



# **A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: A VISÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

**Eliana da Igreja Fernandes Pires**

## **Orientação científica:**

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

**Bragança, outubro, 2016**



## **A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: A VISÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

**Eliana da Igreja Fernandes Pires**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes e do Professor Doutor Carlos Pires Magalhães.

**Bragança, outubro, 2016**

## Resumo

A relevância da família nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem vindo a evidenciar-se na implementação de políticas de saúde. É premente a preocupação e o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, tendo em vista a promoção e manutenção da saúde familiar. A enfermagem familiar nos CSP tem vindo a ser valorizada e reconhecida, sendo o pilar dos cuidados de saúde ao longo do ciclo vital do ser humano, razão pela qual entendemos pertinente conhecer as atitudes dos enfermeiros em CSP. Delineados os objetivos: Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros de família à participação da família nos cuidados de enfermagem e relacionar as atitudes dos enfermeiros com as variáveis sociodemográficas e profissionais. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, analítico e transversal de cariz quantitativo, aplicado a 90 enfermeiros de família a exercer funções em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do distrito de Bragança integradas na Unidade Local de Saúde do Nordeste. O instrumento utilizado foi o questionário constituído por questões sociodemográficas e profissionais e a escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros”, validada para a população portuguesa por (Oliveira et al., 2009). Os resultados do estudo evidenciam a não existência de associação estatística nos cruzamentos das dimensões da escala com as variáveis idade, experiência profissional, formação profissional e formação em enfermagem de família. Verificou-se existência estatisticamente significativa com as variáveis do título profissional na dimensão Família como um fardo ( $p=0,029$ ), da experiência pessoal com familiares doentes na dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem ( $p=0,009$ ), e da experiência profissional com utentes doentes nas dimensões Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping* ( $p= 0,015$ ) e Família como um recurso nos cuidados de enfermagem ( $p=0,003$ ). A presente investigação evidencia atitudes positivas na integração e inclusão da família na prestação de cuidados de enfermagem nos CSP do distrito de Bragança, sendo imprescindível a promoção na parceria de cuidados da família com os enfermeiros.

**Palavras - chave:** Família, Enfermagem Familiar, Atitude do Pessoal de Saúde, Cuidados de Enfermagem.

## **Abstract**

The relevance of family in the Primary Healthcare (PHC) has been becoming clear in the health policies implementation. The concern and commitment to integrate families in the healthcare is pressing, owing to the promotion and maintenance of family healthcare. Family nursing in the PHC has been valued and recognized, being the cornerstone of the healthcare, throughout the human's life cycle, this being the reason why we find relevant knowing the attitudes of nurses in PHC. Defined Goals: Identifying the importance given by the family nurses to the participation of family in the nursing care and relating the nurses' attitudes with the sociodemographic and professional variables. It is an observational, descriptive, analytical and of cross-quantitative nature study, applied to 90 family nurses exercising functions in Personalized Healthcare Units in the district of Bragança, integrated in the Local Health Unit of the Northeast. The used instrument was a questionnaire, constituted by sociodemographic and professional questions and the "Importance of Family in the Nursing Care – Nurses' Attitudes" scale, validated for the Portuguese population by (Oliveira et al., 2009). The study's results show the non-existence of any statistical association between the crossing of the scale's dimensions and the variables age, professional experience, professional formation and formation in family nursing. The statistically significant existence has been verified, with the variables of professional title in the Family as a burden dimension ( $p=0,029$ ), personal experience with sick relatives in the Family as a resource dimension nursing care ( $p=0,009$ ), and professional experience with sick users in the Family as a dialoguing partner and a coping resource dimensions ( $p=0,015$ ) and Family as a resource in the nursing care ( $p=0,003$ ). The present investigation shows positive attitudes towards the integration and inclusion of family in the nursing care in the PHC in the district of Bragança, being the promotion indispensable in the family care partnership with the nurses.

**Key words:** Family, Family Nursing, Personal Health Attitude, Nursing Care.

## **Agradecimentos**

Reservo estas palavras de agradecimento àqueles que me apoiaram na realização deste trabalho, que constitui mais uma etapa do meu percurso académico.

Deste modo, gostaria de deixar público o meu especial agradecimento a todos os que me ajudaram a concretizar este estudo.

Agradeço a todos os professores do curso e em particular aos Orientadores, Professora Doutora Adília Fernandes e ao Professor Doutor Carlos Magalhães, pela disponibilidade e prontidão em assumir a orientação deste estudo, simpatia, compreensão e pelo modo como o acompanharam.

Este agradecimento é extensível ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Nordeste, Enfermeira Diretora e à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), pelo parecer favorável na operacionalização deste estudo mediante a aplicação do instrumento da colheita de dados.

Aos Enfermeiros Chefes das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do distrito de Bragança, que colaboraram no sentido de envolver os inquiridos no preenchimento dos questionários.

Aos enfermeiros que participaram nesta investigação, respondendo generosamente ao instrumento de colheita de dados.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha família, particularmente aos meus filhos e marido pelo incentivo e apoio para que este trabalho se tornasse uma realidade.

A todos um grato agradecimento!

## **Abreviaturas, acrónimos e siglas**

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ESSa - Escola Superior de Saúde de Bragança

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

IFPSF - Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar

FINC-NA - Families Importance in Nursing Care-Nurse Attitudes

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Science

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

# ÍNDICE

<b>Introdução</b> -----	<b>1</b>
<b>CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>4</b>
<b>1. A Família</b> -----	<b>5</b>
1.1. Tipos e Estrutura da Família-----	7
1.2. Funções da Família -----	10
1.3. Família e Saúde-----	13
<b>2. Enfermagem de Saúde Familiar</b> -----	<b>16</b>
2.1. Abordagem Sistémica do Cuidado à Família -----	19
<i>2.1.1. Abordagem de Enfermagem da Família</i> -----	<i>20</i>
<i>2.1.2. Teorias em Enfermagem da Família</i> -----	<i>21</i>
2.2. Avaliação Familiar-----	23
<i>2.2.1. Modelo de Avaliação e Intervenção da Família e o IFPSF</i> -----	<i>23</i>
<i>2.2.2. Modelo e Formulário de Avaliação da Família de Friedman</i> -----	<i>24</i>
<i>2.2.3. Modelo de Avaliação Familiar de Calgary</i> -----	<i>24</i>
<i>2.2.4. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar</i> -----	<i>29</i>
<b>3. Atitudes dos Enfermeiros</b> -----	<b>30</b>
3.1. Componentes das Atitudes-----	30
3.2. Caraterísticas das Atitudes-----	31
3.3. Funções Psicológicas das Atitudes -----	31
3.4. Atitudes Face à Família -----	32
<b>CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>36</b>
<b>1. Enquadramento Metodológico</b> -----	<b>37</b>
1.1. Contextualização e objetivos do estudo-----	37
1.2. Tipo de estudo -----	39
1.3. População-----	39
1.4. Instrumento de recolha de dados e operacionalização das variáveis em estudo	40
1.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas -----	44
1.6. Procedimentos de análise dos dados-----	45
<b>2. Apresentação e Análise dos Resultados</b> -----	<b>46</b>

2.1. Objetivo 1 – Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros de família à participação da família nos cuidados de enfermagem. -----	53
2.2. Objetivo 2 – Relacionar as atitudes dos enfermeiros com as variáveis sócio-demográficas e profissionais.-----	57
<b>3. Discussão dos Resultados -----</b>	<b>66</b>
<b>Conclusões, limitações e sugestões -----</b>	<b>72</b>
<b>Referências Bibliográficas -----</b>	<b>75</b>
<b>Anexos -----</b>	<b>80</b>
<b>Anexo I</b> – Número total de enfermeiros de família do distrito de Bragança integrados na ULSNE -----	81
<b>Anexo II</b> – Questionário -----	83
<b>Anexo III</b> – Autorização com parecer positivo dos autores da escala IFCE-AE -----	88
<b>Anexo IV</b> – Pedido de autorização à Comissão de Ética da ULSNE para aplicação do questionário-----	90
<b>Anexo V</b> – Autorização da Comissão de Ética da ULSNE para aplicação do questionário nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados -----	92

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Estrutura Concetual de Enfermagem de Família .....	16
Figura 2 - Abordagem de Enfermagem da Família .....	20
Figura 3 - Diagrama Ramificado do Modelo de Avaliação da Família de Calgary .....	25

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caraterização da amostra segundo o Sexo.....	46
Gráfico 2 - Caraterização da amostra segundo a Idade .....	47
Gráfico 3 - Caraterização da amostra segundo Habilitações Académicas .....	47
Gráfico 4 - Caraterização da amostra segundo Título Profissional .....	48
Gráfico 5 - Caraterização da amostra segundo Experiência Profissional.....	49
Gráfico 6 - Caraterização da amostra segundo o Tempo de Funções em Cuidados de Saúde Primários.....	49
Gráfico 7 - Caraterização da amostra segundo a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizada do distrito de Bragança.....	50
Gráfico 8 - Caraterização da amostra segundo Curso de Pós-Graduação ou Pós-Licenciatura de Especialização.....	51
Gráfico 9 - Caraterização da amostra segundo Formação em Enfermagem de Família	51
Gráfico 10 - Caraterização da amostra segundo Experiência Pessoal, com familiares doentes.....	52
Gráfico 11 - Caraterização da amostra segundo ajuda e colaboração da família na Experiência Pessoal, com familiares doentes .....	52
Gráfico 12 - Caraterização da amostra segundo ajuda e colaboração da família na Experiência Profissional, com familiares doentes.....	53
Gráfico 13 - Análise do cruzamento Título Profissional com a dimensão Família como um parceiro dialogante e recurso de <i> coping </i> .....	60
Gráfico 14 - Análise do cruzamento Título Profissional com a dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem.....	61
Gráfico 15 - Análise do cruzamento Título Profissional com a dimensão Família como um fardo.....	61

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Tipos de Família.....	8
Tabela 2 - Classificação das Famílias .....	9
Tabela 3 - Conceitos inerentes à Estrutura Familiar.....	10
Tabela 4 - Funções da Família Tradicional .....	11
Tabela 5 - Funções da Família Contemporânea .....	12
Tabela 6 - Características das Famílias Saudáveis.....	14
Tabela 7 - Ciclo de Vida da Família - Modelo de Duvall .....	27
Tabela 8 - Funções Psicológicas das Atitudes.....	32
Tabela 9 - Fidelidade dos resultados da Escala IFCE-AE da adaptação Portuguesa .....	43
Tabela 10 - Fidelidade dos resultados da Escala IFCE-AE da adaptação Portuguesa do estudo atual.....	44
Tabela 11 - Distribuição dos inquiridos segundo os dados da Escala IFCE-AE.....	55
Tabela 12 - Estatística descritiva das dimensões da Escala IFCE-AE .....	56
Tabela 13 - Correlação de Pearson das dimensões da Escala IFCE-AE .....	57
Tabela 14 - Relação entre as variáveis Sociodemográficas e Profissionais da Escala IFCE-AE.....	58
Tabela 15 - Resultados do teste One-Way ANOVA entre a variável Idade e as dimensões da Escala IFCE-AE.....	59
Tabela 16 - Resultados do teste T-student entre a variável Título Profissional e as dimensões da Escala IFCE-AE.....	60
Tabela 17 - Resultados do teste One-Way ANOVA entre a variável Experiência Profissional e as dimensões da Escala IFCE-AE.....	62
Tabela 18 - Resultados do teste T-student entre a variável Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização e as dimensões da Escala IFCE-AE.....	63
Tabela 19 - Resultados do teste T-student entre a variável Formação em Enfermagem de Família e as dimensões da Escala IFCE-AE .....	63
Tabela 20 - Resultados do teste T-student entre a variável Experiência Pessoal, com familiares doentes e as dimensões da Escala IFCE-AE .....	64
Tabela 21 - Resultados do teste T-student entre a variável Experiência Profissional, com utentes doentes e as dimensões da Escala IFCE-AE .....	65

## Introdução

A família, enquanto sistema social, integra uma diversidade de valores, crenças, conhecimentos e práticas que a tornam singular e única, não obstante a sua rede de múltiplas relações transformam-na sistematicamente mediante processos de coconstrução relativos à sua complexidade e multidimensionalidade (Figueiredo, 2009).

Atualmente, em Portugal a relevância da família nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem vindo a evidenciar-se, quer ao nível do desenvolvimento da literatura, quer na implementação de políticas de saúde (Silva, Costa & Silva, 2013).

O interesse pela saúde familiar e a participação da família nos cuidados, inclusive a metodologia adotada pelo enfermeiro de família nos Cuidados de Saúde Primários levou à definição da temática em estudo “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: a visão do Enfermeiro de Família”.

A família é definida como uma unidade básica da sociedade, centrando-se no processo de desenvolvimento individual e social do ser humano, desempenhando um papel importante na saúde e contribuindo para o bem-estar dos diferentes elementos que compõem a estrutura familiar. É premente a preocupação e o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, tendo em vista a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar (Bezerra *et al.*, 2013).

Os mesmos autores, realçam ainda que

A Promoção da Saúde é discutida desde a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata (1978), no Cazaquistão e foi reforçada na I Conferência sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá (1986). Inicialmente, compreende-se a Promoção da Saúde como proposta de “empoderamento” das pessoas, famílias e comunidades, que permita sua plena e efetiva participação na discussão e elaboração das políticas públicas, as quais colaboram para a melhoria da qualidade de vida. O conceito amplia-se na ideia de produção de ambientes saudáveis (seja ele familiar, no trabalho, no lazer),

buscando a redução das vulnerabilidades e mais recentemente, valorizando as redes sociais que fortalecem o suporte social (p. 271).

A definição de família segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) remete para a promoção da saúde e redução da doença, desde a fase inicial da existência humana quando são assimiladas crenças e comportamentos de saúde por parte do indivíduo, que vão evoluindo gradualmente no decurso do seu ciclo de vida. Decorrente do processo de socialização e das diversas alterações que ocorrem na sociedade, particularmente no acesso aos serviços de saúde, a família assume um papel preponderante de cuidador e de suporte social, afetivo e emocional do indivíduo, sendo simultaneamente o pilar face ao impacto que as transformações sociais provocam (OMS, 2002).

Nesta linha de pensamento, Figueiredo (2009) refere que a família, estrutura constituída como um todo organizado, sofre mudanças a nível emocional durante a fase de sofrimento de um dos seus membros, o que promove as inter-relações familiares nos diferentes contextos de vida diária no sentido de as conseguir ultrapassar.

A este respeito, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) realça que o enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade já que na sua área de intervenção, cuida da família e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família em articulação com outros profissionais de saúde.

O contexto social apresenta novas necessidades de saúde, a prática profissional centrada na família pressupõe a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social, bem como na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados, sendo a sua qualidade influenciada pelos comportamentos e atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem (Araújo, 2010).

A partir destes pressupostos definiu-se o tema da presente investigação, tendo como pergunta de partida: Qual a importância atribuída pelo enfermeiro de família à participação da família nos cuidados de enfermagem?

Foram traçados como objetivos para a concretização deste estudo:

Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros de família à participação da família nos cuidados de enfermagem;

Relacionar as atitudes dos enfermeiros com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Para dar resposta à pergunta de partida e respetivos objetivos desenvolveu-se um estudo do tipo observacional, descritivo, analítico e transversal de cariz quantitativo Pais Ribeiro (2007), tendo sido implementado nos Centros de Saúde (CS) do distrito de Bragança integrados na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), aos enfermeiros de família que exercem funções nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Para uma melhor organização, o trabalho foi estruturado em duas partes fundamentais, a primeira parte engloba os conceitos teóricos que justificaram a escolha da temática e a segunda parte identifica os procedimentos relacionados com o enquadramento metodológico, incluindo a apresentação, análise e discussão dos resultados, seguida da conclusão, onde se enquadrou a síntese dos principais resultados, bem como as limitações encontradas e as implicações para o futuro na enfermagem de saúde familiar.

## **CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. A Família

Etimologicamente, a palavra família tem a sua origem no latim, derivando do termo romano “famulus” que significa servidor, não tendo o significado atual do termo, nem o enquadramento nas estruturas, papéis e funções da noção de família moderna (Leandro, 2006).

Johnson (1992), citado por Lancaster e Stanhope (1999, p. 493) defendia que

(...) a família é composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação continua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com as outras certas obrigações.

Cada família tem a sua identidade e unicidade, sendo impensável a sua descrição apenas com base nos indivíduos que a constituem, pois organiza-se numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e os papéis de cada um, bem como as expectativas sociais, o que significa que a forma específica e singular como cada família se posiciona é efetivamente única para aquela família, pelo que “(...) não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal”(Relvas, 2004, p. 14).

Segundo Hanson (2005, p.6), “(...) família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos”.

No que concerne à concetualização da família, também Murdock (2003), citado por Alarcão e Relvas (2007, p. 55), refere que a família é “(...) estrutura social ou universal pruzida pela evolução da sociedade humana, que é, presumivelmente, o único ajustamento possível a uma série de necessidades básicas”.

A família quando organizada como estrutura na sua globalidade, sofre mudanças e alterações de valorizar quando um dos seus membros tem um problema de saúde, pois as angústias, os medos, os sofrimentos e as dúvidas, estão presentes assim como as incertezas no decorrer do tratamento e prognóstico. A família como estrutura no seu todo caracteriza-se fundamentalmente quando estabelece interrelações entre os seus

membros, num contexto específico de estrutura, organização e funcionalidade (Figueiredo, 2009).

Minuchin e Fishman (2003) citado por Freitas (2009, p.30) consideram “(...) a família como subsistema de unidades mais amplas - a família extensa, a vizinhança, a sociedade como um todo”.

A família pode ser 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, sendo vista para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas importantes para o utente, que constituem as partes do grupo (OE, 2010).

Na perspetiva de Rebelo *et al.* (2011), a família é considerada na sociedade como unidade elementar e é reconhecida a sua importância nos elementos que a integram relativamente à saúde e a doença. O conceito de “(...) família remete geralmente para a existência de um conjunto de pessoas unidas por laços de parentesco ou afinidade, que coabitam e se apoiam reciprocamente” (p. 11).

Estudos de arqueologia e antropologia apresentaram provas de vida familiar pré-histórica, isto é, a existência de famílias anteriores às fontes históricas escritas, onde as funções da família se mantêm constantes ao longo dos tempos. A estrutura, o processo e a função familiar em resposta às necessidades diárias dos seres humanos, da própria família e da sociedade, ao longo da evolução, foram-se tornando mais institucionalizadas e homogéneas. Embora a díade homem/mulher seja a unidade mais antiga e tenaz da história, em que a família nuclear domina a vida moderna, na maior parte das sociedades, o reprodutor tornou-se em “casal” protetor com unidade económica. Há também necessidade de socialização e à medida que pequenos grupos de famílias conjugais começam a formar comunidades a complexidade de ordem social aumenta, alterando-se a definição de família. Inicialmente a entidade familiar é constituída pela figura do marido e mulher, com papéis sociais bem demarcados, em que os homens trabalhavam fora de casa e asseguravam o sustento da família, as mulheres realizavam trabalho doméstico, e competia-lhes a socialização dos novos membros. Nessa altura, os elementos da família dependiam economicamente do chefe de família, mas a partir da década de sessenta, 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 a profissão e contribuía para o sustento da família. A partir da época de 1750, quando surgiu inicialmente a revolução industrial, as famílias alargadas começaram a escassear e começam a surgir as famílias nucleares, e tanto no Continente Europeu como no Continente Americano a sociedade das famílias altera-se, mais por uma lógica económica do que por uma lógica consanguínea, pois ambos os elementos nucleares tinham que trabalhar, alterando a estrutura básica das famílias (Hanson, 2005).

Atualmente as famílias não podem ser separadas do vasto sistema de que fazem parte, nem ser desligadas do seu passado histórico, já que tal como algumas famílias antigas e atuais assumiram comportamentos diferentes para com instituições sociais, também o contrário acontece proporcionando um ambiente saudável, assim a família como instituição é essencial ao indivíduo e à sociedade (Rodrigues, 2013).

Neste contexto, é pertinente uma abordagem à alteração da tipologia e funções familiares.

### 1.1. Tipos e Estrutura da Família

A partir da segunda metade do século XX, assiste-se ao aumento do número de famílias comparativamente com o aumento da população, tornando-se cada vez mais pequenas, aumentando o número de famílias do tipo nuclear ou unipessoal, em detrimento da família extensa e múltipla, o que se justifica pelo aumento da esperança de vida e pela diminuição acentuada da natalidade, o que em termos práticos se traduz num maior número de casais idosos e indivíduos a viverem sós (viúvos e viúvas). As famílias podem ter estruturas e funções diferentes, de acordo com os países e culturas onde se inserem, como consequência de opções individuais e de valores sociais e pela influência das tendências sociais e do ambiente exterior. No entanto, a unidade familiar sobrevive como uma unidade social importante em quase todas as sociedades, independentemente do tipo de família (Nogueira, 2003).

O tipo de família é uma classificação importante, efetivada com intuito de diferenciar a sua composição e os vínculos entre os seus membros. “A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração” (Figueiredo, 2012, p.74).

Já Potter e Perry, em 2003, defendiam a classificação da família por tipos, como se descreve na tabela 1.

**Tabela 1**  
***Tipos de Família***

---

<b>Família Nuclear</b>	Esta família é composta por marido e mulher (e talvez um ou mais filhos).
<b>Família Alargada</b>	Esta família inclui parentes (tias, tios, avós e primos), para além da família nuclear.
<b>Família Monoparental</b>	Esta família é formada quando um dos pais deixa a família nuclear devido à morte, divórcio ou abandono, ou quando uma pessoa solteira decide ter ou adotar uma criança.
<b>Família Reconstituída</b>	Esta família é formada quando os pais trazem filhos de relações parentais ou de acolhimento anterior, para uma nova situação de coabitação.
<b>Padrões Alternativos de Relações</b>	Estas relações incluem agregados familiares com vários adultos, famílias com gerações de pais ausentes (avós a criarem netos), comunidades com filhos, “não-famílias” (adultos a viverem sozinhos), parceiros em coabitação e casais homossexuais.

---

Fonte: Potter & Perry (2003, p. 535)

A este respeito, e pela evolução que a tipologia familiar foi atravessando Minunchin (1974) citado por Muñuz *et al.* (2012) definiram a classificação das famílias segundo a estrutura familiar, que se descrevem na tabela 2.

**Tabela 2**  
**Classificação das Famílias**

---

<b>Família nuclear simples</b>	São as famílias em que vivem os cônjuges e menos de três filhos.
<b>Família nuclear numerosa</b>	Formada por três ou mais filhos com os seus pais.
<b>Família extensa e de origem alargada</b>	Vivem avós, irmãos, tios, primos, todos unidos por laços de consanguinidade. É importante valorizar a hierarquia.
<b>Famílias extensa composta</b>	É aquela em que vivem outras pessoas sem vínculo sanguíneo.
<b>Família monoparental</b>	É constituída por um só cônjuge e seus filhos.
<b>Família homoparental</b>	Constituída por cônjuges do mesmo sexo e seus filhos.
<b>Família binuclear e reconstituída</b>	Aquelas famílias em que um dos cônjuges, ou ambos, são divorciados e coabitam filhos de pelo menos um dos progenitores.
<b>Sem família</b>	Neste tipo contempla-se não só o adulto solteiro, mas também o divorciado ou o viúvo sem filhos.
<b>Equivalentes familiares</b>	Trata-se de indivíduos que vivem no mesmo lugar sem constituir um núcleo familiar tradicional, como por exemplo, grupos de amigos que vivem juntos, religiosas que vivem fora da sua comunidade e/ou pessoas que vivem em residências ou asilos.

---

Fonte: Minuchin (1974) citado por Muñoz *et al.* (2012, p.2444)

Jiménez Godoy (2005) citado por Muñoz *et al.*, (2012) refere que a família estrutura a sua própria realidade de acordo com as suas expectativas, cultura e crenças, influenciando a forma como os membros da família se relacionam e a dinâmica que adota cada um dos membros.

A estrutura familiar organiza-se segundo as suas funções para que os membros da família se relacionem e obedeçam aos conceitos (Minuchin,1974, citado por Muñoz *et al.*, (2012), descritos na tabela 3.

**Tabela 3**  
***Conceitos inerentes à Estrutura Familiar***

---

<b>Hierarquia</b>	Define a função do poder e a diferença dos papéis dos pais e dos filhos. Considera-se uma hierarquia clara e inequívoca, requisito necessário para a funcionalidade da família.
<b>Limites</b>	Inclui as regras que determinam quais os membros dos diferentes subsistemas a sua participação e de que forma.
<b>Alianças</b>	Faz referência às uniões relacionais positivas entre certos membros do sistema familiar.
<b>Adaptabilidade</b>	É a capacidade do sistema familiar para sobreviver, num processo dinâmico e da capacidade da família em modificar as suas rotinas, caso seja necessário.
<b>Coesão</b>	Representa os laços emocionais que os membros da família apresentam entre si.
<b>Subsistema conjugal</b>	É formado pelo casal e em torno deste se formam todas as relações. Possuem funções específicas vitais para o posterior funcionamento da família.
<b>Subsistema parental</b>	É formado por pais e filhos. Representa o poder executivo e exerce as suas funções organizativas básicas. Neste subsistema são primordiais os princípios de autoridade, hierarquia e diferenciação dos membros, com a necessidade de partilhar sentimentos de união e apoio.
<b>Subsistema fraternal</b>	É formado pelos irmãos. As relações entre irmãos são muito significativas e constituem um campo de aprendizagem, onde se desenvolve a cooperação, a negociação e a competição.

---

Fonte: Muñoz *et al.* (2012, p. 2444)

A estrutura familiar refere-se às características demográficas de cada membro da família, em particular, a estrutura familiar determina os papéis, as funções e posições hierárquicas dos membros da unidade familiar (Stanhope & Lancaster, 2008).

A este respeito, de seguida abordam-se as funções da família, numa perspetiva historicamente evolutiva, passando das famílias tradicionais às famílias contemporâneas.

## 1.2. Funções da Família

As famílias, no decorrer da sua evolução desempenharam funções tradicionais, que segundo Hanson (2005) são as que figuram na tabela 4.

**Tabela 4**  
***Funções da Família Tradicional***

---

<b>Assegurar a sobrevivência económica</b>	O pai sustentava o lar trabalhando para fora. Enquanto a mãe era esposa, dona de casa e educadora dos filhos. Famílias numerosas por razões económicas, da qual todos contribuíam e todos beneficiavam.
<b>Reproduzir a espécie</b>	Em tempos anteriores os casais só tinham relações sexuais e filhos após o casamento.
<b>Proporcionar proteção</b>	Os membros da família precisam uns dos outros como forma de união e proteção, dos mais vulneráveis (crianças, idosos e incapacitados).
<b>Transmissão da fé religiosa</b>	A fé fazia parte integrante da vida diária e familiar. Respeito pela tradição e valores religiosos.
<b>Proporcionadora de educação e socialização</b>	Transmissão da cultura de uma geração para a seguinte, preparando os seus membros, os rapazes preparavam-se para trabalhar para o negócio e gestão, enquanto as raparigas aprendiam a ser as donas de casa.
<b>Conferir estatuto</b>	O nome da família predispunha o estatuto social onde a família era incluída. Era muito importante ter nome de família conceituado numa sociedade com estratificação social rígida.

---

Fonte: Hanson (2005, p. 27-28)

Com o decorrer dos tempos a sociedade sofreu alterações visíveis manifestando-se pela mudança das funções e pela introdução de novas funções da família, às quais Hanson (2005) faz referência definindo-as como funções das famílias contemporâneas, como se pode observar na análise da tabela 5.

**Tabela 5**  
***Funções da Família Contemporânea***

---

<b>Função econômica</b>	A dependência econômica da família não depende só do chefe de família, existe maior independência financeira. Os filhos são considerados como luxos dispendiosos e não como bens econômicos.
<b>Função reprodutora</b>	A sexualidade e a procriação deixaram de ter fronteiras matrimoniais.
<b>Função de proteção</b>	Já não tem tanta importância devido à existência de instituições de assistência sociais e legais desvinculando o papel de proteção familiar.
<b>Função religiosa</b>	A transmissão da religiosidade foi relegada para as instituições religiosas, desvalorizando os valores religiosos e culturais.
<b>Função educativa e de socialização</b>	A função educativa da família tem-se perdido e transferido para as escolas, incumbindo à escola para além da função de instrução, a de educação.
<b>Função de conferir estatuto social</b>	O nome de família deixa de dar <i>status</i> . O estatuto é obtido pela instrução, profissão, rendimento e residência.
<b>Função de relação</b>	É uma nova função das famílias contemporâneas. Os casais unem-se, casam-se e têm filhos, não por necessidade de proteção e sustentabilidade mas pelo sentimento e intimidade.
<b>Função de saúde</b>	A família é a gênese da saúde física e mental de toda uma vida. A alteração do padrão de saúde de um dos membros afeta todo o agregado familiar, assim como, a promoção da saúde é feita pela transmissão de atitudes, crenças e hábitos.

---

Fonte: Hanson (2005, p. 28-29)

Figueiredo (2012) reforça que a família, enquanto grupo, vai evoluindo tendo em conta os seus objetivos e desenvolvendo determinadas funções que ao longo dos tempos se vão alterando. As alterações referenciadas são influenciadas pelos contextos em que a família se insere, respeitando as normas e adquirindo vivências diversificadas. Tradicionalmente eram atribuídas à família, funções de reprodução da espécie, de segurança e proteção, funções econômicas de produção de bens, através da divisão sexual e do trabalho. Atualmente, todas as famílias têm determinadas funções que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às suas necessidades, às necessidades dos seus membros individualmente e às expectativas da sociedade.

A família deve ser considerada como um todo, enquanto objeto de prestação de cuidados de saúde e tendo em conta a sua relevância na sociedade, fomentou a conceção da atual Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 367/2015)

### 1.3. Família e Saúde

A família assume uma estrutura dinâmica em constante mudança, mas a estrutura familiar depende das particularidades, especificidades e demografia dos membros que a constituem, influenciando o estado de saúde familiar. Para determinar estruturas familiares existem aspetos a ser considerados como: a identificação dos indivíduos que compõem a família, as relações entre eles, as suas interações e as interações destes com outros sistemas sociais segundo Denham (2005, citado por Stanhope & Lancaster, 2008).

O conceito de saúde da família é utilizado em paralelo com os conceitos de funcionalidade da família e famílias saudáveis. Refere-se frequentemente à saúde mental dos elementos que constituem cada estrutura familiar. Em relação à funcionalidade, podemos agrupar as famílias funcionais e disfuncionais. Estas famílias disfuncionais denominadas de não complacentes muitas das vezes são “rotuladas” por não serem um exemplo e por não funcionarem interna e externamente (Stanhope & Lancaster, 2008).

Hanson (2005, p.7) refere que o conceito de saúde familiar “(...) é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológicos, espiritual sociológico e cultural do sistema familiar”.

O conceito de saúde familiar depende em simultâneo da saúde e da doença de cada indivíduo, afetando o funcionamento da família, e por sua vez, o funcionamento da família afeta a saúde dos indivíduos. Existe uma abordagem bio-psico-sociocultural e espiritual que deve ser avaliada individualmente e em relação à unidade familiar, em consonância com o meio envolvente e da comunidade em que a família está inserida (Stanhope & Lancaster, 2008).

As famílias saudáveis consideradas funcionais assumem as necessidades relacionais e de autorrealização como prioritárias, visto que as necessidades básicas estão resolvidas e bem estabelecidas. Nestas circunstâncias, para Carter e McGoldrick (1998), citado por Stanhope e Lancaster (2008) as famílias saudáveis baseiam as suas

caraterísticas na vinculação e nas necessidades de natureza afetiva. Na tabela 6, apresentam-se as caraterísticas das famílias que são saudáveis e que funcionam adequadamente na sociedade em que se inserem.

**Tabela 6**  
***Caraterísticas das Famílias Saudáveis***

---

- ✓ A família tende a comunicar bem e a ouvir todos os seus membros
  - ✓ A família afirma e apoia todos os seus membros
  - ✓ A educação para o respeito dos outros é valorizada pela família
  - ✓ Os membros da família têm um sentimento de confiança
  - ✓ A família diverte-se em conjunto e o humor está presente
  - ✓ Todos os membros interagem entre si e existe um equilíbrio das interações entre os membros
  - ✓ A família partilha tempos de lazer em conjunto
  - ✓ A família tem um sentido de responsabilidade partilhado
  - ✓ A família tem tradições e rituais
  - ✓ A família partilha um sentido religioso
  - ✓ A privacidade dos membros é respeitada pela família
  - ✓ A família abre as suas fronteiras para procurar e acolher ajuda para os problemas
- 

Fonte: Hanson SMH, Gedaly-Duff e Kaakinen Jr (2005) citado por Stanhope & Lancaster (2008, p. 583)

As famílias podem não ser consideradas totalmente boas, possuem capacidades e responsabilidades que influenciam nas rotinas diárias no sentido de se adaptarem e ultrapassarem as dificuldades presentes. A resiliência da família, não é mais que, a capacidade de resistir e ultrapassar às várias adversidades, sendo uma vertente de investimento por parte dos profissionais de saúde de extrema importância para a estabilidade e união familiar, assim como uma ferramenta de avaliação contínua dos enfermeiros de família (Stanhope & Lancaster, 2008).

Segundo Hanson (2005) as famílias funcionais também têm dificuldades em conviver sob *stress* e desenvolvem estratégias de *coping* que podem ser ou não adequadas. Lazarus e Folkman (1984), citado pelo mesmo autor (p. 101) referem que *coping* familiar consiste em “(...) mudar constantemente os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências externas e/ou internas específicas, avaliadas como estando a sobrecarregar ou exceder os recursos da pessoa”.

Na família, o ser humano desenvolve e promove o conceito de saúde adquirindo hábitos saudáveis, por sua vez a dimensão emocional pode ter um efeito mediador ou de impacto que facilita a recuperação da saúde, quando um membro da família necessita de cuidados. Tratando-se da saúde familiar, o grau de suporte é compartilhado para que as necessidades de todos os membros sejam satisfeitas e não apenas que uma só pessoa se sacrifique continuamente (Nogueira, 2003).

## 2. Enfermagem de Saúde Familiar

Wright e Leahey (2002) são das primeiras teóricas a argumentar que a enfermagem de família surge da interceção de três áreas do conhecimento, as ciências de enfermagem, as ciências sociais e a terapia familiar.

As ciências sociais, servem-se da explicação do funcionamento e dinâmica familiar, a nível da terapia familiar utiliza a abordagem terapêutica centrada nas forças da família e no domínio das ciências de enfermagem, que refletem os valores, teorias e concepções, cujo sentido de pessoa e ambiente de cuidados guiam a avaliação, bem como a intervenção do enfermeiro no processo de saúde/doença (Hanson, 2005).

Na linha de pensamento do mesmo autor, a “(...) perspetiva transversal do conceito de Enfermagem de Saúde Familiar, que simultaneamente integra o indivíduo, a família e a comunidade tem objetivo da promoção, manutenção e recuperação da saúde da família” (p. 216). Deste modo, o cruzamento dos conceitos de *indivíduo*, *família*, *sociedade* e *enfermagem de família* carece de uma abordagem social complexa, em que o enfermeiro recorre a abordagens sistemáticas da família (Figura 1). Na prática dos cuidados de enfermagem de família pretende-se promover a mudança, ajudando as famílias a identificar os problemas, as estratégias de *coping* e os recursos, facilitando os fluxos positivos entre os suprassistemas da comunidade e os sistemas familiares.

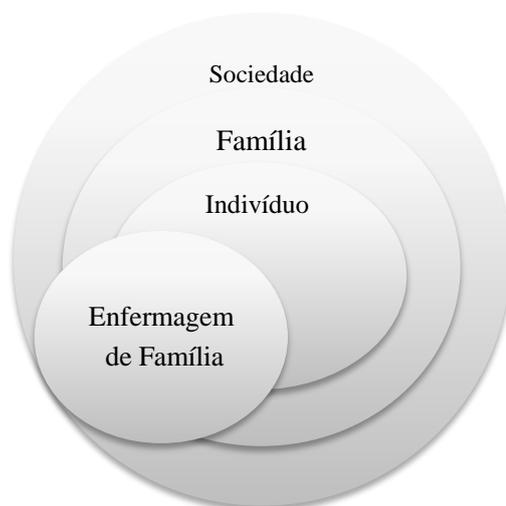


Figura 1 - Estrutura Conceitual de Enfermagem de Família

Fonte: Hanson (2005, p.8)

Para os profissionais de enfermagem é visível o interesse no foco familiar, o que é defendido por Wright e Leahey (2009) quando apresentam o seguinte:

- na saúde das famílias, a promoção, manutenção e a recuperação tem importância para a sobrevivência da sociedade;
- a saúde e a doença são conteúdos relevantes na família;
- a família é um todo, sendo assim é afetada quando um dos seus membros vivencia problemas de saúde, alterando o estado de bem-estar de todos os membros;
- a saúde e os comportamentos individuais afetam a família como um todo tendo impacto crucial na resolução dos problemas nos restantes elementos da família;
- a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando a ênfase é colocada sobre a família e não apenas sobre o indivíduo.

A família é determinante para estabelecer a independência entre os seus membros facilitando o crescimento pessoal. Apesar de cada membro ter a sua autonomia e personalidade, a família deve manter a integridade de cada indivíduo e criar regras que dirigem a conduta dos seus membros. Estas normas de comportamento não explícitas vão-se estabelecendo com a convivência e afetam a privacidade, os modelos interativos, a autoridade e a tomada de decisões; a família muda para adaptar-se ao meio (Marinheiro, 2002).

O enfermeiro deve procurar, juntamente com a família, a melhor forma de integrar a prestação de cuidados decorrente da alteração de saúde, das rotinas familiares diárias e se necessário, mobilizar recursos existentes na comunidade. No entanto, a intervenção de enfermagem deverá ser no sentido de trabalhar com a família e não para a família, respeitando sempre a sua autonomia e capacidade de decisão em função dos seus valores (Potter & Perry, 2003).

A este respeito, as políticas são claras, quando referem a importância do papel do enfermeiro de família, como consta da publicação da OMS (2002), na temática Saúde Para Todos no Século XXI e cumprindo o pressuposto da Meta 15, “(...) onde é defendida a necessidade de um setor da saúde mais integrado, com ênfase mais forte nos CSP, designando-se o enfermeiro de saúde familiar, o profissional da saúde responsável (...)” pelo acompanhamento familiar (Silva, Costa & Silva, 2013, p. 20).

Com base no pressuposto anterior, a OMS (2002) sustenta que o papel da enfermagem de saúde familiar no contexto dos CSP deve ser assegurado pelo

enfermeiro experiente. Este deve proporcionar a um número limitado de famílias os cuidados, apoio e aconselhamento sobre os estilos de vida saudáveis, de forma a incluir os cuidados secundários e terciários como suporte aos CSP.

A nível nacional, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 indica a necessidade de se implementar uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida, por permitirem uma perceção mais integrada dos problemas de saúde, com a responsabilidade de promover, potenciar e preservar a saúde em cada momento e contexto.

Silva, Costa & Silva (2013) reforçam ainda que

as directrizes descritas em relação aos CSP, quer no que respeita à organização dos serviços, quer à orientação dos cuidados, demonstram a importância das práticas clínicas de enfermagem centradas na família e na relação que cada enfermeiro estabelece com a mesma no processo de cuidados (p. 21).

Neste contexto, a publicação do Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de agosto, vem regulamentar o papel do enfermeiro de família como profissional de enfermagem que integrado numa equipa multiprofissional assume a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem globais à família em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade. O enfermeiro de família presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, nos vários níveis de prevenção e em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde. Outro âmbito de ação do enfermeiro de família é a promoção e a ligação da família com outros profissionais de saúde e os recursos da comunidade, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.

A legislação implica mudanças nos processos intrafamiliares, na interação da família e no ambiente envolvente. A este respeito a Portaria nº 8/2015 de 12 de janeiro, apresenta diretrizes e requisitos que integram experiências piloto onde a intervenção do enfermeiro de família é centrada na resposta humana aos problemas de saúde ao longo do ciclo vital, com colaboração de outros profissionais de saúde e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) acompanhando os cidadãos e famílias na gestão efetiva dos processos de transição que os desafios de saúde vão exigindo.

De acordo com o Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, tendo como base o Regulamento n.º 126/2011 com a mesma denominação é fundamental a implementação de uma prática especializada permitindo uma melhoria contínua da qualidade no exercício da função profissional dos enfermeiros especialistas. Neste seguimento, no artigo 4.º, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar são o cuidado à “(...) família como unidade de cuidados;” e prestam “(...) cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.” (Regulamento n.º 126/2011, p. 8660).

O cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. 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 concetualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, mutualidade e multidimensionalidade que considera a autenticidade da família (Figueiredo, 2012).

### 2.1. Abordagem Sistémica do Cuidado à Família

Na perspetiva de Relvas (2004) a família é considerada um sistema aberto, que se adapta às diferentes exigências das diversas fases do seu ciclo de desenvolvimento, bem como às mudanças das solicitações sociais com a finalidade de assegurar continuidade e crescimento psicossocial aos membros que a compõem. É um sistema com a capacidade de se autorregular por regras desenvolvidas e modificáveis no tempo através de tentativa erro, que permite aos seus membros experimentar o que é consentido na relação até uma definição estável.

### 2.1.1. Abordagem de Enfermagem da Família

Segundo Hanson a prestação de cuidados de enfermagem à família é entendido como “(...) o processo de prover as necessidades de saúde das famílias que estejam no âmbito da prática de enfermagem” (2005, p.8).

Na prática de enfermagem da família é importante concetualizar e abordar a família segundo quatro perspetivas: a família como *contexto*, a família como *cliente*, a família como *sistema* e a família como *componente da sociedade* (Stanhope & Lancaster, 2008), tal como se observa na figura 2.

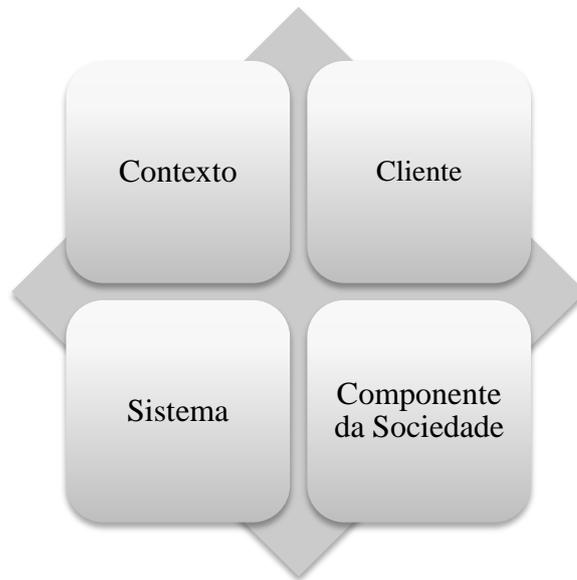


Figura 2 - Abordagem de Enfermagem da Família

Fonte: Hanson SMH, Gedaly-Duff e Kaakinen Jr (2005) citado por Stanhope & Lancaster (2008, p. 586)

Na família como *contexto*, o centro de atenção é a saúde e o desenvolvimento de um membro integrado num ambiente específico. No processo de enfermagem a avaliação individual deve ter em consideração o papel da família, as necessidades básicas do indivíduo em particular, a nível das necessidades psicológicas e dos objetivos de vida, com intuito de atingir o mais alto nível de saúde. A família apesar de ser considerada uma força, pode também dificultar a saúde individual e o desenvolvimento da doença (Potter & Perry, 2003; Stanhope & Lancaster, 2008).

As mesmas autoras têm uma visão da família como *cliente*, onde é imprescindível a família ser considerada o foco dos cuidados de enfermagem, encarada como a soma dos seus membros. Esta visão é centrada na forma como a família reage, como um todo e quando um membro tem um problema de saúde.

Quando abordamos a família como um *sistema*, o núcleo é a família como cliente, vista como um sistema interativo, no qual o todo é mais que a soma das suas partes. Esta abordagem centra-se, simultaneamente, nos membros de forma individual e na família como um todo. A abordagem sistémica das famílias implica a existência e desenvolvimento de acontecimentos que influenciam o membro da família e os restantes elementos da estrutura familiar.

Muitas famílias são sistemas abertos, porque estão em constante interação com os sistemas da sociedade (unidades de saúde, escola, outras famílias). Por sua vez, outras famílias são sistemas fechados resistentes à interação e à influência externa. Cada família enquanto sistema é um todo, mas é também parte de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra (Relvas, 2004; Stanhope & Lancaster, 2008).

A família como *componente da sociedade* é vista como uma instituição da sociedade, uma unidade básica ou primária, assim como uma instituição de saúde, educação, religião, onde todas fazem parte do sistema social alargado. A família interage com as instituições de maneira a receber, trocar e prestar serviços mutuamente (Stanhope & Lancaster, 2008).

### **2.1.2. Teorias em Enfermagem da Família**

As teorias em enfermagem da família têm vindo a assumir uma evolução ao nível do conhecimento baseando-se em três perspetivas: *ciência social familiar*, *terapia familiar* e *enfermagem*. Ao abranger as três perspetivas é necessária uma abordagem integradora, pois a utilização de uma única perspetiva teórica é limitadora da ação dos enfermeiros no conhecimento, apreciação e intervenção junto das famílias. Neste sentido, é importante os enfermeiros de família recorrerem a múltiplas teorias para desenvolver eficazmente a sua prestação de cuidados. Das três teorias, a teoria da *ciência social familiar* é a que fornece informações mais desenvolvidas e clarificadas no que concerne ao funcionamento da família na sua globalidade e nas diversas interações com o mundo exterior. No âmbito da teoria da *ciência social familiar* existem quatro

abordagens conceituais: *teoria estrutural funcional*, *teoria do desenvolvimento*, *teoria interacionista* e a *teoria dos sistemas* (Stanhope & Lancaster, 2008).

A *teoria estrutural funcional* centra-se numa abordagem global da família, observando-a na comunidade alargada onde se insere. A maior fragilidade desta abordagem é a imagem estática que a família poderá assumir, não permitindo uma mudança dinâmica ao longo do tempo.

A *teoria do desenvolvimento* centra-se na enfermagem dirigida ao sistema familiar ao longo do tempo e do ciclo de vida nas diferentes etapas, proporcionando uma previsão do que a família vai experienciar nos vários momentos do ciclo de vida familiar. Um dos seus pontos fracos está relacionado com o facto de o modelo ter sido desenvolvido num momento em que a família nuclear tradicional era evidente.

A *teoria interacionista* estuda a família como unidade de personalidade em interação e explora as comunicações simbólicas entre os seus membros. O foco essencial são os processos em substituição dos produtos das interações sociais. No entanto, a sua vulnerabilidade reside na extensão e falta de consenso no respeitante a conceitos e pressupostos da teoria.

A *teoria dos sistemas* tem por base as ciências da biologia e da física. O sistema é denominado um conjunto de elementos interativos, dependendo do ambiente onde reside, pode ser considerado um sistema aberto fazendo troca de energia com o ambiente (negentropia), ou um sistema fechado, isolado do seu ambiente (entropia). O estado de equilíbrio de um sistema familiar depende de um *feedback* positivo ou negativo, onde a abordagem sistémica observa a família numa perspetiva subsistémica e suprassistémica, com intuito de observar as interações entre os subsistemas e suprasistemas da família. A fragilidade apontada a esta teoria é o facto de não dar ênfase a cada membro da família e aos indivíduos em particular, mas à interação da família com outros sistemas.

O aspeto fundamental das teorias em enfermagem da família é a utilização de múltiplas teorias que nos fornecem informações e referências para a compreensão das famílias, proporcionando ao enfermeiro intervenções e apoio à família (Stanhope & Lancaster, 2008).

## 2.2. Avaliação Familiar

Para se proceder à avaliação familiar são utilizados modelos teóricos de avaliação, bem como instrumentos de apreciação que cada enfermeiro deverá desenvolver na sua prática diária.

O processo de enfermagem é o ponto de partida da prática diária dos enfermeiros nos cuidados de saúde e no desenvolvimento do trabalho com a família. Este inclui cinco etapas, que devem ser desenvolvidas de forma sequencial: Avaliação Inicial, Diagnóstico, Planeamento, Intervenção e Avaliação Final. São vários os instrumentos de avaliação familiar adaptados à medicina familiar para identificar as necessidades da família que cuidamos. A avaliação familiar requer a utilização de instrumentos de colheita de dados que permitam conhecer a família e a sua dinâmica, por forma a potenciar a intervenção do enfermeiro de família (Rebello *et al.*, 2011).

Existem modelos para o exercício da função do enfermeiro de família, este deverá desenvolver e aplicar o mais adequado ao estudo de cada família (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

### **2.2.1. Modelo de Avaliação e Intervenção da Família e o IFPSF**

O modelo de Avaliação e Intervenção da Família baseia-se na teoria dos cuidados de saúde de Berkey e Hanson dando mais importância à família do que ao indivíduo. Este modelo aborda três áreas: a promoção da saúde, atividades saudáveis, identificação do problema, fatores familiares nas linhas de defesa e resistência; a reação da família e instabilidade nas linhas de defesa e resistência; a restauração da estabilidade da família, e do funcionamento ao nível da prevenção e intervenção (Hanson, 2005).

O instrumento de avaliação utilizado na base deste modelo é designado por Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar (IFPSF). Este instrumento extrai informação qualitativa e quantitativa sobre a saúde familiar, fornecendo orientações aos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar.

O IFPSF é dividido em três seções: os fatores de *stress* dos sistemas da família: geral; os fatores de *stress* dos sistemas da família: específico; e os pontos fortes do sistema familiar. O preenchimento do formulário é solicitado a cada membro da família

e os dados quantitativos e qualitativos auxiliam na determinação do nível de prevenção e intervenção necessários para a família em estudo (Hanson, 2005).

### **2.2.2. Modelo e Formulário de Avaliação da Família de Friedman**

O modelo de avaliação familiar de Friedman foi criado em 1998, com base nas categorias estrutural, funcional e de desenvolvimento e na teoria de sistemas.

Este modelo tem uma visão antagônica relativamente ao modelo anteriormente referido (Modelo de Avaliação e Intervenção da Família - IFPSF) que tem uma visão mais minuciosa e microscópica. O Modelo de Avaliação da Família de Friedman aborda a família numa visão macroscópica, vendo a família como subsistema de uma sociedade mais vasta. O enfermeiro quando utiliza o modelo avalia a família como um todo, como uma subunidade da sociedade e como sistema interativo. Hanson (2005) refere que Friedman (1998) agrupa quatro dimensões estruturais básicas, sendo elas: os sistemas de papéis, os sistemas de valores, as redes de comunicação e a estrutura de poder. Este modelo oferece linhas de orientação aos enfermeiros de família para a planificação dos cuidados de saúde e é avaliado segundo um formulário constituído por seis categorias: “dados de identificação, estágio de desenvolvimento e história da família, dados ambientais, estrutura da família, (...) as funções da família (...) e stress e *coping* familiar (Hanson, 2005, p. 186).

### **2.2.3. Modelo de Avaliação Familiar de Calgary**

O Modelo de Avaliação Familiar de Calgary realiza o estudo da família como um sistema, tem como princípio a existência de subsistemas onde cada membro individualmente ou a família em conjunto interagem, com a finalidade de promover um constante equilíbrio. É um modelo multidimensional abrangendo os conceitos de sistema, cibernética, comunicação e mudança, centrando-se na interação entre todos os membros da família. O modelo assenta em três categorias principais para a avaliação familiar: *estrutural*, *desenvolvimento* e *funcional* (Wright & Leahey, 2002). Na figura 8 está representado o Diagrama Ramificado do Modelo de Avaliação da Família de Calgary.

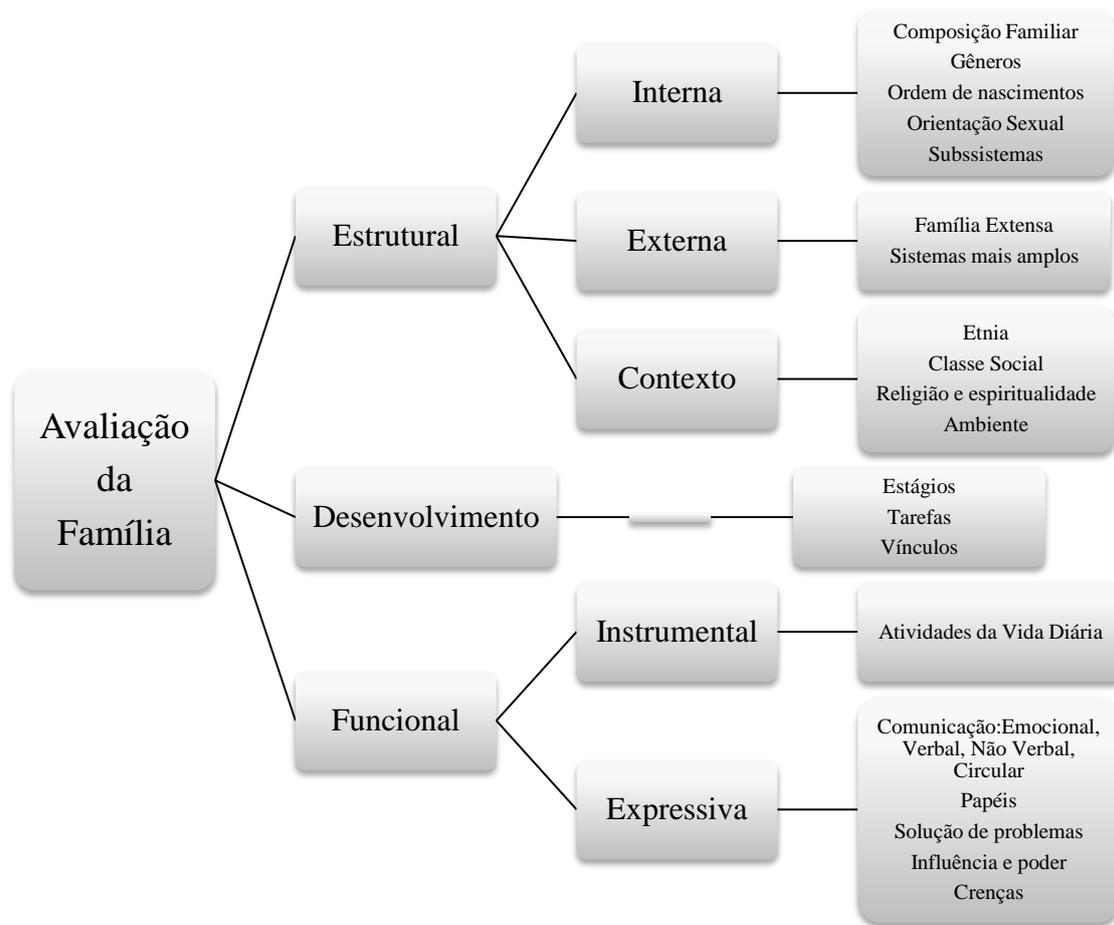


Figura 3 - Diagrama Ramificado do Modelo de Avaliação da Família de Calgary

Fonte: Wright & Leahey, (2002, p.6)

Na aplicação do modelo de Calgary, o enfermeiro de família explora as categorias ou subcategorias que considera mais necessária.

Na avaliação *estrutural* são abordadas três subcategorias. A nível da estrutura interna da família avalia a composição da família e as características dos seus membros. Para que seja possível uma percepção da estrutura, dos graus de parentesco, posição de cada membro, acontecimentos mais importantes, atividade profissional e principais problemas de saúde de cada membro da família, é utilizado o Genograma Familiar.

O Genograma Familiar, segundo McGoldrick (1987) citado por (Rodrigues *et al.*, 2007, p.2) representa a “árvore familiar que regista informação sobre os membros de uma família e as suas relações durante pelo menos três gerações”. A sua apresentação gráfica facilita a observação e intervenção dos profissionais de saúde na identificação da problemática. Segundo Rebelo *et al.* (2011) o método tem limitações, requer maior

número de elementos para a sua construção e o profissional deve ter total conhecimento da simbologia e regras de construção para uma correta interpretação do genograma.

Ao nível da estrutura externa da família são avaliadas as interações da família nos sistemas mais amplos, a comunidade, a família alargada, bem como as comunicações internas entre os membros da família recorrendo-se ao Ecomapa Familiar. Este instrumento de recolha e registo de dados permite aos profissionais de saúde obter uma visualização das relações entre a família e a comunidade, avaliando e promovendo os recursos adequados a cada família. É necessário conhecimento da simbologia para a sua construção e interpretação (Agostinho, 2007).

De acordo com o mesmo autor a nível do contexto são avaliadas características relativamente à família como sendo: a etnia, a classe social, a religião e o ambiente envolvente do agregado familiar. Esta colheita de dados é efetuada de forma a enquadrar a família e os seus membros na planificação dos cuidados de saúde.

Na avaliação do *desenvolvimento*, ao falar do conceito de família é necessário verificar as suas variadas dimensões e compreender em que etapa se encontra a nível temporal, segundo os estádios preconizados. Com a evolução e alterações sofridas ao longo do tempo, a família adota sistemas de adaptação quer devido ao quotidiano da vida laboral de um ou dos dois progenitores, quer às diferentes etapas e idades dos filhos (Rebelo *et al.*, 2011).

O ciclo da vida familiar descreve o modo como as famílias evoluem e se transformam ao longo da sua existência, funcionando como uma biografia e providenciando marcas para dividir o relógio familiar em segmentos. As várias abordagens do ciclo de vida olham a família como sistema movendo-se ao longo do tempo, que incorpora elementos (nascimento, adoção e casamento) e perde membros só por morte (Relvas, 2004, p.17).

Duvall citado por Rebelo *et al.* (2011), define ciclo de vida familiar como uma sequência previsível de fases ou estádios ordenados no percurso familiar, onde se

verifica uma estabilidade na estrutura e nos papéis familiares, separados por períodos de maior instabilidade e transição.

Na tabela 7 estão representadas as fases do modelo de Duvall, bem como as respectivas tarefas de desenvolvimento para cada fase. Os estádios do ciclo de vida familiar foram delimitados segundo três critérios: a composição familiar, a idade dos seus membros e o estatuto ocupacional do chefe de família (Rebelo *et al.*, 2011).

**Tabela 7**  
**Ciclo de Vida da Família - Modelo de Duvall**

<b>Estádios do Ciclo de Vida Familiar</b>	<b>Tarefas de Desenvolvimento Específicas de Fase</b>
<b>Casal sem filhos</b>	Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória. Preparação para a gravidez e futura paternidade. Adaptação à família alargada do outro cônjuge.
<b>Famílias com filhos até aos 30 meses</b>	Ter filhos, ajustar-se e encorajar o seu desenvolvimento. Criar um lar satisfatório para pais e filhos.
<b>Famílias com filhos em idade pré-escolar</b>	Adaptar-se às necessidades de uma criança em idade pré-escolar. Lidar com o desgaste energético e com a diminuição de intimidade provocada pelo desempenho do papel de pais.
<b>Famílias com filhos em idade escolar</b>	Assumir responsabilidades com crianças em idade escolar encorajando o desenvolvimento educacional das crianças. Relacionar-se com famílias no mesmo estágio de desenvolvimento.
<b>Famílias com filhos adolescentes</b>	Facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade no período de amadurecimento e emancipação dos adolescentes. Estabelecimento de interesses pós parentais.
<b>Famílias com jovens adultos</b>	Permitir o lançamento dos filhos no exterior – no trabalho, serviço militar, universidade, casamento – com rituais adequados e assistência. Manter uma base de suporte familiar.
<b>Casais na meia-idade (ninho vazio)</b>	Reconstruir a relação de casal. Manter a relação com as gerações mais velhas e mais novas.
<b>Envelhecimento e pós reforma</b>	Lidar com a viuvez e com o viver só. Escolher um domicílio mais adequado a esta fase de vida. Lidar com a reforma.

Fonte: Duvall e Miller (1985) citados por Rebelo *et al.* (2011, p. 33)

O modelo dos estádios do ciclo de vida familiar de Duvall foi criado no período pós 2ª Guerra Mundial, num contexto sócio-cultural bastante específico e muito diferente do atual. O modelo de Duvall é estritamente dirigido às famílias nucleares de classe média, não abrangendo outros tipos de família e já não totalmente adaptado à realidade do momento presente. Na criação do modelo, outros foram surgindo para tentar colmatar as limitações do mesmo. Ao longo dos tempos surgem novas perspectivas para o curso de vida, mas o essencial na evolução do conceito de vida familiar e o seu ciclo é principalmente de teor socio-antropológico com particular interesse na saúde da família e como clinicamente enquadrámos cada indivíduo por si, na família e na sociedade (Rebelo *et al.*, 2011).

A categoria *funcional* da família pretende avaliar o modo como os membros da família interagem e subdivide-se em funcionamento instrumental e expressivo. Na avaliação instrumental procede-se ao levantamento das atividades de vida diária de cada membro da família, as rotinas, os hábitos, o quotidiano da família num todo e de cada membro em particular. Ao nível da avaliação expressiva dá-se especial importância às interações entre os membros da família, tendo como objetivo identificar necessidades e compreender a família enquanto sistema complexo e multidimensional (Figueiredo, 2012).

O instrumento utilizado para a avaliação familiar nesta subcategoria é o APGAR Familiar que permite avaliar a família quanto à sua funcionalidade ou disfuncionalidade. Consiste num questionário individual aos membros da família, desenvolvido por Smilkstein em 1978 e é constituído por cinco dimensões: *adaptação*, *participação*, *crescimento*, *afeto* e *resolução/dedicação* (Rebelo *et al.*, 2011).

A *adaptação* tenta perceber como os recursos internos e externos são partilhados, sabendo qual o grau de satisfação pela assistência recebida quando um dos membros recorre à família.

A *participação* refere-se à partilha e comunicação das responsabilidades e decisões. É a satisfação do membro da família pela reciprocidade na comunicação e resolução de problemas.

O *crescimento* é avaliado segundo a educação dos filhos, se existe liberdade, partilha e apoio mútuo do agregado familiar. Avalia a satisfação de cada membro relativamente à liberdade, respeitante à mudança de funções.

O *afeto* mostra como os sentimentos e as emoções são vividas no seio da família. Demonstra a satisfação de um dos membros da família com a intimidade e interação emocional que reside na família.

A *resolução/dedicação* confirma o tempo que cada um dos membros dedica à família. Considera a satisfação de um membro com o tempo que os outros dedicam à família.

Segundo os mesmos autores o índice de APGAR Familiar é um instrumento que contribui para a exploração e conhecimento do nível de funcionalidade da família, o somatório dos pontos das cinco questões permite considerar a família segundo três níveis de funcionalidade: Famílias Funcionais com pontuação de 7 a 10 pontos; Famílias com Moderada Disfunção com pontuação de 4 a 6 pontos e Famílias com Disfunção Acentuada ou Famílias Disfuncionais com pontuação de 0 a 3 pontos.

#### ***2.2.4. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar***

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), construído por Henriqueta Figueiredo em 2009, pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros de família no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo um instrumento de referência teórico e operativo no desenvolvimento de práticas direcionadas à família. O MDAIF sustenta-se no pensamento sistémico enquanto referencial onde as fontes teóricas são o Modelo de Avaliação da Família de Calgary, considerando a família como unidade de cuidados, em particular para cada um dos membros e no geral percecionando a família como um todo. Identifica o sistema familiar como promotor de saúde na sua globalidade e seus subsistemas, remetendo para a relação entre os elementos, influenciando e evoluindo numa interação recíproca e cumulativa. Centra-se nas áreas de atenção familiar por domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões de avaliação da família: estrutural, de desenvolvimento e funcional. O instrumento de colheita de dados deste modelo é constituído por uma Matriz Operativa que estabelece a estrutura organizativa e compreensiva das relações da família e permite a interligação do processo de enfermagem na prática da enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2012).

### 3. Atitudes dos Enfermeiros

São vários os autores que se têm debruçado no estudo das atitudes dos enfermeiros relativamente à família, com intuito de definir e valorizar o conceito.

As atitudes desempenham um papel importante no que diz respeito à definição dos grupos sociais e ao estabelecimento da identidade, muitas das atitudes são muitas vezes influenciadas pela necessidade de pertencer a determinado grupo, com o qual o indivíduo se identifica, assumindo a socialização como um papel importante na aquisição e manutenção das atitudes (Neto, 1998).

Fishbein e Azjen, citado por Neto, 1998 (p. 340) definem atitude como sendo “(...) uma predisposição aprendida para responder de modo consistentemente favorável ou desfavorável em relação a dado objecto”.

O conceito de Atitude é utilizado nos mais variadíssimos contextos. Uma das suas definições identifica-o como um intermediário entre a forma de pensar e a forma de agir, refletindo os pensamentos e sentimentos que antecedem a ação, traduzindo-se no modo e postura que o indivíduo vai adotar (Alves, 2011).

O termo atitude tem a sua origem etimológica no termo latino *aptitudine*, e do francês *attitude*, que remete para a forma de agir, modo de proceder, demonstração de uma intenção. Deste modo, uma atitude pode ser entendida como predisposição ou tendência interior de cada um, traduzindo-se em reações emotivas que se assimilam e materializam em comportamentos (Fernandes *et al.*, 2015; Sousa, 2011).

#### 3.1. Componentes das Atitudes

O modelo tripartido clássico proposto por Rosenberg e Hovland (1960) citado por (Neto, 1998), realça que as atitudes são consideradas reações organizadas segundo três componentes. A componente afetiva representa as respostas fisiológicas que acompanham a atitude devido aos sentimentos subjacentes, estando relacionada com os valores de carácter emocional, originando sentimentos positivos ou negativos relativamente ao objeto da atitude. No caso da componente cognitiva é a forma de expressão de uma atitude, nem sempre consciente, no que se refere a crenças e opiniões pessoais. Sendo que a componente comportamental é subsequente ao processo mental e

físico que determina a forma de agir do indivíduo, traduzindo-se na denominação de um conjunto de reações do indivíduo relativamente ao objeto da atitude.

Neto (1998) contempla as atitudes com uma abordagem multidimensional e relativamente duradoura. Para este autor, “(...) uma pessoa pode crer que os estudantes universitários são arrogantes (componente cognitiva), pode sentir-se tensa face a um estudante universitário (componente afetiva) e pode recusar-se a dar boleia a um estudante para assistir às suas aulas (componente comportamental)” (p. 337).

Segundo o mesmo autor as atitudes apresentam três componentes, mas nem sempre as atitudes são expressas diretamente por ações. Quando se considera uma atitude com caráter unidirecional, enfatiza-se a dimensão afetiva, ou seja, a atitude representa a resposta avaliativa de favorável ou desfavorável em relação ao objeto de atitude.

### 3.2. Caraterísticas das Atitudes

As atitudes assumem uma vertente psicológica com origem em realidades físicas, possuem início e término, existindo uma variação de grau entre o ponto de partida e de termo. Esta variação é indicativa de um *continuum psíquico* caracterizada de quatro formas: a *direção* que designa o nível positivo ou negativo do objeto de atitude, momento em que o sujeito sente atração ou repulsa a um determinado objeto ou pode manifestar-se indiferente; a *intensidade* que determina as diferentes posições dos sujeitos num *continuum* favorável ou desfavorável, com um ponto intermédio; a *dimensão* que permite perceber a complexidade do objeto e a sua definição, podendo ser considerada unidimensional ou multidimensional, num ou em vários domínios e a *acessibilidade* que possibilita compreender a associação entre o objeto de atitude e a sua avaliação afetiva, sendo que no decurso do *continuum* essa avaliação aumenta e a acessibilidade torna-se mais provável (Neto, 1998).

### 3.3. Funções Psicológicas das Atitudes

As atitudes são um elemento facilitador de compreensão e de identificação das necessidades do utente ou da família, ajudando o enfermeiro na atuação e resolução dos problemas existentes sem fazer juízos de valor (Potter & Perry, 2003).

Katz (1960) citado por Neto (1998, p. 344) atribuiu quatro funções às atitudes: conhecimento, instrumentalidade, defesa do eu e expressão de valores. Estas quatro funções psicológicas das atitudes estão representadas na tabela 8.

**Tabela 8**  
***Funções Psicológicas das Atitudes***

<b>Tipo de Atitude</b>	<b>Função suscitada pela atitude</b>	<b>Perspetiva psicológica</b>
<b>Conhecimento</b>	Ajuda a pessoa a estruturar o mundo em vista a dar-lhe sentido	Cognitiva
<b>Instrumentalidade</b>	Ajuda a pessoa a obter recompensas e a ganhar aprovação dos outros	Behaviorista
<b>Defesa do eu</b>	Ajuda a pessoa a proteger-se de reconhecer as verdades básicas sobre si	Psicanalítica
<b>Expressão de valores</b>	Ajuda a pessoa a expressar aspetos importantes do autoconceito	Humanística

Fonte: Neto (1998, p. 345)

### 3.4. Atitudes Face à Família

As atitudes constituem elementos importantes da vida, orientando a forma de pensar, sentir e agir. Neste sentido, é essencial que as atitudes dos enfermeiros de família sejam fundamentadas e assertivas na prestação de cuidados à família (Rodrigues, 2013).

São vários os métodos que permitem avaliar este conceito, fundamentando-se na observação direta do comportamento, assim como nas respostas fisiológicas dos indivíduos. No entanto, a forma mais usual é recorrer a uma escala de atitudes, inquirindo os indivíduos. Na enfermagem de saúde familiar, Benzein *et al.* (2008) desenvolveram a escala *Families Importance in Nursing Care-Nurse Attitudes* (FINC-NA), que permite medir as atitudes dos enfermeiros na prática do cuidado à família numa escala de concordância de Likert. A escala das atitudes integra os seus itens em

três dimensões: cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho...) validada para a população portuguesa por Oliveira *et al.* (2009), traduzindo-se num instrumento fidedigno na avaliação das atitudes dos enfermeiros face à família.

A componente cognitiva (as crenças), normalmente é multidimensional, uma vez que se relaciona com os diferentes aspetos da situação que o indivíduo percebe. A componente afetiva (os sentimentos) é unidimensional e relaciona-se com a forma como o indivíduo sente ou vivencia a situação no seu todo. A componente comportamental (tendências de ação) é um conjunto de reações do sujeito perante o objeto de atitude (Neto, 1998; Rodrigues, 2013; Sousa, 2011).

Quanto maior for a consistência e a coesão entre os três domínios, mais estável será a atitude (Sousa, 2011).

Considera-se que a atitude que os enfermeiros adotam em relação à família é um elemento crucial no processo de cuidar. Desta forma, é necessário que as equipas de saúde considerem a família como parceiro na prestação de cuidados e promovam as condições adequadas para que a mesma possa desempenhar esta função. De acordo com Monteiro (2010) citado por Fernandes *et al* (2015, p. 22) “(...) é fundamental que os cuidados de enfermagem sejam centrados na família, numa parceria de cuidados, o que obriga algumas mudanças de atitudes dos enfermeiros”.

Os benefícios em saúde face à intervenção do enfermeiro resultam de funcionamentos eficientes ao nível afetivo, cognitivo e comportamental. Alguns enfermeiros não valorizam o envolvimento da família nos cuidados, outros, porém, conseguem prestar cuidados criativos, profissionais e inovadores às famílias para cuidados altamente complexos (Oliveira *et al.*, 2011).

Os enfermeiros que possuem uma atitude positiva para com a família, reconhecem a importância do diálogo entre ambos e valorizam o seu envolvimento nos cuidados. É dever do enfermeiro, enquanto profissional, habilitar e capacitar a família na prestação e envolvimento dos cuidados em colaboração, para assim prestar e consolidar da melhor forma esses cuidados (Rodrigues, 2013).

Segundo Ajzen (1989) citado por Silva, Costa & Silva (2013, p. 21) as atitudes assumem variáveis independentes e mensuráveis, que são os estímulos (indivíduos, grupos sociais e diferentes situações); variáveis intervenientes (afetos, comportamentos e cognições); variáveis dependentes mensuráveis compostas pelas respostas do sistema

nervoso simpático e a descrição verbal dos afetos; as respostas perceptuais, a descrição verbal das crenças; as ações abertas e descrições verbais relacionadas com comportamentos.

A respeito das atitudes são vários os estudos sobre a temática, nomeadamente da aplicação da escala *Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros* (IFCE-AE) que na presente investigação se implementou.

Martins *et al.* (2010) apresentam, no seu estudo das redes de conhecimento em enfermagem de família, no seguimento do estudo de Oliveira *et al.* (2009), os contextos do exercício de funções e a formação na área da enfermagem de família que influenciam as suas atitudes, resultados indicadores de atitudes de suporte à família, sendo relevantes os contextos de formação para atitudes mais favoráveis à família.

Sousa (2011), no seu estudo sobre as diferenças entre os especialistas de reabilitação e os restantes enfermeiros, na atitude apresentou resultados indicadores da influência das variáveis idade, experiência profissional, formação em enfermagem de família e experiências anteriores com familiares gravemente doentes, na avaliação de atitudes mais positivas face à família.

Paralelamente, Alves (2011), na sua investigação sobre a relação entre as atitudes dos enfermeiros das unidades de internamento de Medicina face às famílias, apresenta resultados que indicam atitudes para com a família, de suporte e de inclusão nos cuidados, onde a dimensão Família como recursos nos cuidados de enfermagem apresenta resultados mais positivos e a dimensão Família como um fardo, resultados menores.

Rodrigues (2013), na investigação sobre as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados, apresentou resultados onde não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis género, idade, habilitações literárias, experiência profissional, o tempo e o local onde exerce a sua atividade e a experiência anterior com familiares doentes, tendo sido obtidos resultados com significância estatística no cruzamento entre o título profissional e a formação pós-graduada/mestrado e a escala.

Também Silva, Costa & Silva (2013), no seu estudo sobre as atitudes dos enfermeiros que trabalham em CSP no centro do país e na importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem, apresentam resultados indicadores de atitudes de

suporte face à família, relacionados diretamente com a formação, o tempo de experiência profissional, o local onde trabalham e a forma como estão organizados os trabalhos.

Angelo *et al.* (2014), na sua investigação sobre as atitudes dos enfermeiros e a importância da inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem, apresentam resultados que indicam atitudes mais positivas na relação entre a idade e a formação em enfermagem de família e atitudes menos positivas na relação entre o tempo de experiência profissional e a escala.

Neste sentido, Fernandes *et al.* (2015), no seu estudo sobre as atitudes dos enfermeiros acerca da importância da família na inclusão da prestação de cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar, evidenciam resultados indicadores da não existência de relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, grau académico, categoria profissional, tempo de serviço, formação sobre família, contexto de cuidados, metodologia de trabalho e experiência com familiares doentes e a escala.

Com base no pressuposto de que os enfermeiros interagem diariamente com a família, é imprescindível avaliar as atitudes e práticas da enfermagem familiar no envolvimento dos cuidados prestados pela família. Por este motivo é pertinente uma investigação sistemática e contínua das atitudes da enfermagem familiar face à família na prestação de cuidados de qualidade (Silva, Costa & Silva, 2013).

## **CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO**

## 1. Enquadramento Metodológico

O enquadramento metodológico engloba procedimentos que permitem identificar o método de investigação científica necessário para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos, no sentido de analisarem de forma coerente os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

É neste contexto que Fortin (2009) realça que “a investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos” e quer o método quantitativo, como o qualitativo são técnicas que permitem a condução de uma investigação (p. 4).

Na presente investigação foi inicialmente contextualizado o estudo, definido o problema de investigação, os objetivos do estudo, a população, e o instrumento de recolha de dados, temáticas que se abordam de seguida.

### 1.1. Contextualização e objetivos do estudo

O enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, profissionais de saúde e recursos da comunidade já que na sua área de intervenção, cuida da família e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família em articulação com outros profissionais de saúde (OE, 2010).

Araújo (2010) refere que as alterações que têm vindo a acontecer no contexto social evidenciam a identificação de novas necessidades na área da saúde, exigindo que a prática profissional centrada na família adote um modelo integrador, onde os problemas individuais devem ser vistos no âmbito do quadro familiar e social, bem como na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados, sendo a sua qualidade influenciada pelos comportamentos e atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem.

Oliveira *et al.* (2009) realçam a importância da investigação na área da saúde familiar, com o propósito de melhorar os cuidados de saúde prestados neste contexto, adotando a escala de “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros”, validada para a população portuguesa, instrumento de recolha de dados utilizado na presente investigação.

Os estudos identificados são claros quando referem que apesar das “(...) narrativas dos mesmos expressarem a importância dos cuidados centrados na família, as práticas não são congruentes com estas representações”, pois “os enfermeiros consideram as famílias como um recurso no processo de cuidado sustentado por princípios colaborativos, realçando a importância de se estabelecer uma boa relação”. Também foram apresentados fatores que dificultam o acompanhamento das famílias, como o “(...) acompanhamento de famílias com características diversas de etnicidade ou que vivenciem transições geradoras de sofrimento” (Oliveira *et al.*, 2011, p. 1332).

Da mesma forma, reconhecem-se atitudes e comportamentos nos profissionais de saúde que podem limitar a inclusão e envolvimento da família nos cuidados aos seus familiares, nomeadamente “(...) restrições à presença da família durante a realização de algumas atividades de enfermagem e também à presença destas em serviços como a Unidade de Cuidados Intensivos (...)”, desvalorizando a importância da família no cuidar e realçando a sua incapacidade neste processo de melhoria da saúde. Para que estas atitudes se modifiquem são essenciais as investigações e identificação de instrumentos que, na sua avaliação, apontem as áreas que podem ser melhoradas, relativamente às “(...) necessidades, percepções e experiências e sobre as atitudes dos enfermeiros para com a família na participação de cuidados (...)” (Oliveira *et al.*, 2011, p. 1332).

Este contexto suscitou-nos a seguinte questão de investigação:

Qual a importância atribuída pelo enfermeiro de família à participação da família nos cuidados de enfermagem?

Para dar resposta à questão de investigação definiram-se os seguintes objetivos:

Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros de família à participação da família nos cuidados de enfermagem;

Relacionar as atitudes dos enfermeiros com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

A presente investigação pretende analisar a problemática no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, com os procedimentos que se encontram de seguida descritos.

## 1.2. Tipo de estudo

O presente estudo é do tipo observacional, descritivo, analítico e transversal de cariz quantitativo (Pais Ribeiro, 2007).

No desenho de investigação observacional o investigador não intervém, desenvolve apenas mecanismos que lhe permitem descrever os acontecimentos, não interferindo nas variáveis, pois as variáveis independentes não são passivas de serem manipuladas, limitando-se a descrever as relações dos acontecimentos com as variáveis e o efeito nos sujeitos em estudo.

O estudo é descritivo, porque segundo o autor (2007, p. 52), “(...) fornece informação acerca da população em estudo (...)”. Permite descrever com precisão os acontecimentos referentes a uma população, o que possibilita mais conhecimento sobre as particularidades de um problema.

O estudo analítico permite não apenas a descrição das variáveis em estudo, mas também as relações que se estabelecem entre as variáveis, com a finalidade de proporcionar a relações de causa-efeito entre as variáveis dependentes e independentes, de forma a explicar resultados através do exame das relações estatísticas.

O estudo transversal incide num único grupo representativo da população em estudo, sendo os dados recolhidos num momento específico (neste estudo decorreu entre 20 janeiro e 29 de abril de 2016).

Relativamente à investigação quantitativa, o mesmo autor (2007, p. 79) refere que se caracteriza “(...) por se expressar através de número (ou seja por entidades abstratas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo)”. Com o estudo quantitativo pretende-se uma recolha sistemática de dados numéricos, tratados estatisticamente com base em condições de rigor e controlo implicando a verdade absoluta.

## 1.3. População

Considerando Pais Ribeiro (2007, p. 41) define população como sendo “As pessoas ou objetos acerca das quais se pretende produzir conclusões (...). A *população* ou *universo* é a *totalidade* das observações pertinentes que podem ser feitas num dado problema”.

Assim, a população da presente investigação é constituída por 101 enfermeiros de família a exercer funções em Cuidados de Saúde Primários, nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas do distrito de Bragança, integrados na Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Foram entregues 101 questionários, que correspondem ao total global de enfermeiros de família do distrito, preenchidos e recolhidos 92 questionários, dos quais 2 foram eliminados por não estarem preenchidos na íntegra (Anexo I).

Os critérios de exclusão deste estudo são os enfermeiros das UCSP que se encontram exclusivamente a exercer funções de chefia e os questionários não integralmente preenchidos.

Quando entregues os questionários aos enfermeiros chefes ou com funções de chefia das respetivas UCSP, foram explicados os objetivos do estudo e solicitada a colaboração na distribuição dos questionários.

Os instrumentos de recolha de dados foram entregues separadamente em envelopes, com a finalidade dos enfermeiros de família procederem ao preenchimento respeitando o anonimato e posteriormente, recolhidos para se proceder à análise de resultados.

De seguida, apresenta-se a descrição do instrumento de recolha de dados e as variáveis utilizadas neste estudo.

#### 1.4. Instrumento de recolha de dados e operacionalização das variáveis em estudo

O questionário aplicado é constituído por duas partes (Anexo II).

A primeira parte questiona o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros de família:

Sexo, variável de resposta fechada, com os itens (1) Masculino e (2) Feminino.

Idade, variável de resposta aberta, operacionalizada nas seguintes classes etárias, (1) [25-35 anos]; (2) [36-46 anos]; (3) [47-57 anos] e (4)  $\geq 58$  anos.

Habilitações académicas, variável de resposta fechada, com os itens (1) Bacharelato; (2) Licenciatura; (3) Mestrado e (4) Doutoramento.

Título profissional, variável de resposta fechada com os itens (1) Enfermeiro e (2) Enfermeiro Especialista.

Experiência profissional, variável de resposta aberta, operacionalizada nas seguintes classes (1) <1 ano; (2) [1-10 anos]; (3) [11-21 anos]; (4) [22-32 anos] e (5) > 32 anos.

Tempo de exercício profissional em Cuidados de Saúde Primários, variável de resposta aberta operacionalizada em (1) <1 ano; (2) [1-10 anos]; (3) [11-21 anos]; (4) [22-32 anos] e (5) > 32 anos.

Unidade onde exerce funções, variável de resposta aberta.

Curso de pós graduação e/ou pós-licenciatura de especialização, variável de resposta fechada, em que (1) Sim e (2) Não. O item Sim tinha ainda possibilidade de resposta uma possível questão identificativa do curso de pós-graduação ou pós-licenciatura.

Formação em enfermagem de família, variável de resposta fechada, em que (1) Sim e (2) Não. O item Sim tinha ainda uma possível questão identificativa da(s) formação(ões) sobre enfermagem de família.

Experiência pessoal, com familiares doentes, variável de resposta fechada, em que (1) Sim e (2) Não. O item Sim tinha ainda uma possível questão identificativa da experiência pessoal com familiares doentes, operacionalizada como resposta fechada, em que (1) Sim e (2) Não.

Experiência profissional com utentes doentes, teve ajuda e colaboração da família, variável de resposta fechada, operacionalizada em (1) Sim e (2) Não.

Na segunda parte do instrumento incluiu-se a escala da (IFCE-AE) que Oliveira *et al.* (2009) adaptaram para a população portuguesa, tendo sido esta escala alvo de estudos de validade e credibilidade (Alves, 2011; Sousa, 2011; Rodrigues, 2013; Silva, Costa & Silva, 2013; Ângelo *et al.*, 2014 Fernandes *et al.*, 2015).

A escala IFCE-AE resultou da adaptação transcultural da escala sueca (FINC-NA) como sendo “um instrumento promissor para a avaliação das atitudes dos enfermeiros face à importância da família para os cuidados de enfermagem nos contextos de prática clínica.” (Oliveira *et al.*, 2011, p. 1336).

A FINC-NA apresenta características específicas como o facto de ser de autopreenchimento, engloba 26 itens similares, que não seguem uma ordem relacional, utilizando-se para a sua análise, uma escala de concordância de estrutura do tipo Likert (4 opções), que varia desde discordo completamente (1) a concordo completamente (4).

Mede as seguintes 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). (Oliveira *et al.*, 2011,)

Trata-se de um instrumento simples, mas que permite medir as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem, a partir de uma perspectiva genérica, característica que a torna inovadora. Tem por base que o conceito de família é mais do que consanguinidade, pode incluir vizinhos, amigos e outras pessoas que sejam significativas, uma vez que 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, p. 1333).

A versão portuguesa da escala IFCE-AE e a aplicada no nosso estudo contempla apenas três dimensões: Família como parceiro dialogante e recurso de *coping* (12 itens); Família como recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens); Família como um fardo (4 itens) com total da Escala (26 itens). Para a análise utiliza-se uma escala de concordância de estrutura do tipo Likert (4 opções), que varia desde discordo completamente (1) a concordo completamente (4) num intervalo de 26 a 104 pontos (Oliveira *et al.*, 2011).

A escala total de (26 itens) é subdividida em três subescalas que podem ser mensuradas como três dimensões independentes: Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping* (12 itens), sendo o *score* variável entre 12 a 48, com ponto médio de total dos pontos de 30; Família como um recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens), com *score* variável entre 10 a 40, com ponto médio de total dos pontos de 25; Família como um fardo (4 itens), com *score* variável entre 4 a 16, com ponto médio de total dos pontos de 10. Quanto maior o *score* obtido nas duas primeiras dimensões e menor na terceira dimensão, mais atitudes de suporte são reveladas e mais importância é atribuída pelos enfermeiros à família nos cuidados prestados (Ângelo *et al.*, 2014; Silva, Costa & Silva, 2013).

Na escolha do instrumento pesou, essencialmente, o carácter de desenvolvimento de estratégias impulsionantes de atitudes de suporte nos cuidados prestados pelos enfermeiros promovendo as práticas promotoras de saúde familiar e o grau de fiabilidade encontrado por Oliveira *et al.* (2009, 2011), na sua aplicação à população portuguesa, conforme se verifica na tabela 9.

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

**Tabela 9**

***Fidelidade dos resultados da Escala IFCE-AE da adaptação Portuguesa***

<b>Dimensões da Escala IFCE-AE</b>	<b>Itens</b>	<b><math>\alpha</math> Cronbach (adaptação Portuguesa)</b>
<b>Família como um parceiro dialogante e recurso de coping</b>	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25	0,90
<b>Família como um recurso nos cuidados de enfermagem</b>	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20,21 e 22	0,84
<b>Família como um fardo</b>	2,8,23,26	0,49
<b><math>\alpha</math> Cronbach da Escala total</b>		<b>0,87</b>

Fonte: Oliveira *et al.* (2011; p.1335)

No sentido de verificar a consistência interna do instrumento de recolha de dados para a presente população, foi calculado o  $\alpha$  de Cronbach, para o resultado total da escala e de cada uma das dimensões da escala do nosso estudo.

De acordo com Pestana e Gageiro (2008), os resultados apontam para uma confiabilidade *Muito Boa* na escala total ( $\alpha=0,91$ ), a avaliação da fidelidade da escala variou entre  $\alpha=0,62$  e  $\alpha=0,87$  para as três dimensões do nosso estudo.

Na tabela 10 encontram-se ilustrados os resultados obtidos, para uma melhor análise e compreensão.

**Tabela 10**

*Fidelidade dos resultados da Escala IFCE-AE da adaptação Portuguesa do estudo atual*

<b>Dimensões da Escala IFCE-AE</b>	<b><math>\alpha</math> Cronbach (adaptação Portuguesa, Oliveira et al, 2009, 2011)</b>	<b><math>\alpha</math> Cronbach (estudo atual)</b>
<b>Família como um parceiro dialogante e recurso de coping</b>	0,90	0,87
<b>Família como um recurso nos cuidados de enfermagem</b>	0,84	0,86
<b>Família como um fardo</b>	0,49	0,62
<b><math>\alpha</math> Cronbach da Escala total</b>	0,87	0,91

De seguida, apresentam-se os procedimentos de recolha de dados e considerações éticas respeitadas ao longo da concretização desta investigação.

#### 1.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Na concretização da recolha de dados foram respeitadas as normas éticas e deontológicas da investigação, assegurando não só a confidencialidade, mas também a decisão informada de participação.

A fim de respeitar estas premissas, a utilização da escala foi precedida pelo pedido e autorização dos autores da escala IFCE-AE (Anexo III). Assim como a aprovação do conselho de administração da ULSNE e respetiva Comissão de Ética da Instituição (Anexo IV e V).

Após solicitadas as devidas autorizações para a implementação da investigação nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas do distrito, foram contactados os enfermeiros chefes ou a desempenhar funções de chefia, no sentido de colaborarem na entrega e recolha do instrumento, à data compreendida entre 20 de janeiro a 29 de abril de 2016.

## 1.6. Procedimentos de análise dos dados

Na análise de dados foi utilizado o programa Statistics Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.00.

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

No sentido de confirmar a consistência interna da escala, foi aplicado o teste  $\alpha$  de Cronbach, para a versão adaptada à população portuguesa no estudo atual, segundo os parâmetros de classificação de Pestana e Gageiro (2008) os valores do  $\alpha$  de Cronbach variam entre Muito boa =  $\alpha > 0,9$ ; Boa =  $0,8 < \alpha < 0,9$ ; Razoável =  $0,7 < \alpha < 0,8$ ; Fraca =  $0,6 < \alpha < 0,7$  e Inadmissível =  $\alpha < 0,6$ .

Os testes paramétricos utilizados foram o *r de Pearson* para o cálculo de correlações ou a existência de um relacionamento entre as dimensões da variável dependente, respeitando o nível de correlação significativa de 0,01 ( $p < 0,01$ ). Foi considerado nas decisões no que concerne à importância da relação entre variáveis, mediante a interpretação do coeficiente de correlação *r*, os valores variam entre Muito Baixa  $r < 0,20$ ; Baixa  $0,20 < r < 0,39$ ; Moderada  $0,40 < r < 0,69$ ; Alta  $0,70 < r < 0,89$  e Muito alta  $r > 0,90$  (Pestana & Gageiro, 2008).

Foi aplicada a análise de variância *One-Way ANOVA* que permite calcular a diferença entre médias de mais de três grupos independentes, nomeadamente diferenças nas médias das respostas à variável “Atitude dos Enfermeiros”, pelos respetivos enfermeiros de família (Pais Ribeiro, 2007; Pestana & Gageiro, 2008).

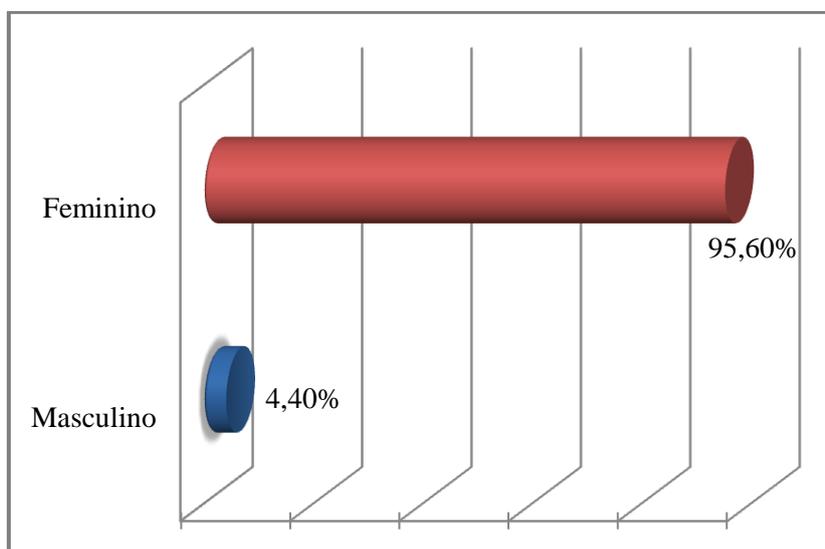
Para determinar a diferença entre as médias das respostas na respetiva variável entre cursos de especialização e o título profissional, respeitando o nível global de significância de 0,05 ( $p=0,05$ ), utilizou-se o *Test-t student* para duas amostras independentes, no cruzamento de dados com as dimensões da escala (Pais Ribeiro, 2007; Pestana & Gageiro, 2008).

## 2. Apresentação e Análise dos Resultados

No sentido de descrever os dados recolhidos foram apresentados gráficos e tabelas resumo, que analisam as respostas dos inquiridos na investigação.

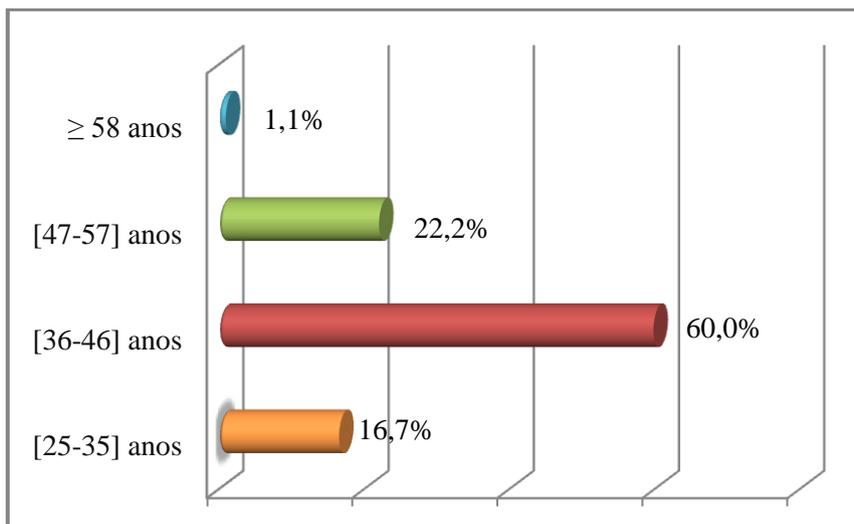
Relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional da população, os resultados obtidos são ilustrados em frequências absolutas e relativas (%).

Da análise do gráfico 1, verifica-se que a população da presente investigação é maioritariamente do sexo feminino, com 86 inquiridos (95,6%).



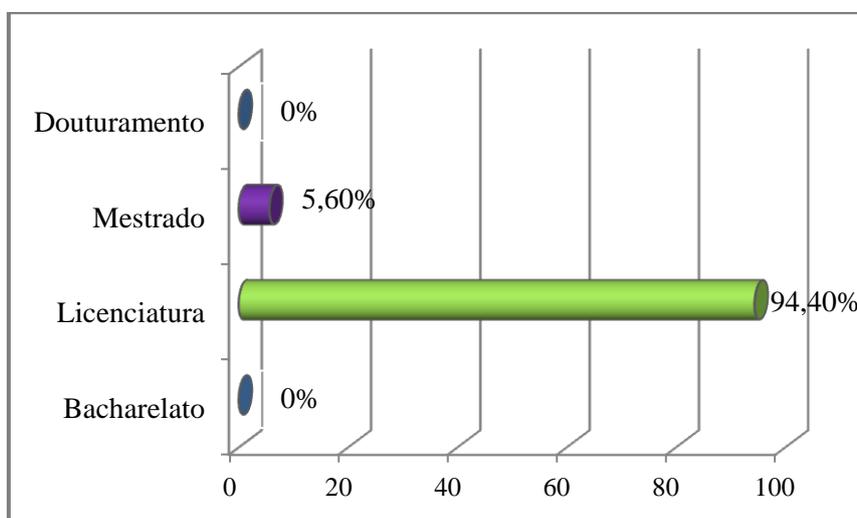
**Gráfico 1- Caracterização da amostra segundo o Sexo**

No gráfico 2 constata-se que 54 inquiridos (60,0%) pertencem à faixa etária dos 36 aos 46 anos e 1 inquirido (1,1%) pertence à faixa etária superior aos 58 anos de idade. Relativamente à média de idades, o valor observado foi de 41,53, com um desvio-padrão de 6,961, sendo a idade mínima de 25 e a máxima de 60 anos.



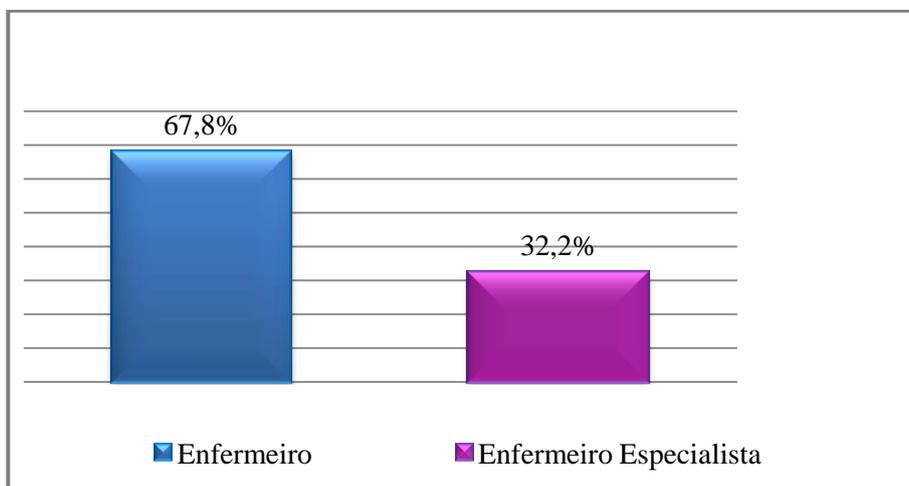
**Gráfico 2 - Caracterização da amostra segundo a Idade**

Quanto às habilitações académicas 85 inquiridos (94,4%) referiram ter concluído a licenciatura e 5 inquiridos (5,6%) referem como grau académico o mestrado, conforme demonstra o gráfico 3.



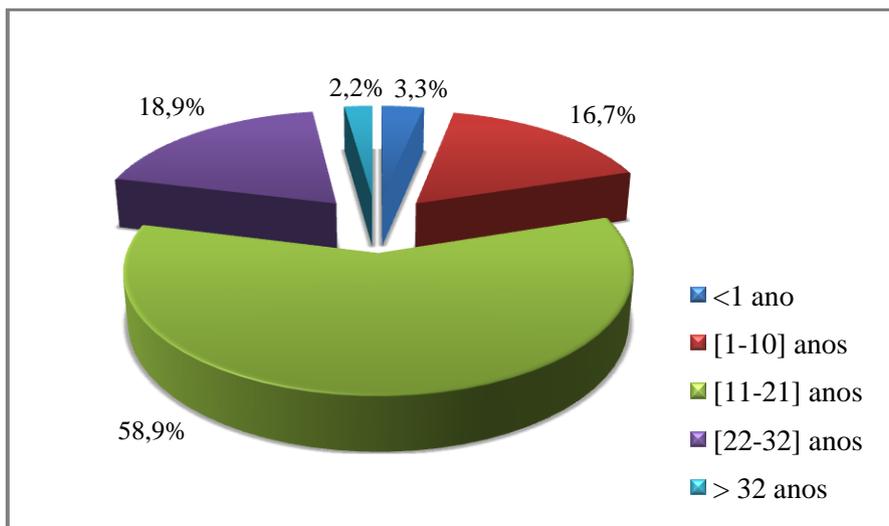
**Gráfico 3 - Caracterização da amostra segundo Habilitações Académicas**

Analisando o gráfico 4 segundo o título profissional, 61 inquiridos (67,8%) referem possuir o título de enfermeiro e 29 inquiridos (32,2%) referem o título de enfermeiro especialista.



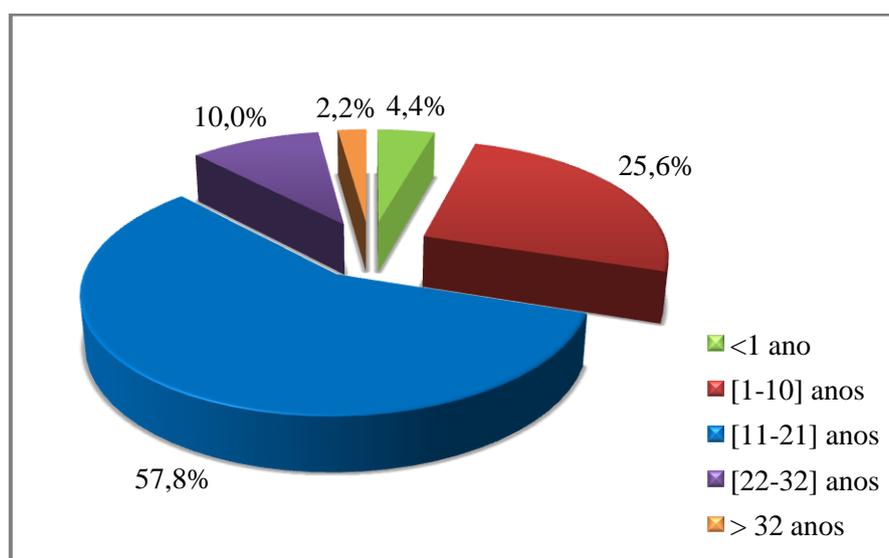
**Gráfico 4 - Caracterização da amostra segundo Título Profissional**

Na análise do gráfico 5 é possível constatar os resultados obtidos para a experiência profissional, 53 inquiridos (58,9%) referem possuir entre 11 e 21 anos, 3 inquiridos (3,3%) referem possuir menos de um ano de experiência profissional e 2 inquiridos (2,2%) referem possuir mais de 32 anos de experiência profissional. A média de anos de experiência profissional é de 17,52 anos, com um desvio-padrão de 7,01, sendo o valor mínimo de 2 meses e o máximo de 34 anos e 6 meses.



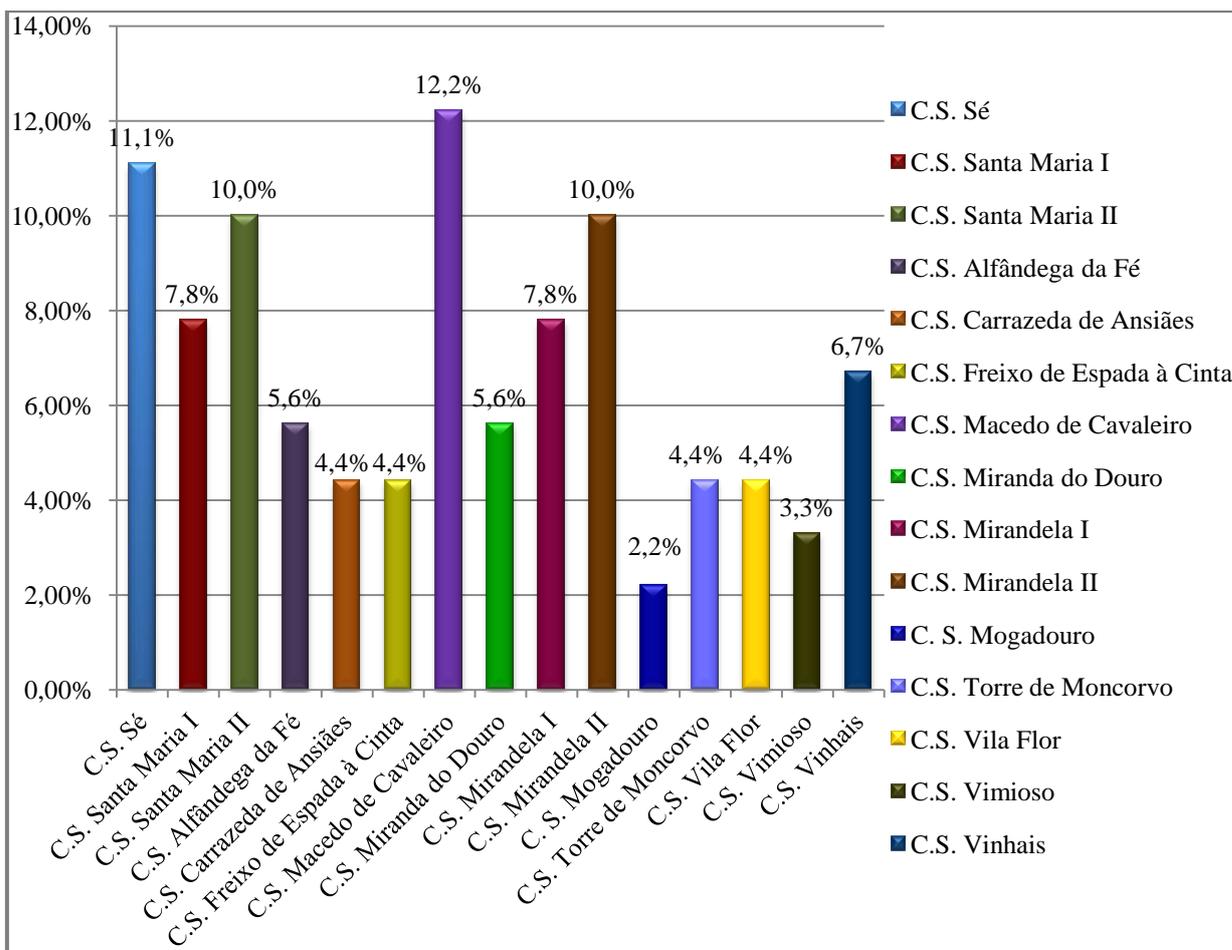
**Gráfico 5 - Caracterização da amostra segundo Experiência Profissional**

No gráfico 6 quando analisados os resultados “Há quanto tempo exerce funções em Cuidados de Saúde Primários?”, verificou-se que 52 inquiridos (57,8%) apresentam entre 11 e 21 anos de exercício de funções em CSP e 2 inquiridos (2,2%) apresentam mais que 32 anos de serviço em CSP. A média de tempo de exercício de funções em CSP, é de 14,87 anos, um desvio-padrão de 6,95, com um mínimo de 2 meses e um máximo de 34 anos e 6 meses.



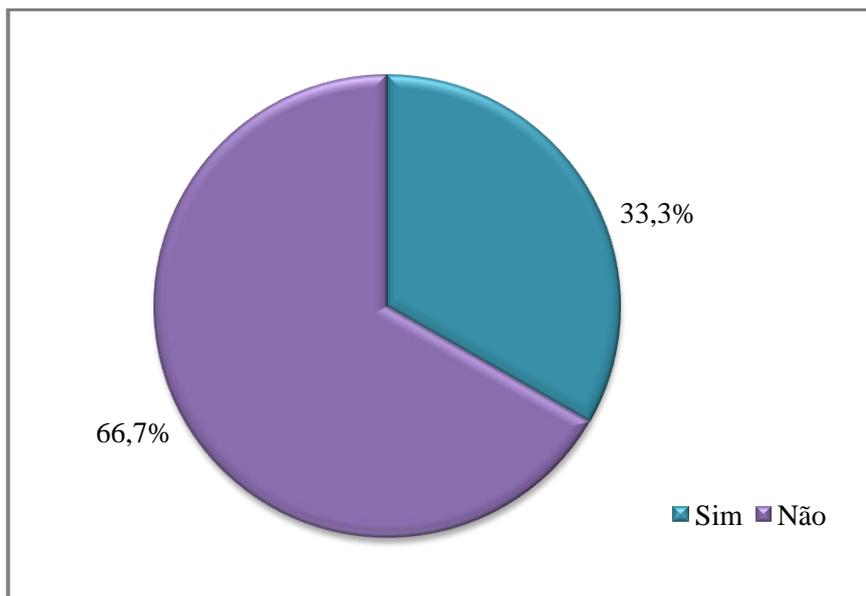
**Gráfico 6 - Caracterização da amostra segundo o Tempo de Funções em Cuidados de Saúde Primários**

Da análise dos resultados relativamente à unidade onde exerce funções, verificou-se que 10 inquiridos (11,1%) exercem funções no Centro de Saúde da Sé em Bragança, 4 inquiridos (4,4%) exercem funções no CS de Carrazeda de Ansiães, no CS de Freixo de Espada à Cinta, no CS de Torre de Moncorvo e no CS de Vila Flor conforme se pode observar no gráfico 7.



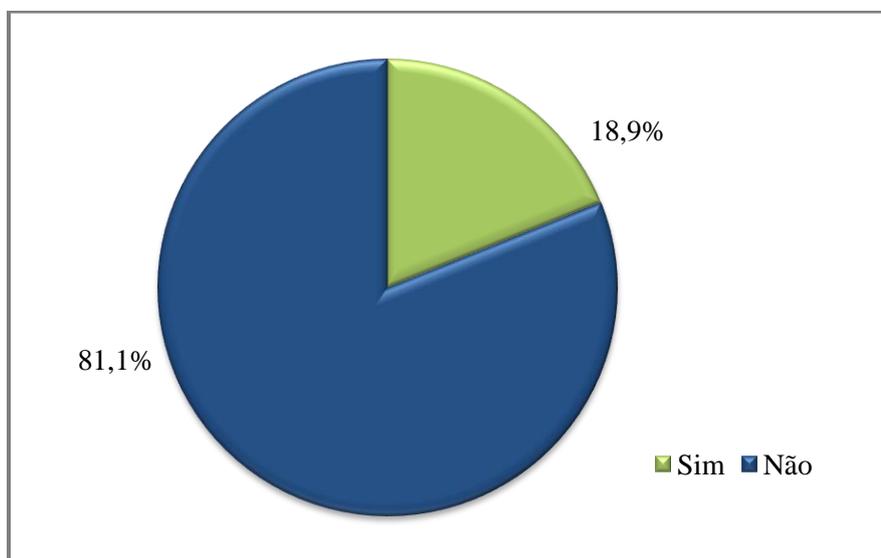
**Gráfico 7 - Caracterização da amostra segundo a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizada do distrito de Bragança**

Analisando os resultados para a questão “tem Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização?” verificou-se que 60 inquiridos (66,7%) referem não possuir qualquer tipo de Pós-Graduação ou Pós-Licenciatura, conforme o evidenciado no gráfico 8.



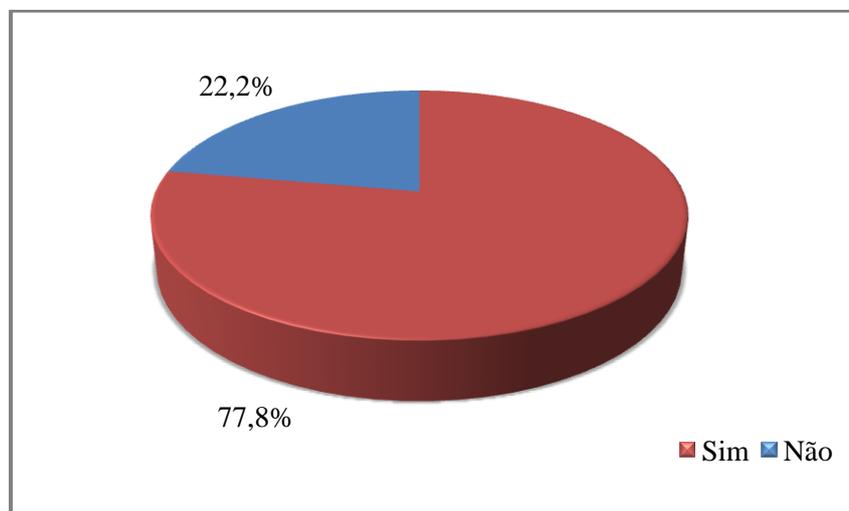
**Gráfico 8 - Caracterização da amostra segundo Curso de Pós-Graduação ou Pós-Licenciatura de Especialização**

Dos resultados obtidos para a questão “tem formação em enfermagem de família?” no gráfico 9 constatamos que 73 inquiridos (81,1%) referiram não possuir formação em enfermagem de família.



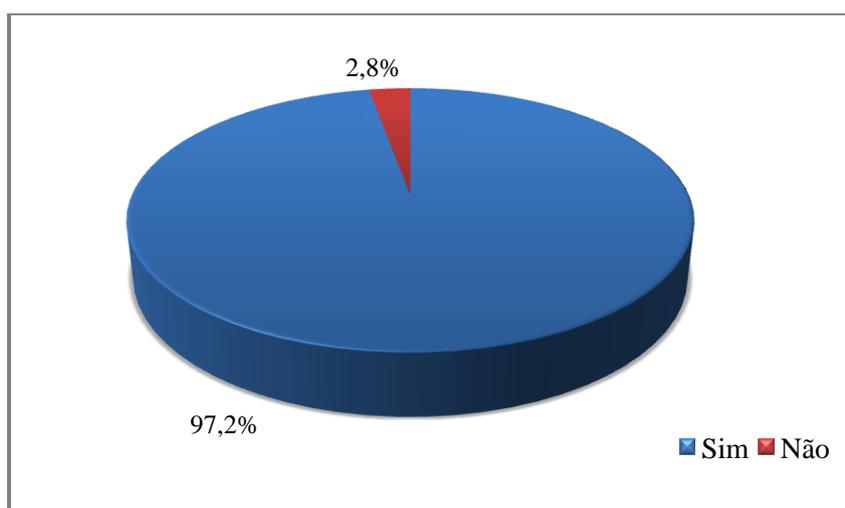
**Gráfico 9 - Caracterização da amostra segundo Formação em Enfermagem de Família**

Como se pode verificar no gráfico 10 quando questionados sobre a “experiência pessoal, com familiares doentes?”, os resultados obtidos indicam que 70 inquiridos (77,8%) referiram Sim.



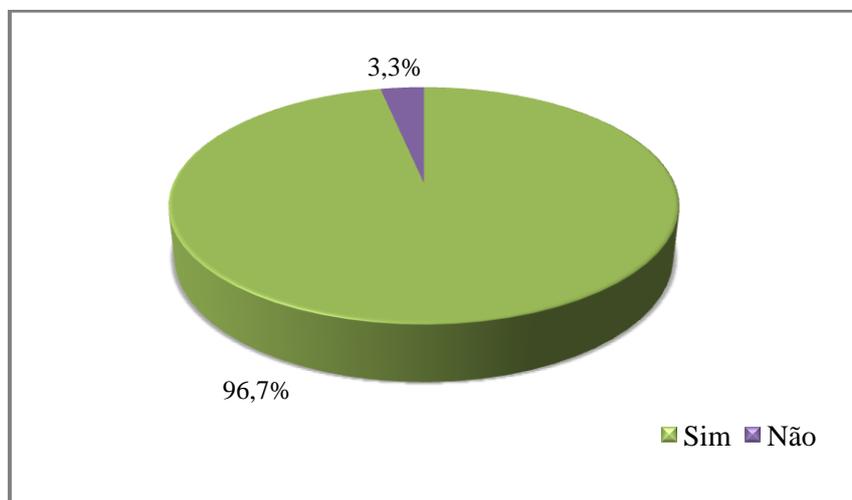
**Gráfico 10 - Caraterização da amostra segundo Experiência Pessoal, com familiares doentes**

Na análise do gráfico 11 os inquiridos que referiram já ter tido uma experiência pessoal, com familiares doentes, 68 inquiridos (97,2%) referem ter tido ajuda e colaboração da família.



**Gráfico 11 - Caraterização da amostra segundo ajuda e colaboração da família na Experiência Pessoal, com familiares doentes**

Relativamente à análise de resultados do gráfico 12 no item “Na sua experiência profissional com utentes doentes, teve ajuda e colaboração da família?” verificou-se que 87 inquiridos (96,7%) referiram ter tido ajuda e colaboração da família.



**Gráfico 12 - Caracterização da amostra segundo ajuda e colaboração da família na Experiência Profissional, com familiares doentes.**

2.1. Objetivo 1 – Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros de família à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Como resposta ao objetivo delineado apresentamos os resultados obtidos da aplicação da escala, “*Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros*” validada para a população portuguesa por Oliveira *et al.* (2009).

Paralelamente aos aspetos sociodemográficos e profissionais, foi aplicada a escala cujos resultados se apresentam na tabela 11.

Na análise da escala total verifica-se que, relativamente à dimensão da escala Família como um parceiro dialogante e recurso de  *coping*, responderam “concordo completamente” com respostas acima de 50% os seguintes itens: o **item 4**, 65 inquiridos (72,2%) no convite dos membros da família a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente, e o **item 17**, 51 inquiridos (56,7%) acerca do encorajamento às famílias na utilização dos seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.

Na dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem responderam “concordo completamente” com respostas acima de 50% os seguintes itens: o **item 1**, 70 inquiridos (77,8%) a importância de saber quem são os membros da família do utente; o **item 3**, 63 inquiridos (70%) acerca da satisfação que lhes proporciona uma boa relação com os membros da família do utente; o **item 5**, 48 inquiridos (53,3%) a importância que tem para si a presença de membros da família, enquanto enfermeiros; o **item 11**, 52 inquiridos (57,8%) os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente; o **item 13**, 46 inquiridos (51,1%) a presença de membros da família é importante para os mesmos; e o **item 20**, 46 inquiridos (51,1%) sentir-se útil no envolvimento com as famílias.

Na dimensão Família como um fardo, responderam “discordo completamente” com respostas acima de 40% os seguintes itens: o **item 8**, 40 inquiridos (44,4%) não ter tempo para cuidar das famílias e o **item 26**, 44 inquiridos (48,9%) referem ficar em *stress* na presença de membros da família.

Tabela 11

Distribuição dos inquiridos segundo os dados da Escala IFCE-AE

	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. É importante saber quem são os membros da família do utente	0	0,0	0	0,0	20	22,2	<b>70</b>	<b>77,8</b>
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho	34	37,8	<b>45</b>	<b>50,0</b>	10	11,1	1	1,1
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho	0	0,0	0	0,0	27	30,0	<b>63</b>	<b>70,0</b>
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente	0	0,0	1	1,1	24	26,7	<b>65</b>	<b>72,2</b>
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o)	1	1,1	3	3,3	38	42,2	<b>48</b>	<b>53,3</b>
6. No primeiro contacto com os membros da Família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente	0	0,0	4	4,4	<b>52</b>	<b>57,8</b>	34	37,8
7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança	2	2,2	13	14,4	<b>51</b>	<b>56,7</b>	24	26,7
8. Não tenho tempo para cuidar das famílias	<b>40</b>	<b>44,4</b>	32	35,6	16	17,8	2	2,2
9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro	2	2,2	13	14,4	<b>52</b>	<b>57,8</b>	23	25,6
10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho	7	7,8	34	37,8	<b>36</b>	<b>40,0</b>	13	14,4
11. OS membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente	0	0,0	3	3,3	35	38,9	<b>52</b>	<b>57,8</b>
12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente	0	0,0	5	5,6	42	46,7	<b>43</b>	<b>47,8</b>
13. A presença de membros da família é importante para os mesmos	0	0,0	0	0,0	44	48,9	<b>46</b>	<b>51,1</b>
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados	0	0,0	4	4,4	<b>56</b>	<b>62,2</b>	30	33,3
15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente	0	0,0	4	4,4	<b>47</b>	<b>52,2</b>	39	43,3
16. Pergunto às famílias como as posso apoiar	0	0,0	1	1,1	<b>48</b>	<b>53,3</b>	41	45,6
17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações	0	0,0	0	0,0	39	43,3	<b>51</b>	<b>56,7</b>
18. Considero os membros da família como parceiros	1	1,1	1	1,1	<b>44</b>	<b>48,9</b>	<b>44</b>	<b>48,9</b>
19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente	0	0,0	1	1,1	<b>50</b>	<b>55,6</b>	39	43,3
20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil	0	0,0	3	3,3	41	45,6	<b>46</b>	<b>51,1</b>
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho	0	0,0	9	10,0	<b>47</b>	<b>52,2</b>	34	37,8
22. É importante dedicar tempo às famílias	0	0,0	0	0,0	<b>46</b>	<b>51,1</b>	44	48,9
23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar	25	27,8	<b>42</b>	<b>46,7</b>	15	16,7	8	8,9
24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados	3	3,3	17	18,9	<b>55</b>	<b>61,1</b>	15	16,7
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação	0	0,0	2	2,2	<b>51</b>	<b>56,7</b>	37	41,1
26. A presença de membros da família deixa-me em stress	<b>44</b>	<b>48,9</b>	39	43,3	2	2,2	5	5,6

Na tabela 12 estão representados os valores da Média, Mediana, Moda e Desvio-Padrão da escala total e das dimensões da escala IFCE-AE.

Da análise da tabela 12 verifica-se uma média de 40,4, na dimensão que se relaciona diretamente com as atitudes dos enfermeiros, ou seja, na dimensão Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*, com um desvio-padrão de 4,4, o mesmo acontecendo na dimensão que apresenta as opiniões dos participantes relativamente à Família como recurso nos cuidados de enfermagem, com uma média de 33,9, apresentando um desvio-padrão de 3,9 e uma média baixa de 7,2 na dimensão menos positiva, ou seja, na dimensão Família como um fardo, com um desvio-padrão de 2,1, o que realça atitudes positivas dos enfermeiros quando questionados sobre a importância atribuída pelo enfermeiro de família à participação da família nos cuidados de enfermagem.

Realça-se que a Média total é de 81,6, para um *score* total de 104, o que apresenta níveis positivos altos das atitudes dos enfermeiros de família, relativamente à participação da família nos cuidados de enfermagem, apresentando-se um desvio-padrão de 8,2.

**Tabela 12**  
***Estatística descritiva das dimensões da Escala IFCE-AE***

<b>Dimensões da Escala IFCE-AE</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>D. Padrão</b>
<b>Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i></b>	40,4	40,0	38,0	4,4
<b>Família como um recurso nos cuidados de enfermagem</b>	33,9	34,0	30,0	3,9
<b>Família como um fardo</b>	7,2	7,0	8,0	2,1
<b>Média da Escala total</b>	81,6	80,0	78,0	8,2

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados obtidos na avaliação da intensidade da relação entre as dimensões da escala IFCE-AE.

Analisando a tabela 13 verifica-se uma correlação positiva *Alta*, estatisticamente significativa nas atitudes que realçam uma atitude positiva para com a família nas

dimensões Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping* e Família como um recurso nos cuidados de enfermagem. Paralelamente verificou-se que na dimensão que transmite uma atitude menos positiva, Família como um fardo, existe uma correlação negativa com as duas outras dimensões da escala IFCE-AE.

**Tabela 13**  
**Correlação de Pearson das dimensões da Escala IFCE-AE**

Dimensões da Escala IFCE-AE	Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Família como um fardo
Família como um parceiro dialogante recurso de <i>coping</i>	1	0,849**	-0,101
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	0,849**	1	-0,083
Família como um fardo	-0,101	-0,083	1

\*\* Correlação significativa 0,01

## 2.2. Objetivo 2 – Relacionar as atitudes dos enfermeiros com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

No sentido de dar resposta ao objetivo definido apresentam-se as tabelas 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21 com os resultados obtidos do cruzamento das variáveis independentes com escala total e com as dimensões da escala IFCE-AE.

A tabela 14 apresenta os resultados do cruzamento da escala total adaptada à população portuguesa com as variáveis independentes.

Da análise da tabela verifica-se que das variáveis cruzadas, apresenta associação estatística significativa a experiência profissional com utentes doentes ( $p=0,006$ ), quando aplicado o teste *T-Student*.

**Tabela 14*****Relação entre as variáveis Sociodemográficas e Profissionais da Escala IFCE-AE***

Variáveis sócio-demográficas	Resultados da Escala Total IFCE-AE	
	ANOVA	T_STUDENT
<b>Idade</b>	P=0,531	-----
<b>Título profissional</b>	-----	P=0,482
<b>Experiência profissional</b>	P=0,583	-----
<b>Pós-Graduação e/ou Pós-licenciatura de especialização</b>	-----	P=0,623
<b>Formação em Enfermagem de Família</b>	-----	P=0,449
<b>Experiência Pessoal com Familiares Doentes</b>	-----	<b>P=0,063</b>
<b>Experiência Profissional com Utentes Doentes</b>	-----	<b>P=0,006</b>

Quando cruzada a variável idade com as dimensões da escala, verificou-se que para  $p=0,05$ , não existe associação significativa entre a idade e nenhuma das dimensões da escala, a idade não apresenta significância estatística sobre as atitudes dos enfermeiros no cuidado prestado à família, quer na Família como parceiro dialogante e recurso de *coping* quer na Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, quer na Família como um fardo.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, foi feita análise apenas à idade, uma vez que o sexo era maioritariamente feminino e as habilitações literárias eram homogêneas nos seus resultados globais, não apresentando relevância estatística para o cruzamento com as dimensões da escala.

Na tabela 15 apresentam-se os resultados obtidos em relação à idade e as dimensões da escala.

**Tabela 15**

**Resultados do teste One-Way ANOVA entre a variável Idade e as dimensões da Escala IFCE-AE**

<b>Dimensões da Escala IFCE-AE</b>	<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>ANOVA</b>
<b>Família como um parceiro dialogante e recurso de coping</b>	[25-35]	15	
	[36-46]	54	F=0,993
	[47-57]	20	p=0,491
	≥ 58	1	
<b>Família como um recurso nos cuidados de enfermagem</b>	[25-35]	15	
	[36-46]	54	F=1,053
	[47-57]	20	p=0,421
	≥ 58	1	
<b>Família como um fardo</b>	[25-35]	15	
	[36-46]	54	F=0,741
	[47-57]	20	p=0,803
	≥ 58	1	

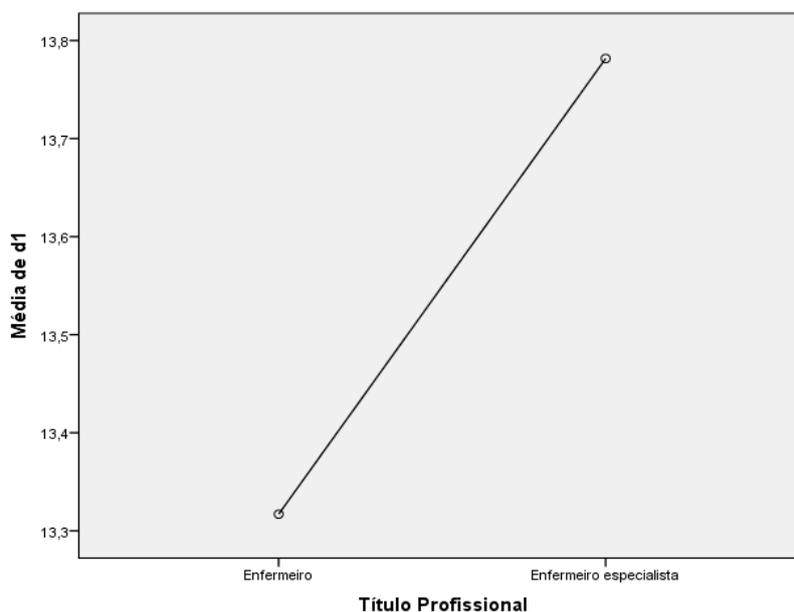
Em seguida, apresentam-se os resultados para o cruzamento da variável título profissional e as dimensões da escala.

Analisando a tabela 16 verificou-se que para  $p=0,05$ , a dimensão Família como um fardo apresenta uma relação estatística significativa com a variável título profissional ( $p=0,029$ ), traduzindo-se numa diferença elevada entre esta dimensão e as duas dimensões que não apresentam significância estatística dos resultados, o que significa que para valores mais altos de titularidade profissional, correspondem atitudes mais positivas e vice-versa na dimensão Família como um fardo, conforme se pode analisar nos gráficos 13, 14 e 15.

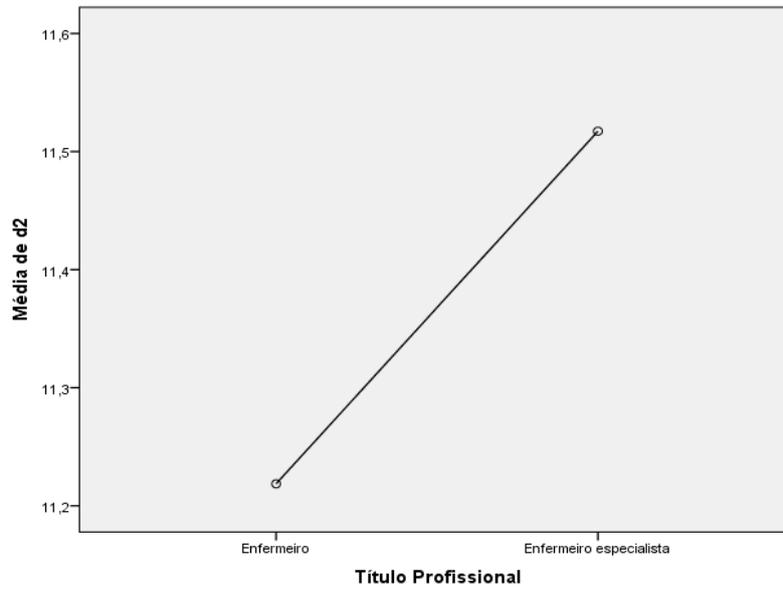
**Tabela 16**

**Resultados do teste T-student entre a variável Título Profissional e as dimensões da Escala IFCE-AE**

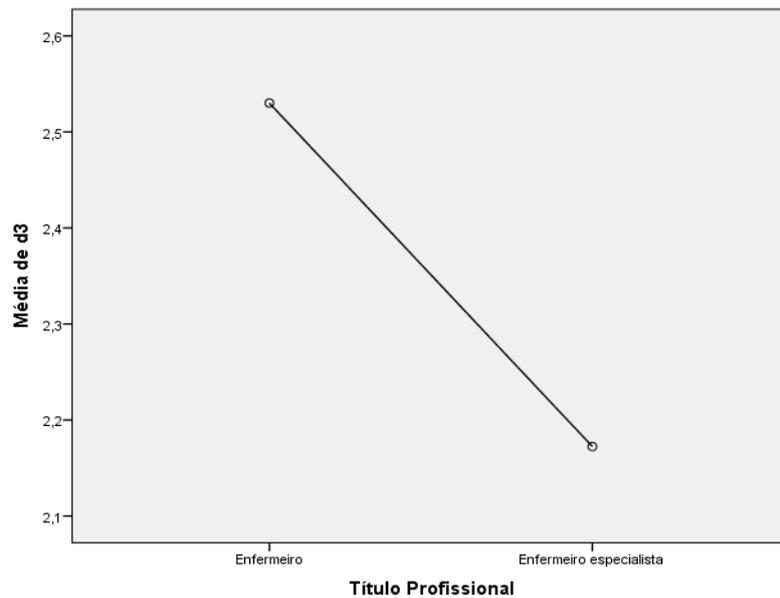
Dimensões da Escala IFCE-AE	Título Profissional	n	Média	Desvio - padrão	P
<b>Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i></b>	Enfermeiro	61	13,32	1,445	0,166
	Enfermeiro especialista	29	13,78	1,539	
<b>Família como um recurso nos cuidados de enfermagem</b>	Enfermeiro	61	11,22	1,361	0,323
	Enfermeiro especialista	29	11,52	1,271	
<b>Família como um fardo</b>	Enfermeiro	61	2,53	0,775	0,029
	Enfermeiro especialista	29	2,17	0,568	



**Gráfico 13 - Análise do cruzamento Título Profissional com a dimensão Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping***



**Gráfico 14 - Análise do cruzamento Título Profissional com a dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem**



**Gráfico 15 - Análise do cruzamento Título Profissional com a dimensão Família como um fardo**

Na tabela 17, ilustram-se os resultados obtidos do cruzamento das dimensões da escala com a variável experiência profissional.

Dos resultados obtidos pela aplicação do teste *One-Way ANOVA*, verificou-se que para as três dimensões da escala e respeitando um  $p=0,05$ , não existe associação estatística com os anos de experiência profissional, o que leva a inferir que o tempo da experiência profissional não implica alteração significativa de atitudes dos enfermeiros relativamente à família, nos contextos dimensionais da escala.

**Tabela 17**

**Resultados do teste *One-Way ANOVA* entre a variável *Experiência Profissional* e as dimensões da Escala *IFCE-AE***

Dimensões da Escala IFCE-AE	Anos de experiência profissional	N	ANOVA
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i> coping</i>	<1	3	F=1,177 p=0,334
	[1-10]	15	
	[11-21]	56	
	[22-32]	17	
	>32	2	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	<1	3	F=1,086 p=0,422
	[1-10]	15	
	[11-21]	56	
	[22-32]	17	
	>32	2	
Família como um fardo	<1	3	F=1,140 p=0,368
	[1-10]	15	
	[11-21]	56	
	[22-32]	17	
	>32	2	

De seguida, apresentam-se os resultados para o cruzamento da variável curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização e as dimensões da escala.

A análise da tabela 18, com a aplicação do teste *T-student* apresenta resultados que indicam não existir associação estatística entre a variável curso de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização e as dimensões da escala, para um  $p=0,05$ , o que

significa que as atitudes dos enfermeiros não estão relacionadas com o facto de possuírem cursos de pós-graduação e/ou pós-licenciatura de especialização.

**Tabela 18**

**Resultados do teste T-student entre a variável Curso de Pós-Graduação e/ou Pós-Licenciatura de Especialização e as dimensões da Escala IFCE-AE**

Dimensões da Escala IFCE-AE		n	Média	Desvio Padrão	p
Família como um parceiro dialogante e recurso de coping	Sim	30	13,76	1,498	0,728
	Não	60	13,32	1,466	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Sim	30	11,43	1,296	0,902
	Não	60	11,26	1,358	
Família como um fardo	Sim	30	2,19	0,635	0,335
	Não	60	2,53	0,755	

Para os resultados do cruzamento de dados entre a variável formação em enfermagem de família e as dimensões da escala, apresenta-se a tabela 19.

Da análise da tabela 19 e para  $p=0,05$ , verificou-se que não existe associação estatística significativa entre a variável formação em enfermagem de família e as dimensões da escala, o facto de os enfermeiros possuírem esta experiência formativa na área da enfermagem de família, não está associado diretamente às suas atitudes para com a família, nas três dimensões de análise da escala.

**Tabela 19**

**Resultados do teste T-student entre a variável Formação em Enfermagem de Família e as dimensões da Escala IFCE-AE**

Dimensões da Escala IFCE-AE		n	Média	Desvio Padrão	p
Família como um parceiro dialogante e recurso de coping	Sim	17	13,78	1,518	0,611
	Não	73	13,39	1,475	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Sim	17	11,57	1,480	0,494
	Não	73	11,26	1,300	
Família como um fardo	Sim	17	2,25	0,759	0,911
	Não	73	2,45	0,725	

Na tabela 20 apresentam-se os resultados do cruzamento das dimensões da escala com a experiência pessoal, com familiares doentes.

Analisando a tabela 20, verifica-se que da aplicação do teste *T-Student*, existe associação estatística significativa ( $p=0,009$ ), entre a variável experiência pessoal, com familiares doentes e a dimensão da escala Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, confirmando que os enfermeiros possuem experiência pessoal, com familiares doentes está associado diretamente às suas atitudes para com a família o que não se mantém nas dimensões da escala Família como parceiro dialogante e recurso de *coping* ( $p=0,099$ ) e na Família como um fardo ( $p=0,245$ ) onde não existe associação estatística significativa.

**Tabela 20**

**Resultados do teste T-student entre a variável Experiência Pessoal, com familiares doentes e as dimensões da Escala IFCE-AE**

Dimensões da Escala IFCE-AE		n	Média	Desvio Padrão	p
<b>Família como um parceiro dialogante e recurso de coping</b>	Sim	70	13,60	1,497	0,099
	Não	20	12,98	1,357	
<b>Família como um recurso nos cuidados de enfermagem</b>	Sim	70	11,51	1,219	0,009
	Não	20	10,63	1,514	
<b>Família como um fardo</b>	Sim	70	2,37	0,709	0,245
	Não	20	2,58	0,801	

Na tabela 21 verifica-se que da aplicação do teste *T-Student*, existe associação estatística significativa ( $p=0,015$  e  $p=0,003$ ), entre a variável experiência profissional com utentes doentes, ajuda e colaboração da família em duas dimensões da escala, o facto de os enfermeiros possuem esta experiência parece estar associado diretamente às suas atitudes para com a família, nas dimensões da escala Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping* e Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, na dimensão da escala Família como um fardo não existe associação estatística significativa ( $p=0,944$ ).

**Tabela 21**

**Resultados do teste T-student entre a variável Experiência Profissional, com utentes doentes e as dimensões da Escala IFCE-AE**

Dimensões da Escala IFCE-AE		n	Média	Desvio Padrão	p
<b>Família como um parceiro dialogante e recurso de coping</b>	Sim	87	13,54	1,446	0,015
	Não	3	11,44	1,262	
<b>Família como um recurso nos cuidados de enfermagem</b>	Sim	87	11,39	1,283	0,003
	Não	3	9,11	0,839	
<b>Família como um fardo</b>	Sim	87	2,41	0,742	0,944
	Não	3	2,44	0,385	

Tendo em conta a análise apresentada, de seguida descreve-se a discussão de resultados, contextualizando o enquadramento teórico com os valores obtidos pela aplicação dos testes estatísticos definidos.

### 3. Discussão dos Resultados

Ao realizar a presente investigação realça-se a importância da participação da família nos cuidados de enfermagem e as atitudes dos enfermeiros de família das unidades de cuidados de saúde personalizadas do distrito de Bragança no envolvimento e relacionamento com as famílias. Da mesma forma, foi evidenciada a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as atitudes dos enfermeiros de família.

Após a apresentação e análise dos resultados, salienta-se a importância de relacionar o enquadramento metodológico e os procedimentos adotados com a contextualização teórica, no sentido de realçar os valores que se evidenciaram e verificar o cumprimento dos objetivos previamente definidos.

Para a identificação das atitudes dos enfermeiros de família foi utilizada a Escala IFCE-AE, validada para a população portuguesa por Oliveira *et al.* (2009), medindo as dimensões respeitantes às atitudes dos enfermeiros e a importância da família na prestação de cuidados de enfermagem, nas dimensões: Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*; Família como um recurso nos cuidados de enfermagem e Família como um fardo.

Na discussão dos resultados foram utilizados estudos, nomeadamente aplicados em meio hospitalar e dois desses estudos foram desenvolvidos nos Cuidados de Saúde Primários.

Neste contexto, verificou-se que a população da presente investigação é maioritariamente do sexo feminino, conforme corroborado pela OE (2014), que apresenta dados relativos a 2013, onde consta de um total nacional de 65872 enfermeiros e são do sexo feminino 53814.

Apresenta-se uma faixa etária predominante entre os 36 e os 46 anos, cuja média de idades foi de 41,53, sendo a idade mínima de 25 e máxima de 60 anos, o que não vai ao encontro dos resultados apresentados pela OE (2014) que referem uma faixa etária a nível nacional predominante dos 26 aos 30 anos.

A população do estudo apresenta a licenciatura como habilitação académica com maior número de frequências, em que a maioria refere não possuir qualquer tipo de pós-graduação ou pós-licenciatura.

A nível profissional, a população apresenta maioritariamente enfermeiros, o que também é corroborado pela OE (2014) quando apresenta um total nacional de 65872 enfermeiros e um total de 13082 enfermeiros especialistas a nível nacional.

Relativamente aos anos de experiência profissional, a população apresenta entre 11 e 21 anos de experiência profissional, com uma média de 17,52 anos, um valor mínimo de 2 meses e máximo de 34 anos e 6 meses, em que se verifica uma heterogeneidade de distribuição geográfica pelas quinze Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do distrito de Bragança.

Relativamente à formação em enfermagem de família, verificou-se que a maioria considera não possuir formação na área, embora apresentem experiência pessoal, com familiares doentes, reforçando a ajuda e colaboração da família quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

Da análise do resultado total da Escala IFCE-AE, verificou-se que apresenta um  $\alpha$  de Cronbach com  *muito boa*  confiabilidade  $\alpha=0,91$ , indo ao encontro dos resultados de Oliveira  *et al.*  (2009) que validaram a escala, apresentando um  $\alpha=0,87$ . A investigação de Rodrigues (2013) apresenta também valores do  $\alpha$  de Cronbach com boa confiabilidade  $\alpha=0,82$ , o mesmo acontecendo com Alves (2011) e Sousa (2011) com um  $\alpha=0,83$ .

Apresentaram-se valores altos de confiabilidade e correlação entre os itens das três dimensões, variando na escala adaptada para a população portuguesa do nosso estudo de  $\alpha=0,62$  a  $\alpha=0,87$ .

Da análise dos resultados obtidos por dimensões, verificou-se que a dimensão da escala Família como um parceiro dialogante e recurso de  *coping* , apresenta resultados indicadores da inclusão e integração da família no âmbito da prestação de cuidados ao utente, o que é defendido também por Martins  *et al.*  (2010), Rodrigues (2013), Silva, Costa & Silva (2013), Ângelo  *et al.*  (2014) e Fernandes  *et al.*  (2015), quando consideram a família como parceiro na prestação de cuidados, sendo necessário que se promovam as condições adequadas para que a mesma possa desempenhar esta função, incluindo diretamente os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde e agentes diretos no contacto diário com a família; na educação/formação que permita habilitar e capacitar a família no envolvimento dos cuidados em colaboração, para assim prestar e consolidar da melhor forma esses cuidados.

Nos resultados obtidos para a dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, verificou-se a importância de se conhecer a família e a necessidade de promover um relacionamento direto saudável, de forma a garantir a satisfação laboral dos enfermeiros e garantir a presença da família nos cuidados, envolvendo-a diretamente no seu planeamento. A este respeito Oliveira *et al.* (2011), Sousa (2011), Alves (2011), Rodrigues (2013) e Fernandes *et al.* (2015) defendem que os enfermeiros que possuem uma atitude positiva para com a família, reconhecem a importância do diálogo entre ambos e valorizam o seu envolvimento nos cuidados, conseguindo inovar, prestando cuidados criativos, profissionais e cativantes aos utentes, no sentido de envolver diretamente as famílias, mesmo em contextos de cuidados mais complexos.

Relativamente à dimensão Família como um fardo, os resultados são indicadores da não concordância com o facto de a família poder ser considerada como um fardo, traduzindo-se as atitudes dos enfermeiros na colaboração, envolvendo-se os elementos da família na prestação de cuidados, considerando-os não como um fardo, mas sim como um fator de apoio, colaboração, ajuda e participação na implementação dos cuidados de saúde que os utentes necessitam. Os resultados apresentados vão ao encontro de Sousa (2011), que apresentou resultados de atitudes mais positivas face à família, o mesmo referido por Alves (2011), quando apresenta resultados mais positivos na dimensão Família como recursos nos cuidados de enfermagem e menores na dimensão Família como um fardo, o que significa que os enfermeiros consideram a família com um recurso e apoio e não como um fardo. No entanto, salienta-se o estudo de Rodrigues (2013), que apresenta ainda alguns enfermeiros com atitudes menos favoráveis sobre a importância da colaboração da família e do seu envolvimento nos cuidados de saúde, o que é também realçado por Benzein *et al.* (2008), quando referem que a família, quando considerada um fardo, pode ser vista como indesejável, ou tradutora de falta de tempo, pela parte dos enfermeiros, no seu envolvimento enquanto colaboradores imprescindíveis para a prestação de cuidados ao utente e familiar direto.

Da análise realizada, verifica-se que para a concretização do objetivo: *identificar a importância atribuída pelos enfermeiros de família à participação da família nos cuidados de enfermagem*, geraram-se resultados muito positivos no que diz respeito às atitudes dos enfermeiros, relativamente à participação da família nos cuidados de enfermagem (média total de 81,6). Os resultados obtidos são defendidos por Martins *et*

*al.* (2010), Alves (2011), Rodrigues (2013), Silva, Costa & Silva (2013), Ângelo *et al.* (2014) e Fernandes *et al.* (2015), cujos diferentes estudos são indicadores de atitudes positivas face à importância da integração da família como um parceiro dialogante, que deve colaborar na prestação de cuidados de enfermagem e sendo considerada como um recurso positivo e de apoio e não como um fardo.

No objetivo: *relacionar as atitudes dos enfermeiros com as variáveis sociodemográficas e profissionais*, foram gerados resultados que apontam para a não existência de associações estatísticas nos cruzamentos das dimensões da escala com as variáveis idade, experiência profissional, formação profissional e formação em enfermagem de família.

Relativamente à idade, foram obtidos resultados que não apresentam significância estatística, indo ao encontro do que refere Rodrigues (2013), cujos resultados apontam para a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre a variável idade e a Escala IFCE-AE, o que Ângelo *et al.* (2014) contrapõe no seu estudo quando apresenta resultados que indicam atitudes mais positivas na relação entre a idade e a Escala IFCE-AE, acontecendo o mesmo no estudo Silva, Costa & Silva (2013), onde os resultados apontam para a existência de relação entre a idade e a escala, referindo que os enfermeiros mais velhos apresentam atitudes de maior suporte na integração da família nos cuidados de enfermagem. Também Sousa (2011) apresenta resultados de associação estatística significativa entre a idade e a escala, pois enfermeiros com idades entre os 46 e os 50 anos de idade apresentam atitudes mais favoráveis relativamente à integração da família nos cuidados de enfermagem.

No respeitante à experiência profissional, os resultados indicam não existir significância estatística entre esta variável e a Escala IFCE-AE, o que é defendido por Rodrigues (2013), cujos resultados apontam não existir associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis. A este respeito, Silva, Costa & Silva (2013) referem que a uma menor experiência profissional correspondem resultados de atitudes de menor suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem e Ângelo *et al.* (2014), consideram que a experiência profissional é indicadora de menor suporte quanto mais tempo de experiência profissional se tem.

Relativamente à formação profissional, os resultados são indicadores da não existência de associação estatística significativa, o que é defendido por Fernandes *et al.*

(2015), no seu estudo sobre as atitudes dos enfermeiros acerca da importância da família na prestação de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar, que evidenciam resultados indicadores da não existência de relação estatisticamente significativa entre experiência profissional e a Escala IFCE-AE. Estes resultados não se coadunam com a perspectiva de Freitas (2009), quando refere que quanto maior a formação profissional, maior importância é atribuída ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, o que é também defendido por Rodrigues (2013), que apresenta resultados de significância estatística entre a formação pós-graduada/mestrado e a Escala IFCE-AE.

Na formação em enfermagem de família, verificou-se a não existência de significância estatística, o que é corroborado por Fernandes *et al.* (2015), cujos resultados evidenciam uma população maioritariamente sem formação em enfermagem de família, não obtendo diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e as dimensões da Escala IFCE-AE. Os resultados obtidos não vão de encontro ao estudo de Sousa (2011) quando refere que os enfermeiros que têm experiência na área apresentam uma atitude mais favorável à inclusão da família nos cuidados e os que não têm qualquer tipo de contacto nesta área, apresentam médias superiores na dimensão família como um fardo. Os resultados são defendidos por Oliveira *et al.* (2011) quando referem que os enfermeiros com formação e trabalham na área de enfermagem de família apresentam médias superiores na dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*, corroborado por Ângelo *et al.* (2014) quando apresentam resultados que evidenciam que os enfermeiros que não têm qualquer contacto com a enfermagem de família, apresentam *scores* menores, particularmente na dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem.

Os resultados apresentados indicam associações estatísticas significativas para o cruzamento das dimensões da escala com as variáveis título profissional ( $p=0,029$ ) para a dimensão Família como um fardo, o que significa que para valores mais altos de titularidade profissional, correspondem atitudes mais positivas no envolvimento da família nos cuidados de enfermagem e vice-versa. Os resultados obtidos vão ao encontro do que refere Rodrigues (2013), cujos resultados evidenciam significância estatística no cruzamento entre o título profissional e a Escala IFCE-AE, observando-se uma atitude mais favorável dos enfermeiros especialistas, sendo que os restantes enfermeiros apresentam médias superiores na dimensão família como um fardo. A este

respeito, os resultados são concordantes com o que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010), no seu regulamento das competências do enfermeiro especialista, que salienta a importância da aquisição de conhecimentos específicos e aprofundados num domínio particular da enfermagem. No entanto, Fernandes *et al.* (2015) apresenta resultados diferentes, pois não obteve diferenças estatísticas significativas entre o título profissional e a Escala IFCE-AE.

Relativamente à experiência pessoal com familiares doentes, ( $p=0,009$ ), na dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, os enfermeiros possuírem esta experiência parece estar associado diretamente às suas atitudes para com a família. Os resultados obtidos são defendidos por Benzein *et al.* (2008) no seu estudo sobre a Escala IFCE-AE, onde referem que os enfermeiros que não tiveram qualquer experiência pessoal com familiares doentes, têm médias mais elevadas na dimensão Família como um fardo, já os que afirmam ter tido experiência com familiares doentes, apresentam atitudes mais favoráveis na dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*.

No que concerne à experiência profissional com utentes doentes, para a ajuda e colaboração da família ( $p=0,015$ ) e ( $p=0,003$ ), nas dimensões Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping* e Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, esta experiência está associada diretamente às suas atitudes para com a família. O mesmo evidencia o estudo de Sousa (2011) cujos resultados apontam para que a experiência anterior com familiares gravemente doentes influencia diretamente as atitudes dos enfermeiros, em contexto profissional.

Sintetizando, verifica-se pela discussão dos resultados, que o presente estudo, quando comparado com a revisão da literatura, evidencia atitudes positivas na integração e inclusão da família na prestação de cuidados de enfermagem, sendo cada vez mais urgente a sua implementação, no respeito pelas necessidades individuais dos elementos que a compõem e na promoção de interação, colaboração e interajuda para a construção de um relacionamento de cooperação e parceria entre a família e os enfermeiros de família.

## **Conclusões, limitações e sugestões**

Considerando a contextualização teórica e a sua aplicação prática no âmbito da enfermagem de família, a presente investigação procurou dar resposta ao interesse profissional nesta área, descrevendo as atitudes dos profissionais de enfermagem no envolvimento da família nos cuidados, em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas do distrito de Bragança.

Salienta-se a importância do papel do enfermeiro de família, enquanto promotor e elo de ligação entre a família, o utente e os restantes elementos da equipa multidisciplinar que prestam cuidados de saúde.

A prática de enfermagem de família nos Cuidados de Saúde Primários tem vindo a ser valorizada e reconhecida como essencial, sendo um dos pilares de todos os cuidados de saúde ao longo do ciclo vital do ser humano.

A este respeito, o comportamento e atitudes dos enfermeiros para com a família devem respeitar determinados requisitos, enquadrados pela OE (2011) no documento que legisla os padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, observando as dinâmicas internas da família, as suas relações, estrutura e funcionamento, atuando na análise da sua interação nos diferentes contextos do meio envolvente passíveis de provocar mudanças nos processos intra e inter familiares e intervindo quando e se necessário.

De forma a avaliar que atitudes devem ser consideradas, valorizadas e implementadas na prática diária dos cuidados de enfermagem familiar, têm vindo a ser publicados vários estudos e construídos novos instrumentos de avaliação, com o objetivo de promover a qualidade da prestação destes cuidados.

Na presente investigação, optou-se pela escolha da Escala IFCE-AE, não só pela validação para a população portuguesa, mas pela análise dos itens que constituem as dimensões analisadas irem ao encontro dos objetivos previamente definidos.

A concretização metodológica da investigação baseou-se num estudo observacional, descritivo, analítico e transversal de cariz quantitativo, apoiado na aplicação da Escala IFCE-AE a enfermeiros de família que exercem funções em UCSP do distrito de Bragança, de 20 de janeiro a 29 de abril de 2016.

Da análise dos resultados obtidos verificou-se que a escala total apresenta um  $\alpha$  de Cronbach com  *muito boa* confiabilidade na versão adaptada para a população portuguesa  $\alpha=0,91$ , indo ao encontro dos resultados de Oliveira *et al.* (2009) que validaram a escala, apresentando boa confiabilidade  $\alpha=0,87$ .

Na análise dos resultados das dimensões, verifica-se que a dimensão da escala Família como um parceiro dialogante e recurso de  *coping*, apresenta resultados indicadores da inclusão e integração da família no âmbito da prestação de cuidados ao utente. Na dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, verificou-se a importância de se conhecer a família e a necessidade de promover um relacionamento direto e saudável, de forma a garantir a satisfação laboral dos enfermeiros e a presença da família na prática dos cuidados. A dimensão Família como um fardo, apresentou resultados indicadores de não concordância com o facto de a família poder ser considerada como um fardo, mas sim como um fator de apoio, colaboração, ajuda e participação na implementação dos cuidados de saúde.

Aquando da concretização do objetivo:  *identificar a importância atribuída pelos enfermeiros de família à participação da família nos cuidados de enfermagem*, geraram-se resultados muito positivos no que diz respeito às atitudes dos enfermeiros, relativamente à participação da família nos cuidados de enfermagem com média total de 81,6.

Para o objetivo:  *relacionar as atitudes dos enfermeiros com as variáveis socio demográficas e profissionais*, os resultados apontaram para a não existência de associações estatísticas nos cruzamentos das dimensões da escala com as variáveis idade, experiência profissional, formação profissional e formação em enfermagem de família.

Verifica-se que existem associações estatísticas significativas para o cruzamento das dimensões da escala com a variável título profissional ( $p=0,029$ ), na dimensão Família como um fardo, o que significa que valores mais altos de titularidade profissional correspondem atitudes mais positivas e vice-versa.

No mesmo sentido, os enfermeiros que possuem experiência pessoal com familiares doentes ( $p=0,009$ ), apresentam resultados que apontam para atitudes positivas associadas aos cuidados que prestam à família na dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem.

Relativamente à experiência profissional com utentes doentes, ajuda e colaboração da família ( $p=0,015$ ) e ( $p=0,003$ ), os resultados indicam uma associação direta e de atitudes positivas dos profissionais para com a família, nas dimensões Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping* e Família como um recurso nos cuidados de enfermagem.

A presente investigação evidencia atitudes positivas relativamente à integração e cooperação da família na prestação de cuidados de enfermagem, em UCSP do distrito de Bragança, sendo imprescindível esses cuidados para suprir as necessidades individuais dos elementos da família, numa ótica de colaboração, interajuda e parceria de cuidados da família com os enfermeiros.

Consideram-se limitações do presente trabalho, a amostra não ser probabilística e o tamanho da amostra ser limitado à área geográfica.

Será pertinente mais pesquisa na área da enfermagem de saúde familiar, no sentido de identificar e esclarecer as variáveis que influenciam as atitudes dos enfermeiros de família na promoção e intervenção diária. Com esta prática pretende-se o desenvolvimento de um trabalho promotor com resultados positivos nos cuidados prestados, procurando saber quais os conteúdos e metodologias a valorizar para melhorar a assistência ao ser humano e à família na sua globalidade.

Sintetizando, salienta-se a importância do papel do enfermeiro de família na sociedade atual e sugere-se a aposta na formação contínua e especializada na área da enfermagem familiar, aconselhada e disponibilizada a estes profissionais da saúde, de forma regular, constante, em contexto intra ou extra serviço, no sentido de se promover a qualidade dos cuidados prestados pela enfermagem familiar, em prol da saúde e bem estar das famílias.

## Referências Bibliográficas

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 327-330.
- Alarcão, M., & Relvas, A. P. (2007). *Novas formas de Família*. Coimbra: Quarteto.
- Alves, C. M. P. M. (2011). *Atitudes dos Enfermeiros Face à Família: stress e gestão do conflito* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Disponível em: <http://www.google.pt/url?url=http://sigarra.up.pt/icbas/pt/publs>.
- Ângelo, M., Cruz, A.C., Mekitarian, F.F.P., Santos, C.C.S., Martinho, M.J.C.M., Martins, M.M.F.P.S. (2014). Atitudes de Enfermeiros em Face da Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria. *Revista Esc Enferm USP*, 48 (75-81) 75-81. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-075.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-075.pdf)
- Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidar da família com um idosos dependente: Formação em enfermagem*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>.
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., Berg, A. & Saveman, B. I. (2008). Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes - An Instrument Development. *Journal of Family Nursing*, 1 (14), 97-117.
- Bezerra, F., Taziana, S., Lemos, M., Sousa, A.C., Carvalho, S.M.L., Fernandes, C.M.C., Alves, A.F. S. & Dalva, M. (2013). Promoção da Saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem, *Resvista Electrónica Enfermaria Global*, 32(270-279), 1695-8141. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt\\_ensayos2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf).
- Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, aprovado por Conselho de Ministros de 19 de junho de 2014, publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 149.
- Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos favoráveis à saúde ao longo da vida*. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99\\_4\\_2\\_Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida\\_2013\\_01\\_173.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_4_2_Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida_2013_01_173.pdf)

- Fernandes, C.S., Gomes, J.A.P., Martins, M.M., Gomes, B.P. P., & Gonçalves, L.H.T. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 7 (21-30), Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn7/serIVn7a03.pdf>.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem>.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Freitas, A. P. (2009). *Enfermagem com famílias – perspectiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde primários da Região Autónoma da Madeira*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13430/2/EnfermagemComFamliasAlexandraFreitas.pdf>.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.
- Lancaster, J., & Stanhope, M. (1999). *Enfermagem comunitária – promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (7.<sup>a</sup> Ed.). Lisboa: editora Lusociência.
- Leandro, M. E. (2006). Transformações da Família na História do Ocidente. *Theologica*, 1(41), 51-74. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12875/1/leandro.pdf>.
- Marinheiro, P. P. (2002). *Enfermagem de ligação – cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Editora Quarteto.

- Martins, M.M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri F. M. C., Oliveira, P.C., Fernandes, H.I., ...Carvalho, J. C. (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In Barbier, M. C. *et al.*. Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família (pp.20-33). Disponível em: [http://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes\\_de\\_conhecimento\\_enfermagem\\_de\\_familia.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf)
- Muñoz, S. C., Granados, F.C., Lezcano, M. E., Olmos, L. G., Velasco, G. G. & Torre, G. G. (2012). *Medicina de Familia y Comunitaria*. Volume II. (2ª Ed.). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social*. Volume I. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nogueira, M.A.A. (2003). *Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Disponível em: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10572/7/6018\\_TM\\_01\\_P.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10572/7/6018_TM_01_P.pdf).
- Oliveira, P.C., Fernandes, H.I., Vilar, A.I., Figueiredo, M.H., Santos, M.R., & Martins, M.M. (2009). *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 (pp.156). Disponível em: [http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf).
- Oliveira, P.C.M., Fernandes, H.I.V., Vilar, A.I.S.P., Figueiredo, M.H.J.S., Ferreira, M.M.S.S., Martinho, M.J.C.M., ... Martins, M.M.F.P.S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care – Nurses Atitudes. *Revista Esc Enferm USP*, 45(6),1331-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, ICN. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Dados Estatísticos a 31-12-2013*, Departamento de Informática. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/common/downloads/Dados%20Estat.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Loures: Edição Lusociência.
- Portaria n.º 8/2015, de 12 de janeiro, publicado pelo Ministério da Saúde, em Diário da República, 1ª série, n.º 7.
- Rebelo, L., Soares, A., Teixeira, A., Costa, A.M., Antão, C., Rosendo, I., .... Laginha, T. (2011). *A Família em Medicina Geral e Familiar – Conceitos e Práticas*. Lisboa: Health & Pharma Publishing.
- Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, em Diário da República, 2ª série, n.º 35.
- Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, em Diário da República, 2ª série, n.º 124.

- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família*. Lisboa: Edição Afrontamento.
- Rodrigues, A.C., Regadas, D., Neves, H., Alves, M., Pereira, S.M.S. & Morais, S. (2007). *Genograma: Representação gráfica da vida familiar*. O Portal dos Psicólogos. Disponível em: [http://ead.ipleiria.pt/ucs201314/pluginfile.php/37674/mod\\_resource/content/1/Genograma\\_-\\_psicologia.pdf](http://ead.ipleiria.pt/ucs201314/pluginfile.php/37674/mod_resource/content/1/Genograma_-_psicologia.pdf).
- Rodrigues, L. M. O. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra. Coimbra). Disponível em: <http://www.google.pt/url?url=http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php>.
- Sousa, S. A. S. (2011). *A Família- Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER\\_Tese\\_Salom%C3%A9\\_2011.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf).
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública*. (7.<sup>a</sup> Ed.). Lisboa: Lusociência.
- Silva, M.A.N., Costa, M.A., & Silva, M.M. (2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência* III, 11, 19-28. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn11/serIIIIn11a03.pdf>.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiros e famílias – um guia para avaliação e intervenção na família*. (3.<sup>a</sup>Ed). São Paulo: Editora Roca.
- Wright, M. L., & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. (5th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

## **Anexos**

**Anexo I** – Número total de enfermeiros de família do distrito de Bragança integrados na  
ULSNE

**De:** Lucia Pinto  
**Enviada:** terça-feira, 12 de Abril de 2016 14:20  
**Para:** Eliana Pires  
**Assunto:** RE: Numero de enfermeiros de familia do distrito

Boa tarde Eliane,  
Este nº está correto.  
Abraço  
Lúcia Pinto

Eliana Pires

Adic. a circs.



[Mostrar detalhes](#)

---

**De:** Eliana Pires  
**Enviada:** segunda-feira, 21 de Março de 2016 10:07  
**Para:** Lucia Pinto  
**Assunto:** Numero de enfermeiros de familia do distrito

Bom dia enfermeira Lúcia  
Conforme a conversa que tive consigo no centro de saúde , agradecia que me confirmar-se o nº de Enfermeiros de Família do distrito e se tem o nº por centro de saúde melhor ainda.

Vou enviar o nº que consegui apurar por conselho quando entrei em contacto com os chefes de cada centro de saúde:

CS de Vila flor- 5  
CS de Freixo de Espada Cinta - 6  
CS de Mogadouro - 6  
CS de Torre de Moncorvo - 5  
CS de Mirandela I - 7  
CS de Mirandela II - 10  
CS de Macedo de cavaleiros - 11  
CS de Vinhais - 6  
CS de Carrazeda de Ansiéis - 4  
CS de Alfandega da Fé - 5  
CS de Vimioso - 3  
CS de Miranda do Douro- 5  
CS de Bragança Sé - 10  
CS de Bragança Sª Maria I -7  
CS de Bragança Sª Maria II - 9

Num Total de 101 Enfermeiros de Família no Distrito de Bragança Integrados Na ULSNE

Por favor Enª Lúcia envie - me esse Nº para colocar em anexo no estudo " A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do Enfermeiro de família".

Mais uma vez muito obrigado.

## **Anexo II – Questionário**

## Declaração

Eu, \_\_\_\_\_, declaro, por este meio, que concordei em participar no estudo intitulado: “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: a visão do Enfermeiro de Família”, desenvolvido por Eliana da Igreja Fernandes Pires do Instituto Politécnico de Bragança.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informado(a) do objetivo do estudo, que, em linhas gerais visa: avaliar a perceção dos enfermeiros em relação à participação da família no processo de cuidar dos enfermeiros de família da ULSNE.

A minha colaboração far-se-á pelo fornecimento de informações em resposta à aplicação de instrumentos de colheita de dados.

Fui informado(a) de que tenho total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso sem qualquer justificação e também, que será mantido o anonimato e confidencialidade do estudo.

Local da Pesquisa: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2016

Assinatura dos participantes: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Nota: O presente documento, é assinado em duas vias. Uma das vias ficará na posse do pesquisador e a outra na posse dos participantes da pesquisa.

Obrigada pela sua colaboração

## PARTE I

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

1. **Sexo:** Masculino  Feminino

2. **Idade:** \_\_\_\_ anos

### 3. **Habilitações Acadêmicas**

Bacharelato  Mestrado

Licenciatura  Doutorado

4. **Título Profissional:** Enfermeiro  Enfermeiro Especialista

### 5. **Experiência Profissional**

\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_ meses

### 6. **Há quanto tempo exerce funções em Cuidados de Saúde Primários?**

\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_ meses

### 7. **Unidade onde exerce funções?**

CSP de: \_\_\_\_\_

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

Sim  Qual ou quais? \_\_\_\_\_

Não

### 9. **Tem formação em enfermagem de família?**

Sim  Qual ou quais? \_\_\_\_\_

Não

### 10. **Experiência pessoal, com familiares doentes?**

Sim  Se Respondeu Sim - Teve ajuda e colaboração da família: Sim  Não

Não

**11. Na sua experiência profissional com utentes doentes, teve ajuda e colaboração da família?**

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.

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

12. Procuero 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.**

**Anexo III** – Autorização com parecer positivo dos autores da escala IFCE-AE



palmiraoliveira@esenf.pt

15/06/15

para mim

Boa tarde, assim sendo, o nosso parecer é positivo.

Envio em anexo um artigo de publicação de validação da escala.

Continuação de bom trabalho.

Cumps

Palmira Oliveira



**Anexo IV** – Pedido de autorização à Comissão de Ética da ULSNE para aplicação do questionário

Exmo. Sr. Presidente do Conselho  
Administração da Unidade Local  
de Saúde do Nordeste, E.P.E.

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados para estudo de investigação

Eliana da Igreja Fernandes Pires, Enfermeira a exercer funções na unidade de cuidados de saúde personalizados – Bragança Sé integrada na ULSNE, encontrando-se a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança com o trabalho de projeto/estágio subordinado ao tema “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: a visão do Enfermeiro de Família”, sob a orientação da professora doutora Adília Fernandes e do professor doutor Carlos Magalhães, vem por este meio solicitar a V. Exma. autorização para aplicação do seu instrumento de colheita de dados nas Unidades de cuidados de Saúde personalizados - enfermeiros de família do distrito de Bragança integradas na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E, no período compreendido entre janeiro de 2016 e fevereiro de 2016.

Entendendo a família como uma unidade básica da sociedade, esta centra-se no processo de desenvolvimento individual e social do ser humano, desempenhando um papel importante na saúde do mesmo, tendo a possibilidade de contribuir para o bem-estar dos diferentes elementos que compõem a estrutura familiar. Deste modo, é premente a preocupação e o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, tendo em vista a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar.

Com a realização desta investigação pretende-se identificar as atitudes dos enfermeiros no âmbito da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem e avaliar a perceção dos enfermeiros em relação à participação da família no processo de cuidar.

Assegura-se o respeito pelos princípios éticos subjacentes a qualquer estudo de investigação e a disponibilização do trabalho desenvolvido.

Em anexo seguem os seguintes documentos: registo e projecto de tese, consentimento informado - instrumento de colheita de dados e *curriculum vitae* do investigador (formato curto).

Pede deferimento,

Bragança, 11 de novembro de 2015

Eliana da Igreja Fernandes Pires

**Anexo V** – Autorização da Comissão de Ética da ULSNE para aplicação do questionário nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE EPE

**Exmo. Senhor**  
**IPB – Instituto Politecnico de Bragança**  
**A/C: Professor Doutor Leonel Preto**  
**Av. Afonso V**  
**5300-121 Bragança**

Sua Referência  
**Proc: 2015/00122**

Sua Comunicação de  
**00342 / 19-11-2015**

16 01 07 15 06 004046  
Nossa Referência

Data  
**06-01-2016**

**ASSUNTO: Colaboração em estudo**

Na sequência do pedido efetuado por V. Ex<sup>ª</sup>, informo que segundo o parecer da Sr<sup>ª</sup> Enfermeira diretora e da Comissão de Ética da ULSNE, é autorizado á aluna Eliana Igreja Fernandes Pires a aplicação de um questionário nas Unidade de Cuidados de Saude personalizados – Enfermeiros de Família, intitulado ao tema “A importancia das familias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de familia”.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Desenvolvimento e Formação

