueiredo, 2012; Ministério da Saúde, 2012).

A definição de família terá de ter o alcance de traçar os diferentes retratos familiares presentes na sociedade, valorizando o afeto e a proximidade a par dos critérios mais tradicionais de consanguinidade, da adoção e do matrimónio. Nas ciências sociais, existe uma panóplia de conceitos e noções que procuram definir família, segundo os referenciais sociológicos, aqueles que vivem juntos na mesma casa; os psicológicos

aqueles que se ligam por fortes laços emocionais, os legais que se unem por laços de filiação, de adoção ou do casamento, e ainda, os biológicos no sentido da raça, dos genes ou da geração (Sousa, 2011; Santos, 2012).

A Família é entendida como um grupo de seres humanos, vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o doente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo (CIPE®, 2011). Sendo que “ (...) a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a somas das partes” (*Idem*, p.114).

Independentemente da existência de laços de consanguinidade ou parentesco existe sempre um elemento de referência para o doente, podendo este ser um familiar ou um acompanhante significativo. Sendo que, as ligações de parentesco não são as únicas importantes do núcleo familiar na nossa sociedade, esse género de ligação é muitas vezes menos importante, do que outros tipos de relação que os membros da família mantêm com estranhos (Saiote, 2010).

Wright e *Leahey* partilham este ponto de vista e asseguram que, na definição de família, o importante é o respeito pelas ideias referentes aos relacionamentos significativos e experiências de saúde/doença, e que a família é simplesmente “ (...) quem os seus membros dizem que são” (2009, p. 48).

Neste trabalho, o conceito de família abrange todos os seus membros, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas (Benzein *et al.*, 2008a; Oliveira *et al.*, 2011).

O conceito de família apresentado pela OMS em 1994 coloca a tónica no eixo relacional sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais como o casamento, a parceria sexual ou a adoção. Assim, a família engloba todos os grupos cujas relações assentam na confiança, no apoio mútuo e num projeto e destino comuns (OE, 2008; Araújo e Santos, 2012).

Como os elementos de uma família não mudam ao mesmo tempo, as diferenças, as semelhanças, e as ruturas vão emergindo e gerando desafios constantes ao sistema familiar, que dinamiza novos desenvolvimentos ao longo do ciclo vital da mesma (Araújo e Santos, 2012).

2.1 - TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA

Ao longo do ciclo vital, a pessoa vai experimentado de forma contínua, mudanças e transições, resultando estas frequentemente em novas relações, novos comportamentos e novas percepções de si mesmo no contexto social. Em qualquer momento da vida das pessoas, em que ocorrem mudanças, sejam elas previsíveis como o casamento, a reforma ou o nascimento de um filho, ou inesperadas como a morte, a doença, a guerra e a gravidez não desejada, impõe-se que a família recorra à sua capacidade de auto-organização e às suas fontes de suporte de forma a conseguir resolver os problemas (Petronilho, 2007).

Para a Enfermagem as transições constitui um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Para Collière (1999), do nascimento à morte, a vida é marcada por uma sucessão de passagens, durante as quais se verifica a necessidade de cuidar dos seus autores. Para se trabalhar na perspetiva de família, é necessário acreditar que os processos de saúde-doença são experiências que envolvem toda a família.

Grande parte do trabalho dos enfermeiros acontece em momentos de transição, como a gravidez e o período pós-parto, o internamento hospitalar e a alta para o domicílio, a recuperação e a reabilitação (Meleis *apud* Abreu, 2011). A vida de um indivíduo e a forma como este lida com os momentos de passagem inerentes à sua existência, não podem ser entendidas somente numa perspetiva individual pois, além dos sistemas familiares nos quais a pessoa se insere, a capacidade de adaptação do sujeito é influenciada por uma série de fatores, tais como, os seus mecanismos de adaptação, os recursos internos e externos, as experiências anteriores e o significado atribuído a determinado acontecimento (Nunes, 2001).

Transição remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados na sociedade, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais até mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas (Meleis *apud* Abreu, 2011). A transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro (Meleis e Trangenstein, 1994). A transição é um processo que acompanha a mudança de um estado de saúde para outro, não implicando situações de doença (Abreu, 2011).

A OMS define saúde como sendo um estado completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

Para Hanson (2005) saúde familiar é entendida como um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual

sociológico e cultural do sistema familiar. Deste modo, a saúde de um indivíduo afeta toda função da família, assim como a função da família afeta a saúde de cada membro (Hanson, 2005).

Uma família saudável promove o crescimento dos seus membros e mantém a coesão, prioriza as necessidades básicas, identifica, valoriza e concilia as diferenças, apresenta flexibilidade para mudanças e, quando enfrenta uma crise, consegue funcionar adaptando-se à nova realidade (Araújo e Santos, 2012).

O indivíduo e a família estão naturalmente sujeitos a vivenciar transições de natureza distinta, do tipo organizacional, de desenvolvimento, situacional e de saúde-doença (Meleis *apud* Abreu, 2011). As pessoas que experimentam transições tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando a sua saúde e bem-estar (Petronilho, 2007).

O aparecimento súbito de uma doença grave tem forte impacto no indivíduo, com repercussões nos diferentes domínios da vida. Esta situação, implica com frequência negociar a identidade e abandonar certas responsabilidades familiares, profissionais e sociais, podendo mesmo passar a depender de cuidados dos outros. Quando em consequência da doença se impõe o internamento hospitalar, os transtornos psicológicos são potenciados, o indivíduo vivencia um afastamento do seu contexto familiar e das suas atividades quotidianas, para se integrar num ambiente diferente, pouco acolhedor e permeado de normas e rotinas a respeitar.

A família, estrutura constituída como um todo organizado, sofre mudanças importantes e impacto emocional relevante, durante a hospitalização de um de seus membros. As angústias, medos, sofrimentos e dúvidas aí estarão presentes, assim como as incertezas do tratamento e prognóstico. Uma crise resultante do advento de uma doença sustenta a rutura do estilo de vida anterior, uma situação de risco, uma mudança não procurada, exprimindo muitas vezes uma transição importante e significativa (Hanson, 2005; Lustosa, 2007).

Para Abreu (2011,p.25). “O domínio transição envolve processos de mudança que requerem ajustamento ou adaptação” Este processo exige do ser humano a utilização imediata de mecanismos ou recursos de suporte disponíveis ou não, para enfrentar a adaptação, visando a resolução bem-sucedida de desajustes, de conflitos, de desorganização ou de desarmonia, encontrando assim uma nova maneira de ser. O cuidado de enfermagem auxilia a pessoa/família a explorar a transição através das suas expectativas e experiências, a identificar eventos stressantes associados, a compreender como é que os suportes pessoais (os recursos facilitadores dentro da

própria pessoa) e os suportes externos, podem facilitar ou dificultar a transição vivencial (Abreu, 2011).

Torna-se assim possível ao enfermeiro assumir um papel relevante e assistir as pessoas nos seus processos de transição, pois ao interagir com os seus clientes, desenvolve uma relação de ajuda e adota uma atitude facilitadora da transição, tendo em vista promover, restaurar ou facilitar a saúde.

Apesar do aparente enfoque individual manifestado nos termos ´cliente` e ´ser Humano` como alvo de cuidados de enfermagem, esta teoria é consistente com a filosofia do cuidado holístico, pois reconhece a extensibilidade das muitas dimensões da pessoa, como a família e a comunidade (Abreu, 2011).

A pessoa doente e a sua família precisam de ser acolhidos e compreendidos a partir da sua história pessoal e social, dos seus valores e dos seus sentimentos.

Assunção e Fernandes (2010), referem-se ao acolhimento como um estratégia utilizada para se obter um melhor entendimento ao doente/família/pessoa significativa, autenticando-se o estabelecimento de vínculos de credibilidade e confiança, onde o profissional de saúde deverá assumir uma postura adequada, capaz de atender a todas necessidades.

Conscientes de que a Enfermagem toma por objeto de estudo, não a doença em si, mas as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como às transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida, consideramos que o enfermeiro tem o dever de interagir sustentado na relação terapêutica, ajudar as pessoas a lidarem com os desafios e com as transições, com o propósito de proporcionar estabilidade e aumentar a sensação de bem-estar. (Petronilho, 2007).

Deste modo, o tempo que cada elemento da equipa dedica à família, ajudá-la-á a estabelecer com eles uma relação empática e cimentada na confiança. Isso só será possível se a equipa que trata e apoia o doente / família mostrar verdadeira preocupação e disponibilidade pelos seus problemas, saiba ouvir, criando uma atmosfera de abertura que facilite e incentive cada um a falar dos seus medos, e das suas angústias, os apoie moral e psicologicamente mostrando a sensibilidade e discrição que cada situação particular exige. Neste contexto, estamos conscientes de que o processo de comunicação pode valorizar ou dificultar o processo interação humana.

O nível de comunicação que se estabelece entre doente e família e entre esta e a equipa nem sempre é linear e fácil. Um conjunto de fatores sociais, culturais e

religiosos determinam e condicionam as atitudes e respostas de uns e de outros conforme o posicionamento que cada um tem no processo de cuidar (Sapeta, 1997).

A enfermagem ao perceber a família como um sistema que enfrenta crises, desestrutura-se quando tem dificuldades e necessita de suporte para enfrentar estas situações, a família é compreendida como parceira nas ações dos profissionais e cuidadora nas situações de doença e promotora de saúde (Elsen, Althoff e Manfrini, 2001).

2.2 - A PARCERIA NO CUIDAR

Cuidar da pessoa no seio da sua família aparece hoje aos nossos olhos como um fator não apenas de dignificação da pessoa, mas de obtenção de resultados mais consistentes para o processo de cuidados. Esta opinião é reforçada por Wright e Leahey (2009, p.1), quando afirmam que “ As enfermeiras têm o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde”. As mesmas autoras referem que a evidência teórica e prática, assim como o significado da família para a saúde e o bem- estar dos seus membros e a sua influência sobre a doença, “impõe e obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem” (*Ibidem*).

O processo de envolvimento da família nos cuidados deve ser bem acompanhado pelo enfermeiro, não devendo este sentir-se ameaçado pela presença do familiar, mas também não devendo ver no familiar o substituto para algumas das suas funções. A relação de parceria deve ser negociada e clarificada entre as partes envolvidas, só assim poderá ser uma parceria eficaz e positiva (Martins *et al.*, 2012).

A profissão de enfermagem para estar consciente da sua prática de cuidar, não pode abster-se de situar a sua abordagem dos cuidados em ligação com o longo percurso do passado: o das *mulheres que cuidam*. As raízes deste passado remontam inicialmente à prática de cuidar de todas as que, do nascimento à morte, exerciam a manutenção de tudo o que assegura e permite o desenvolvimento da vida (Colliére, 2003).

O conceito de cuidar designa em saúde, uma atenção especial a uma pessoa que viveu uma situação particular com vista a ajudá-la, contribuir para o seu bem-estar, promover a sua saúde (Hesbeen, 2000).

Segundo Waldow (2006), o cuidado consiste nos esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e

dor. O cuidado existe antes do agir humano, estando presente em todas as coisas e situações dos seres humanos (Silva, *et al.*, 2005).

O cuidar é uma função comum aos diversos profissionais de saúde, mas os enfermeiros “ são os autores privilegiados para desenvolver, concretizar e dar força à lógica do cuidar” (Hesbeen, 2000, p.45), por permanecerem mais tempo com os doentes/família e o conteúdo das suas intervenções contribuírem para o bem-estar das pessoas. Silva *et al.*, (2005) corrobora com esta opinião, quando afirma que a enfermagem tem no cuidado, o seu foco central de ação.

Cuidar, diz-nos Collière (1999, p. 155) é “aprender a ter em conta os dois 'parceiros' dos cuidados: o que trata e o que é tratado”. Ao longo da existência do Homem o cuidar é algo inerente à própria vida, tal como afirma Collière (1999), cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos a autonomia mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Silva *et al.* (2005), afirma que cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Cuidar representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 2011).

Nos dias de hoje torna-se imperioso alterar a definição de prestação de cuidados de saúde centrada no antigo paradigma do “tratamento da doença” para uma outra mais focalizada no “bem-estar do doente” e da sua família.

Queirós (1999), salienta que a relação de ajuda é intrínseca aos cuidados de enfermagem. Sendo que, a relação de ajuda aplicada aos cuidados de enfermagem “conserva o seu caráter de respeito e de confiança no Homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa” (Queirós, 1999, p.24).

A implantação alargada da relação de ajuda nos cuidados de enfermagem supõe uma mudança de perspetiva a nível da perceção da identidade da própria enfermagem, sendo então, a enfermeira imbuída da importância do seu papel autónomo. Requer da parte dos enfermeiros um bom conhecimento das suas referências pessoais como os valores morais, as suas experiências passadas e teóricas, sobre as quais ele apoia as suas observações, o sentido que lhes atribui e as intervenções que decide aplicar.

Na opinião de Wright e Leahey (2009), à medida que os enfermeiros elaboram teorias, conduzem investigações e incluem mais as famílias nos cuidados de saúde, modificam os seus padrões usuais de prática clínica. As mesmas autoras referem que a

implicação desta mudança na prática surge com a necessidade de se tornarem mais competentes na avaliação e na intervenção com famílias através de relacionamentos colaborativos recíprocos.

Benner (2001, p. 14), defende que a ...“prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

A enfermagem de família emerge como fenómeno distinto, quer para a prática de enfermagem generalista, quer avançada. Todos os enfermeiros devem ser habilitados e competentes na maneira de envolver famílias nos cuidados de saúde em todos os domínios da sua prática.

Wright e Leahey (2009), evidenciam que a intervenção de enfermagem se pode processar em dois níveis de perícia: o enfermeiro a nível generalista na sua prática de cuidados enfatiza a família como um contexto para a sua intervenção, os especialistas em saúde familiar trabalham com a família a um nível sistémico, concebendo-a como unidade de cuidados. A formação específica na área de enfermagem dos sistemas familiares permite-lhes o contacto com um corpo extenso de conhecimentos que abrange a teoria dos sistemas familiares, a avaliação, a intervenção e a investigação na família (*Idem*).

O estudo realizado por *Martins et al.* (2010), permite visualizar a importância dos contextos de formação para uma atitude mais favorável dos enfermeiros, face à família. *Alves* (2012), ao realizar um estudo com 152 enfermeiros que exercem a sua prática num serviço de pediatria, concluiu que a formação em enfermagem é um fator que influencia as suas atitudes e salienta que a formação é fulcral na aprendizagem de competências no âmbito da família, pelo potencial de otimização da prática profissional de enfermagem.

A enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto. O contexto é imperativo ao desenvolvimento de competências. Os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificados no contexto da prestação de cuidados e mediado por uma prática reflexiva (*Serrano, Costa e Costa, 2011*).

Benner (2001), ao mencionar o modelo de *Dreyfus* de aquisição de competências aplicado à enfermagem, identifica cinco níveis de competências na prática clínica dos enfermeiros: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito. Independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, as

competências desenvolvem-se ao longo da vida profissional no contexto de trabalho (*Idem*).

Benner (2001), especifica que as enfermeiras com competência de *Iniciado* e a *Iniciado avançada* necessitam de experiência para reconhecer certos pormenores das situações reais na prática clínica, e salienta que a ...“enfermeira tem de ter muita experiência antes de poder aplicar os seus critérios em cada um dos doentes” (p. 51). Estas enfermeiras são guiadas por regras e focam a sua ação na realização da tarefa, o que impede que olhem o doente numa perspetiva mais vasta. As iniciadas têm por isso um comportamento limitado e rígido. *Benner* (2001), coloca neste nível as enfermeiras recém-formadas.

A enfermeira *Competente* exerce a sua atividade no mesmo serviço há dois ou três anos, pelo que, lhe confere o benefício dos exercícios das tomadas de decisão e de simulações, proporcionando-lhe uma prática de planeamento e coordenação dos múltiplos e diversos cuidados para fazer face às necessidades dos doente e família, contudo não é suficientemente experiente para reconhecer uma situação no seu todo. É nesta fase que os enfermeiros começam a reconhecer padrões e a estabelecer quais os elementos da situação que são mais ou menos importantes (*Benner*, 2001).

A enfermeira *Proficiente* ao exercerem a sua atividade sobre a mesma população de doentes há mais de cinco anos, apercebe-se das situações na sua globalidade e não de forma fragmentada. Esta compreensão global melhora o seu processo de decisão, porque, possui uma perspetiva que lhe permite reconhecer os atributos e características de uma situação em mudança, tendo a capacidade e o conhecimento para dar respostas satisfatórias e competentes. (*Benner*, 2001).

A Enfermeira *Perita* tem uma enorme experiência, apercebe-se da situação como um todo e utiliza como paradigma de base as situações concretas que já viveu, permitindo-lhe compreender de forma intuitiva cada situação e apreender diretamente o problema, sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. Neste estadio, a enfermeira tem um papel fulcral para o desenvolvimento do conhecimento em que a prática é tornada visível, através da descrição das suas experiências onde são evidenciadas as suas competências (*Benner*, 2001). A autora lembra que o estadio de perita apresenta-se como o desenvolvimento máximo, mas salienta que ...“nem todas as enfermeiras serão capazes de se tornar peritas” (*Benner*, 2001, p.57).

Os enfermeiros dispõem de oportunidades únicas para exercerem a arte de cuidar. Na opinião de *Benner* (2001), as enfermeiras que desenvolvam a sua aprendizagem em

contextos específicos e complexos onde se encontra o sofrimento e vulnerabilidade a todo o momento, precisam também de fortalecer um sentido de grande responsabilidade face às dimensões éticas e relacionais que devem estar inerentes às perícias clínicas. Cuidar é o ideal moral da enfermagem cujo fim é a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana. A enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado.

Deste modo, os enfermeiros têm de assegurar um cuidar efetivo que promova a saúde e o crescimento individual e familiar, tal como preconiza *Watson* (2002), um cuidar profissional com competências profissionais, que passem pelas relações interpessoais, implicando a família nos cuidados e voltando a inserir o doente na sua família. Enfatizam a relação recíproca, sendo o processo de cuidados desenvolvido em colaboração com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as suas etapas (Figueiredo, 2012). O estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico entre o enfermeiro e a família, será a tônica dos cuidados de enfermagem.

No sistema atual de saúde, existe uma relação institucional que envolve a família nas atitudes ligadas à saúde e à doença dos seus membros. Esta relação é importante para o equilíbrio físico, psicológico e moral do doente. Normalmente, o doente comunica com mais facilidade com a família do que com a equipa de saúde, até porque a família também o conhece melhor, sendo uma peça fundamental que atua como intermediária entre o doente e a instituição. Segundo a orientação da OMS, a família faz parte da equipa de saúde (Dias, 2000).

A presença da família em meio hospitalar deve ser uma realidade, que surgiu no desenvolvimento de uma lógica de humanização e acreditação das instituições hospitalares. Humanizar tem como objetivo aprimorar as relações humanas em todos os níveis de atendimento, levando à melhoria do relacionamento entre equipa de saúde, doentes e familiares (Assunção e Fernandes, 2010).

A Direção Geral de Saúde (2000), emitiu uma circular normativa com indicações específicas para o alargamento do horário das visitas e para a necessidade de se promover condições para a presença de um acompanhante junto do doente. É neste momento, que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, veem os seus doentes, as suas decisões e o seu espaço a ser partilhado pelos familiares.

Na prestação de cuidados humanizados, pressupõe-se, além de um atendimento digno, acolhedor e solidário pela equipa multidisciplinar para com o doente e família,

deve-se adotar uma postura ética que permeie todas as atividades profissionais (Assunção e Fernandes, 2010).

Ao envolvermos a família e ao proporcionarmos a sua participação nos cuidados ao doente internado, estamos a favorecer a manutenção da sua individualidade, a sua unidade familiar e os seus valores afetivos. Esta oportunidade de a família observar e participar na prestação de cuidados, prepara-a para enfrentar a realidade pós-alta, ou seja a continuidade dos cuidados no domicílio (DGS, 2000).

A profissionalização dos cuidados de enfermagem, a especificidade do saber e a questão da disciplina ou ciência, são questões que têm permanecido ao longo dos tempos. A complexidade de respostas a problemas de saúde, nos processos de vida, e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem suportam as práticas profissionais dos enfermeiros (Hesbeen, 2004).

Waldow (2006), define a enfermagem como ciência humana de pessoas e de experiências de saúde-doença, medidas por transações humanas de cuidados profissionais, pessoais, científicos, éticos e estéticos.

A essência da profissão de enfermagem está em “ajudar uma pessoa a encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que esta se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo” (Hesbeen, 2004,p.13).

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades. De forma a otimizar o exercício profissional os enfermeiros alargam o conceito de cliente e portanto a relação de parceria, à família e à comunidade (OE,2003).

Para a Ordem dos Enfermeiros os cuidados de enfermagens devem ajudar a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se ser vantajoso que o enfermeiro assuma um papel de pivô no contexto da equipa, paralelamente promove o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde. As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas, se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde. (OE, 2003).

Segundo Hesbeen (2001), os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa subtil e enraizada num profissionalismo que não se exterioriza apenas

através dos atos praticados mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor.

Figueiredo (2012), corrobora a ideia, quando refere que os cuidados de enfermagem têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde, considerando a complexidade das interações num contexto de unicidade. Assim, direcionando o fortalecimento da família face aos seus projetos de vida, pela mobilização dos recursos internos e externos promotores de novas formas de interação, o enfermeiro promove a saúde da família e a sua autonomia (*Idem*).

Humanizar a relação com o doente/ família exige que o profissional de saúde, valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar (Assunção e Fernandes, 2010).

As intervenções de enfermagem constituem-se como elementos promotores da capacitação da família e que, desenvolvidas num contexto relacional, integram as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais do sistema terapêutico, em que a mudança é determinada pela harmonia da estrutura biopsicossocial do sistema familiar (Figueiredo, 2012). Deste modo, a intervenção deve enfatizar a capacidade das famílias na resolução dos seus problemas e o papel do enfermeiro ser facilitador na construção dessas soluções (Abreu, 2011).

A família deve ser vista como parte responsável pela saúde dos seus membros, necessitando de ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar.

Para *Waldow* (2006), a enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar através da aquisição e aplicação dos conhecimentos, de atitudes e habilidades apropriadas às intervenções dos enfermeiros.

3 - ATITUDE

As atitudes estão intimamente ligadas às ações do indivíduo. Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa atitude tem vários significados ‘posição do corpo’ a ‘postura’ a ‘forma de agir’ o ‘procedimento’, o facto de coexistirem vários significados advém da origem latina da palavra “actus” e “aptitudo”, o primeiro significa ato, ação e o segundo, aptidão, disposição natural para realizar determinadas tarefas (Gomes e Simões, 2006; Neto, 1998).

De um modo geral, conhecendo as atitudes de uma pessoa podemos prever o seu comportamento, a sua atuação e o seu desempenho (Saraiva, 2009).

A atitude não só orienta o comportamento, como regula as trocas com o meio. Pode-se considerar o estímulo e a resposta de um sujeito como uma troca, sendo a atitude o sistema que regula esta troca (Neto, 1998).

A maioria dos psicólogos sociais, adota o constructo de atitude em referência a acontecimentos mentais, definindo-a simplesmente como ...“comportamentos em miniatura” (Neto, 1998, p.334). Nesta linha de pensamento, o mesmo autor refere que, para se poder prever o comportamento, é necessário determinar a atitude das pessoas em relação a um objeto do comportamento.

Em 1985, *McGuire* assinala três períodos principais no estudo das atitudes, tendo em conta a sua focalização dominante: o primeiro período corresponde aos anos 30, focalizando-se sobretudo na medida das atitudes; o segundo período ocorreu nos anos 50-60 em que se desenvolveram a maior parte das teorias sobre a mudança de atitudes e o terceiro período está em curso e focaliza-se essencialmente nos sistemas atitudinais, revestindo-se de grande interesse para os investigadores em ciências sociais e humanas (Neto, 1998).

3.1 - CONCEITO DE ATITUDE

O conceito de atitude tem ocupado um lugar de destaque na história da Psicologia Social. Uma multiplicidade de investigações tem suscitado uma grande diversidade de definições, sobretudo porque as atitudes não podem ser diretamente observadas. A

atitude é por isso uma construção hipotética que os investigadores tentam apreender por meio de definições conceptuais e de elaboradas técnicas de medida (Neto, 2008).

O uso inicial do conceito foi desenvolvido em 1915 por *Thomás e Znaniecki*, definindo-a como um processo de consciência individual que determina atividades reais ou possíveis do indivíduo no mundo social (Marques, 2005; Rodrigues, 2011).

Na Opinião de Neto (1998), a atitude exprime a orientação global, positiva ou negativa em relação ao objeto da representação. É uma organização duradoura de processos motivacionais, emocionais, perceptivos e cognitivos que se relacionam com o aspeto do mundo do indivíduo e prepara a ação.

De facto, todos nós temos e adotamos posições frente a determinados acontecimentos sociais. Todos damos uma resposta pessoal valorativa e afetiva aos objetos que nos rodeiam, seja eles, pessoas reais ou imaginárias, acontecimentos concretos ou abstratos. Deste modo, todos tomamos atitudes perante qualquer classe de objeto social.

A atitude constitui um fenómeno mensurável e capaz de mediar o pensamento e a ação. As atitudes são disposições favoráveis ou desfavoráveis relativamente a objetos, pessoas e conhecimentos, ou em relação a algum dos seus atributos (Barradas, 2010; Duque, 2008; Marques, 2005).

Pensar, sentir e agir são a base do processo das atitudes. Uma atitude é uma disposição em relação a uma pessoa ou um grupo de pessoas, ou um conjunto de juízos de valor que conduz a um comportamento, que leva a agir (Rodrigues, 2011).

Uma forma de conceptualizar uma atitude é através de tripla composição das atitudes. Referimo-nos ao modelo defendido por *Rosenberg e Hoyland* em 1960, citados por Neto (1998) e corroborado por Duque (2008), que consideram que a atitude é uma disposição que resulta de três componentes como sendo, as crenças (cognição), os sentimentos (afetos) e as tendências de ação (comportamentos).

A *componente cognitiva* (as crenças), normalmente é multidimensional, porque se relaciona com todos os diferentes aspetos da situação que o indivíduo percebe, isto é, inclui um conjunto de ideias, juízos, crenças sobre o objeto. Contempla, deste modo, as crenças informais – o que a pessoa acredita sobre os factos de uma situação; e as crenças avaliativas - que consistem naquilo que a pessoa acredita sobre os méritos, desméritos, bem, mal, justo e injusto. A *componente afetiva* (os sentimentos), é unidimensional e relaciona-se com a forma como o indivíduo sente ou vivencia a situação como um todo, relaciona-se com o sentimento positivo ou negativo relativamente ao objeto. Deste modo, encontra-se ligada ao sistema de valores,

possuindo uma dimensão emocional. A *componente comportamental* (tendências de ação), é um conjunto de reações de um sujeito diante do objeto de atitude. Os comportamentos são a tendência para agir de forma consistente com a atitude (Barradas, 2010; Duque, 2008; *Lambim*, 2000; Neto, 1998; Rodrigues, 2011; Sousa, 2011). Quanto maior for a consistência e a coesão entre os três domínios, mais estável será a atitude (Sousa, 2011).

Em 1988 *Zanna e Rempel*, reformulam este modelo tripartido das atitudes, definindo atitude como uma categorização de um objeto-estímulo ao longo de uma dimensão avaliativa (Neto, 1998). Neste sentido, atitude é um julgamento que exprime um grau de aversão ou atração num eixo bipolar em que avaliação assenta em três espécies avaliativos: informação cognitiva; informação afetiva ou informação baseada no comportamento passado (*Idem*). *Lambim* (2000), corrobora esta opinião quando refere que a atitude se apoia num conjunto de informações referentes ao objeto avaliado e progressivamente acumuladas pelo indivíduo.

Nesta perspetiva, as atitudes não são inatas, pertencem ao domínio da motivação humana. As atitudes formam-se no decurso do processo de socialização, fruto da relação com outras pessoas, grupos, instituições, objetos e ideologias. Constituem um produto final dos processos cognitivos, afetivos e comportamentais através dos quais ocorreram as experiências da pessoa com o objeto da atitude (Duque, 2008; Saraiva, 2009). Assim, as atitudes são fruto da interação social de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais, que nos permite situar a nossa posição face a outros, num determinado momento (Farinha, 2006; Lameiras, 2009).

As atitudes significam a organização dos sentimentos, das crenças e dos valores, assim como a predisposição da pessoa para se comportar de determinada forma (Saraiva, 2009; Rodrigues, 2011). Têm um papel importante na orientação e adaptação do ser humano no ambiente social, dado que representam o aspeto fundamental entre as capacidades de perceber, de sentir e empreender da pessoa, ao mesmo tempo que dá significado à sua existência (Rodrigues, 2011).

As atitudes são a tendência ou predisposição adquirida e relativamente estável para agir, pensar ou sentir de uma determinada forma (positiva ou negativa) face a um objeto, pessoa, situação, grupo social, instituição, conceito ou valor (Duque, 2008). As atitudes são apreendidas, isto é, provêm da experiência podendo assim ser mudadas e /ou influenciadas por fatores genéticos (Neto, 1998).

Neto (1998), salienta que as atitudes constituem elementos importantes da vida cognitiva das pessoas, guiando o modo como pensam, sentem e agem, funcionando

como elementos fulcrais para manter os grupos. O mesmo autor é da opinião, que umas das funções das atitudes é contribuir para a autorrepresentação, ao considerar que se um conjunto de atitudes é elemento fulcral de certos grupos sociais, as atitudes também são cruciais nas representações que as pessoas têm de si próprias.

A capacidade que a pessoa tem de fazer uma autoanálise, de avaliar as suas atitudes e a congruência das suas componentes (cognitiva, afetiva e comportamental) proporciona uma relação saudável com os outros. O facto de o indivíduo poder expressar os seus valores, crenças e opiniões por meio de atitudes, ajuda-o a resolver conflitos internos e a desenvolver a sua capacidade de adaptação. Estas situações ajudam o ser humano a viver em coerência consigo próprio e com aqueles que são objeto do seu cuidado (Saraiva, 2009).

As atitudes favorecem o processo de tomada de decisão, na medida em que guiam ou controlam os comportamentos, contribuem para a estabilização da personalidade e determinam o modo como pensamos, sentimos e agimos (Duque, 2008).

4 - A ATITUDE DOS ENFERMEIROS FACE À FAMÍLIA

A forma como os enfermeiros conceptualizam os cuidados à família, as suas conceções de família, saúde e doença, são fatores determinantes nos processos de tomada de decisão, do planeamento à implementação dos cuidados.

Sendo os prestadores de cuidados de primeira linha dos doentes, famílias e acompanhantes significativos, cabe-nos a nós enfermeiros ajudar a desenvolver as respostas humanas a processos de transição, através de uma relação terapêutica e interpessoal, de forma a favorecer a adaptação às circunstâncias em que a pessoa se encontra e ao seu contexto cultural, com vista à obtenção de um bem-estar melhorado, onde o enfermeiro deve pautar a sua prática clínica numa vasta abordagem e sempre com uma visão holística da pessoa.

Na arte de cuidar, há vários caminhos a serem percorridos, e apesar de todo o esforço da equipa para humanizar o entendimento, por vezes, não é tarefa fácil, pois requer atitudes individuais em relação a um sistema tecnológico dominante.

A parceria entre equipa e família retrata a valorização da qualidade do atendimento, característica essencial do cuidado humanizado. As intervenções de enfermagem devem centrar-se em dar segurança, aumentar a proximidade do doente e da família/pessoa significativa, tratar de informação, facilitar o conforto e reforçar o apoio (*Hanson, 2005*). Com pequenos gestos, demonstrando respeito e atenção fazem a diferença no atendimento (*Assunção e Fernandes, 2010*).

Estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias comprovam a dicotomia entre os seus discursos, que enfatizam a relevância de cuidados centrados na família, e as práticas, que se mantêm centradas nos indivíduos (*Benzein et al., 2008b*). Neste contexto considera-se que a atitude que os enfermeiros adotam em relação à família é um elemento crucial no processo de cuidar. No entanto, alguns resultados de estudos indicam que, apesar de os enfermeiros afirmarem que as famílias são importantes, esta crença não é sempre apoiada pelas atividades que desenvolvem (*Carvalho, et al., sd*).

Na relação com a família, os enfermeiros variam na prioridade com que trabalham para prestar cuidados à família, na sua sensibilidade para as necessidades desta e no seu conhecimento e aptidão para avaliar e intervir junto das famílias (*Hanson, 2005*).

Dentro de uma instituição hospitalar e em relação à família, existe um aspeto que gostaríamos de evidenciar e compreender. Os familiares/pessoas significativas podem permanecer pouco tempo juntos dos doentes, exceto no caso de crianças. O Decreto-Lei 106/2009, de 14 de Setembro estabelece o regime de acompanhamento familiar em internamento hospitalar, no documento fala-se da figura do acompanhante permitindo que qualquer doente o nomeie de entre os seus familiares ou amigos, desde que a situação clínica do doente assim o permita. Ao trabalhar num hospital, verificamos que em nenhum serviço com à exceção do serviço de pediatria, isso acontece. Motivada por entraves da equipa, por desconhecimento, por falta de informação ou por indisponibilidade, na verdade a família não faz uso de um direito que tem.

Acresce lembrar que politicamente nos está a ser imposta uma atitude profissional, mencionada no Artigo 5º do mesmo Decreto-Lei em que “Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada” (p.6255). Torna-se assim necessário que as equipas de saúde considerem a família como parceiro na prestação de cuidados e promovem as condições adequadas para que a mesma possa desempenhar esta função. Inserida na humanização dos cuidados, integram a componente assistencial devendo por conseguinte serem considerados um direito do doente (DGS, 2000). A atitude que o enfermeiro adota face à família tem sido considerada determinante para a qualidade da relação enfermeiro/doente/família.

Para *Collière* (1999), a atitude é a maneira de ser da enfermeira perante os doentes, é um conjunto de qualidades que se manifestam, exteriormente, mas que provêm da educação dos sentimentos e de uma vida interior profunda.

A atitude, podendo ser favorável ou desfavorável, desenvolve-se a partir das próprias experiências de cada indivíduo e da informação que ele ou ela possuem sobre as pessoas ou grupos referentes.

A formação das atitudes intervém três fatores: a informação que recebemos, o grupo com o qual nos identificamos e as nossas próprias necessidades pessoais (*Marques, 2005*). A atitude é um meio da pessoa de identificar com o grupo e de se fazer aceitar. O enfermeiro recém-chegado a um serviço, ao encontrar uma atitude de suporte às

famílias por parte dos colegas, naturalmente irá adotar no desenvolvimento do seu trabalho, uma atitude semelhante.

Os ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro resultam de funcionamentos eficientes ao nível afetivo, cognitivo e comportamental. A intervenção de enfermagem eficaz será aquela mais útil à mudança na estrutura biopsicossocial e espiritual dos membros da família (Wright e Leahey, 2009). Este é um dos maiores desafios ao trabalho dos enfermeiros com as famílias (Santos, 2012).

A enfermagem de família, outrora considerada pertencente ao domínio da saúde pública, mental ou materno-infantil, hoje é reconhecida como fator-chave pela maioria dos enfermeiros de hospitais com cuidados médico-cirúrgicos. Na realidade deteta-se uma vasta gama de competência relacionado com o cuidar de famílias em locais adequados ao tratamento de doenças agudas, pois alguns enfermeiros não veem o valor de incluir as famílias nos cuidados, outros porém, conseguem prestar cuidados criativos, profissionais e inovadores a famílias no meio de exigência contínua para cuidados altamente complexos e tecnológicos aos doentes (Hanson, 2005). Pois, o mesmo autor defende que “Prestar cuidados a toda a unidade familiar, bem como, cuidar de doentes dentro do contexto das suas famílias é fundamental, independentemente do local onde os cuidados são prestados” (2005, p.294).

No estudo realizado por Martins *et al.* (2010), com uma amostra de 347 enfermeiros, (190 a exercer funções no Hospital e 156 nos Cuidados de Saúde Primários), concluíram que os enfermeiros tem maioritariamente atitude de suporte face às famílias, não havendo evidência de que contextos diferentes de cuidados interfiram nas atitudes dos enfermeiros.

Os enfermeiros que trabalham em pediatria têm uma atitude mais positiva face à família, contrariando a postura dos profissionais que exercem atividade em unidades de cuidados com doentes em fase aguda (Benzein *et al.*, 2008).

A atitude dos profissionais é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, sendo reconhecido que uma atitude de suporte favorece o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de corresponsabilização entre os intervenientes (Benzein *et al.*, 2008b).

Estudos realizados em vários contextos revelam uma imagem ambígua das atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem. Eles demonstram que os enfermeiros possuem quer atitudes favoráveis, como menos favoráveis (Benzein *et al.*, 2008b).

Para *Wright e Leahey* (2009), a família é um importante recurso. Percecionar as famílias como um fardo significa não ter tempo para as cuidar, assim como sendo indesejáveis (Alves, 2012).

Uma atitude favorável à presença da família no hospital torna os profissionais mais recetivos à sua participação nos cuidados diários (*Fisher et al.*, 2008). Os enfermeiros que possuem uma atitude positiva para com as famílias, reconhecem a importância do diálogo entre ambos e valorizam o seu envolvimento nos cuidados ao doente (Martins *et al.*, 2010; Sousa, 2011).

Os enfermeiros que consideram importante a presença da família no hospital são compreensivos perante situações de interferência com o familiar/ acompanhante (Sousa, Gomes e Santos, 2009). Os profissionais que apresentam uma visão negativa sobre a envolvimento da família distinguem-se pela maior ocorrência de conflitos (Galinha, 2009). Uma postura positiva perante a família implica considerar os seus saberes, as suas crenças e o seu poder de decisão em todo o processo terapêutico, mesmo em situações de divergência de opinião (Sousa, 2011).

A promoção de um atendimento acolhedor ao doente e a seus familiares é garantir um atendimento de qualidade, estabelecendo relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado. O compromisso com a humanização no ambiente hospitalar não deve ser considerado um ato passivo, pois requer um processo permanente e gradual de ação e inserção na realidade, através de esforço dinâmico e participativo de toda a equipa de saúde (Assunção e Fernandes, 2010).

O caminho para a mudança de atitudes, passa por motivar e capacitar os profissionais com instrumentos e habilidades que os ajudarão a atuar de uma nova forma, perante a família.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

5 - METODOLOGIA

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, metodologia significa o ‘caminho a seguir’, a ‘maneira de agir’ a ‘arte de dirigir o espírito na investigação da verdade’. Para Ribeiro (2008, p.53), método refere-se ao “modo de dizer ou fazer ordenadamente”. Mas, para que o método seja de facto útil e aconselhável, não basta que nos indique um caminho, ou uma maneira de agir, mas a forma mais adequada para se atingir um fim que se tem em vista. Deste modo, metodologia corresponde ao conjunto de conhecimentos, métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, numa tentativa de obter uma resposta do problema a investigar (Fortin, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004).

Metodologia é um instrumento importante, ao qual é concedido grande parte do sucesso da investigação, pois é orientadora da pesquisa, dependendo do método escolhido, dos processos e das técnicas de análise (Fortin, 2000).

É o momento onde se operacionalizam todos os detalhes e se precisa o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio e a população envolvida (Fortin, 2009). Esta descrição pormenorizada das condições em que se realiza a investigação permite também a replicação por um outro investigador interessado, num momento ou em contextos diferentes (Ribeiro, 2008).

5.1 - TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS

A metodologia quantitativa é especialmente planeada para produzir medidas precisas e confiáveis mediante condições de muito controlo com recurso a procedimentos estatísticos para tratamento da informação (Fortin, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004). Através de técnicas estatísticas avançadas inferenciais, esta metodologia pode criar modelos capazes de predizer se uma pessoa terá uma determinada opinião ou se agirá de determinada forma, com base em características observáveis (Vilelas, 2009).

Considerando a natureza da problemática que pretendemos analisar, optámos por um estudo de cariz quantitativo, descritivo, analítico e correlacional. É um estudo descritivo, uma vez que o principal objetivo é a descrição e a elucidação dos fenómenos ou conceitos relativos a uma população, serve deste modo para aumentar

os conhecimentos das características e dimensão de um problema. Analítico porque faz a análise dos dados e correlacional porque nos irá permitir estabelecer relações entre as variáveis e descrever essas mesmas relações (*Fortin, 2009; Vilelas, 2009*).

Foram objetivos do estudo:

- Conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados;
- Analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
- Identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

5.2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação constitui um elemento fundamental do início de uma investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população que se pretende estudar (*Fortin 2009; Quivy e Campenhoudt, 1998*).

Para a realização do presente estudo, entendemos delinear a seguinte questão de investigação:

- Quais as atitudes que os enfermeiros adotam num serviço de internamento face à importância da família no processo de cuidar?

5.3 - HIPÓTESES

Hipóteses são suposições colocadas como respostas plausíveis e provisórias para o problema da investigação. As hipóteses são provisórias porque poderão ser confirmadas ou rejeitadas com o desenvolvimento da investigação. É um enunciado das relações previstas entre duas ou mais variáveis e provém da observação de fenómenos na realidade, seja da teoria ou de trabalhos empíricos (*Fortin, 2000; Vilelas, 2009*). Assim, formulámos um conjunto de hipóteses para conhecer as relações entre a atitude dos enfermeiros face à família com as variáveis sócio-demográficas e profissionais, que descrevemos de seguida:

H1 - Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade.

H2 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o género.

H3 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional.

H4 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações académicas

H5 - Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional.

H6 - Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício no serviço.

H7 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o serviço onde o profissional exerce as suas funções.

H8 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação Especializada em Enfermagem.

H9 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação Pós Graduada/Mestrado em Enfermagem.

H10 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

5.4 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Segundo Vilelas (2009), operacionalizar variáveis, significa definir os conceitos de forma, a que possam ser observados e medidos. Este processo de operacionalização desenvolve-se por etapas, destacando a precisão das definições concetuais, a especificação das dimensões do conceito, a conversão em indicadores empíricos e por fim a escolha dos meios apropriados para medir as variáveis na população em estudo (Fortin, 2009). Sendo uma fase crucial no processo de investigação, contribui de uma forma decisiva para o rigor e objetividade do estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Uma variável representa uma qualidade, uma propriedade ou uma característica de pessoas, de objetos ou de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo, sendo consideradas unidades de base de investigação (Fortin, 2009).

Identificamos no nosso estudo variáveis dependentes e independentes cuja operacionalização passamos a descrever.

5.4.1 - Variável dependente

Para *Fortin* (2009), variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, sendo o resultado predito pelo investigador.

A variável dependente que nos propusemos estudar é: a atitude do enfermeiro face à família.

A operacionalização desta variável teve por base a Escala IFCE-AE- “A importância das famílias nos Cuidados de Enfermagem- Atitudes dos Enfermeiros” validada para a população portuguesa por *Oliveira et al.* (2011). A variável dependente parte da conceção de que a atitude se desenvolve a partir de experiências cognitivas, afetivas e comportamentais sobre o objeto visado; exprime uma autoavaliação sobre o mesmo e é uma predisposição para a ação. A atitude do enfermeiro face à família indica a perceção que este profissional possui sobre a importância de envolver a família nos cuidados e é indiciadora do seu comportamento.

Ao considerar a família como parceiro dialogante o enfermeiro sublinha a importância do estabelecimento de diálogo, propiciando discussões sobre assuntos relacionados com a estrutura familiar e o planeamento dos cuidados (*Benzein et al.*, 2008a; *Oliveira et al.*, 2011).

A família é analisada como um recurso de *coping* quando este profissional a valoriza pelas suas características, potencialidades e pontos fortes. A família é um recurso para os cuidados de enfermagem, se o enfermeiro considera os familiares peritos e assume a importância de estabelecer com eles uma relação de colaboração, de parceria e de reciprocidade não hierárquica (*Wright e Leahey*, 2009).

Visualizar a família como um fardo, implica uma atitude negativa, não ter tempo para cuidar das famílias e considerá-las inclusivamente indesejáveis (*Alves*, 2012).

No Quadro 1 apresentamos a operacionalização da variável “A atitude do enfermeiro face à família”.

Quadro 1 - Variável dependente: a atitude do enfermeiro face à família

Variável	Dimensões	Indicadores
A atitude do enfermeiro face à família	Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i> Família como recurso dos cuidados de enfermagem Família como um fardo	Discordo completamente; Discordo; Concordo; Concordo completamente

5.4.2 - Variáveis Independentes

A variável independente é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação, com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (Fortin, 2009). Foram determinadas não só com o intuito de caracterizar os profissionais envolvidos no estudo, mas também, com o objetivo de conhecer a sua relação com a variável dependente.

Das variáveis socio-demográficas e profissionais que caracterizam a amostra, foram definidas: o género, a idade, o título profissional; as habilitações académicas; a experiência profissional; o serviço onde exerce funções; o tempo de exercício no serviço; a formação pós-graduada em Enfermagem na área da família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

- Género

Uma pergunta aberta onde se distinguem dois grupos: Masculino e Feminino.

- Idade

Com uma pergunta aberta no sentido de avaliar a idade dos profissionais. Para a caracterização da amostra procedemos ao seu agrupamento em classes de cinco anos assumindo como referência os grupos etários discriminados pela Ordem dos Enfermeiros (2012), na sua publicação referente aos dados estatísticos dos membros ativos e efetivos.

- Experiência anterior com familiares gravemente doentes

As experiências anteriores dos enfermeiros com familiares gravemente doentes foram constituídas como variável do estudo, no sentido de identificar de que forma as vivências pessoais de doença são modeladoras, da sua atitude face à família. Deste modo, foi realizada uma pergunta aberta onde os inquiridos respondem

afirmativamente ou negativamente em relação à sua experiência anterior com familiares gravemente doentes.

- Título profissional

Categorizado em duas classes, é apresentado na forma de uma pergunta fechada onde os profissionais selecionam a resposta que espelhavam a sua situação profissional.

- Habilitação académica

Pergunta fechada agrupada por títulos académicos, conferidos por uma Instituição de Ensino Superior com reconhecimento académico.

- Experiência profissional

Pergunta aberta avaliando-se em anos de trabalho, sendo os dados obtidos agrupados posteriormente em classes de cinco anos para facilitar a análise descritiva.

- Serviço onde exerce funções

Pergunta aberta no sentido de avaliar o local onde o profissional exerce as suas funções.

- Tempo de exercício no serviço

Pergunta fechada e categorizada em grupos de três anos de trabalho no serviço onde o profissional exerce as suas funções. No âmbito, da reorganização dos serviços de saúde implementada pelo Ministério da Saúde o Centro Hospitalar Médio Tejo foi sujeito a uma reestruturação nos serviços nas três Unidades, verificando-se uma mobilidade constante de profissionais entre os vários serviços. Neste contexto achamos pertinente operacionalizar o tempo de exercício no serviço em grupos de três anos e considerar o tempo inferior a um ano como opção de escolha.

- Formação pós-graduada em Enfermagem na área da família

Foi realizada uma pergunta aberta onde os enfermeiros respondem afirmativamente ou negativamente em relação à formação pós-graduada e/ou pós-licenciatura de especialização que detêm. Posteriormente, para a caracterização da amostra foi categorizada com base nos cursos reconhecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012a). A esta classificação foi necessário acrescentar outros cursos não reconhecidos pela Ordem dos Enfermeiros.

As variáveis idade, género e título profissional dos inquiridos, foram comparados com as mesmas variáveis para a amostra total nacional da Ordem dos Enfermeiros.

5.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida por um conjunto de sujeitos ou elementos de um grupo definido, que partilham características comuns e sobre os quais assenta a investigação (Fortin, 2009), ou ainda, por uma agregação de casos que atendem a um conjunto específico de critérios (Polit, Beck e Hungler, 2004) que se encontram num espaço ou território conhecido (Vilelas, 2009).

Por população alvo, entende-se o conjunto de elementos que o investigador deseja estudar e sobre a qual pretende fazer generalizações. A população de acesso ou amostra refere-se aos casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que estão ao alcance do pesquisador (Fortin, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004).

Sendo o propósito deste estudo, analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e as possíveis relações ou diferenças com fatores socio-demográficos e profissionais, optámos por utilizar como população alvo os enfermeiros que exercem funções nas unidades de internamento dum Centro Hospitalar da zona centro do país, por considerarmos ter uma amplitude razoável e constituírem uma população capaz de responder à forma e conteúdo da escala utilizada. Contudo, não sendo temporalmente, nem materialmente possível estudar a totalidade da população, seleccionámos uma amostra populacional.

Optámos por uma amostra não probabilística accidental, sendo que, os vários elementos da população não possuem a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. Os indivíduos são incluídos no estudo na medida em que estão presentes num local determinado e num preciso espaço de tempo (Fortin, 2009; Vilelas, 2009).

Para que amostra possua um elevado grau de homogeneidade, decidimos delinear como critérios de exclusão: os enfermeiros chefes; os enfermeiros ausentes por motivo de férias, licença ou atestado médico prolongado, bem como qualquer enfermeiro que se encontre no serviço na condição de estudante em ensino clínico.

5.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A etapa do processo de investigação dedicada à seleção do instrumento de colheita de dados, acontece depois de realizar algum trabalho preliminar, relacionado com a definição exata da informação que se necessita obter da realidade (Vilelas, 2009). Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que mais convém aos objetivos de estudo, o que mais se adequa no sentido de dar à questão de investigação, às características dos elementos que constituem a amostra e ao tempo

que dispõe para a realização da pesquisa (Polit, Beck e Hungler, 2004; Vilelas, 2009). A opção metodológica de colheita de dados faz-se também em função das variáveis e da estratégia de análise prevista (Fortin, 2009). É mediante uma adequada construção do instrumento de recolha de dados que o estudo alcança a necessária correspondência entre a teoria e os factos (Vilelas, 2009).

Assim, dada a natureza e problemática do nosso estudo, optámos pelo questionário por nos parecer ser o mais adequado para o alcance dos nossos objetivos. O questionário é um instrumento de registo, escrito e planeado para pesquisar dados de sujeitos, através de um conjunto de questões, a respeito de factos, conhecimentos, atitudes, crenças, comportamentos, sentimentos e opiniões (Fortin, 2009; Vilelas, 2009). Apresentam uma grande flexibilidade no que respeita à estrutura, à forma e aos meios de recolher informação, contudo a uniformização de diretrizes, a apresentação padronizada e a garantia de anonimato, permite a obtenção de respostas sinceras, rápidas e precisas, facilitando o tratamento dos dados e a inferência estatística (Vilelas, 2009).

O questionário aplicado no nosso estudo é constituído por duas partes distintas (Anexo I). Na primeira parte do questionário, pretendeu-se obter dados para a caracterização da amostra e de algumas variáveis independentes relevantes para o estudo. A segunda parte é constituída pela Escala " Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros" (IFCE-AE). Esta escala é uma adaptação da *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA), desenvolvida na Suécia em 2008 por um grupo de enfermeiros e investigadores, nomeadamente *Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman*. A construção da escala surge de uma revisão sistemática da literatura iniciada em 2003.

Trata-se um instrumento simples, mas com o poder de medir as atitudes dos enfermeiros, sobre a importância de cuidar famílias a partir de uma perspetiva genérica, característica que a torna inovadora. Existem já alguns estudos que procuram conhecer a relação entre enfermeiro e família, mas em contextos muito específicos, como em pediatria e em cuidados intensivos (Oliveira *et al.*, 2009; Oliveira *et al.*, 2011).

Este instrumento desenvolve-se em torno do conceito de que família é mais do relações de consanguinidade, podendo incluir vizinhos, amigos ou outras pessoas significativas. Assume como princípio que a família é um recurso importante quer para o doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (wright e Leahey, 2009), e os

itens que a compõem integram as dimensões: cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho...) dos enfermeiros que prestam cuidados (Oliveira *et al.*, 2011).

A escala FINC-NA é de auto-preenchimento, composta por 26 itens que dão corpo a cada afirmação, sobre atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Essas afirmações são similares entre si mas diferentes, e a sequência não segue uma ordem particular (Oliveira *et al.*, 2009). As alternativas de resposta situam-se numa escala de concordância de estrutura do tipo *Likert*, dimensionada para quatro opções, que varia desde “discordo completamente” – 1 ponto a “concordo completamente” – 4 pontos que mede as seguintes subescalas ou dimensões: família como um recurso nos cuidados de enfermagem – 10 itens; família como um parceiro dialogante – 8 itens; família como um fardo – 4 itens e família como próprio recurso – 4 itens. Assim, a pontuação obtida para cada item pode variar entre 1 e 4 e em intervalos de 26 a 104 pontos para todo o instrumento. Considera-se que quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros são de suporte perante a família (Benzein *et al.*, 2008a).

A tradução, validação e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa, foi realizado por Oliveira *et al.* (2011). Esta versão é designada IFCE-AE – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros. Neste processo realizaram-se algumas alterações na versão original, nomeadamente no que diz respeito às subescalas. A versão portuguesa contempla apenas três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de *coping* - 12 itens; família como recurso nos cuidados de enfermagem - 10 itens e família como um fardo - 4 itens.

As dimensões da escala e os itens correspondentes, reproduz-se no Quadro 2.

Quadro 2 - Dimensões da Escala IFCE-AE

Dimensões	Itens
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente. 6 - No primeiro contato com os membros da família, convido-o a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente. 9 - Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro. 12 - Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente. 14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados. 15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente. 16 - Pergunto às famílias como as posso apoiar. 17 - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações. 18 - Considero os membros da família como parceiros. 19 - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente. 24 - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados. 25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	1 - É importante saber quem são os membros da família do utente. 3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho. 5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o). 7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança. 10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho. 11 - OS membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente. 13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos. 20 - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil. 21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho. 22 - É importante dedicar tempo às famílias.
Família: fardo	2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho. 8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias. 23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar. 26 - A presença de membros da família deixa-me em stresse.

5.6.1 - Consistência interna da Escala IFCE-AE

As características psicométricas de um instrumento de medida que fornece dados quantitativos, nomeadamente a validade e a fidelidade, constituem os principais critérios para avaliar a qualidade desse mesmo instrumento. A fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente (Fortin, 2000).

A validade de conteúdo assegura que os itens de um instrumento abrangem e representam adequadamente o que está a ser avaliado, permitindo que qualquer *score* seja interpretado de maneira adequada. Deste modo, a validade de conteúdo examina em que extensão o assunto de interesse é abordado pelos itens e dimensões do instrumento (Polit, Beck e Hungler, 2004; Vilelas, 2009). A fidelidade, representa o grau de coerência com o qual o instrumento mede o atributo em estudo, ou seja, deve produzir resultados idênticos em medições semelhantes. Assim, quanto maior for a variação produzida por um instrumento em repetidas medições, menor é a fidelidade desse instrumento (Fortin, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004).

A técnica utilizada neste estudo para estimar a consistência interna, foi o coeficiente Alfa (α) Cronbach, por ser a mais utilizada, quando existem várias possibilidades de escolha no estabelecimento de *scores* como na escala de Likert (Marôco e Marques, 2006). Refere-se à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito (Fortin, 2009; Vilelas, 2009). O índice α estima, quanto uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1 (Marôco e Marques, 2006).

Na opinião de Gliem e Gliem (2003), não há limite inferior para o coeficiente, sendo que, um coeficiente de alfa mais próximo de 1, maior será a consistência interna dos itens da escala. Alguns autores sugerem que a consistência interna dos itens deva ser classificada da seguinte forma: valores $\geq 0,9$ são considerados excelentes; $\geq 0,8$ são considerados bons; $\geq 0,7$ são aceitáveis; $\geq 0,6$ são questionáveis; $\geq 0,5$ são pobres e $\leq 0,5$ são considerados inaceitáveis (Gliem e Gliem, 2003).

Em algumas áreas das ciências sociais, um alfa de Cronbach de 0,6 é considerado aceitável, desde que os resultados sejam interpretados com cautela. Enquanto o aumento do valor de alfa é parcialmente dependente do número de itens da escala, deve-se notar que este tem retornos decrescentes. (Gliem e Gliem, 2003). Os mesmos autores consideram que um alfa de 0,80 é um objetivo plausível.

A consistência interna no estudo realizado por Oliveira *et al.* (2011), para validar a Escala IFCE-AE, foi analisada com recurso ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach de cada uma das dimensões bem como da escala total. A consistência interna da

escala total foi de $\alpha = 0,87$, valor muito próximo da versão original, que é de 0,88 revelando uma boa consistência interna e uma elevada precisão na versão portuguesa (Oliveira *et al.*, 2011).

O estudo comparativo realizado nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o Hospital, com uma amostra composta por 347 enfermeiros (45% do CSP e 55% do Hospital), apresenta uma consistência interna análoga com o estudo anterior ($\alpha = 0,87$), garantindo assim um valor satisfatório na análise da fidelidade dos dados (Martins *et al.*, 2010).

No estudo realizado por Sousa (2011), com uma amostra de 925 enfermeiros que desempenham funções num hospital central a escala obteve um alfa de Cronbach para a avaliação global de 0,83, com a variação de fidelidade entre 0,87 e 0,59 nas três dimensões.

A avaliação da consistência interna da escala IFCE-AE do nosso estudo, determinou um $\alpha = 0,82$. A avaliação da fidelidade da escala variou entre 0,84 e 0,66 para as três dimensões, verificando-se uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a compõem.

No Quadro 3, pode comparar-se o cálculo de fidelidade das várias dimensões na escala validada e adaptada à população portuguesa e no estudo atual.

Quadro 3 - Análise da fidelidade dos resultados da Escala (IFCE-AE) adaptação portuguesa e no estudo atual

Dimensões	Itens	α Cronbach (adaptação Portuguesa)	α Cronbach (estudo atual)
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25	0,90	0,84
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22	0,84	0,80
Família: fardo	2, 8, 23 e 26	0,49	0,66
α Cronbach da Escala total		0,87	0,82

5.7 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O procedimento de colheita de dados engloba em si a aplicação do pré-teste e a colheita de dados, que passamos a descrever.

5.7.1 - Aplicação de pré-teste

O pré-teste pode definir-se como uma colheita de dados antes da intervenção experimental. Consiste na aplicação do instrumento de colheita de dados a uma reduzida amostra que reflita a diversidade da população de estudo, de forma a identificar falhas de estrutura, avaliar as exigências de tempo, a sua eficácia e pertinência. São verificações feitas de forma a confirmar, que o questionário seja realmente aplicável com êxito no que se refere a dar resposta efetiva aos problemas levantados pelo investigador. Pretende-se detetar erros de construção, possibilidade de indução de respostas ou dúvidas de preenchimento, com vista a um reajustamento ou correção antes da aplicação final (Fortin, 2009).

Sendo o questionário socio-demográfico elaborado especialmente para este estudo na tentativa de dar cumprimento aos requisitos mencionados, o pré-teste foi aplicado a 14 enfermeiros que exercem funções num serviço de internamento. Da análise posterior verificamos que não existiram dificuldades na compreensão das questões por parte dos inquiridos, mostrando-se interessados em colaborar. O tempo médio de preenchimento do questionário foi de seis a sete minutos.

Não sendo necessário qualquer alteração, procedeu-se ao início da colheita de dados.

5.7.2 - Colheita de dados

A colheita de dados foi realizada com enfermeiros que exercem funções nos serviços de internamento do Centro Hospitalar do Médio Tejo, no período compreendido entre Julho a Setembro de 2012.

Foi pedida a colaboração dos enfermeiros chefes, no sentido de motivarem as equipas para o preenchimento dos questionários.

Dos 230 questionários foi perentório eliminar 4 por não se encontrarem completamente preenchido. Tendo em atenção esta contingência a nossa amostra foi constituída por 226 inquiridos.

5.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A participação humana em projetos de investigação implica a ponderação de condicionantes éticos, de modo a salvaguardar o respeito e a proteção da pessoa. Por vezes, a exigência de rigor metodológico pode conflitar com a garantia do bem-estar dos participantes do estudo (Vilelas, 2009). Concordando com *Fortin* (2000, p. 114), a ética no seu sentido mais amplo é ...“a ciência da moral e arte de dirigir a conduta”.

Como refere Ribeiro (2008), sem um código de ética que aponte os limites e oriente o percurso metodológico, é a própria investigação que fica em causa. Desde a seleção do problema até à publicação dos resultados, o investigador tem que assumir um comportamento ético, baseando a sua atuação no reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa humana (Martins, 2008).

O respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente nunca pode ser ultrapassado.

Desta forma, ao longo do estudo tivemos em atenção os princípios e direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, que foram determinados pelos códigos de ética: “o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e por fim o direito a um tratamento justo e legal” (*Fortin*, 2000, p.116).

O respeito pela autodeterminação de cada participante será traduzido pela sua participação voluntária e com obtenção de prévio de consentimento informado. O consentimento esclarecido significa que o sujeito obteve toda a informação essencial, conhece bem o conteúdo e compreendeu bem aquilo em que se envolve. O respeito das pessoas e da escolha esclarecida assenta no princípio de que a pessoa selecionada tem o direito de decidir livremente, com todo o conhecimento de causa, de participar ou não, ou mesmo de cessar a sua participação em qualquer momento da investigação (*Fortin*, 2009).

Num estudo de investigação o participante tem o direito de conservar o anonimato e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais. O direito ao anonimato é respeitado, se a identidade do participante não é reconhecida nem mesmo pelo investigador. A garantia da confidencialidade assegura que os dados do sujeito da investigação serão usados de modo a que mais ninguém além do investigador conhece a sua fonte. O investigador compromete-se em manter ocultos os dados recolhidos durante e após o estudo não podendo comunicá-los a ninguém sem autorização expressa pelo sujeito (*Fortin*, 2009; *Vilelas*, 2009). Do mesmo modo que terá que proteger o investigado contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazer mal

ou de o prejudicar, como também, informar todos os sujeitos da natureza, fim e a duração da investigação (Vilelas, 2009).

Assim, no presente estudo as informações importantes relativas à investigação constam na primeira página do questionário. O consentimento informado foi validado pela devolução dos questionários devidamente preenchidos como prova de aceitação para participar no estudo. Os enfermeiros que recusaram participar, simplesmente optaram por não responder.

Após a planificação do estudo de investigação, solicitámos ao grupo de Professores/ Investigadores da Escola Superior de Enfermagem do Porto responsáveis pela validação da Escala IFCE-AE o consentimento para a sua aplicação no estudo. A autorização foi concedida pelos autores, com o compromisso de os informar dos resultados obtidos (Anexo II).

De forma a garantir todos os princípios e para aplicação do instrumento de colheita de dados nos serviços de internamento, foi realizado um pedido de autorização dirigido ao Presidente do Concelho de Administração do Centro Hospitalar Médio Tejo (Anexo III), e um parecer à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo IV).

Após a autorização concedida procedeu-se à colheita dos dados.

5.9 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A Estatística pode ser considerada a ciência dos ´dados`. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, é uma “Ciência que tem por objeto obter, organizar e analisar dados, determinar correlações que apresentem e tirar delas as suas consequências para descrição e explicação do que se passou, e previsão e organização do futuro”.

Para *Polit, Beck e Hungler* (2004), o tratamento estatístico numa investigação consiste em organizar, clarificar e codificar os dados colhidos de modo a permitir a análise dos mesmos e apresentá-los como um todo integrado, lógico e compreensível. Do mesmo modo, que consiste na recolha e exposição de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: tabelas, gráficos e indicadores numéricos de modo a responder a questões concretas, interpretando de modo adequado toda a informação disponível (Martins e Ponte, 2011; Vilelas, 2009).

Sem a ajuda da estatística os dados quantitativos obtidos numa investigação, seriam pouco mais que uma massa caótica de números (*Polit, Beck e Hungler, 2004*). Deste

modo, os dados do estudo são mais do que números, são números com um contexto, e na análise de dados o contexto fornece o significado (Martins e Ponte, 2011).

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizámos técnicas da estatística descritiva e estatística inferencial. A estatística descritiva permite caraterizar os dados de determinada amostra e responder à questão de investigação enquanto a estatística inferencial propõe-se, com base na teoria da probabilidade decidir o nível de confiança a partir do qual se pode generalizar resultados obtidos à população em geral (Fortin, 2009; Pocinho, 2009; Ribeiro, 2008).

Optámos pela utilização do programa estatístico para Ciências Sociais- *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 20, para o processamento de dados do estudo.

As técnicas estatísticas descritivas aplicadas foram:

- Frequências absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de tendência central: média aritmética ($\bar{x}$), mediana (Md) e moda (Mo);
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão (σ), máximos e mínimos.

As técnicas de estatística inferencial aplicada foram os testes paramétricos:

- Teste de ajustamento à normal de *Shapiro-Wilk* como teste da normalidade de distribuição da amostra;
- Teste de *Levene* para determinar a homogeneidade das variâncias populacionais;
- Correlação de *r Pearson* para determinar as correlações entre as dimensões da variável dependente;
- Análise de variância *One-Way ANOVA* e o Teste t, para testar a diferenças entre as médias, entre as variáveis em estudo.

Os resultados obtidos depois de analisados estatisticamente serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos de modo a facilitar a sua leitura e interpretação, tornando-a mais clara, simples e acessível.

6 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dadas as características do nosso estudo, tivemos a necessidade de organizar e analisar a informação recolhida, a fim de obter resposta à questão de investigação previamente formulada. Os dados quantitativos são analisados através de procedimentos estatísticos desde o mais simples até ao mais complexo, dos quais são feitas inferências, confirmando ou rejeitando hipóteses ou teorias existentes (*Polit, Beck e Hungler, 2004*).

Num primeiro momento realizámos o tratamento estatístico de forma a produzir uma análise descritiva dos dados, considerando que é um procedimento básico, incluído normalmente em todas as investigações e que serve para apresentar a “fotografia do grupo estudado” (Ribeiro, 2008, p.126). Posteriormente foi utilizada a estatística indutiva ou inferencial.

Os resultados são apresentados através de tabelas, de gráficos e de indicadores estatísticos, acompanhado de uma descrição narrativa de modo a fornecer uma ligação lógica com a questão de investigação e as hipóteses em estudo.

6.1 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Consideramos como variáveis sociodemográficas e profissionais do nosso estudo o género, o grupo etário, o título profissional, as habilitações académicas, o local (a unidade e o serviço) onde exerce as funções, a experiência profissional, o tempo de serviço, Pós-Licenciatura em Enfermagem, pós-graduação/mestrado e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

Da análise do Tabela 1 constatamos que os enfermeiros participantes no estudo são maioritariamente do sexo feminino 85,00% (192), sendo esta distribuição característica do universo da Enfermagem em Portugal, conforme publicação da OE (2012), onde 81,30% dos profissionais de enfermagem são mulheres.

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o género

Género	n	%
Masculino	34	15,00
Feminino	192	85,00
Total	226	100,00

Mo = Feminino

Na Tabela 2 verificamos que a idade dos inquiridos varia entre os 21 e os 60 anos, sendo a média de idade dos enfermeiros de 36,32 anos, a moda situa-se no grupo etário dos [26-30] anos e o desvio padrão de 8,16 anos. Verificamos que o grupo etário mais representativo é o compreendido entre os 26 e os 30 anos com 31,90% (72) da amostra. Comparando mais uma vez os dados estatísticos produzidos pela OE (2012), verifica-se que a classe etária com maior representatividade se situa entre os 26 e os 30 anos, com um total de 23,50% do total dos enfermeiros de Portugal.

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o grupo etário

Grupo etário	n	%
21-25	1	0,40
26-30	72	31,90
31-35	56	24,80
36-40	32	14,20
41-45	28	12,40
46-50	21	9,30
51-55	11	4,90
56-60	5	2,20
Total	226	100,00

 $\bar{x} = 36,32$ Anos Mo= [26-30] $\sigma = 8,169$ anos

Relativamente ao título profissional dos enfermeiros da amostra, podemos constatar na Tabela 3, que a Especialização em Enfermagem é o título profissional de 10,20% (23) dos participantes. É de salientar, que o Centro Hospitalar em estudo apresenta uma dotação de enfermeiros especialistas inferior à média nacional, que é de 18,00% (OE, 2012).

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o título profissional

Título profissional	n	%
Enfermeiro	203	89,80
Enfermeiro Especialista	23	10,20
Total	226	100,00

Mo= Enfermeiro

Na Tabela 4, constatamos que 89,80% (203) dos enfermeiros são licenciados. Salientamos que 3,50% (8) possuem a equivalência de Bacharelato, 6,60% (15) têm o mestrado e nenhum enfermeiro possui o doutoramento.

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas

Habilitações académicas	n	%
Bacharelato	8	3,50
Licenciatura	203	89,80
Mestrado	15	6,60
Doutoramento	0	0,00
Total	226	100,00

Mo= licenciatura

Quanto à formação pós-licenciatura em Enfermagem, verificamos na Tabela 5, que 89,80% (203) dos enfermeiros não tem formação Pós-Licenciatura em Enfermagem. Constatemos que dos 10,10% (23) que têm formação Pós-licenciatura em Enfermagem, 7,10% (16) tem a Especialização em Enfermagem de Reabilitação e 2,20% (5) é especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Dados estatísticos produzidos pela OE (2102), 19,59% e 11,65% dos enfermeiros especialistas portugueses possuem a especialidade de Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem Médico-Cirúrgica, respetivamente, verificando que os resultados da nossa amostra estão abaixo dos valores nacionais.

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a Pós-Licenciatura em Enfermagem

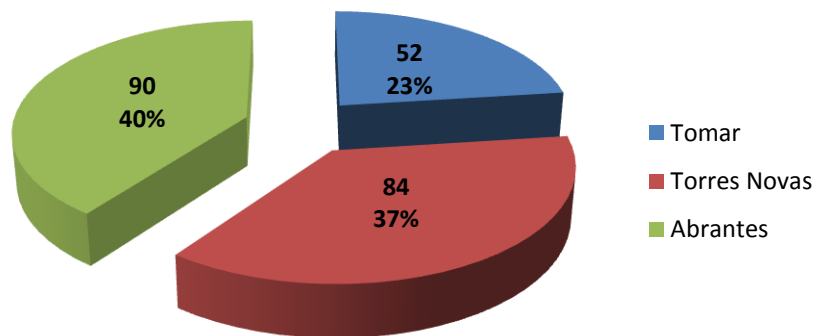
Pós-Licenciatura	n	%
Médico- Cirúrgica	5	2,20
Reabilitação	16	7,10
Saúde Mental e Psiquiatria	1	0,40
Outras	1	0,40
Não tem	203	89,80
Total	226	100,00

Pela análise da tabela 6, relativamente à pós-graduação/ mestrado, constatamos que 81,00% (183) dos enfermeiros da amostra não tem formação pós- graduada/ mestrado. Verificamos que dos 19,00% (43) dos enfermeiros com formação pós- graduada, salientamos que 4,00% (9) é na área oncologia e cuidados paliativos, 2,70% (6) em geriatria e gerontologia. Verificamos que 11,90% (27) tem pós- graduação em outras áreas do conhecimento.

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo a formação Pós-Graduação/Mestrado

Pós -Graduação/Mestrado	n	%
Geriatria e Gerontologia	6	2,70
Enfermagem Oncológica	3	1,30
Cuidados Paliativos	6	2,70
Cuidados Intensivos	1	0,40
Outras áreas	27	11,90
Não tem	183	81,00
Total	226	100,0

O Centro Hospitalar em estudo é constituído por três Unidades de prestação de cuidados. No Gráfico 1 constatamos que 40,00% (90) e 37,00% (84) dos enfermeiros da amostra exercem as suas funções na Unidade de Abrantes e Torres Novas respetivamente, seguida da unidade de Tomar com 23,00% (52).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo a Unidade onde exerce funções

Em relação aos anos de experiência profissional, como se pode verificar na Tabela 7, 43,80% (99) dos profissionais tem entre [5- 10] de experiência, seguido de 16,80% (38) e 15,50% (35) que exerce a sua profissão entre [16-20] e [11-15] anos respetivamente, e apenas 8,50% (19) dos enfermeiros têm uma experiência na profissão superior a 26 anos. A moda situa-se nos [5-10] anos de experiência profissional.

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo os anos da experiência profissional

Experiência profissional	n	%
<5 anos	15	6,60
5 – 10 anos	99	43,80
11 – 15 anos	35	15,50
16-20 anos	38	16,80
21-25 anos	20	8,80
26-30 anos	13	5,80
> 30 anos	6	2,70
Total	226	100,00

Mo= [5-10] anos

Na interpretação da Tabela 8, constatamos que a maioria dos enfermeiros 35,80% (81) e 26,50% (60) exercem as suas funções nos serviços de Medicina Interna e Cirurgia respetivamente, seguido do serviço de Ortopedia com 13,30% (30) e Especialidades Médicas com 8,00% (18).

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo o serviço onde exerce funções

Serviço	n	%
Cirurgia	60	26,50
Medicina Interna	81	35,80
U.C. Paliativos	15	6,60
Especialidades Médicas	18	8,00
Cardiologia	13	5,80
Nefrologia	9	4,00
Ortopedia	30	13,30
Total	226	100,00

Mo= Medicina Interna

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde em Portugal, o Centro Hospitalar onde decorreu o estudo foi sujeito recentemente a uma reestruturação dos serviços nas três Unidades levando à mobilização dos profissionais. Na tabela 9, verificamos que 34,50% (78) enfermeiros da amostra exercem funções há menos de 1 ano, e que, 42,50% (96) se encontram há mais de 7 anos no serviço, onde exercem a sua atividade profissional.

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço onde exerce funções

Tempo	n	%
<1 ano	78	34,50
1-3 anos	14	6,20
4-6 anos	38	16,80
7-9 anos	43	19,00
> 9 anos	53	23,50
Total	226	100,00

Mo= <1 ano; Md= [4-6 anos]

Na tabela 10, podemos verificar que a experiência pessoal com familiares gravemente doentes foi confirmada por 66,40% (150) dos inquiridos.

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a experiência anterior com familiares gravemente doentes

Experiência com familiares doentes	n	%
Sim	150	66,40
Não	76	33,60
Total	226	100,00

Assim, de acordo com os dados apresentados podemos constatar que na amostra constituída por 226 inquiridos, o género feminino com 85,00% (192) e o grupo etário [26-30] anos com 31,90% (72) são os mais representativos. Em relação ao título profissional constatamos que a maioria dos enfermeiros 89,80% (203) tem a licenciatura, 43,80% (99) tem uma experiência profissional entre [5-10] anos e 34,50% (78) exercem as suas funções há menos de um ano no serviço. O serviço onde exercem a sua atividade profissional a Medicina interna com 35,80% (81) e a Cirurgia com 26,50% (60) são os mais representativos. Quanto à experiência pessoal com familiares gravemente doentes, o valor mais representativo é 66,40% (150) de afirmação.

6.2 - ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS DAS TÉCNICAS APLICADAS PARA TESTAR AS HIPÓTESES

Tendo em conta a questão de investigação da qual partimos, tivemos ainda a necessidade de utilizar a estatística inferencial recorrendo a testes paramétricos nomeadamente ao *r de Pearson* a fim de determinarmos correlações ou a existência de um relacionamento entre as dimensões da variável dependente. Estabelecemos um nível de correlação significativa, o valor de 0,01 ($p < 0,01$). Utilizámos ainda a análise de variância (*One-Way Anova*) para testarmos a diferença entre médias de mais de três grupos independentes, nomeadamente diferenças nas médias das respostas à variável “atitude dos enfermeiros face à família”, pelos respetivos enfermeiros. Foi também utilizado o *Test-t para duas amostras independentes* a fim de determinarmos a diferença entre as médias das respostas na respetiva variável entre o género, o título profissional e a experiência ou não, com familiares gravemente doentes. O nível global de significância foi fixado de 0,05 ($p=0,05$).

A fim de aplicarmos os testes paramétricos atrás descritos, houve a necessidade de verificar determinados pressupostos que estes exigem. Para Marôco (2007), os testes

paramétricos podem ser utilizados desde que a variável dependente possua distribuição normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas nas situações em que estejamos a comparar duas, ou mais de duas populações.

Na determinação da normalidade das amostras: ao considerar $n > 30$ e pela aplicação do Teorema do Limite Central, podemos assumir que a distribuição da média amostral é aproximadamente normal. Na situação de amostra < 30 , realizamos o teste de ajustamento à normal de *Shapiro-wilk* (Laureano, 2011). Apesar de estarmos a utilizar uma escala validada e testada, utilizámos o teste *Levene* a fim de determinarmos a homogeneidade das variâncias populacionais. Com a probabilidade de erro de 5% ($p=0,05$). Deste modo, para se verificar a aplicabilidade dos testes às variáveis, antes da aplicação de cada um dos testes testou-se a variância, tendo-se obtido um valor de significância superior a 0,05 o que garante a sua homogeneidade.

Na Tabela 11, apresentam-se os resultados da estatística descritiva das dimensões da Escala IFCE-AE e dos valores da escala global, utilizada neste estudo, para responder à questão de investigação: Quais as atitudes que os enfermeiros adotam num serviço de internamento face à importância da família no processo de cuidar.

Os resultados apresentados evidenciam que os enfermeiros têm uma atitude de suporte à família, destacando-se a dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* com uma média de resposta de 35,82 com um desvio padrão de 4,23. As atitudes menos favoráveis materializada na dimensão “Família: como um fardo” obtiveram um resultado mais baixo com um valor médio de resposta de 8,65 e com o desvio padrão de 1,97. Na escala global obteve-se o valor médio 74,96, para um *score* máximo de 104.

Tabela 11 - Estatística descritiva da Escala IFCE-AE (n=226)

Escala IFCE-AE		Família: Parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Família: Recurso nos cuidados de enfermagem	Família: Fardo	Global
Mínimo		25	20	4	55
Máximo		48	39	15	93
Média		35,82	30,48	8,65	74,96
Moda		36	29	9	73
Mediana		36	30	9	74
Desvio Padrão		4,23	3,49	1,97	6,70
Percentil	25	33,00	28,00	7,75	71,00
	50	36,00	30,00	9,00	74,00
	75	38,00	33,00	10,00	79,25

Optámos pela *Coeficiente de Correlação de Pearson* na avaliação da intensidade da relação entre as diferentes dimensões da Escala IFCE-AE. Na Tabela 12, verificamos que existe uma correlação positiva forte entre as atitudes que transmitem uma atitude positiva perante a família. Observamos uma correlação negativa entre as duas dimensões “família dialogante e recurso de *coping*” e “família como recurso nos cuidados de enfermagem” e a dimensão que transparece uma atitude mais negativa “família como um fardo”.

Tabela 12 - Correlação de *Pearson* nas dimensões da Escala IFCE- AE

IFCE-AE / Família como:	Parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Recurso nos cuidados de enfermagem	Fardo
Parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	1,000	0,794	-0,429
Recurso nos cuidados de enfermagem	0,794	1,000	-0,396
Fardo	-0,429	-0,396	1,000

n =226; correlação significativa 0,01

Passamos agora a apresentar os resultados obtidos para dar resposta às hipóteses formuladas, uma vez que o objetivo do investigador quando realiza uma investigação sobre um conjunto de dados é verificar a existência e a natureza das relações e as diferenças entre as variáveis do estudo (Ribeiro, 2008; Vilelas, 2009).

H1 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a Idade.

A Tabela 13 materializa a relação entre a idade dos enfermeiros e a sua atitude perante a Família. Com o objetivo de analisar as diferenças de médias entre os grupos etários dos participantes, recorreremos ao teste *One-way ANOVA*. Na interpretação dos dados verificamos a não existência de diferenças significativas, pelo que rejeitamos a hipótese formulada ($p > 0,05$).

Tabela 13 - Resultados do teste *One-way ANOVA* referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da idade (n=226)

Escala IFCE-AE	Idade	n	$\bar{x}$	ANOVA
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	21-25	1	36,00	F= 0,997 $p = 0,434$
	26-30	72	36,09	
	31-35	56	35,32	
	36-40	32	36,93	
	41-45	28	35,46	
	46-50	21	35,14	
	51-55	11	36,90	
	56-60	5	33,00	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	21-25	1	29,00	F= 1,627 $p = 0,129$
	26-30	72	30,55	
	31-35	56	30,25	
	36-40	32	30,71	
	41-45	28	31,25	
	46-50	21	30,42	
	51-55	11	31,00	
	56-60	5	25,80	
Família como um fardo	21-25	1	6,00	F= 0,970 $p = 0,454$
	26-30	72	8,80	
	31-35	56	8,96	
	36-40	32	8,31	
	41-45	28	8,35	
	46-50	21	8,52	
	51-55	11	8,81	
	56-60	5	7,60	

H2 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o género.

Conforme se pode verificar na Tabela 14, os profissionais do género feminino apresentam valores médios ligeiramente mais elevados, perante as atitudes que favorecem o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Por outro lado, os profissionais do género masculino apresentam um valor médio ligeiramente superior no que concerne a considerar a família como um fardo. O *Teste t* demonstra que não existem evidências estatísticas ($p > 0,05$), para se afirmar que as atitudes dos homens e mulheres são diferentes, rejeitando-se a hipótese formulada. Conclui-se assim que o género não influencia a atitude dos enfermeiros face à família nos cuidados de enfermagem.

Tabela 14 - Resultados do Teste *t* referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do género (n=226)

Escala IFCE-AE	Género	n	$\bar{x}$	Teste <i>t</i>
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Masculino	34	35,55	$t = 0,297$
	Feminino	192	35,87	$p = 0,689$
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Masculino	34	30,32	$t = 0,295$
	Feminino	192	30,51	$p = 0,769$
Família como um fardo	Masculino	34	9,05	$t = 1,296$
	Feminino	192	8,58	$p = 0,196$

H3 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o título profissional.

A tabela 15 revela a relação entre o título profissional do enfermeiro e a sua atitude face à família. O *Teste t* demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas quando se comparam os dois grupos de enfermeiros, com ou sem especialidade na atitude de envolver a família nos cuidados ($p < 0,05$), considerando verdadeira a hipótese formulada para as dimensões “Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” e “Família como um fardo”. Os enfermeiros especialistas apresentam uma atitude mais favorável, enquanto os enfermeiros generalistas apresentam uma média superior na dimensão família como um fardo. Concluímos que as diferenças

são estatisticamente significativas nas três dimensões, em função do título profissional do enfermeiro.

Tabela 15 - Resultados do Teste *t* referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do Título Profissional (n=226)

Escala IFCE-AE	Título profissional	n	$\bar{x}$	Teste <i>t</i>
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Enfermeiro	203	35,42	<i>t</i> = -4,368 <i>p</i> = 0,000
	Especialista	23	39,34	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Enfermeiro	203	30,19	<i>t</i> = -3,879 <i>p</i> = 0,000
	Especialista	23	33,08	
Família como um fardo	Enfermeiro	203	8,74	<i>t</i> = 2,141 <i>p</i> = 0,033
	Especialista	23	7,82	

H4 - Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e as habilitações académicas

A Tabela 16 procura esclarecer de que modo as habilitações literárias interferem nas atitudes demonstradas pelos enfermeiros perante a família. Verificamos crescentes médias nas atitudes favoráveis à presença da família, a variar em consonância com o grau académico do enfermeiro. No entanto, ao utilizarmos o teste *One-way ANOVA* entre cada uma das dimensões da escala IFCE-AE, verificamos que não existem diferenças significativas ($p > 0,05$), pelo que nos parece prudente rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 16 - Resultados do teste *One-way ANOVA* referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função das habilitações académicas (n=226)

Escala IFCE-AE	Habilitações Académicas	n	$\bar{x}$	ANOVA
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Bacharelato	8	34,62	F= 2,956 $p = 0,054$
	Licenciatura	203	35,69	
	Mestrado	15	38,26	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Bacharelato	8	28,37	F= 2,224 $p = 0,108$
	Licenciatura	203	30,48	
	Mestrado	15	31,60	
Família como um fardo	Bacharelato	8	7,75	F= 1,679 $p = 0,189$
	Licenciatura	203	8,73	
	Mestrado	15	8,06	

H5 - Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência profissional.

Procurámos determinar a relação da atitude dos enfermeiros face à família com a sua experiência profissional (Tabela 17), pelo que utilizámos o teste *One-way ANOVA* entre cada uma das dimensões IFCE-AE, e obtiveram-se valores $p > 0,05$, nas três dimensões da escala, o que revela que não foram encontradas evidências estatísticas, rejeitando-se a hipótese 5, ou seja, a experiência profissional não influencia a atitude dos enfermeiros face à família.

Tabela 17 - Resultados do teste *One-way ANOVA* referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da experiência profissional (n=226)

Escala IFCE-AE	Experiência profissional	n	$\bar{x}$	ANOVA
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	<5	15	36,93	F= 1,021 $p = 0,412$
	5-10	99	35,50	
	11-15	35	36,88	
	26-20	38	36,10	
	21-25	20	35,45	
	26-30	13	34,84	
	>31	6	33,83	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	<5	15	31,66	F= 1,997 $p = 0,067$
	5-10	99	30,25	
	11-15	35	31,08	
	16-20	38	30,31	
	21-25	20	31,75	
	26-30	13	29,15	
	>31	6	27,66	
Família como um fardo	<5	15	8,40	F= 1,134 $p = 0,343$
	5-10	99	9,00	
	11-15	35	8,17	
	16-20	38	8,28	
	21-25	20	8,70	
	26-30	13	8,53	
	>31	6	8,83	

H6 - Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício no serviço.

As respostas dos enfermeiros da amostra submetidos a uma análise do teste *One-way ANOVA* com a finalidade de avaliar as diferenças entre as atitudes e o tempo de exercício no serviço, permitem constatar pela análise de Tabela 18 que os enfermeiros com menos de 1 ano de tempo no serviço, têm uma atitude mais favorável face à família, sendo em consequência este grupo que apresenta valores médios mais baixos em considerar a família como um fardo. No entanto estas diferenças não são significativas ($p > 0,05$) o que nos leva a rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 18 - Resultados do teste *One-way ANOVA* referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do tempo no serviço (n=226)

Escala IFCE-AE	Tempo no serviço	n	$\bar{x}$	ANOVA
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	<1	78	36,19	F= 0,437 $p = 0,782$
	1-3	14	34,78	
	4-6	38	35,76	
	7-9	43	35,46	
	>9	53	35,90	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	<1	78	30,87	F= 0,760 $p = 0,553$
	1-3	14	29,64	
	4-6	38	30,76	
	7-9	43	29,95	
	>9	53	30,37	
Família como um fardo	<1	78	8,26	F= 1,815 $p = 0,127$
	1-3	14	8,50	
	4-6	38	8,92	
	7-9	43	9,20	
	>9	53	8,62	

H7 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e o serviço onde o profissional exerce as suas funções.

Como se pode verificar pela análise da Tabela 19 existem diferenças nas médias, apresentando o serviço de cardiologia valores médios superiores para atitudes favoráveis à família. O teste *One-way ANOVA* revela que as diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), rejeitando-se então a hipótese formulada, isto é, o serviço onde o enfermeiro exerce a sua função não influencia a sua atitude face à família.

Tabela 19 - Resultados do teste *One-way ANOVA* referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função do serviço onde exerce as funções (n=226)

Escala IFCE-AE	Serviço onde exerce função	n	$\bar{x}$	ANOVA
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Cirurgia	60	35,35	F= 1,496 p = 0,181
	Medicina Interna	81	36,37	
	Unidade Cuidados Paliativos	15	35,40	
	Especialidades Médicas	18	35,88	
	Cardiologia	13	38,23	
	Nefrologia	9	34,77	
	Ortopedia	30	34,76	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Cirurgia	60	30,43	F= 1,210 p = 0,302
	Medicina Interna	81	30,50	
	Unidade Cuidados Paliativos	15	30,40	
	Especialidades Médicas	18	31,22	
	Cardiologia	13	32,38	
	Nefrologia	9	29,55	
	Ortopedia	30	29,60	
Família como um fardo	Cirurgia	60	8,20	F= 1,742 p = 0,117
	Medicina Interna	81	8,91	
	Unidade Cuidados Paliativos	15	7,86	
	Especialidades Médicas	18	9,05	
	Cardiologia	13	8,30	
	Nefrologia	9	9,44	
	Ortopedia	30	8,93	

H8 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação especializada em Enfermagem.

A tabela 20, procura esclarecer de que modo a especialização em enfermagem dos enfermeiros interfere nas atitudes demonstradas pelos profissionais perante a família. Não existem evidências estatísticas para se afirmar que a atitude dos enfermeiros é significativamente diferente em pelo menos um grupo de enfermeiros definidos pela especialidade em enfermagem ($p > 0,05$). Rejeita-se então, a hipótese formulada.

Tabela 20 - Resultados do teste *Kruskal-Wallis* referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da especialidade em Enfermagem (n=226)¹

Escala IFCE-AE	Especialização em Enfermagem	n	MR _k	<i>Kruskal-Wallis</i>
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Médico-cirúrgica	5	12,20	$X^2 = 4,502$ $p = 0,212$
	Reabilitação	16	13,13	
	Saúde Mental e psiquiatria	1	1,00	
	CESE adulto e idoso	1	4,00	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Médico-cirúrgica	5	12,40	$X^2 = 1,500$ $p = 0,682$
	Reabilitação	16	12,41	
	Saúde Mental e psiquiatria	1	4,00	
	CESE adulto e idoso	1	11,50	
Família como um fardo	Médico-cirúrgica	5	10,70	$X^2 = 3,692$ $p = 0,297$
	Reabilitação	16	11,34	
	Saúde Mental e psiquiatria	1	21,50	
	CESE adulto e idoso	1	19,50	

H9 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a formação Pós Graduada/Mestrado em Enfermagem.

Como se pode verificar pela análise da Tabela 21 existem diferenças nas médias apresentando a Pós-Graduação/Mestrado na área de Cuidados Paliativos com valores médios superiores em relação a outras Pós-Graduação/Mestrado. O teste *One-way ANOVA* revela que as diferenças entre a atitude e a formação Pós- Graduada dos enfermeiros é estatisticamente significativa para a dimensão “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” ($p < 0,05$), aceitando-se a hipótese para esta dimensão e rejeitando-se a hipótese 9 para as dimensões “Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família como um fardo” ($p > 0,05$).

¹ Utilizamos este teste em detrimento do *One-way ANOVA*, por se verificar a rejeição da normalidade na distribuição de pelo menos uma variável em estudo ($\alpha < 0,05$).

Tabela 21 - Resultados do teste *One-way ANOVA* referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da formação Pós-graduada/Mestrado em Enfermagem (n=226)

Escala IFCE-AE	Pós-Graduação em Enfermagem /Mestrado	n	$\bar{x}$	ANOVA
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Geriatria e Gerontologia	6	36,00	F= 2,235 $p = 0,083$
	Oncologia	3	34,33	
	Cuidados Paliativos	6	40,83	
	Cuidados Intensivos	1	35,00	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Geriatria e Gerontologia	6	31,00	F= 2,723 $p = 0,044$
	Oncologia	3	29,00	
	Cuidados Paliativos	6	35,16	
	Cuidados Intensivos	1	29,00	
Família como um fardo	Geriatria e Gerontologia	6	7,50	F= 0,706 $p = 0,593$
	Oncologia	3	7,00	
	Cuidados Paliativos	6	7,83	
	Cuidados Intensivos	1	9,00	

H10 - Há diferença entre a atitude do enfermeiro face à família e a experiência anterior com familiares gravemente doentes.

As experiências de vida dos enfermeiros são consideradas determinantes na sua relação com a família. A tabela 22 demonstra a relação entre as experiências anteriores com familiares gravemente doentes e a atitude do profissional perante a família. Na interpretação dos dados não existem evidências estatísticas ($p > 0,05$) para se afirmar que a atitude dos enfermeiros é diferente nos profissionais com experiência e sem essa experiência. Rejeita-se a hipótese formulada e conclui-se que a experiência anterior com familiares doentes não influencia a atitude dos enfermeiros face à família.

Tabela 22 - Resultados do Teste *t* referente à comparação das dimensões da Escala IFCE-AE em função da experiência anterior com familiares gravemente doentes (n=226)

Escala IFCE-AE	Experiência anterior	n	$\bar{x}$	Teste <i>t</i>
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Sim	150	36,01	$t = 0,926$
	Não	76	35,46	$p = 0,335$
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Sim	150	30,69	$t = 1,250$
	Não	76	30,07	$p = 0,213$
Família como um fardo	Sim	150	8,59	$t = - 657$
	Não	76	8,77	$p = 0,512$

A apresentação dos resultados produzidos sobre os enfermeiros participantes na investigação revela que estes profissionais têm percepção de uma atitude positiva face à família. O título profissional e a formação pós-graduada/mestrado em Enfermagem são fatores que influenciam a atitude dos profissionais.

Após a conclusão da análise de dados, é fundamental interpretar passo a passo a informação obtida através da discussão dos resultados adquiridos. O resultado da análise será correlacionado com os conhecimentos e referências pesquisadas no decorrer da revisão da literatura que serviu de suporte à fundamentação teórica.

7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Discussão, segundo o Dicionário Língua Portuguesa, refere-se à “análise e troca de ideias sobre um assunto”. A discussão de um trabalho de investigação constitui um momento de crítica reflexiva onde se procura estabelecer a relação entre os resultados obtidos e a questão de investigação formulada (Fortin, 2009; Ribeiro, 2008).

Este capítulo parte da análise dos dados que posicionam a atitude dos enfermeiros face à família perante as variáveis independentes do estudo; analisa as diferenças com os resultados globais já apresentados no capítulo anterior e interpreta-os à luz de outros estudos de investigação na área.

Recordamos que a interpretação e generalização dos resultados devem ter em conta algumas limitações do estudo impondo prudência na avaliação. O tamanho e o tipo de amostra podem inviabilizar a generalização dos resultados, porém as mesmas condicionantes aliadas à utilização de um instrumento de colheita de dados validado para a população portuguesa, são requisitos essenciais para validação científica dos resultados apresentados.

A escala IFCE-AE- “Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros” validada para a população portuguesa apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,87 (Oliveira *et al.*, 2011) e no presente estudo de investigação apresentou um valor de $\alpha = 0,82$, pelo que se considera um instrumento fidedigno e válido. Na avaliação da fidelidade da escala o α variou entre 0,66 e 0,84 para as três dimensões, verificando-se uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a compõem.

Para as variáveis socio-demográficas, nomeadamente o género dos enfermeiros, constatamos que a amostra é maioritariamente constituída por elementos do género feminino, convergindo com outros estudos tais como Alves (2009), Benzein *et al.* (2008b), Galinha (2009), Martins *et al.* (2010), Oliveira *et al.* (2009) e Sousa (2011) e, em particular, com os dados fornecidos pela OE (2012), nos quais está registado que mais de 80,00% dos enfermeiros são do género feminino. Dados também confirmados

por *Benner* (2001), quando refere que a profissão de enfermagem é sobretudo composta por mulheres.

Relativamente à faixa etária, as mais predominantes é a dos 26 aos 30 anos, apresentando uma média de 36,3 anos. A idade varia entre os 25 e os 60 anos, registando-se 7,10% (16) com idade superior a 50 anos, e 31,90% (72) com idades compreendidas entre os 26 e 30 anos, o que está de acordo com os dados fornecidos pela OE (2012), onde o grupo etário com maior representatividade pertence ao grupo etário dos 26-30 anos (23,50%) e menor representação na idade superior aos 50 anos (18,18%) no total dos enfermeiros portugueses.

No que concerne aos anos de exercício profissional e segundo o modelo Dreyfus de aquisição de competências mencionado por *Benner* (2001), verificámos um predomínio do nível de competência proficiente, ou seja, de enfermeiros com cinco ou mais anos de serviço, com uma frequência de 93,40% (211).

Quanto às habilitações académicas, os enfermeiros são maioritariamente licenciados. Estes dados, vão também de encontro ao estado atual da formação inicial em Enfermagem e da possibilidade de realização do Curso de Complemento em Enfermagem, que confere o grau de licenciado. Trata-se de um grau académico importante no âmbito de avaliações curriculares, sendo também necessário no acesso a formações complementares, nomeadamente especializações, pós-graduações e mestrados.

Em relação à formação especializada, 10,20% (23) enfermeiros possuem o título de especialista, de acordo com as áreas de especialidades reconhecidas pela OE, enquanto, 19,00% (43) dos enfermeiros referem estar habilitados com um o curso pós-graduação, dos quais 7,10% (16) possuem uma pós-graduação em Enfermagem na área de família.

No que diz respeito às características socio-demográficas e profissionais, a amostra espelha as características dos enfermeiros caracterizando-se assim por um predomínio de enfermeiras, com idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos, na sua maioria licenciadas, dados estes aproximados aos valores nacionais da OE (2012), o que torna mais vigorosa a possibilidade de generalizar os resultados.

Em consequência da reorganização do Serviço Nacional de Saúde, a unidade de Abrantes concentra a grande parte das valências médicas deste Centro Hospitalar, sendo que a maioria dos inquiridos 40,00% (90) exercem a sua atividade nesta unidade e 34,50% (78), exercem a sua atividade há menos de um ano no serviço.

Dos resultados obtidos, constatou-se que a maioria dos inquiridos teve uma experiência anterior com familiares gravemente doentes 66,40% (150).

A família, como unidade básica da sociedade, é constituída por pessoas que partilham sentimentos e valores, produzindo laços de interesse e solidariedade com características e funcionalidades muito próprias e caracterizando-se pelo seu desenvolvimento processual que emerge das interações transformativas dos processos de reciprocidade que ocorrem numa multiplicidade de contextos.

A enfermagem atua no reconhecimento da família como sujeito do seu processo de viver com direitos e responsabilidades. A inclusão da família como alvo dos cuidados requer a compreensão da sua complexidade, tendo em consideração as suas necessidades como um todo e não apenas as do indivíduo (Oliveira *et al.*, 2009).

Melhorar o conhecimento da Enfermagem, na ajuda às famílias em contexto hospitalar foi já objeto de estudo desenvolvido por vários investigadores em diferentes contextos e com metodologias diversas. Assim, percebendo a vivência da pessoa com um todo e sabendo que grande parte dos episódios de doença exigem continuidade na família, então será importante desenvolver uma cultura de aproximação às famílias, pois esta é uma condicionante para a relação que será criada entre enfermeiro/doente/família (Wright e Leahey, 2009).

O atual Plano Nacional de Saúde fornece cada vez mais visibilidade às intervenções centradas na família e no ciclo de vida, no qual os indivíduos vão experimentando de forma contínua, mudanças e transições (Regadas e Marques, 2012).

A vivência do dia-a-dia nos hospitais e a forma como se tratam as famílias são as vertentes que nos levaram a desenvolver este estudo. As atitudes dos enfermeiros quanto à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem foram identificadas pela Escala IFCE-AE, tendo-se obtido resultados conducentes com uma atitude positiva. Os dados obtidos são semelhantes ao estudo realizado por Benzein *et al.* (2008b), na Suécia com 634 enfermeiros, revelando que a maioria destes profissionais tem uma atitude de apoio sobre a importância do envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, sendo um importante pré-requisito para convidar, a envolver e a interagir com a família ao longo do processo de cuidados.

A nível nacional foram também realizados estudos com o desígnio de compreender a atitude do enfermeiro face à família, por Galinha (2009) e Martins *et al.* (2010), Oliveira *et al.* (2009) e Sousa (2011) sendo os resultados análogos ao nosso estudo. No estudo realizado por Alves (2009), em contexto pediátrico, concluiu-se também que os

enfermeiros têm na sua maioria atitudes positivas face à família nos cuidados de enfermagem.

Se os enfermeiros acreditam que os membros da família são importantes e que a boa relação com a família é necessária para uma prestação de cuidados de qualidade, então os enfermeiros poderão ser mais vocacionados a iniciar a interação e convidar a família na prestação de cuidados (*Benzein et al.*,2008b).

As médias obtidas referentes à dimensão “Família: como parceiro dialogante e recurso de *coping*” suportam a opinião dos enfermeiros em estudo, de que a família é uma importante fonte de informação, um interlocutor com quem se pode estabelecer um diálogo terapêutico e é valorizado o seu envolvimento nos cuidados ao doente. Estes resultados foram também obtidos no estudo de *Astedt-Kurki et al.* (2001), realizado na Finlândia com uma amostra de 155 enfermeiros, cujo objetivo era perceber de que forma se desenvolve a interação entre a família e a equipa de enfermagem ao doente internado, concluindo que a maioria dos profissionais considera importante a interação com a família e consideram-na essencialmente como informante e recetora de informação, em que os temas das conversações mais comuns são: a condição do doente, a alta hospitalar e a continuidade dos cuidados no domicílio.

Neste contexto, *Collet e Rocha* (2004), partilham a ideia de que a Enfermagem possui um vasto corpo de conhecimentos empíricos e teóricos que lhe permite negociar com a família um plano de cuidados abrangentes, voltado para as reais necessidades do doente e família. As mesmas autoras são da opinião de que as atitudes de empatia na relação entre enfermeiro e família criam um ambiente mais seguro e todos se sentem fortalecidos para enfrentar a situação de internamento.

Benzein et al. (2008b), corroboram esta ideia quando referem que os enfermeiros ao contemplarem a família como especialista no cuidar e ao acreditarem que cooperando com a família, no conhecimento das preferências de cuidados diários do doente, os enfermeiros podem oferecer melhor atendimento ao doente/ família.

A sensibilidade é necessária para o enfermeiro perceber os múltiplos determinantes que envolvem o cuidado à família. Na opinião de *Benzein et al.* (2008b), quando os enfermeiros visualizam as famílias como um recurso nos cuidados de enfermagem e como seu próprio recurso, significa valorizar a presença da família nos cuidados de enfermagem convidando-os a participar, criando uma boa relação enfermeiro/ família considerando-a cooperante, colaborativa e parceira no cuidar.

Esta opinião é também corroborada por *Wright e Leahey* (2009), quando referem que a família é um importante recurso. O facto de os enfermeiros considerarem a família

como suporte para os cuidados de enfermagem, detentora de forças e recursos que lhe permita colaborar na tomada de decisão, contribui para o desenvolvimento de interações baseadas numa abordagem colaborativa perspetivando-a como parceira e assumindo a família como alvo de cuidados (Oliveira *et al.*, 2009).

A relação de colaboração com a família é caracterizada por uma relação não hierárquica recíproca vendo as famílias especialistas em manter a saúde e gerir os problemas de saúde, valorizando os seus pontos fortes e recursos (Leahey & Harper-Jaques e Wright *et al.* citados por Benzein *et al.*, 2008b). Esta abordagem colaborativa, onde a família é vista como parceiro, é consistente com o facto de a dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” ser sequencialmente a atitude mais encontrada no parecer dos enfermeiros do nosso estudo.

A crença de que os enfermeiros utilizam saberes técnicos- científicos capazes de conduzir à concretização de um plano de cuidados partilhado, no qual a equipa e os familiares teriam coresponsabilidades, é veiculado por Collet e Rocha (2004), que assumem ser este o caminho para a emancipação e exercício de cidadania na instituição hospitalar, com respeito mútuo e colaboração entre os intervenientes do processo de cuidar.

Esta ideia é corroborada no estudo realizado por Martins (2004, p.473), onde concluiu que “o desenvolvimento de uma atitude de parceria influencia positivamente o bem-estar dos doentes” e mais, que “as mudanças de atitudes nos serviços de saúde centrados no cliente e sua família, numa atitude de parceria, trazem vantagens para os doentes (...) por isso é de aconselhar que os profissionais adotem comportamentos neste sentido” (*Ibidem*). Esta otimização na interação doente/família e profissionais de saúde dá resposta ao pressuposto ético e deontológico preconizado pela OE, que consagra o direito da família e do doente a serem envolvidos no processo de cuidados.

Porém, atitudes menos favoráveis na importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem também foram relatadas no nosso estudo. Neste sentido, os enfermeiros que possuem atitudes menos favoráveis face às famílias desenvolvem comportamentos que minimizam o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem.

Ao visualizar a família como um fardo significa não ter tempo para cuidar da família, assim como, vê-las como indesejáveis (Benzein *et al.*, 2008b).

Dinis (2006), na sua investigação, onde procurou conhecer as características dos enfermeiros na sua experiência de cuidar em parceria com a família de idosos

internados e conclui que a proximidade com os familiares que a parceria condiciona, faz emergir alguns medos: associados sobretudo às situações de desempenho lado-a-lado com os familiares; o medo de não ser competente; o medo de errar e o medo daquilo que os familiares possam pensar acerca dos enfermeiros.

No estudo de *Astedt-Kurki et al.* (2001), alguns enfermeiros reconhecem a pouca atenção dada à família nas suas necessidades de apoio, e, por sua vez, os enfermeiros relatam vários fatores que impedem a sua interação com a família, nomeadamente, a sua própria timidez, a situação de trabalho stressante e sua crença de que a presença das famílias tem influência negativa sobre o seu trabalho.

Neste contexto, mencionando as atitudes dos enfermeiros que levam a considerar a família como um fardo, segundo os itens: “A presença de membros da família dificulta o meu trabalho”; “Não tenho tempo par cuidar das famílias”; A presença de membros da família faz-me sentir que me estão avaliar”; A presença de membros da família deixa-me em estresse”, são sobreponíveis às crenças constrangedoras identificadas por *Astedt-Kurki et al.* (2001), que parecem ser um obstáculo aos enfermeiros em reconhecer a capacidade e a presença das famílias.

Estas crenças coercivas estiveram na base das respostas dos enfermeiros que apresentam uma atitude menos favorável face à família. Os resultados deste estudo foram semelhantes aos obtidos nas investigações anteriormente referenciadas. Concordamos porém com *Wright e Leahey* (2009), que propõe, quando as necessidades das famílias são abordadas e o seu sofrimento é reconhecido, o tempo para o atendimento ao doente é na verdade maximizado e eficiente.

Martins (2004), tendo em vista a compreensão do exercício profissional dos enfermeiros (n=232) face à presença de familiares no internamento hospitalar na idade adulta, verificou que 34,19 % era desfavorável à presença de familiares no internamente e conclui que “os doentes e familiares identificam um papel específico para os enfermeiros, mas também idealizam a participação dos seus familiares em atividades relacionadas com o autocuidado universal” (p. 477).

Martins *et al.* (2009, p. 53) referem que os “Clientes e família reportam um elevado nível de importância sobre a presença/participação da família no internamento”. E na sua análise, salientam a ideia de que o processo de envolvimento da família nos cuidados deve ser bem acompanhada pelo enfermeiro, não devendo este sentir-se ameaçado pela presença do familiar, mas também não necessita ver no familiar, o substituto para algumas das suas funções.

No estudo de *Palladellis et al.* (2005), enfermeiros de pediatria foram convidados a descrever as suas crenças e práticas no seu exercício profissional nos cuidados centrados na família, todas acreditavam fortemente no conceito 'cuidados centrados na família' e, admiravelmente, todos descrevem competências no seu papel, que envolvem não só a prestação cuidados de enfermagem ao paciente e família, mas também a proteção dos membros da família de experiências dolorosas ou desagradáveis.

Esta evidência corrobora com as atuais políticas da DGS e orientações específicas, emanadas pela OE que promovem uma prestação de cuidados humanizados que pressupõe um atendimento digno, acolhedor e solidário pela equipa multidisciplinar para com o doente e família adotando uma postura ética que permeie todas as atividades profissionais. *Hanson* (2005, p 294), reforça estas ideias ao considerar que “existe uma crescente exigência do consumidor por uma prestação de cuidados não fragmentados, holísticos, humanos e sensíveis”.

Na opinião de *Fisher et al.* (2008), as características pessoais, a formação, a política institucional, o contexto e a equipa onde exerce a sua função, são fatores que afetam os comportamentos e atitudes dos enfermeiros relacionados com a presença dos familiares na unidade de internamento.

Os enfermeiros enquanto pessoas são detentores de preconceitos, crenças e valores pessoais, que por sua vez influenciam as atitudes e comportamentos para com a família no desempenho das suas atividades profissionais.

Relembrando a nossa questão de partida: Quais as atitudes que os enfermeiros adotam num serviço de internamento face à importância da família no processo de cuidar. Face aos resultados apresentados anteriormente, concluímos que os enfermeiros têm atitudes de maior ou menor suporte na importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem dependendo dos fatores que as condicionam.

Sendo um dos objetivos do nosso estudo identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros no envolvimento e participação da família no processo de cuidados, passaremos à sua discussão.

Na globalidade dos resultados obtidos, a variável género não produz diferenças estatísticas significativas. Os valores médios nas atitudes positivas e ao considerar a família como um fardo são muito semelhantes em ambos os géneros. Estes resultados estão em linha com os obtidos por *Oliveira et al.* (2009) que ao analisar as atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP, não encontrou diferenças estatisticamente significativas relativas ao género.

Benzein et al. (2008b) afirmam que ao enfermeiro do género masculino, se pressupõe uma atitude global menos favorável para as famílias como recurso nos cuidados de enfermagem e parceiros no diálogo. Esta conclusão é sobreponível à obtida por *Astedt-Kurki et al.* (2001) que transmitem que as enfermeiras estão mais predispostas a reconhecer a importância das famílias.

Sousa (2011), no seu estudo concluiu que os profissionais do género masculino apresentam valores médios mais baixos para as atitudes positivas e mais altos ao considerar a família como um fardo, sendo no entanto as diferenças estatisticamente não significativas.

O mesmo se verificou quando analisámos as diferenças de médias entre os grupos etários dos participantes, apesar de médias ligeiramente diferentes ao considerar a família como suporte positivo nos cuidados não são estatisticamente significativas, rejeitando-se desta forma a hipótese formulada. Resultados análogos aos encontrados por Sousa (2011). Desta constatação concluímos que as variáveis socio-demográficas, género e idade, não influenciam a atitude dos enfermeiros face à família.

Quanto ao local de exercício de funções, as diferenças não tem significado estatístico no nosso estudo. *Carvalho et al.* (sd) ao desejarem conhecer as atitudes dos enfermeiros face às famílias em várias unidades de internamento, com uma amostra de 191 enfermeiros, os resultados salientaram o serviço de neurologia como unidade de cuidados onde emergem atitudes positivas com as famílias e onde com menor intensidade esta é considerada como fardo para os cuidados de enfermagem comparativamente com as restantes unidades. Os mesmos autores sugerem que as especificidades contextuais e organizacionais poderão ser preditivas das atitudes dos enfermeiros.

Procurámos perceber a forma como o título profissional interfere com a atitude do enfermeiro na importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Pela análise que realizámos é possível afirmar que existem diferenças entre os enfermeiros especialistas e os restantes enfermeiros na atitude face à família. Os enfermeiros especialistas têm uma atitude mais favorável, enquanto os restantes enfermeiros apresentam uma média superior na dimensão família como um fardo.

Estas conclusões, estão de acordo com o preconizado no regulamento das competências do enfermeiro especialista da OE (2010), que refere que o trabalho dos especialistas se baseia num conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos

problemas de saúde e demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, pelo que é impensável a sua atividade sem a família.

A enfermeira especialista compreende com intuito cada situação, identifica alterações significantes e modifica a sua perspetiva na situação real (Benzein *et al.*, 2008b).

Reconhecer que a família afeta a saúde do indivíduo e que a saúde do indivíduo afeta toda família, faz parte dos conteúdos formativos da especialidade em enfermagem, e sem dúvida do saber diário destes profissionais. Para Benner (2001, p. 58), as “decisões tomadas pelas peritas são mais holísticas”.

Quando analisámos a influência das habilitações académicas na atitude dos enfermeiros, os resultados mostram que não existe diferenças com significado estatístico. Observamos no entanto, crescentes médias nas atitudes mais favoráveis à presença da família a variar em harmonia com o grau académico do enfermeiro.

Porém, Sousa (2011), obteve diferenças com peso estatístico na dimensão 'família como um recurso nos cuidados de enfermagem', indicando que quanto maior o nível de ensino, mais positiva é a atitude do enfermeiro perante a família.

Nos resultados obtidos por Freitas (2009), no estudo realizado nos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira, com uma amostra de 420 enfermeiros, com o objetivo de conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a enfermagem de família, identifica os profissionais com licenciatura como grupo que atribui maior importância ao trabalho com as famílias.

Resultados que contrariam as conclusões do estudo de Martins *et al.* (2012), onde destacam que o processo formativo revela maior sustentação para a dimensão família como recurso de enfermagem, a qual prevê atitudes de suporte e a atribuição de menor relevância nas atitudes mais desfavoráveis, reveladas pela dimensão Família como um fardo.

Também Santos (2012, p. 175), obteve a “evidência de que quanto mais elevada é a formação profissional dos enfermeiros (...) mais favorável é a atitude face à prática da enfermagem de família”.

Ideia corroborada por Martins *et al.* (2010), que na análise aos seus dados permitiu-lhe vislumbrar a importância de formação para uma atitude mais favorável face à família. Alves (2012), na sua investigação observou uma tendência decrescente nas atitudes que consideram a família como um fardo, associado ao facto de possuir formação no âmbito da enfermagem de família.

Oliveira *et al.* (2011), no processo de validação da escala IFCE-AE, afirma que os enfermeiros com formação em Enfermagem de Família apresentam face à dimensão ' família com parceiro dialogante e recurso de *coping* ', valores médios mais altos, com significado estatístico.

Ao pretendermos conhecer de que modo a área de formação especializada em Enfermagem, interfere nas atitudes dos enfermeiros, concluímos que, para além de não existirem evidências estatísticas para se afirmar que a atitude dos enfermeiros é significativamente diferente. Salientamos que os valores médios são muito aproximados nas três dimensões e que sobressaem os elevados valores médios nas atitudes menos favoráveis em considerar a família como um fardo na especialização de Saúde Mental e psiquiatria em detrimento das atitudes de suporte com valores médios muito baixos.

Neste âmbito, e relativamente à área de formação pós-graduada/mestrado em enfermagem obtivemos resultados com evidência estatística na dimensão ' Família com um recurso nos cuidados de enfermagem', verificamos valores médios superiores nas atitudes favoráveis face à família na área de formação em Cuidados Paliativos. Freitas (2009), identifica os profissionais com mestrado, como um dos grupos que atribui maior importância ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem.

Na opinião de Freitas (2009), a divergência encontrada entre a prática diária dos enfermeiros na abordagem à família e a importância que lhe atribuem, poderá ser indicativo de que, embora tenha existido nos últimos tempos um progresso significativo no paradigma da Enfermagem de família, ainda existe uma lacuna entre a teoria e a prática.

Freitas (2009), salienta que a variável formação adquire significado na forma como os sujeitos percecionam a Enfermagem de família, opinião defendida por Wright e Leahey (2009), quando referem que a formação pode ser um agente incitador de uma boa prática de enfermagem com famílias, fazendo mesmo a diversidade entre os diferentes níveis de intervenção junto das famílias.

Considera-se que a formação por si só, poderá não ser suficiente para a efetivação de uma intervenção de enfermagem de família (Wright e Leahey, 2009).

Freitas (2009), confirma esta opinião, nos resultados que obteve no seu estudo, em relação à variável habilitações académicas que influencia significativamente a importância atribuída à Enfermagem com Famílias, mas não influencia significativamente a prática que estes enfermeiros desenvolvem.

Neste contexto, o plano de formação em Enfermagem deverá descrever de forma satisfatória a extensão e a profundidade dos cuidados de enfermagem em situação real. *Benner* (2001), refere que o processo de cuidados e a análise de decisões são muitas vezes limitados pela dificuldade da tarefa, pela importância que lhe é dada e pelos aspetos relacionais, sendo que os resultados de uma prática competente não são completamente apreendidos se nele não se incluir o contexto, as intenções e as interpretações dessa mesma prática competente.

Os programas formativos específicos em Enfermagem de Família também podem contribuir para uma atitude positiva. Ideia corroborada por Santos (2012), ao afirmar que a “formação no contexto da prática influencia a atitude dos enfermeiros face à abordagem sistémica do cuidado à família” (p. 174).

É exemplo, um projeto na obtenção de excelência nos cuidados através da formação em enfermagem dos sistemas familiares conduzido por *Svavardottir* (2008), num hospital universitário da Islândia, com a finalidade de potenciar o envolvimento da família de forma sistemática na prática de cuidados diários pelos enfermeiros, obteve resultados muito positivos para as famílias, para os profissionais e até para a instituição.

Martins (2004), na terceira parte do seu estudo enquadrado na formação em serviço onde realizou formação específica a um grupo de enfermeiros (128 horas), a avaliação dos resultados, evidenciou a eficácia da formação considerando que os cuidados de enfermagem são melhorados e que os enfermeiros devem ser investidos de novos saberes na área familiar.

Santos (2012), no seu estudo afirma que o investimento na formação em serviço poderá ser uma solução para os contextos clínicos onde a abordagem sistémica de cuidado à família seja uma ilusão. Atendendo às especificidades contextuais e organizacionais de cada unidade de cuidados *Carvalho et al.* (sd) consideram que as estratégias de formação, supervisão clínica, ou outras, promotoras de atitudes colaborativas com as famílias devem ser sustentadas num diagnóstico específico de cada unidade, integrando variáveis culturais, estruturais e psicossociais e não apenas uma análise prévia das atitudes dos enfermeiros face às famílias.

O tempo de experiência profissional foi também considerado variável na atitude dos enfermeiros face à família através do teste *One-way ANOVA*. Os resultados apresentam níveis de significância superiores a 0,05 pelo que não se considera existirem diferenças significativas entre os grupos. Estes resultados confirmam a ideologia de *Benner* (2001), quando considera que o conhecimento clínico é

conseguido ao longo do tempo, e os profissionais, eles próprios, estão muitas vezes desatentos à sua aquisição.

Os dados encontrados por *Benzein et al* (2008b) indicam que os enfermeiros recém-formados são os que mais visualizam a famílias como um fardo, ao referirem que não tem tempo para a família no seu local de trabalho. Esta crença de constrangimento familiar prejudica a capacidade dos enfermeiros para reconhecer a presença da família. Este resultado parece concordante com o que diz *Benner*, “os iniciados têm um comportamento típico extremamente limitado e rígido” (2001, p.49), são limitados muitas vezes aos procedimentos das técnicas e a tarefas específicas, dado que não apresentam experiência profissional. Tantos os iniciados como os iniciados avançados, interiorizam muito pouco das situações que vivenciam, dado que tudo é novo e estranho, daí que muitas das suas atitudes perante a família não sejam as mais positivas e favoráveis (*Benzein et al.*, 2008b).

Contudo, em consonância com os nossos resultados não verificámos diferenças significativas nas atitudes de suporte nos enfermeiros com mais anos de experiência. Tal facto contraria a opinião de *Benner* ao referir que “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se (...) esta mudança leva a um melhoramento das situações” (2001, p.63). A mesma autora reforça esta ideia, quando defende que os profissionais com experiência profissional desenvolvem a capacidade de descentralizar do cuidado técnico e prestar um cuidado holístico, com desenvolvimento da capacidade de comunicação e atuação face à família.

Para *Benzein et al.* (2008b), os enfermeiros com alguns anos de prática são capazes de considerar mais que o doente que cuida, incluem os membros da família como unidade de cuidados.

As experiências anteriores com familiares gravemente doentes também não interferiram significativamente na atitude do enfermeiro do nosso estudo. Em contexto pediátrico *Alves* (2012, p.171), refere que “Experiências prévias de doença grave no seio da família, ou hospitalização do filho/filhos não evidenciaram resultados com significado estatístico”

Estes resultados não são congruentes com *Benzein et al.* (2008a) ao afirmarem que os enfermeiros que não tiveram experiências com familiares doentes apresentam médias mais elevadas ao considerar a família como um fardo.

No estudo de *Benzein et al.* (2008b), os enfermeiros que relatam ter experiência com um familiar doente, têm uma atitude mais favorável com a família como parceiro dialogante e de apoio, do que aqueles que não tem essa experiência. As mesmas

autoras concluíram que a boa comunicação entre os enfermeiros e família é facilitada, se a pessoa enfrentou uma doença grave dentro da própria família.

Saveman, Mahlen e Benzein (2005), ao analisar a crenças dos estudantes de Enfermagem numa Universidade Sueca sobre as famílias nos cuidados de enfermagem, concluíram que as experiências pessoais afetam fortemente as atitudes profissionais. Os resultados de *Sousa (2011)*, reportam a ideia de que a experiência anterior com familiares gravemente doentes influencia as atitudes dos profissionais.

Face aos resultados demonstrados no nosso estudo e aos evidenciados na literatura, acredita-se que a atuação de enfermagem assenta em atitudes, na sua maioria positivas face à importância da família nos cuidados, traduzidas por cuidados de enfermagem ajustados às necessidades da família e por interações satisfatórias decorrentes deste processo.

A formação avançada dos enfermeiros é uma mais-valia para identificar áreas de atenção na família com pertinência para a prática de enfermagem, assim como, na sua intervenção nos períodos de transição saúde/doença que podem despoletar desorganização do todo familiar. A atitude positiva perante a família adotada pelos enfermeiros neste estudo, não é afetada de forma significativa pelas restantes características profissionais e socio-demográficas.

CONCLUSÃO

A parceria no cuidar constitui uma filosofia de Enfermagem que reconhece e valoriza a importância da família no processo de cuidados. A família não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afetivo do indivíduo, como também é a mediadora entre ele, e o mundo externo. Considerando a família, como unidade sistêmica com funções sociais, preserva-se-lhe um espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se como unidade dotada de energia com capacidade de se auto-organizar.

Com o internamento hospitalar, o indivíduo vivencia uma situação de stresse e crise evidentes. Também para a família, esta situação é geradora de angústia e insegurança influenciando fortemente a sua capacidade para agir social, emocional e fisicamente. Neste contexto, é inevitável que o doente e família encontrem um ambiente terapêutico que conserve o mais possível a união familiar, os seus papéis e promova o melhor interesse para o doente. Esta visão integra um atendimento sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida, que incorpora as respostas aos processos de vida vivenciados pela família, enquanto alvo de cuidados.

Deste modo, a equipa hospitalar e muito particularmente os enfermeiros, devem ter a preocupação de para além de cuidar do doente, desenvolverem capacidades que lhes permitam envolver a família na participação dos cuidados de uma forma planeada e sistemática.

Das nossas vivências diárias a problemática do envolvimento das famílias na prestação de cuidados é realmente importante, na medida em que consideramos que a envolvimento dos familiares poderá contribuir para a redução do sentimento de crise vivido pelos diferentes elementos que se relacionam por laços afetivos e/ou parentesco, do mesmo modo, que contribui de forma significativa para o aumento da qualidade dos cuidados prestados.

O modo como os enfermeiros envolvem a família nos cuidados recebe especial ênfase nesta investigação. A parceria entre a equipa e a família retrata a valorização da qualidade do atendimento, característica essencial do cuidado humanizado. Neste sentido, a exigência e a obrigação de intervenções eficientes desenvolvidas em contextos relacionais únicos, apresentam-se como desafios a todos os enfermeiros, na

prestação de cuidados. No entanto, ajudar a família a descobrir novas soluções face aos processos de saúde/doença e a reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual nem sempre é efetivo ou identificado nos contextos clínicos.

Assumindo a complexidade do fenómeno e de forma a dar um contributo para a melhor compreensão desta realidade, foi nossa intenção conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e identificar a possível relação com algumas variáveis socio-demográficas e profissionais dos enfermeiros. As principais conclusões a que chegamos emergiram da análise e interpretação dos dados, da questão de investigação formulada, assim como dos objetivos propostos, que vão de encontro ao enquadramento teórico onde o estudo se insere.

Assim, e de acordo com os nossos resultados, podemos inferir que os enfermeiros têm na sua maioria uma atitude positiva face à família, valorizando a sua presença nos cuidados de enfermagem e reconhecendo a importância do estabelecimento do diálogo com os familiares do doente, excluindo-se as possíveis diferenças ou relações em função do género, da idade, das habilitações académicas, da experiência profissional e da experiência anterior com familiares doentes.

Verificámos diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros especialistas e os restantes enfermeiros na atitude face à família. Deste modo, a formação avançada dos enfermeiros influencia a atitude do enfermeiro na importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Os resultados apresentados contribuem para o desenvolvimento de um domínio essencial de cuidados com implicações para a prática de Enfermagem. Contudo, são insuficientes para que se retirem conclusões de carácter definitivo. Os objetivos da investigação inicialmente delineados, foram atingidos, contribuindo para o enaltecimento da disciplina de Enfermagem, bem como, para uma melhor compreensão do contexto vivencial dos enfermeiros relativamente à importância da família, nos cuidados prestados ao doente internado numa unidade hospitalar.

Todas as etapas percorridas ao longo da realização deste trabalho foram marcadas pelo enriquecimento e pelo desafio, onde os condicionalismos e obstáculos encontrados foram geradores de crescimento pessoal e potencializadores na aquisição e ampliação de novos conhecimentos para um futuro próximo, tanto na área profissional como na área da investigação.

A inexperiência, as indecisões, as limitações de tempo foram colmatadas por uma preciosa orientação que serviu também como impulsionadora e animadora de todo este estudo.

O desenvolvimento desta investigação, não seria possível sem a instituição hospitalar onde se realizou o estudo, que, transpostas as formalidades referentes à autorização, sempre demonstrou disponibilidade sentida através da atitude do Enfermeiro Diretor e particularmente dos Enfermeiros Chefes que mediaram todo o processo de colheita de dados, contribuindo para que os profissionais dos seus serviços se sentissem motivados em participar.

Os resultados deixaram-nos algumas questões que apelam à reflexão e ao desenvolvimento de possíveis projetos futuros. Dadas as características do nosso estudo, pensamos ser útil o contributo de outras investigações, em que se considerem outros fatores e outras abordagens metodológicas. Consideramos útil a realização de entrevistas exploratórias à família, com análise qualitativa, identificando e examinando opiniões e experiências de participação nos cuidados, bem como, dos fatores que inibem ou facilitem a parceria de cuidados, na perspetiva da família do doente internado no hospital. Aos enfermeiros, também um estudo descritivo, inserido num paradigma qualitativo com a utilização de entrevistas, com base nas quais será possível a compreensão dos fenómenos segundo a perspetiva livre e vivencial dos sujeitos envolvidos.

De acordo com os resultados obtidos podemos afirmar que os enfermeiros inquiridos apresentam de uma forma geral, uma atitude positiva e favorável face importância da família no processo de cuidar. Porém, consideramos que há muito por fazer no sentido de melhorar o desempenho pessoal e profissional aquando da prestação de cuidados à família. Ao refletirmos sobre a realidade transmitida pelos enfermeiros, e, conhecendo a realidade onde exercemos a nossa atividade profissional, gostaríamos de expressar algumas sugestões.

Sabendo que a parceria depende essencialmente da atitude dos profissionais em incluir, ou não, a família no processo de cuidados, os enfermeiros deverão antes de mais mobilizar-se no sentido de estabelecer uma cultura organizacional de parceria. Consideramos que uma filosofia de cuidados desta natureza não pode germinar de um mero ato de adesão, mas sim de uma reflexão e responsabilização de todos os enfermeiros. Isto implica a revisão de objetivos assistenciais das unidades hospitalares, assim como a incrementação de programas de formação em serviço de curta duração dirigidos aos profissionais de saúde, focando o desenvolvimento de

competências no domínio da parceria no cuidar. Em termos de formação académica, as escolas deveriam dar alguns contributos mais específicos nesta área aos alunos de enfermagem, preparando-os para um futuro melhor de convivência e trabalho com os doentes e seus familiares.

Considerando que o doente e a família numa instituição prestadora de cuidados em parceria devem saber o que é esperado deles, e também, o que podem esperar do hospital em termos de participação, de decisão nos cuidados e da relação com os enfermeiros, o processo de acolhimento devia ser alvo de reestruturação. Sendo que, é aqui, que todo o processo de parceria se inicia com a identificação da mais-valia da família e a expressão do seu valor na participação nos cuidados ao doente.

É o momento de dar voz ao doente e seus familiares e potenciar a Humanização, pois entendemos, que uma relação efetiva de parceria deverá ser pautada pelo dinamismo e sensibilização de todos os envolvidos no processo de cuidados.

Pensamos ser útil e interessante partilhar os resultados deste estudo com as equipas de enfermagem envolvidas no mesmo. Desta forma, damos o início a um percurso de reflexão sobre o modelo das práticas em uso ao fenómeno estudado, através de um processo intencional, proporcionando deste modo as mudanças necessárias a fim de melhorar a qualidade dos cuidados aos doentes e seus familiares. Pereira *et al.* (2012), corroboram esta opinião quando afirmam que a prática profissional de enfermagem baseada em evidência, conseguida através da investigação, afigura-se como forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que em regra assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão.

A satisfação do doente e família será sempre a recompensa de todos os estudos de investigação realizados pelos profissionais de Enfermagem na sua prática do Cuidar.

Terminado o estudo, vivencia-se uma sensação de realização, uma conquista, uma concretização dos objetivos a que nos propusemos inicialmente.

Sentimos que a relevância desta temática não se esgota por aqui, consideramos sim, que é um ponto de partida para a evolução do conhecimento e investigação em enfermagem, nomeadamente na área da enfermagem de família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson C. – **Transições e contextos Multiculturais**. 2ª ed. Coimbra: Formasau, 2011. 156 p. ISBN 978-989-8269-13-3.

ALARCÃO, Madalena – **(Des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica**. Coimbra: Quarteto, 2000. 372 p. ISBN 972853521X.

ALVES, Maria A.- Atitudes dos Enfermeiros Face à Família nos Cuidados e sua Relação com a Vulnerabilidade da Família: contexto pediátrico. In CARVALHO José C.- **Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. P.165-173. ISBN. 978-989-96103-6-1.

ARAÚJO, Maria B.- **Cuidar da Família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem**. [Em linha]. Porto. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2010. [Consult. 29 Abril 2013]. Disponível em WWW: < <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>>.

ARAÚJO, Isabel; SANTOS, António. - Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. III Série – nº 6 (2012), p. 95-102.

ASTEDT-KURKI, P; [et al.] - Interaction between adult patients's family members and nursing staff on a hospital ward. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**. Finlândia. Vol.15 (2001), p.142-150.

ASSUNÇÃO, Geórgia P.; FERNANDES, Raquel A. - Humanização no atendimento ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise de literatura sobre a atuação do profissional de saúde. [Em linha]. Londrina: **Serviço Social em Revista**. Vol. 12, nº2 (2010), p. 69-82. ISSN 1679-4842 [Consult. 17 Abril. 2013]. Disponível em WWW: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7543>>.

BARRADAS Júlia, F. G.- **Atitudes dos Enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos**. [Em linha]. Algarve: Universidade do Algarve – Faculdade

de Ciências Sociais e Humanas- Departamento de Psicologia, 2010. [Consult. 29 Fev. 2013]. Disponível em WWW: <
<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/2076/1/Relatorio30-12.pdf>>.

BELL, Janice M.; WRIGHT, Lorraine M. - Going “**Inside**” the Intervention: Research About What Works in Family Nursing Practice. [Em Linha]. 2007. p. 1-34. [Consult. 29 Fev. 2012]. Disponível em WWW: <
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:YALoRZYIB2QJ:dspace.ucalgary.ca/bitstream/1880/45247/1/FNU_Larecherche_Engcopy.pdf>.

BENNER, Patrícia - De **Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294 p. ISBN 972-8535-97-X.

BENZEIN, Eva [et al.] - Nurses’ attitudes towards families’ importance in nursing care: a random sample survey. **Journal of Family Nursing**. Vol. 14 (2008), p. 162-180.

BENZEIN, Eva [et al.] - Families’ Importance in Nursing Care Nurses’ Attitudes — An Instrument Development. [Em linha]. **Journal of Family Nursing**. 2008a, p. 97-117. [Consult. 29 Fev. 2012]. Disponível em WWW:<
<http://jfn.sagepub.com/content/14/2/162.full.pdf+html> >.

BENZEIN, Eva [et al.] Nurses’ Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care A Survey of Swedish Nurses. **Journal of Family Nursing**. 2008b, p. 162-180.[Consult. 5 Mar 2012]. Disponível em WWW:<
<http://jfn.sagepub.com/content/14/2/162.full.pdf+html> >.

BOFF, Leonardo – **Saber Cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. 15^a ed. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes, 2011. 200 p. ISBN 9788532621627.

CARVALHO, José C M. [et al.].- **Atitudes dos Enfermeiros face à família em unidades de internamento**. [Em linha]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, [201?]. [Consult. 20 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <
www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php>.

CERQUEIRA, Maria, M. A.- **A pessoa em fim de vida e família: O processo de cuidados face ao sofrimento**. [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2010. [Consult. 20 Março. 2013]. Disponível em WWW: <
<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3614>>

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM- **CIPE®**
Versão 2. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros. 2011. 209 p. ISBN 979 95094-35-2.

COLLIÉRE, Marie-Françoise. – **Promover a Vida: Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** 2ª ed. Coimbra: Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385 p. ISBN 972-757-109-3.

COLLIÉRE, Marie-Francoise.- **Cuidar... a primeira arte da vida.** Lisboa: Lusodidacta, 2003. 448p. ISBN: 9799728383533.

COLLET, Neusa; ROCHA, Semiramis M. M.- Criança Hospitalizada: Mãe e Enfermagem Compartilhando o cuidado. **Revista Latino – Americana de Enfermagem.** Brasil. Vol 12, nº 2 (Mar. -Abr.), 2004, p. 191-197.

DECRETO-LEI nº 106/2009. D.R. I Série. 178 (14-09-09) 6254-6255 [Em linha]. [Consult. 20 Dez 2012]. Disponível em WWW:<<http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/17800/0625406255.pdf> >.

DIAS, Maria O.- Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. [Em linha]. **Gestão e Desenvolvimento.** 2011. p. 139-156. [Consult. 20 Mar. 2013]. Disponível em WWW: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:OjUwUR9gTFUJ:z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139>.

DIAS, Maria O.- A Família numa Sociedade em Mudança: Problemas e Influências Recíprocas. [Em linha]. **Gestão e Desenvolvimento.** 2000. p. 81-102. [Consult. 10 Mar. 2013]. Disponível em WWW: <http://www4.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD9/gestaodesenvolvimento9_81.pdf >.

DINIS, Rogério P.A.B.- **A família do idoso: o Parceiro Esquecido- Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos Enfermeiros.** [Em linha], Universidade Aberta. 2006. [Consult. 20 Fev. 2012]. Disponível em WWW:<<http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/727>>.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados.** Circular Normativa de 28 de Janeiro de 2000. 2p. nº 4/DSPCS.

DUQUE, Celeste – **Atitudes & Comportamentos**. [Em linha]. 1999, actual. 06 de Maio 2008. [Consult. 20 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < <http://pt.scribd.com/doc/2453422/Atitudes-e-Comportamento>>.

ELSEN, Ingrid; ALTHOFF, Coleta R.; MANFRINI, Gisela C.- Saúde da Família: desafios Teóricos. [Em linha]. Brasil: **Família Saúde e Desenvolvimento**, 2001. p. 89-97. [Consult. 20 Mar. 2013]. ISSN 1517-6533. Disponível em WWW: < <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:fi7sMLaf-gEJ:ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/download/5048/3817+&hl=pt>>.

ESTATÍSTICA in infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2013. [Consult. 01 de Maio 2013]. Disponível na www: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/estat%C3%ADstica> >.

FABIANE, Bock [et al.] – A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Reflexos nas Práticas de Cuidado na Atualidade. [Em linha]. Fortaleza: CBen- **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 2009. p.3043 - 3046. [Consult. 20 Mar. 2013]. Disponível em WWW: < https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:n17AxuamWOsJ:www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00900.pdf>.

FALLON, Ian R. H. - Family Interventions in mental disorders: efficacy and effectiveness. [Em linha]. World Psychiatric: **Official Journal of the World Psychiatric Association**, 2003. 20-28p. [Consult. 25 Fev. 2013]. Disponível em WWW: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525058/> >.

FARINHA, José – **Atitudes**. [Em linha]. Psicologia Social II, 2006. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em WWW: < http://w3.ualg.pt/~jfarinha/activ_docente/psi_social/projec/PS2_2_atitudes_0506.pdf >.

FIGUEIREDO, Henriqueta. – Nota final. In BARBIÉRI, Maria C. [et al] - **Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família**. Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família, 2009. p. 153-155. ISBN: 978-989-96103-2-3.

FIGUEIREDO, Maria H.- **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar**. Loures: Lusociência, 2012. 183p. ISBN: 978-972-8930-83-7.

FISHER, Cheryl [et al] – Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. [Em linha]. **Journal of Advanced Nursing**. 2008.

[Consult. 29 Fev. 2012]. Disponível em WWW: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19120576> >.

FORTIN, Marie-Fabienne.- **O Processo de Investigação: Da concepção à realização.** 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000. 388p. ISBN: 972-8383-10-X.

FORTIN, Marie-Fabienne.- **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusodidacta, 2009. 593p. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FREITAS, Alexandra P.C.- Avaliação e intervenção de Enfermagem de Família nos CSP na RAM. In BARBERI, MC.- **Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família.** Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. p. 24-33. ISBN 978-989-96103-2-3.

GALINHA, Florinda.- Mediar para cuidar: As atitudes dos enfermeiros num Serviço de Urgência na relação com a família do utente: Contributos das técnicas de mediação familiar. In BARBERI, M.C.- **Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família.** Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. P.49-57. ISBN 978-989-96103-2-3.

GLIEM, Joseph A.; GLIEM Rosemary R. - Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. [Em linha]. Columbus: Midwest Research- to- **Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education**, 2003. P. 82-88. [Consult. 28 Nov. 2012]. Disponível em [www:<http://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/Gliem%20&%20Gliem.pdf?s](http://www.scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/Gliem%20&%20Gliem.pdf?s) >.

GUEDES, Anabela S.M.- **Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional.** Porto: Faculdade de Medicina – Departamento de psiquiatria, 2008. 193 p.

GOMES, Ana R.; SIMÕES São, M.- **A cultura linguística em contexto escolar: um estudo no final de escolaridade obrigatória.** [Em linha]. Universidade de Aveiro: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa, 2006. 736p. [Consult. 03 Mai.2013]. Disponível em [www: < http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2007000974](http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2007000974)>.

HANSON, Shirley M.H.- **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Práticas e Investigação.** 2ª ed. Loures: Lusociência, 2005.497p. ISBN 972-8383-83-5.

HESBEEN, Walter. **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Camarate: Lusociência, 2000. 201p. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter. **Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Loures: Lusociência, 2001. 230p. ISBN: 978-972-8383-20-6

HESBEEN, Walter. **Cuidar neste mundo: Contribuir para um universo mais cuidador.** Loures: Lusociência, 2004. 296p. ISBN 978-972-8383-71-8.

LAMBIN, Jeans-Jacques. - **Marketing Estratégico.** 4ªed. Lisboa: Mc Graw-Hill, 2000. 756p. ISBN: 9789727730407.

LAMEIRAS, Marta, P. M.- **As Atitudes dos Enfermeiros Face Avaliação da Dor crónica nos Doentes Oncológicos.** [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa-Faculdade de Medicina de Lisboa, 2009. 109 p. [Consult. 28 Nov. 2012]. Disponível em [www: < http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2023/1/ulsd057826_tm_capa_impressa.pdf>](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2023/1/ulsd057826_tm_capa_impressa.pdf).

LAUREANO, Raul M.S.- **Testes de Hipóteses Com o SPSS. O meu Manual de consulta rápida.** Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2011. 216 p. ISBN 978-972-618-628-1.

LUSTOSA, Maria A.- A Família do Paciente Internado. SBPH -**Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar.** [Em Linha]. Vol.10, nº1 (2007), p.3-8. [Consult. 28 Fev. 2013]. Disponível em [www: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582007000100002&script=sci_arttext>](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582007000100002&script=sci_arttext).

MARÔCO, João. – **Análise Estatística como utilização do SPSS.** 3ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. 824 p. ISBN 9789726184522.

MARÔCO, João; MARQUES Teresa G.- **Qual a Fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?.** [Em Linha]. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia aplicada, Vol. 4 (2006), p. 65-69. [Consult. 28 Abr. 2013]. Disponível em [www: < http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf>](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf).

MARQUES, Isaura – Atitudes dos Enfermeiros Face aos Idosos. [Em Linha]. **Interações Sociedades e as Novas Modernidades.** nº 8 (2005), p. 209-222. [Consult. 28 Nov. 2012]. Disponível em [www: < http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/155/159>](http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/155/159).

MARTINS, Maria M.F.P.S.- **O adulto doente e a família: uma parceria de cuidados**. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2004. 526p.

MARTINS, José C. A.- **Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética**. Lisboa: Pensar Enfermagem. Vol. 12 N. º 2 2º Semestre de 2008.

MARTINS, Maria M. [et al.] – Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família. Estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In BARBIERI, M. C. [et al.] – **Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2010, p. 20-31. ISBN 978-989-96103-3-0.

MARTINS, Maria M. [et al.] - Enfermagem e Família: conceções dos enfermeiros em unidades de internamento. In CARVALHO José C. [et al]. - **Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. p. 44-54. ISBN. 978-989-96103-6-1.

MARTINS, Maria E G; PONTE, João P.- **Organização e tratamento de dados**. [Em Linha]. Ministério de Educação: dgidc, 2010, actual. Dez. 2011. [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < http://area.dgidc.min-edu.pt/materiais_NPMEB/matematicaOTD_Final.pdf>.

MELEIS, Afaf; TRANGENSTEIN, Patricia. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook. Vol. 42, nº6 (1994), p.255-259.

METODOLOGIA In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2013. [Consult. 17 de Maio 2013] Disponível em WWW: < <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/METODOLOGIA> >.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação**. Setembro de 2012.

MONTEIRO, Maria C.D.- **Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar: o início da dependência**. [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. 212p. [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria%20Clara%20Duarte%20Monteiro.pdf>>.

NETO, Félix- **Psicologia Social**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. 744 p. ISBN 9789726742197.

NOGUEIRA, Mariana B.- **A Família: Conceito E Evolução E Sua Importância**. [Em Linha]. Rio de Janeiro: Centro Universitário Jorge Amado, 2007. [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:5MKXsvP2zh4J:www.egov.ufsc.br/porta/l/sites/default/files/anexos/18496-18497-1-PB.pdf>>.

NUNES, Sílvia – Resiliência familiar: estudo da capacidade de resiliência nos familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos oncológicos. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. 2º Sem. (2001) 20-32. ISSN 0873-8904.

OLIVEIRA, Palmira C. [et al.]. Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da Escala IFCE-AE. In BARBERI, M. C.- **Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. 156p. ISBN 978-989-96103-2-3.

OLIVEIRA, Palmira C. M. [et al.] - Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. [Em linha]. **Rev Esc Enferm USP**. 2011. [Consult. 22 Fev 2012]. Disponível na www: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem. - **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: OE, 2003. 28 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dia Internacional da Família – Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos**. [Em linha] Lisboa: OE, 2008. [Consult. 22 Fev 2012]. Disponível na www: <http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldaFam%C3%ADlia2008.aspx>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: OE, 2010. 10p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Dados Estatísticos 2000- 2011**. Lisboa: OE, 2012. 72p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Atribuição de Título Profissional de Enfermeiro Especialista** Lisboa: OE, 2012a. 2p.

PALLADELIS, P. [et al.]. Implementing family-centered care: an exploration of beliefs and paediatric nurses. [Em linha]. Australian: **Journal of Advance Nursing**. 2005;

23(1) p. 6-31. [Consult. 22 Jun. 2013]. Disponível na [www:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16496815 >](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16496815).

PEREIRA, Rui P.G. [et al.]. Atitudes e Barreiras à Prática de Enfermagem Baseada na evidência em contexto comunitário. **Revista Enfermagem Referência**. Coimbra. III série, nº 7. (2012). p. 55-62.

PETRONILHO, Fernando A. S.- **Preparação do regresso a casa**. Coimbra: Formasau, 2007. 195p. ISBN 978-972-8485-91-7.

POCINHO, Margarida. – **Manual de estatística** – [Em linha]. Volume I. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2009. [Consult. 22 Fev 2012]. Disponível na [www:<URL:http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf>](http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf).

POLIT, Denise F.; BECK Cheryl T.; HUNGLER Bernadette P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004. 441p. ISBN 0-7817-2557-7.

QUEIRÓS, Ana A.- **Empatia e respeito**. Coimbra: Quarteto, 1999. 156p. ISBN 972-8535-03-1.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan.- **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. 281p.

RELVAS, Ana P.- **O Ciclo Vital d família: Perspectiva Sistémica**. Porto: Edições Afrontamento, 1996. 240p. ISBN: 9789723604139.

REGADAS, Susana; MARQUES, Goreti- A Enfermagem e as Famílias Prestadoras de cuidados. In In CARVALHO José C. [et al].- **Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. p. 44-54. ISBN. 978-989-96103-6-1.

RIBEIRO, José L. P.- **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. 2ªed. Porto: Legis Editora, 2008.169 p. ISBN 978-989-8148-16-2.

RODRIGUES, Sandra F. G. B.- **Análise das atitudes dos enfermeiros face ao idoso, com vista à tomada de decisão: o caso do Distrito de Bragança**. [Em linha]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, 2011. [Consult. 22 Fev 2013]. Disponível na [www:](http://www.ippbraga.pt)

https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6837/1/Sandra_Rodrigues_MGO_Especializac%CC%A7a%CC%83o%20em%20GUS_2011.pdf>.

SAIOTE, Elisabete C.G.- **A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa Unidade de cuidados Intensivos.** [Em linha]. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa-Departamento de Sociologia, 2010. [Consult. 22 Fev 2013]. Disponível na [www: < https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:i5UFAjrBkG0J:repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/2613/1/Tese.pdf](http://www.iul.iscte.pt/bitstream/10071/2613/1/Tese.pdf)>.

SANTOS, Luísa V. A.- **Abordagem Sistémica do Cuidado à Família: Impacto no Desempenho Profissional do Enfermeiro.** [Em Linha] Lisboa: Universidade de Lisboa, 2012. 263p. [Consult. 22 Fev 2013]. Disponível na [www: < http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf)>.

SARAIVA, Dora M. R. F.- Atitude do enfermeiro perante a morte. **Revista Nursing**, nº 244. [Em linha]. 2009. [Consult. 22 Fev 2013]. Disponível na [www: < http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3505:atitude-do](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3505:atitude-do)>.

SAPETA, Ana P. G. A.- **A Família Face ao Doente Terminal Hospitalizado: O Caso particular do HAL.** [Em linha] Évora: Universidade de Évora, 1997. 165 p. [Consult. 22 Fev 2013]. Disponível na [www: < http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/498/1/Tese%20Mestrado%20Sociologia%20PSapeta.pdf](http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/498/1/Tese%20Mestrado%20Sociologia%20PSapeta.pdf)>.

SAVEMAN, Britt –Inger; MAHLEN, Christina D.; BENZEIN,Eva G.- Nursing students' beliefs about families in nursing care. **Nurse Education Today**. Elsevier. Nº25 (2005), p. 480-486.

SCHMITZ, Jerry.- **A Trajetória da Família de Portadores de Insuficiência Renal Crónica: Desafios e a emergência Familiar.** [Em linha]. Brasil- Itajáí: Universidade do Vale do Itajáí, 2008. 109p. [Consult. 22 Fev 2013]. Disponível na [www: < http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=642](http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=642)>.

SERRANO, Maria T. P.; COSTA, Arminda S.M.C.; COSTA, Nilza, M.V.N.- Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. III Série, nº1 (2011), p. 15-23.

SILVA, Luísa F.- **A Acção Social na Área da Família.** Lisboa: Universidade Aberta, 2001. 320 p. ISBN 9789726743484.

SILVA, Luzia W. S. [et al.] - O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha]. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol.58, nº4 (2005). [Consult. 22 Fev 2013]. Disponível na www: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400018&script=sci_arttext>.

SILVA, Sofia L.R.- **Adaptação Académica, Pessoal e Social do Jovem adulto ao Ensino Superior: Contributos do Ambiente Familiar e do Autoconceito**. [Em linha] Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Universidade de Coimbra, 2003. 260 p. [Consult. 22 Fev 2013]. Disponível na www: < http://www.esec.pt/cdi/ebooks/docentes/S_Silva/Tese.M.pdf>.

SIMIONATO, Mariene A. W.; OLIVEIRA, Raquel G.- **Funções e Transformações da Família ao Longo da História**. [Em linha]. Paraná: Universidade Estadual de Maringá, 2003. p. 57-66. [Consult. 22 Fev 2013]. Disponível na www: < <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:XAdZVEWnfv0J:www.abpp.com.br/abppprnorte/pdf/a07simionato03.pdf>>.

SOUSA, Eunice S.A.S.- **A Família: atitudes do Enfermeiro de Reabilitação**. [Em linha]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. 151p. [Consult. 22 Nov. 2012]. Disponível na www: < https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:XzEL0ng-JaAJ:comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1775/1/MER_Tese_Salom%25C3%25A9_2011.pdf>.

SOUSA, Lenice D.; GOMES, Giovana C.; SANTOS, Cristiano P.- Precepções da Equipe de Enfermagem Acerca da Importância da Presença do Familiar/Acompanhante no Hospital. [Em linha]. *Revista Enfermagem*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Vol. 17, nº 3 (2009), p. 394-399. [Consult. 22 Fev 2013]. Disponível na www: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a17.pdf>>.

STANHOPE, Marcia- Teorias e Desenvolvimento Familiar. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Lisboa: Lusociência, 1999. P.492-514.

SVAVARDOTTIR, Erla K. – Excellence in nursing: a model for implementing family systems nursing in nursing practice at an institutional level in Iceland. [Em linha]. *Journal of Family Nursing*. Vol. 14, n.º 4 (Nov. 2008), p. 456-468. [Consult. 22 Junh. 2012]. Disponível na www: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19139159>>.

VILELAS, José.- **Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento.**

Lisboa: Edições Sílabo, 2009. 399p. ISBN 978-972-618-557-4.

WALDOW, Vera R. – **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** Petrópolis:

Editora Vozes, 2006.181p. ISBN 85.326.3311-0.

WATSON, Jean.- **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de**

Enfermagem. Loures: Lusociência, 2002. 182p. ISBN 978-972-8383-33-6.

WRIGHT, Lorraine; LEAHEY, M.- **Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** 4ªed. São Paulo: Roca Editora, 2009. 294p. ISBN

9788572417747.

ANEXO I - INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

V Curso de Pós- Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

QUESTIONÁRIO

Coimbra

Maio, 2012

O meu nome é Ludovina Maria de Oliveira Rodrigues, sou enfermeira na Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos do Centro Hospitalar Médio Tejo em Tomar e encontrou-me atualmente a frequentar o V Curso Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. O presente questionário servirá de suporte a um trabalho de Investigação intitulado **“Família, Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro”** cujos objetivos são: conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e compreender as necessidades e dificuldades sentidas pelos enfermeiros na sua prática de envolvimento/participação da família nos cuidados.

Este instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes distintas. A primeira parte é constituída por 10 questões onde se pretende colher dados para caracterização da amostra e das variáveis independentes relevantes para o estudo. A segunda parte será constituída pela Escala: A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem- Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE).

Pedimos-lhe que não deixe nenhuma questão por responder. Os dados obtidos serão usados exclusivamente para a realização deste trabalho, pelo que garantimos a confidencialidade e o anonimato das respostas. A escolha de participar ou não do estudo é voluntária. Se a qualquer momento do seu preenchimento, decidir que não pretende continuar no estudo, é livre de o fazer.

Agradecemos-lhe antecipadamente toda a atenção dispensada.

Enfermeira Ludovina Oliveira

PARTE I

Código:

Assinale com **X** no quadrado correspondente à sua resposta

1. **Género** Masculino ☐ Feminino ☐

2. **Idade** _____ anos

3. **Título Profissional**

Enfermeiro ☐

Enfermeiro Especialista ☐

4. **Habilitações Académicas**

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

5. **Experiência Profissional**

Experiência profissional há _____ anos

6. **Serviço onde exerce funções** _____

7. **Há quanto tempo exerce a sua função neste serviço?**

<1 Ano ☐

1-3 Anos ☐

4-6 Anos ☐

7-9 Anos ☐

>9 Anos ☐

8. **Tem Curso de Pós Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização**

Sim ☐ Não ☐

Se na questão 8 respondeu **Sim**, responda à questão 9. Se respondeu **Não**, passe para a questão 10

9. **Qual ou Quais?**

10. **Experiência anteriores, com familiares gravemente doentes**

Sim ☐ Não ☐

PARTE II

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

Não há respostas certas ou erradas.

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

1- Discordo completamente

2- Discordo

3- Concordo

4- Concordo completamente

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

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

Continua (...)

	1	2	3	4
12. Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente				
13. A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados				
15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.				
16. Pergunto às famílias como as posso apoiar				
17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18. Considero os membros da família como parceiros				
19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente				
20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil				
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho				
22. É importante dedicar tempo às famílias				
23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar				
24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados				
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação				
26. A presença de membros da família deixa-me em Stress				

Muito obrigado pelo tempo e apoio dispensado a preencher este questionário.

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.

**ANEXO II – CONSENTIMENTO DA EX^a PROFESSORA PALMIRA DA
ESCOLA SUPERIOR DO PORTO PARA APLICAÇÃO DA ESCALA -IFCE-AE**

Mensagem encaminhada de palmiraoliveira@esenf.pt -----
Data: Sun, 11 Mar 2012 19:25:37 -0000 (WET)
De: palmiraoliveira@esenf.pt
Assunto: Re: pedido de autorização
Para: ludovinaor@sapo.pt
Cc: enfermagemdefamilia@esenf.pt

Boa noite, congratulo-a pela temática do seu trabalho, desejando-lhe desde já o maior sucesso para a sua concretização.

No que concerne ao pedido de autorização para aplicar a escala: "A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - ATITUDES DOS ENFERMEIROS (IFCE-AE)", venho em meu nome e dos restantes investigadores responsáveis pela sua validação, informá-la do parecer positivo face à utilização da mesma no seu estudo, solicitando, no entanto, que nos informe acerca dos resultados obtidos.

Ao dispor,

Com os melhores cumprimentos

Palmira Oliveira

(Docente ESEP)

**ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO**

Coimbra, 21 de Março 2012

Aut. 2012-03-23
23-3-2012
Nelson Paulino Silva (Enf^o)
Enfermeiro Director

Exmo. Sr. Presidente

Concelho de Administração

Centro Hospitalar Médio Tejo

Ludovina Maria de Oliveira Rodrigues, estudante do V Curso Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica e II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho por este solicitar a V.^a Excelência a realização de um estudo cujo domínio da investigação é: "Família, Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro", sob orientação do Sr. Professor Luís Oliveira.

Sendo um trabalho académico, pretendemos com este estudo: conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e compreender as necessidades e dificuldades sentidas pelos enfermeiros na sua prática de envolvimento/participação da família nos cuidados.

Para a realização deste estudo necessito de realizar uma colheita de dados através da aplicação de um questionário, que está organizado em dois grupos: Grupo I – Recolhe dados sócio-demográficos e profissionais dos enfermeiros e o Grupo II – Avalia "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem- Atitudes dos Enfermeiros" através da escala, IFCE-AE, traduzida e adaptada culturalmente à população portuguesa- validação e tradução realizada por Oliveira *et al.* 2009, à equipa de Enfermagem dos serviços: cirurgia 1; cirurgia 2, urologia e paliativos da Unidade de Tomar, nos meses de Maio e Junho de 2012.

Dada a natureza ética que a realização de uma investigação neste âmbito assume, comprometo-me a respeitar os princípios de confidencialidade, privacidade e a livre vontade dos participantes em colaborar no estudo, bem como, ceder os resultados desta investigação, caso o desejem.

Agradecendo a disponibilidade demonstrada.

Os melhores cumprimentos.

Pede Deferimento

Ludovina Maria de Oliveira Rodrigues.

Ludovina Rodrigues

ludovinaor@sapo.pt

Tel: 912960532

**ANEXO IV – PARECER DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA**

COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)**

Parecer Nº P135-02/2013

Título do Projecto:

Família, parceira no cuidar: intervenção do enfermeiro

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Ludovina Maria de Oliveira Rodrigues

Filiação Institucional: CH Médio Tejo e ESENfC

Orientador: Luís Miguel Oliveira

Relator(es): José Carlos Amado Martins

Parecer

A investigadora pretende, no âmbito de investigação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com orientação de docente da ESENfC, desenvolver estudo de tipo quantitativo, descritivo, exploratório, analítico e correlacional, tendo como objetivos "conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados; analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados; identificar fatores relacionados como o exercício profissional dos enfermeiros e os recursos existentes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados".

A amostra será constituída por "220 enfermeiros que desempenham funções nos serviços de internamento" do CH Médio Tejo. É apresentada autorização do CA do CH Médio Tejo. São definidos os critérios de inclusão/exclusão.

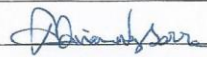
Como instrumentos de recolha de dados será utilizado o questionário, com uma parte para recolha dos dados socio-demográficos e profissionais e outra com a escala IFCE-AE.

A confidencialidade é garantida. Os dados serão recolhidos de forma anonimizada. Não se prevêem custos ou inconvenientes para os participantes. Também não são previstos benefícios diretos para os participantes.

O instrumento para informação cumpre os requisitos previstos para a investigação com seres humanos. Será obtido consentimento na forma escrita.

Face ao apresentado, somos de parecer que, em termos éticos, nada há a obstar ao desenvolvimento do estudo.

O relator: 

Data: 13/03/2013 O Presidente da Comissão de Ética: 



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de
Enfermagem
de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

