

Ana Isabel da Silva Santa

Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em
situação crítica em cuidados intensivos



Junho de 2014

Ana Isabel da Silva Santa

Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em
situação crítica em cuidados intensivos

Dissertação de Mestrado
em Enfermagem Médico-cirúrgica

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professor Doutor Carlos Pereira e professor António Madureira Dias



AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido para a concretização deste meu objetivo não seria possível sem o apoio de todos os colegas, amigos e família.

De uma forma muito especial agradeço a toda a minha família que me apoiou nos momentos mais difíceis.

A vocês, pai Fernando e mãe Madalena...por tudo o que têm feito e continuam a fazer por mim!

A ti, Zé ... pela tua amizade, companheirismo, compreensão e amor!

Agradeço ao Prof. António Madureira Dias por toda a paciência, o auxílio e por todos os ensinamentos, o meu muito obrigado!

Agradeço a todos os colegas de profissão pela adesão e participação no estudo.

Aos meus amigos de especialidade, companheiros neste percurso, Nuno Neves, Patrícia Amaral...grandes risadas, amigos para vida...Marina...companheira de carteira...sempre comigo!

Um agradecimento especial ao Ricardo porque sem ti não seria possível!

A todos do fundo do meu coração ...

OBRIGADO!

RESUMO

Enquadramento: O cuidar da pessoa em situação crítica em ambiente de cuidados intensivos provoca um forte impacto na família sendo um acontecimento de grande tensão, quer para a própria pessoa como para os seus familiares. O Cuidado centrado na família surge assim como uma abordagem ao cuidado em saúde fundamentada no relacionamento colaborativo entre os profissionais e as famílias. Contudo, as evidências indicam que as atitudes e as motivações que os enfermeiros adotam face à família, condicionam o processo de cuidar. A nível dos cuidados intensivos a equipa de enfermagem dedica grande parte do seu tempo à assistência direta à pessoa priorizando o cuidado técnico e a adequação de recursos para proporcionar essa adequada assistência.

Objetivos gerais: - Caracterizar as atitudes dos enfermeiros do serviço de cuidados intensivos relativamente à importância da família nos cuidados de enfermagem; determinar a influência das variáveis sociodemográficas, profissionais e formativas na atitude dos enfermeiros face à família e identificar as principais causas de stresse vivenciado pelo enfermeiro em contexto de cuidados intensivos, e a sua influência nas atitudes dos enfermeiros.

Metodologia: Foi realizado um estudo descritivo-correlacional, sendo utilizado para a colheita de dados, as escalas IFCE-AE (Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros), e ESPE (Escala de *stress* profissional dos enfermeiros).

Resultados: Os resultados obtidos com *scores* médios mais elevados nas atitudes “família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “família como recurso para os cuidados de enfermagem”, e inferiores na subescala “família como fardo” indicam que os enfermeiros em UCI possuem atitudes de suporte em relação à família, estando relacionadas com a existência de um protocolo de visitas na UCI ($p < 0.05$). As características sociodemográficas e formativas não revelam diferenças estatisticamente significativas nas atitudes perante a família ($p > 0,05$). Não se identificaram diferenças na relação entre a perceção de acontecimentos causadores de stresse ocupacional nas atitudes face à família da pessoa em situação crítica.

Conclusão: Conclui-se que os enfermeiros das UCI da região centro possuem atitudes de suporte face à família, comportando um desafio importante para a enfermagem que mesmo neste mundo altamente diferenciado, apoia a família criando desde o início um vínculo de confiança na relação.

Palavras-chave: Família; Enfermeiro; Pessoa em Situação crítica; Unidades de Cuidados Intensivos; Atitude; Stresse Ocupacional.

ABSTRACT

Background: The care of the person in critical condition in the intensive care environment causes a strong impact on the family is an event of great tension, either to the person himself as for his family. The family centered care emerges as an approach to health care based on the collaborative relationship between professionals and families. However, evidence indicates that attitudes and motivations that nurses adopt in the face of family, influence the process of care. The level of intensive care nursing team devotes much of his time to direct the person technical assistance prioritizing care and adequacy of resources to provide adequate assistance this.

Objectives: To characterize the attitudes of nurses in intensive care service to the importance of family nursing care; determine the influence of sociodemographic and professional variables on attitude and training of nurses in the face of family and identify the causes of stress experienced by nurses in the context of intensive care and its influence on the attitudes of nurses.

Methods: A descriptive correlational study, being used for data collection, was conducted scales IFCE-AE (importance of families in nursing care - attitudes of nurses), and ESPE (stress scale professional nurses).

Results: The results obtained with higher average scores in attitudes "conversational partner and family as a coping resource" and "family as a resource for nursing care", and lower the subscale 'family as a burden "indicate that ICU nurses have supportive attitudes towards the family, being related to the existence of a protocol visits to the ICU ($p < 0,05$). The sociodemographic characteristics and formative reveal no statistically significant differences in attitudes towards family ($p > 0.05$). Not identified differences in the relationship between the perception of occupational stress causing events in attitudes to family of the person in critical condition.

Conclusion: It is concluded that the ICU nurses from the central region have attitudes supportive family face, comprising a major challenge for nursing that even in this highly differentiated world, supports the creating from the beginning a relationship of trust in the relationship family.

Keywords: Family; Nurse; Person in critical situation; Intensive Care Units; Attitude; Occupational stress.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CCF – Cuidados centrados na família

CI – Cuidados Intensivos

CV – Coeficiente de Variação

DGS – Direção Geral de Saúde

ESPE - Escala de *stress* profissional dos enfermeiros

IC – Intervalo de Confiança

IFCC – *Institute for Family Centered Care*

IFCE-AE - Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros

MC – Médico-cirúrgica

O.E. – Ordem dos Enfermeiros

PFCC – Pessoa-família centrada cuidado

PNS – Plano Nacional de Saúde

SGA – Síndrome Geral de Adaptação

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

WHO – World Health Organization

Sumário

Introdução.....	17
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 - Família Centrada no Cuidado	25
2 - Transições no Cuidar.....	33
3 - Pessoa em Situação Crítica em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).....	37
4 - Enfermagem em UCI: Atitudes e o Stresse	41
4.1 - Atitudes dos Enfermeiros Face Família da Pessoa em Situação Crítica.....	41
4.2 - Stresse e os Enfermeiros em UCI	45
PARTE II - ESTUDO EMPIRICO	
1 - Percurso Metodológico.....	55
1.1 - Tipo de Estudo	55
1.2 - Participantes	57
1.3 - Instrumentos	60
1.4 - Operacionalização das Variáveis	61
1.5 - Procedimentos Formais e Éticos	68
1.6 - Procedimentos Estatísticos	68
2 - Resultados.....	71
2.1 - Análise Descritiva.....	71
2.2 - Análise Inferencial.....	78
3 - Discussão de Resultados	93
4 - Conclusão.....	107
Referências Bibliográficas	110
Anexo I - Autorizações dos autores das escalas utilizadas.....	123
Anexo II – Autorização da comissão de ética	127
Anexo III – Instrumento de colheita de dados	131

Lista de Figuras

Figura 1 - Stressores horizontais e verticais da família.....	29
Figura 2 - Mapa conceptual pessoa-família centrada no cuidado	31
Figura 3 - Modelo de transições de enfermagem.....	33
Figura 4 - Sistematização dos processos de stresse	48
Figura 5 - Modelo compreensivo do stresse,	50
Figura 6 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis	56
Figura 7 - Operacionalização da variável atitudes dos enfermeiros face à família	62
Figura 8 - Operacionalização da variável stresse ocupacional dos enfermeiros	65

Lista de Quadros

Quadro 1 - Características sociodemográficas dos participantes em função do sexo.....	60
Quadro 2 – Resultados da consistência interna da IFCE-AE.....	64
Quadro 3 - Resultados da consistência interna da ESPE	66
Quadro 4 - Características profissionais em função do sexo	73
Quadro 5 - Características formativas em função do sexo	74
Quadro 6 – Distribuição das respostas da escala ifce-ae em função do sexo	76
Quadro 7 - Distribuição das respostas da escala espe em função do sexo	77
Quadro 8- Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e o sexo	79
Quadro 9 - Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e grupo etário.....	80
Quadro 10 - Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e estado civil	81
Quadro 11 -Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e experiência anterior com familiares em situação crítica.....	82
Quadro 12- Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e habilitações académicas	83
Quadro 13 – Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e título profissional	84
Quadro 14 – Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e experiência profissional.....	84
Quadro 15 – Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e experiência profissional anterior sempre em UCI	85
Quadro 16- Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e existência protocolo de visita familiar	86
Quadro 17 - Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e formação enfermagem de família em contexto académico.....	87
Quadro 18 - Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e formação enfermagem de família em contexto profissional.....	88
Quadro 19 - Matriz de correlação de Pearson – IFCE-AE e ESPE (n=80).....	91

Introdução

Os cuidados de saúde centrados na pessoa-família, atendendo ao indivíduo como um todo com poder decisivo sobre a sua saúde, surgiram como reação aos cuidados de saúde despersonalizados, baseados na visão mecanicista do ser humano, que considera que a saúde é uma mera ausência de doença (Vicente,2012).

Embora atualmente, na área da prestação de cuidados, se assuma a adoção de um modelo holístico de saúde, o modelo biomédico de cariz reducionista tem dominado os cuidados de saúde desde o século XVII (Carvalho, Gonçalves, Rodrigues e Albuquerque, 2008).

A evolução do conhecimento científico e, por conseguinte, dos cuidados de saúde, em consonância com a adoção de uma nova definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde: “Saúde é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal” (Bircher, 2005 como citado em Plano Nacional de Saúde [PNS], 2012-2016), levou, quer a pessoa portadora de doença e os seus familiares, quer os profissionais de saúde, a tomarem decisões relativas aos seus cuidados (Vicente, 2012; Corrigan, Donaldson, Kohn, McKay & Pike,1999).

O *Institute for Family Centered Care* (IFCC, 2010), fundado desde 1992, internacionalmente reconhecido na liderança da promoção da mudança organizacional relativamente à prática de cuidados centrados na família em todos os ambientes onde os indivíduos de todas as idades e suas famílias recebem cuidados, consideram uma nova abordagem inovadora no planeamento, intervenção e avaliação de saúde, baseando-se em parcerias mutuamente benéficas entre os cuidados de saúde a pessoa, os familiares e prestadores de cuidados.

Estas recentes linhas de investigação e evidência conduziram ao objetivo de humanizar cada vez mais os cuidados prestados, redefinindo a atuação dos profissionais de saúde numa abordagem à pessoa alicerçada em algumas premissas (Ribeiro,2007). Uma das premissas básicas corresponde ao modelo biopsicossocial holístico em que, de acordo com a autora, vários subsistemas (biológico, individual, familiar, comunitário, etc.) interagem uns com os outros interferindo na saúde e na doença.

O subsistema família é, assim, influenciado e influencia a saúde dos seus membros. Para Ribeiro (2007), o foco principal do cuidado assistencial é a pessoa considerada no seio

da família, sendo o cuidar centrado nesta como entidade biológica e emocional, explorando os fatores familiares e o modo como estes poderão interferir no binómio saúde /doença.

No mesmo sentido também Hudak e Gallo (1997, citado em Gotardo & Silva, 2005) defendem o conceito de que, quem cuida o indivíduo cuida igualmente das pessoas que lhe são queridas, das pessoas significativas para este, uma vez que consideram a família como uma extensão do indivíduo.

A conceção de uma enfermagem como ciência e profissão está centrada maioritariamente no atendimento do indivíduo na sua globalidade reconhecendo a família como alvo de cuidados e um elemento fundamental no processo de cuidar. As recentes políticas de saúde em Portugal, nomeadamente, no atual PNS (2012-2016) identificam que a presença da família é um direito da pessoa (Portugal, DGS, 2000).

É competência dos enfermeiros avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (Ordem dos Enfermeiros [O.E.], 2010). No âmbito da pessoa em situação crítica é também competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, assistir “a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”(Regulamento n.º 124/2011, p.8656), gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta o estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

Embora seja este o objetivo da Ordem dos Enfermeiros (O.E.) e de outras organizações, alguns estudos revelam que a relação de cuidados é maioritariamente e entre enfermeiro e pessoa doente, onde a família se encontra afastada no processo de cuidados (Nelms & Eggenberger, 2010; Benzein, Johansson, Arestedt, Berg & Saveman, 2008; Duran, Oman, Abel, Koziel, & Szymanski, 2007 & Astedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie & Paunonen-Ilmonen, 2001).

A pessoa e o cuidado centrado na família surgem como uma abordagem aos cuidados de saúde que molda as políticas, programas, projeto institucionais e pessoais de interações diárias. Isto leva a melhores resultados de saúde e alocação superior de recursos e por conseguinte maior satisfação da pessoa e da sua família (IFCC, 2010; Guion, Mishoe, Passmore & Witter, 2010).

Mas será que as equipas de enfermagem estão preparadas para este desafio? Será que as suas competências técnicas estão aleadas à competência humana do cuidar? Possuirão as atitudes necessárias para ter êxito neste processo? Em que contexto?

Estas inquietações e motivações constituíram o ponto de partida para o presente trabalho, que visa, genericamente, conhecer as atitudes dos enfermeiros face às famílias, em unidade de cuidados intensivos (UCI), realidade, esta, ainda por explorar. Estudos neste âmbito já foram realizados na área da psiquiatria (Martinho, Martins, Carvalho & Fernandes, 2012), cuidados de saúde primários (Silva, Costa e Silva, 2013, Barbieri-Figueiredo et al, 2012; Silva, Costa, Martins, 2012; Oliveira et al 2009, 2011 & Freitas, 2009), unidades de internamento (Martins, Martinho, Carvalho, Fernandes & Barbieri-Figueiredo, 2012; Alves, (2011)), serviço de urgência (Galinha, 2009) e até mesmo estudo comparativo nos cuidados de saúde primários e no meio hospitalar (Martins et al, 2010), contudo este trabalho pretende abordar a realidade da pessoa em situação crítica, área ainda não investigada e que pode ser ponto de partida para outros estudos que necessitarão de ser realizados nesta área de atuação ainda tão desconhecida.

O foco e o objetivo deste estudo é compreender a atitude da equipa da enfermagem relativamente à participação na família no processo de cuidar da pessoa em situação crítica, inserida num ambiente hostil de uma UCI, no sentido de que todo este processo seja possível.

O tema central deste trabalho é “ **As atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos** “.

Assim, considera-se pertinente estudar as atitudes dos enfermeiros, tornando-se essencial considerar o stresse proveniente de todo o envolvimento ambiental em cuidados intensivos (CI), formativo e social, de forma a intervir nos fatores que interferem no relacionamento com a família. Isto revela a importância que tem a investigação, no sentido de obter um contributo para o conhecimento desta realidade limitada aos enfermeiros que exercem funções em CI.

Concretiza-se num estudo de cariz quantitativo, descritivo-correlacional que pretende conhecer as atitudes e a sua tradução na perceção dos acontecimentos causadores de stresse para os enfermeiros que exercem as suas funções em unidades de cuidados intensivos polivalentes, da região centro, após o seu consentimento informado.

Neste sentido e dado o contexto académico em que se insere este trabalho (Mestrado em Enfermagem MC), bem como, o interesse pessoal dos investigadores na área de CI, o foco de atenção incidiu sobre a família. De acordo com o exposto desenvolveu-se a seguinte questão de partida: “Quais as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica em UCI?”, formulando assim, as seguintes questões de investigação:

- Em que medida as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e experiência anterior com familiares em situação crítica) influenciam as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

- Será que existe uma influência significativa das características profissionais (habilitações académicas, título profissional, experiência profissional, experiência profissional anterior em UCI e existência protocolo de visitas na UCI) nas atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

- De que forma a formação em Enfermagem de Família (formação académica sobre enfermagem de família, formação contínua como profissional sobre enfermagem de família) influencia as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

- Qual é a relação entre o stresse profissional (a morte e o morrer, conflitos com os médicos, preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares, falta de apoio dos colegas, conflitos com outros enfermeiros e com os chefe, carga de trabalho, incerteza quanto aos tratamentos) e as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

A realização deste trabalho tem como objetivos:

- Caracterizar as atitudes dos enfermeiros de UCI relativamente à importância da família nos cuidados de enfermagem.

- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas, profissionais e formativas na atitude dos enfermeiros face à família

- Identificar as causas de stresse vivenciado pelo enfermeiro em contexto de CI, e a sua influência nas atitudes dos enfermeiros.

A presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes essenciais, antecedidas por uma introdução onde é apresentado o tema enquadrando e justificando a temática em questão, bem como, onde é definida a questão de investigação e os objetivos do estudo. Seguidamente na primeira parte relativa ao enquadramento teórico é explanado a principal literatura consultada.

Prossegue-se para o estudo empírico, onde são apresentadas e justificadas todas as opções de metodológicas, que engloba a apresentação das variáveis em estudo, formula as questões de investigação, descreve o instrumento de colheita de dados, caracteriza a população/amostra e informa sobre os procedimentos estatísticos utilizados no tratamento dos dados. Posteriormente apresenta-se a análise dos resultados encontrados no estudo e, finalmente serão apresentados e discutidos os resultados obtidos ao longo desta investigação e por fim as principais conclusões.

Para a realização deste trabalho foi feita uma pesquisa bibliográfica, recorrendo a diversas bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde e das Ciências de Enfermagem, tais como, *MEDLINE*[®]; *MedicLatina (tm)*; *Scielo*; *World Health Organization*; *CINAHL Plus*[®]; *Nursing & Allied Health, NCBI*, *Health Technology Assessments (HTA)*.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - Família Centrada no Cuidado

Cada família tem uma dinâmica de vida traçada pelas suas vivências, em que a leitura e interpretação de episódios saúde-doença diferem em cada momento e em cada indivíduo. É assim inquestionável que a família é parte essencial no cuidado de enfermagem (Dias & Motta, 2006). O compromisso da enfermagem da inclusão da família nos cuidados pode traduzir melhorias nos cuidados prestados, com consequentes ganhos em saúde.

A relevância da família tem vindo a ser já considerada em Portugal desde 2004 pelo governo Português, na medida em que aprovou em Conselho de Ministros um plano de “100 compromissos para uma política da família” considerando-a como “Célula fundamental e um valor inalienável da sociedade”, (Resolução do Conselho de Ministros, 2004).

Uma das áreas de intervenção consagradas pelo referido plano que assumia uma relevância inquestionável na vida das famílias e por isso consolidava as áreas prioritárias de atuação, foi a “Família e Saúde”, ou seja, o governo reconheceu que a família desempenha um papel indiscutível e essencial na defesa e promoção do bem-estar dos seus membros, assim como também constitui um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença.

Esta conceção vem adquirir uma nova tendência de cuidar, numa visão holística atendendo à pessoa-família, e é nesta medida que se torna fundamental estabelecer desde o início do contato entre a equipa de enfermagem e a família da pessoa. Um vínculo de confiança na relação facilita esta cultura de comunicação e permite que as famílias se sintam ouvidas, compreendidas e compartilhem a responsabilidade de cuidar de si e dos demais membros da sua família (Maestri, Nascimento, Bertoncetto & Martins, 2012).

Atualmente, no âmbito do PNS (2012-2016), é reconhecido a importância da família no processo de cuidar, partindo para “uma cultura de comunicação e gestão do conhecimento, de aprendizagem (...) a doentes e famílias”.

Em 2010, a Ordem dos Enfermeiros considerava o “Enfermeiro de Família” como uma mais-valia no âmbito da qualidade dos cuidados prestados com ênfase para a efetividade, proximidade e acessibilidade. Considera o “Enfermeiro de Família” como o elo de referência, adotando o compromisso da prestação de cuidados de enfermagem globais à família, nas diversas situações de crise e em todos os processos de saúde-doença (Ferreira, 2010). Contudo, foi na Declaração de Munique (*World Health Organization* [WHO], 2000)

que se destacou o conceito de “enfermeiro de família” enquanto profissional responsável pelo cuidar desde a concepção até à morte e nos acontecimentos de vida críticos.

Internacionalmente o conceito de cuidados centrados na família (CCF) tornou-se amplamente usado para descrever uma prática que reconhece a família como fonte fundamental de apoio e sendo considerado o seu envolvimento essencial para promover a saúde dos seus membros (Mikkelsen & Frederiksen, 2011; Guion, et al, 2010; Shields, Pratt,&Hunter, 2006).

Assim, é essencial para a sua compreensão, a concetualização do conceito de família que traduza a sua relevância e que permita entender a sua complexidade, globalidade e multidimensionalidade.

Apesar da universalidade da noção de família, a existência de grandes mudanças sociais têm conduzido a profundas transformações não somente na parte estrutural, mas também na forma como seus membros se relacionam, assumindo diversas formas.

O significado da família está a mudar drasticamente, uma vez que esta não se encontra mais organizada primeiramente em torno da criação dos filhos, que outrora era o objetivo principal e ocupava aos adultos a totalidade do seu período de vida ativa (Carter & McGoldrick,1995).

Atualmente o conceito de família assume uma estrutura característica diferente. Esta representa um grupo social que influencia e é influenciado. Assim, partindo do raciocínio de que a família é um grupo social muito importante na vida e na formação do indivíduo, Stanhope e Lancaster (2011, p.581) consideram ainda que a família é um conjunto de “(...)dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para apoio emocional, físico e/ou financeiro”.

Estes autores também admitem que este conceito pode ir desde “as noções tradicionais de família nuclear ou alargada até às estruturas da família “pós-moderna” como as famílias monoparentais, famílias de padrasto/madrasta, famílias do mesmo género e famílias constituídas por amigos” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.581).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define Família como um Grupo: “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (CIPE, 2011, p. 115).

Encontrar uma definição que compreenda todos os seus elementos é complexo, uma vez que este é um conceito universal existindo em diversas sociedades humanas. Neste

contexto, Dias (2011, p.154) aceita que “é difícil dar uma definição de família que satisfaça a todos, o conceito tem-se alterado ao longo dos tempos, o que dificulta representar todas as dimensões deste grupo social.”

Reconhecendo a complexidade do sistema familiar, Figueiredo (2012, p.67), admite que o conceito integra

dimensões evolutivas e contextuais que lhe conferem um percurso identitário que emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação com o ambiente e das características de globalidade, equifinalidade e auto-organização, entre outras definidoras da família enquanto sistema autopoietico co-evolutivo.

A família é representada por Figueiredo (2012, p.67) como o

todo e partes ao mesmo tempo, assumindo características que são mais do que a diferente da soma das partes. Não sendo as partes redutíveis ao todo e reciprocamente, qualquer alteração afectará quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promoverem a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar.

Cada membro exerce um papel e tem as suas funções dentro da unidade familiar. Para compreender este papel no interior do grupo familiar torna-se necessário abordar as funções da própria família como unidade social. Lauwe e Lauwe (1965) consideraram quatro funções básicas da família: as funções físicas e biológicas, as funções económicas, as funções sociais e culturais e as funções afetivas e espirituais

Dentro das funções físicas e biológicas, encontra-se a função de reprodução e sobrevivência onde são perceptíveis alterações, pois o que anteriormente era um objetivo primário da família, atualmente, em 2013, a taxa de natalidade em Portugal foi de 8,5 por mil habitantes, o segundo nível mais baixo entre todos os países da União Europeia (Carregueiro, 2013).

A função económica prende-se com a sustentabilidade da família e com o consumo de bens e serviços. A mudança do papel feminino na família é central nas alterações destas funções no ciclo de vida familiar. Carter e McGoldrick (1995) consideram que a transição de uma mulher centrada no papel de mãe e esposa para construção de uma identidade pessoal é inevitável. Atualmente, as mulheres mudaram face ao tradicional ciclo de vida familiar que existiu durante séculos. Outro fato que leva a problemas associados a esta função é taxa de desemprego em Portugal que segundo Marques (2013) o desemprego em Portugal é o quinto mais elevado da União Europeia acarretando alterações no financiamento familiar.

Quanto à função social e cultural, esta prende-se essencialmente com o processo da socialização da criança. É através da família que a criança recebe um nome, uma paternidade, uma identidade; e é também por seu intermédio que o indivíduo é admitido na sociedade. Contudo, o papel da família no que concerne à instrução e educação da criança presentemente é diferente pois transfere para a escola e movimentos educativos este papel, devido à influência da vida profissional.

Por último, a função espiritual, nomeadamente, a religiosa continua a ser relevante nas famílias ligadas a uma determinada crença. Lauwe e Lauwe (1965, p. 482) acreditam que "(...) independentemente das tendências filosóficas e das crenças dos seus membros, a família continua a constituir um polo de atração pelo próprio facto de representar um sinal de esperança e de amor".

Considerando as funções da família e as alterações que estas atravessam, o ajustamento à doença no seio familiar parece ser mais difícil do que o ajustamento às referidas transições de vida. O impacto da doença grave para além de intenso e frequentemente prolongado exige da família o reajuste de vários papéis.

A adaptação a uma doença, independentemente da sua especificidade, nomeadamente quando existe um internamento é sempre uma situação de crise na família, exigindo uma adaptação sentida consoante o papel social do elemento que adoece, no seio da mesma. É crucial além da pessoa portadora de doença, a sua consideração como membro de uma família e como elemento de uma comunidade, ou seja, o indivíduo como sistema vivo, todo indivisível, e singularmente, pertencente a uma família e a uma sociedade na qual se insere, visualizando assim a pessoa numa perspectiva holística individual e socialmente (Rosário, 2009).

Para este indivíduo, a família pode ser qualquer pessoa de referência que para ele possa ser ou não um membro familiar, desde que se certifique a existência de laços de amizade e de empatia/afetividade para com este, acabando por assumir uma posição de grande importância para a pessoa portadora de doença (Bishop, Walker, & Spivak, 2013; Saiote, 2010)

A influência da família não é restrita aos membros de uma determinada estrutura doméstica ou a um dado ramo familiar do sistema, é considerado o elemento no qual o indivíduo deposita sentimentos de afetividade, podendo manter uma ligação ainda mais importante do que com a sua própria família (Saiote, 2010; Carter & McGoldrick, 1995).

Experiências dolorosas como a doença são difíceis de ser integradas pelas famílias, provocando grande impacto traduzido em sintomas e disfunção. Beland (1987 como citado em Velez, 2002), refere que o grau de desequilíbrio familiar irá depender do papel que a

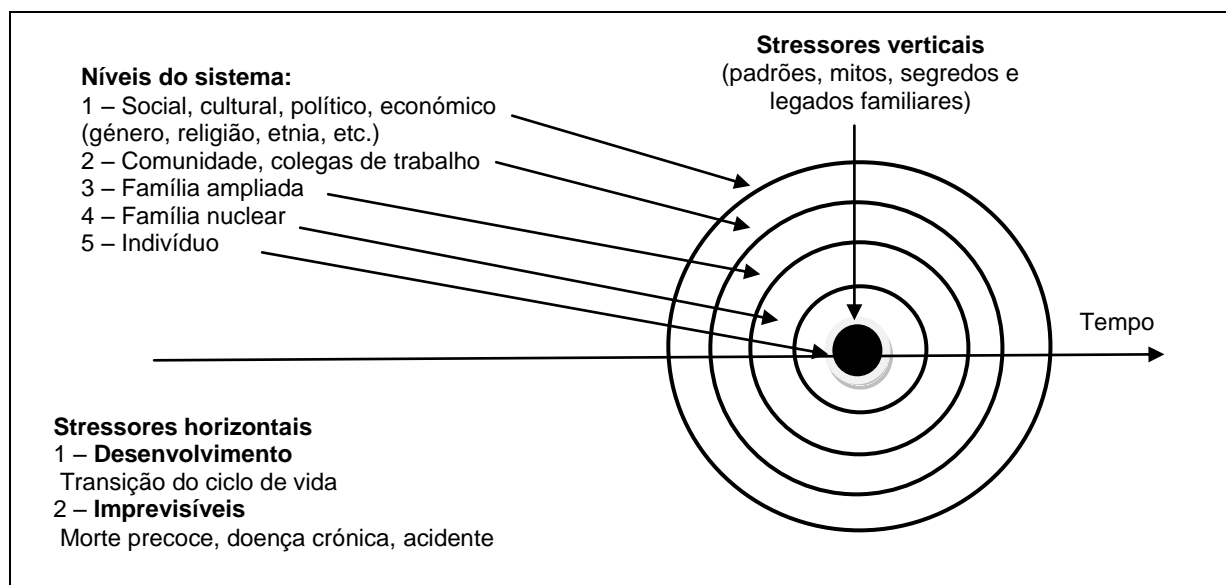
pessoa doente desempenha na família. Wright (1997 como citado em Velez, 2002) acrescenta que o facto de uma mera dor física sentida por um membro da família pode ter consequências sobre os restantes familiares.

Também Gotardo e Silva (2005) estão em consonância com a afirmação anterior e afirmam ser um fator desestabilizador do equilíbrio normal da família a hospitalização de um membro da família, em que o desconhecimento do que possa vir a acontecer ao estado de saúde dos seus entes queridos aumenta os sentimentos de ansiedade, stresse, separação, instabilidade e desamparo, a angústia, esperança, medo do desconhecido, tristeza e impotência.

Carter e McGoldrick (1995) afirmam que é comum que o stresse na família ocorra nos pontos de transição do ciclo de vida, produzindo um efeito prolongado no desenvolvimento familiar.

Estas autoras consideram que o fluxo de ansiedade na família pode ocorrer tanto na “vertical” como na “horizontal” (figura 1).

Figura 1 - Stressores horizontais e verticais da família



Fonte: Adaptado de Carter e McGoldricks (1995)

O fluxo vertical no sistema inclui os padrões de relacionamento e funcionamento que são transmitidos de geração em geração, nomeadamente, as atitudes, tabus, expetativas, questões opressivas familiares. Por outro lado o fluxo horizontal no sistema inclui a ansiedade produzida pelo stresse na família no decorrer do tempo, atravessando mudanças e transições no ciclo de vida familiar. Estão incluídos neste fluxo o stresse de

desenvolvimento, previsíveis e os imprevisíveis, que ocorrem quando eventos, tais como, a morte ou a doença grave ocorrem no seio da família. O grau de ansiedade que gera desequilíbrio na família pela presença de um membro portador de doença grave é determinante na forma como família atravessa as transições ao longo da vida.

Neste contexto, considerando a influência deste desequilíbrio quer na saúde da família como também na saúde do indivíduo alvo de cuidados, o atendimento na área da saúde é crucial e abrange vários contextos, importando um profissional diferenciado que potencie as capacidades da família (Gouveia-Paulino & Franco, 2008).

A relação estabelecida com os profissionais de saúde, também influencia a evolução do prognóstico da pessoa, pois a família é um elo fundamental no apoio físico, emocional, social e económico aos elementos portadores de doença (Rosário, 2009).

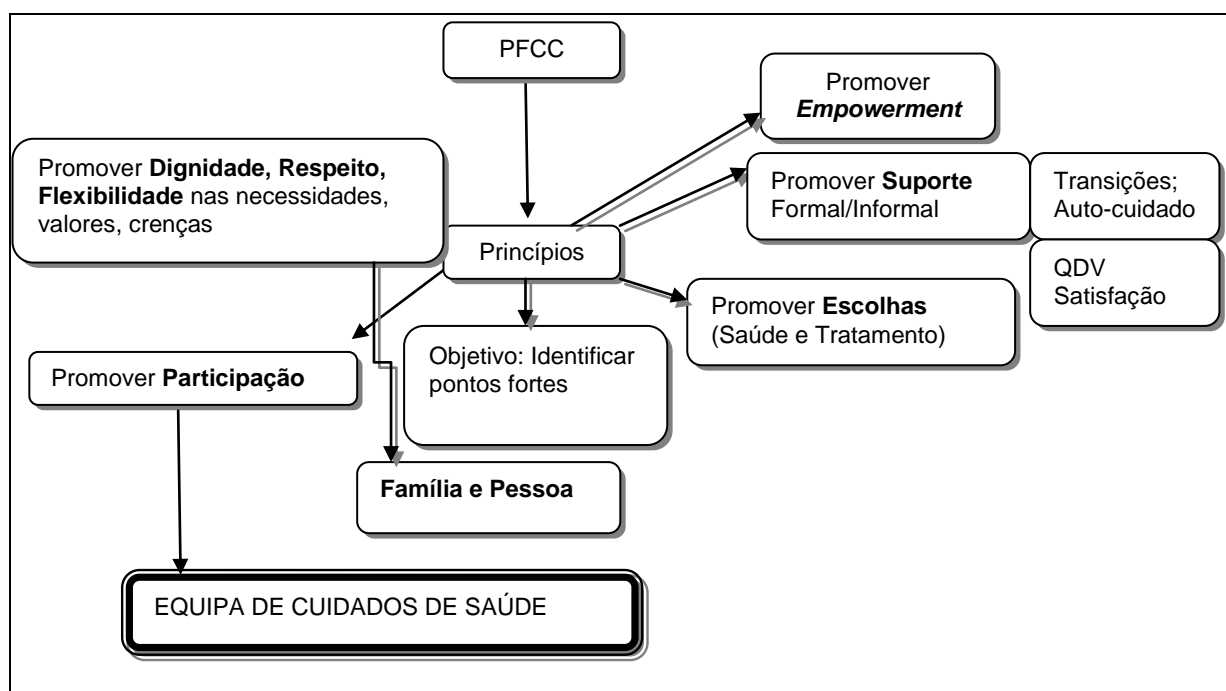
Um novo paradigma de cuidado centrado na pessoa e família tem sido promovido e a presença da família vai tornando-se claramente uma prática mais aceitável e adotada. (Duran et al, 2007; Lederman & Wacht, 2014). Este paradigma foi designado “*patient- and family-centered care*” para expressar o grau em que os profissionais de saúde devem reconhecer o papel fundamental que as famílias possuem no cuidado (Lederman & Wacht, 2014). Segundo estes autores, esta nova atitude enfatiza o papel da família no cuidado da pessoa alvo de cuidados.

Guion et al (2010) desenvolveram um mapa conceptual que permite compreender o conceito de pessoa e família centrada no cuidado (PFCC) e traduz as suas ligações entendendo-se que a pessoa e os seus familiares são fundamentais para a saúde e o bem-estar dos seus membros (figura 2). As suas culturas, motivações, conhecimentos, atitudes, experiências, e outros pontos fortes são os principais fatores que impulsionam a tomada de decisão.

Consequentemente, tomada de decisão sobre a sua saúde ou o plano de saúde não resulta exclusivamente dos profissionais de saúde, mas sim da pessoa e das famílias que estão habilitadas de forma digna e respeitosa para participar nos cuidados para atender melhor às suas necessidades, habilidades e preferências da pessoa (Guion et al, 2010).

Este mapa vai de encontro a todas as evidências que remetem para inquestionável mais-valia da família no âmbito da qualidade dos cuidados prestados, sendo o enfermeiro o profissional de referência e suporte, que junto desta, intervém perante a pessoa portadora de doença.

Figura 2 – Mapa conceptual Pessoa-Família Centrada no Cuidado



Fonte: Adaptado de Guion et al (2010)

Neste modelo, os princípios da PFCC são incorporados com a consideração das necessidades da pessoa e família tendo em conta as suas crenças e valores culturais, como parte integrante do cuidado. Estes princípios irão capacitar as famílias e levar a uma mudança na mentalidade dos profissionais de saúde, nomeadamente na parceria que desenvolvem com a família.

A pessoa e família centrado no cuidado permite capacitar as famílias de forma digna e respeitosa para participar no cuidado elevando o nível para melhor atender às suas necessidades e preferências. Contudo de acordo com Heisler (2006), existem profissionais que embora competentes na sua prática, não foram preparados para olhar para a saúde e bem-estar através dos olhos da pessoa e família como parceiros. É necessário que os profissionais conheçam como é que ela funciona, identificando as suas dificuldades e potencialidades. Só desta forma é que os profissionais aliados saber técnico, científico e humanístico, poderão atender às necessidades dos seus membros e só assim podem intervir de forma ativa e adequada.

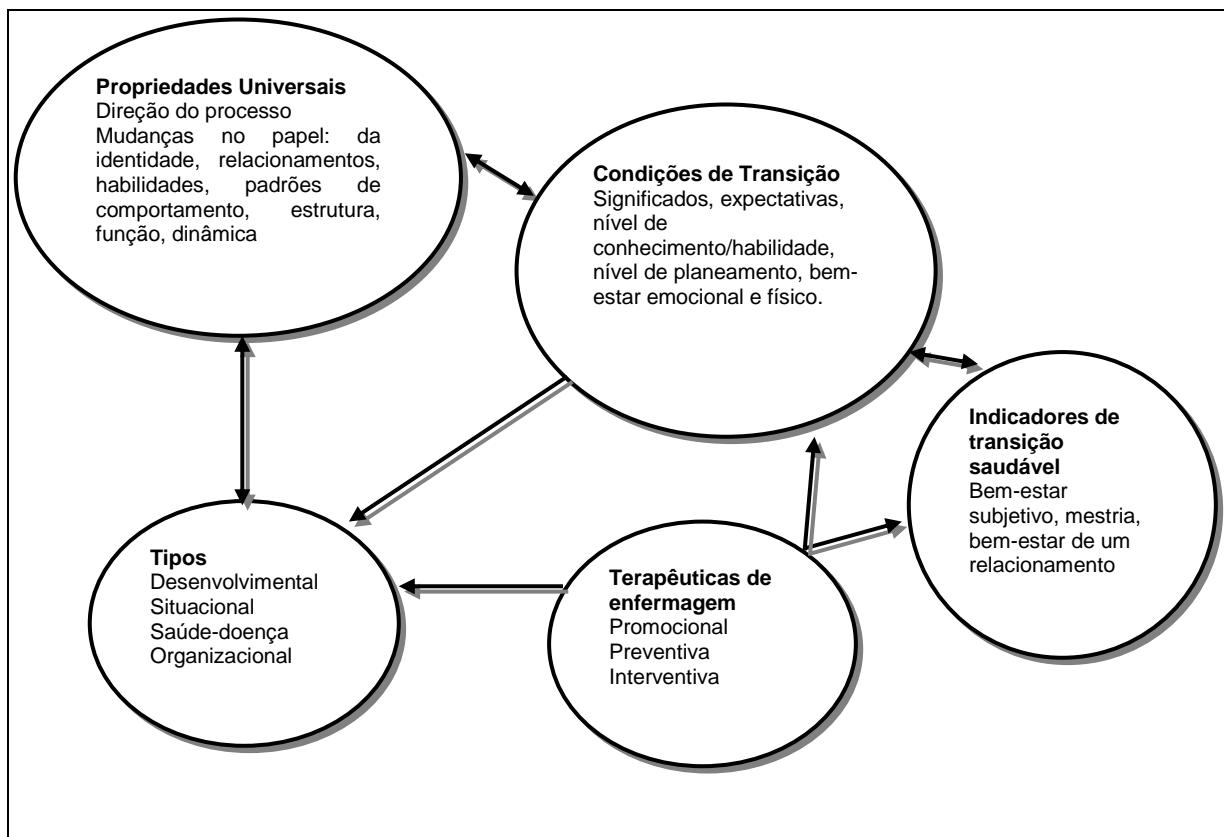
2 - Transições no Cuidar

As mudanças que ocorrem a nível individual e familiar que a família atravessa inerente a um internamento de um membro são diversas e são consideradas como um processo de transição (Figueiredo, 2012; Zagonel, 1999).

De forma a compreender melhor este processo de transição na família, destaca-se a teoria das transições de Meleis.

Meleis (2010) considera que as transições são desencadeadas por eventos críticos e por mudanças em pessoas ou ambientes. Transição é a passagem de um estado, condição ou lugar para outro. Esta teoria emergiu da revisão de literatura em enfermagem que aborda as transições como conceito ou estrutura. O modelo explora tipos de transições, propriedades universais da transição, condições (inibidoras ou facilitadoras) da transição, indicadores de transições saudáveis e estratégias terapêuticas de enfermagem (Figura 3).

Figura 3: Modelo de Transições de Enfermagem



Fonte: Adaptado de Meleis (2010)

Pode-se considerar que a família, perante este modelo, enfrenta uma situação de tripla transição: desenvolvimental, saúde-doença e situacional (Abreu & Azevedo, 2012). De acordo com as mesmas autoras, “os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos e estes, por sua vez, podem agravar ainda mais o seu estado de saúde” (Meleis, 2007 como citado em Abreu & Azevedo, 2012, p.22), sendo os profissionais de saúde confrontados com estes tipos de transição.

Esta perspectiva aponta para a importância a compreensão das múltiplas fases que a família enfrenta, uma vez que encaram profundas transformações no sistema familiar, implicando um complexo processo de reorganização e adaptabilidade verificados na forma como a família lida com as normas e as mudanças (Gouveia-Paulino e Franco, 2008).

A transição é invariavelmente relacionada com a mudança e o desenvolvimento, sendo que ambos são temas muito pertinentes para a enfermagem (Meleis & Chick, 1986; Meleis, 2010), nomeadamente no contexto da pessoa em situação crítica. Tornberg, McGrath, e Benoliel (como citado em Meleis, 1986) são bastante específicas no descreverem um modelo de prática de enfermagem projetado para oferecer serviços personalizados e de continuidade de transições. O foco de atenção nos cuidados de enfermagem, segundo estes autores, visa os pacientes e famílias que vivem com novas exigências face à doença, realidade que se pode transpor para a pessoa em situação crítica que, diariamente, tanto ela como a sua família estão expostas a novos desafios.

Este processo desenvolvido colaborativamente implica o estabelecimento de um sistema interpessoal, significativo e terapêutico centrado na relação terapêutica que elabora soluções promotoras de mudança, a partir das potencialidades que a realidade e a causa sustentam.

Vários são os estudos referenciados por Zagonel (1999) que abordam a abrangência do cuidado e o quanto ele está focado no fazer e no pensar diário da enfermagem atual. A dimensão da aplicabilidade do cuidado em eventos transicionais leva Zagonel (1999) a considerar que a aplicação do cuidado diante de eventos de transição designa-se por “cuidado transicional”.

O cuidado transicional é um termo que abrange uma ampla gama de serviços por tempo e ambiente limitados projetados para assegurar a continuidade de cuidados de saúde e desviar maus resultados evitáveis entre as populações em situação de risco que se deslocam de um nível de cuidados para outro, com vários prestadores de cuidados (Meleis, 2010).

Na perspectiva de Levine and Feinberg (como citado em Golden e Shier, 2012) o cuidar transicional é a implementação de um movimento entre os cuidados com

determinadas configurações que confere a oportunidade para se concentrar no cuidado da pessoa e da sua família.

Eric Coleman¹ desenvolveu um programa Transicional de Cuidados que visa essencialmente apoiar a pessoa e família, aumentando as competências entre os prestadores de cuidados de saúde.

Coleman and Boulton (2003) referem que este tipo de cuidado é essencial para a pessoa-família que necessite de cuidados complexos, os quais geram mudanças e exigem respostas por parte dos profissionais de saúde, de forma a poderem ultrapassar momentos de instabilidade, de mudanças, de ansiedade, depressão e insegurança, para alcançarem o equilíbrio perdido.

Sendo o conceito de transição recorrente em teorias do desenvolvimento e do stresse, nomeadamente em teorias de adaptação, é fundamental que a equipa de enfermagem esteja desperta para ele, uma vez que este acomoda adequadamente as continuidades e descontinuidades nos processos de vida dos seres humanos.

A enfermagem, ao atuar nestas circunstâncias, segundo Zagonel (1999), desenvolve o cuidado transicional num duplo movimento, em que os processos de transição inerentes à hospitalização do familiar geram também alterações de saúde-doença e estes levam a novas transições. Em qualquer das situações, a intervenção de enfermagem deve estar presente.

O cuidado transicional de enfermagem atua tanto no indivíduo como na família. Carter & Mcgoldrick (1995) apontam a família como sendo um sistema que possui propriedades específicas diferentes de outros sistemas, indicando que os significados de transições são diferentes de família a para família bem como de família a sistema.

Este conceito redefine as relações na área da saúde no sentido que é fundamental uma abordagem aos cuidados de saúde que se baseia em parcerias mutuamente benéficas entre os prestadores de cuidados de saúde, pacientes e famílias que com intuito de melhorar as transições no cuidado produz uma importância significativa para no sistema de saúde. (Golden & Shier, 2012; Lattimer, 2012)

É de notar, contudo, que os familiares experienciam transições nos seus papéis de cuidadores. Esta afirmação é feita por Gibbon (1988, citado em Velez, 2002, p. 18), no sentido de "...com a hospitalização os familiares têm de renunciar habitualmente ao seu papel de dar assistência, são muitas vezes desencorajados de prestar cuidados ao doente,

¹Eric Coleman, MD, MPH Professor de Medicina e Chefe da Divisão de Política de Saúde e Pesquisa da Universidade de Colorado Anschutz Medical Campus, lidera **The Care Transitions Program**[®]

além de não serem envolvidos no tipo de assistência que o doente recebe...”, podendo, desta forma, desencadear na família sentimentos de insuficiência e de impotência.

A mesma autora salienta que as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (2000) descritas na Declaração de Munique de 2000 (WHO, 2000), as prioridades para a saúde do Ministério da Saúde apresentadas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS, 2004), e da O.E., expressas no Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (O.E., 2001), destacam a família como alvo dos cuidados numa crescente centralidade nos sistemas e cuidados de saúde. Contudo, apesar destes desenvolvimentos, a família é ainda perspetivada pelos enfermeiros de forma fragmentada, uma unidade divisível em partes, em que o cuidado continua direcionado ao indivíduo sem ter em conta o seu contexto familiar.

Dado o nível de cuidados/atenção que exige por parte dos enfermeiros, a pessoa em situação crítica, pode acarretar uma fragmentação do indivíduo e da família. Para explorar as necessidades fundamentais da pessoa, a equipa de saúde dedica grande parte do seu tempo à assistência direta, dando primazia ao cuidado técnico e a adequação de recursos.

A pessoa em situação crítica em cuidados intensivos tem um risco aumentado de eventos adversos, deterioração ou morte. A necessidade de oferecer à pessoa-família o apoio durante a transição dos cuidados também foi identificado, mas a base de evidências para o desenvolvimento deste papel está atualmente limitada, não estando os profissionais de saúde despertos para este novo paradigma do cuidado transicional. (Ramsay, Huby, Thompson & Walsh, 2013; Maestri et al, 2012)

3 - Pessoa em Situação Crítica em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

O aparecimento e crescente desenvolvimento, nos últimos cinquenta anos, do cuidar da pessoa em situação crítica, têm conduzido a um número impressionante de pesquisas numa das áreas mais nobres no domínio da saúde. Torna-se assim fundamental clarificar o seu conceito atendendo à sua complexidade, mais especificamente no âmbito dos cuidados intensivos.

A definição da pessoa em situação crítica assenta naquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, OE, 2010, p 2).

Nos estudos de Correia, Frade, Fonseca, Mendes e Marques (2012), considera-se a representação da pessoa em situação crítica como a pessoa que carece de cuidados intensivos, no sentido de usufruir de meios avançados de vigilância e terapêutica que conduzem à sobrevivência. Os mesmos autores referem que é também uma principal fonte de problemas e stresse para a família e para os profissionais de saúde.

O contexto da prática assistencial de enfermagem à pessoa em situação crítica requer cuidados que visem a recuperação de funções vitais, de modo a proporcionar condições para que o indivíduo readquira capacidade para uma vida futura com qualidade. A fusão de competências e saberes aliados aos cuidados especializados são conseguidos através de unidades que tendo por base elevada tecnologia e recursos altamente sofisticados, o propiciam.

São as unidades de cuidados intensivos que proporcionam cuidados de saúde especializados onde se privilegia a prestação de cuidados a pessoas com estado de saúde crítico ou que apresentem potencial risco para tal, e que necessitam de uma vigilância contínua e intensiva, auxiliada por tecnologia altamente avançada e atualizada.

Na opinião de Zussman, (1992, como citado em Saiote, 2010), a UCI tem como principal objetivo assegurar a manutenção da vida do indivíduo que se encontra em condições clínicas bastante críticas, no sentido de superar as disfunções orgânicas instaladas e que o colocam em risco de vida.

As características tecnológicas e científicas da UCI, na opinião dos autores supracitados, evidenciam uma especial atenção aos procedimentos técnicos avançados e altamente especializados dos profissionais de saúde, relevantes e de importante destaque

na manutenção de vida do indivíduo, mas que tendencialmente podem desvalorizar outros aspetos igualmente importantes, no decorrer do tempo de internamento.

Segundo Carapinheiro, (1993, como citado em Saiote, 2010, p. 13) estas unidades são “dotadas de regras e princípios de funcionamento próprios onde se pode encontrar protocolos específicos para cada intervenção, e em que todos os cuidados são prestados com o máximo de rigor e perfeccionismo obedecendo a métodos de trabalho organizados e aliciantes”.

Assume-se como um serviço de excelência onde os cuidados se centram na pessoa com patologia aguda, com várias disfunções orgânicas e onde os recursos tecnológicos, científicos e humanos são diferenciados, bem como os recursos ambientais e materiais e cujo objetivo visa a recuperação da condição de saúde do indivíduo onde existe um envolvimento dos profissionais de saúde desta unidade e um compromisso com estes utentes durante as vinte e quatro horas do dia (Bettinelli & Edrdmann, 2009).

De acordo com Vargas, Nascimento, Camponogara e Silveira (2012) este crescente avanço tecnológico redirecionou os profissionais de saúde para uma procura incessante de conhecimento cada vez mais especializado, com o intuito de aquisição de competências e habilidades para atender a este progresso.

Relativamente ao atendimento que é prestado à pessoa, distingue-se os cuidados prestados de carácter urgente e designa-se como aqueles que promovem a manutenção da saúde e o prolongamento da vida (Haberhorn & Bruscatto, 2008). Quem necessita deste tipo de cuidados mais diferenciados depende em muito do desempenho de todos estes profissionais que aqui desempenham as suas funções, de forma prudente, onde a observação e os cuidados a prestar são permanentes e rigorosos.

Castro, Vilelas e Botelho (2011) corroboram, afirmando que as UCI, têm como finalidade a prestação de cuidados a pessoas em estado crítico, vulneráveis, instáveis, com um elevado grau de risco de vida e cuja situação clínica de saúde pode sofrer variações constantes. Para estes autores, o objetivo de manutenção de vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, constituindo um foco de stresse e ansiedade que é partilhado pelos profissionais de saúde, pela pessoa alvo de cuidados e pela sua família. (Castro et al., 2011)

Nesta medida, tem surgido a discussão referente aos cuidados associados a um modelo voltado para a patologia e o cuidado técnico, deixando o modelo biopsicossocial em segundo plano. Silva, Chernicharo, Silva e Ferreira (2012) corroboram a ideia de que, quando surgem estas questões, elas estão quase sempre associadas e correlacionadas com o desenvolvimento das tecnologias.

Oliveira (2006) reforça que o ambiente de cuidados intensivos proporciona a valorização da manutenção das funções vitais que levam a que os profissionais de saúde se focalizem nesta área, descurando o que não acarreta risco de vida à pessoa doente, nomeadamente os familiares. É, porém, fundamental alear a habilidade técnica à dimensão humana no cuidar.

Torna-se fundamental o resgate e valorização da humanização do cuidado em saúde de forma global, atendendo a um modelo biopsicossocial, cortando definitivamente com a abordagem reducionista biomédica (Vargas et al, 2012).

A exigência da emergência dos cuidados nesta área conduz a uma atuação do enfermeiro induzida por uma fonte frequente de stresse por forma a salvar a vida da pessoa, priorizando as atividades de cariz mais tecnicistas, relegando para segundo plano a partilha de informação, nomeadamente com a família, que também enfrenta sentimentos de impotência perante o sofrimento do seu familiar que se vê confrontado com uma situação que lhe é adversa.

Neste âmbito, e na mesma linha de Pias (2008), surge atualmente a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde que trabalham em UCI, para o constructo de comportamentos aledos à humanização dos cuidados aos familiares da pessoa em situação crítica.

Contudo, o trabalho nestas unidades é complexo e intenso (Rodrigues & Ferreira, 2011) gerador de stresse para os próprios profissionais, constituindo este um aspeto muito presente e possivelmente dificultador no desempenho destas suas responsabilidades.

4 - Enfermagem em UCI: Atitudes e o Stresse

O comportamento que os enfermeiros evidenciam face à família é uma componente fundamental neste processo de cuidar. No entanto, alguns resultados de estudos indicam que, embora os enfermeiros afirmem que as famílias são essenciais, esta crença não é sempre apoiada pela prática que desenvolvem (Astedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie, & Paunonen-Ilmonen, 2001; Jansson, Petersson, & Uden, 2001; Hertzberg, Ekman, & Axelsson, 2003; Fulbrook & Albarrán, 2005, como citado em Martins et al, 2012). Neste sentido, as atitudes dos enfermeiros em determinados contextos podem traduzir a demonstração favorável ou desfavorável face à importância de integrar a família no processo de cuidar.

4.1 - Atitudes dos Enfermeiros Face Família da Pessoa em Situação Crítica

Pode definir-se atitude (do latim aptitudine, pelo francês attitude) como um propósito, modo de proceder, uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir. (Grande Dicionário da Língua Portuguesa, 2010). É um constructo complexo composto de componentes cognitivos e afetivos. Estes componentes são os responsáveis simultaneamente pelas intenções comportamentais. Estas intenções, por sua vez, levam a comportamentos visíveis (Bagozzi e Burnkrant, 1979).

Benzein et al (2008) definiu determinadas atitudes numa vertente positiva para as famílias e o valor da sua presença no cuidado de enfermagem. Um dos fatores foi classificado como “famílias como recurso nos cuidados de enfermagem”, o qual reconhece a família como uma fonte de auxílio na prestação de cuidados à pessoa. Outra categoria focada na importância de reconhecer os membros da família da pessoa doente e ter um diálogo com eles foi designada de “família de parceiro dialogante”. Por outro lado também designou atitudes menos positivas sobre a família, tendo sido classificadas de “família como um fardo”. Benzein et al (2008), considerou ainda uma quarta categoria de atitudes, denominada por “família como próprio recurso” focada nas famílias capazes de enfrentar a situação com os seus próprios recursos, que de acordo com Oliveira et al (2011), pode constituir uma única vertente conjuntamente com o parceiro dialogante: “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*”.

A parceria enfermeiro-família assenta primordialmente na informação sobre o estado da pessoa doente e a sua evolução. Esta deve ser fornecida à família pelo enfermeiro de forma honesta sendo este conhecimento essencial para a tomada de consciência da situação pelos familiares, e para acionar os mecanismos para a resolução da crise (Saiote, 2010). A família tem necessidade de informação disponível sobre a pessoa doente, pois só assim pode fazer planos com conhecimento de causa em vez de conjeturar com base em medos e angústias (Sheehy, 2001).

Phipps, Sands e Marek (1999) consideram que os enfermeiros de cuidados intensivos têm que utilizar excelentes capacidades de diálogo e comunicação ao lidarem com as pessoas portadoras de doença e com as necessidades psicológicas e sociais da família, comunicações permanentes que o enfermeiro só poderá considerar de menor prioridade em situação crítica aguda excepcional.

Os enfermeiros podem tornar-se parceiros e atores de um conjunto significativo de mudanças, promovendo conhecimentos e recursos que potenciam na família mecanismos de forma a poderem ultrapassar ou minimizar os obstáculos promovidos por esta situação que atravessam. Proporcionar apoio aos familiares permite ajudar no *coping* e stresse, aumentar os recursos da família de forma a manter a força para apoiar a pessoa portadora de doença (Maxwell; Stuenkel & Saylor, 2007; Loureiro, 2011).

Contudo, Rosário (2009) aborda que um dos aspetos que motiva maior insatisfação por parte da família, relativamente aos serviços de saúde se prende com a falta de informação ou com o facto de considerarem que esta não lhes é proporcionada em tempo adequado. Ou seja, a família considera que muitas vezes a comunicação entre enfermeiro/família fica aquém do que é esperado. E, quer as pessoas portadoras de doença, quer a família, têm interesse em se manterem informados; e quando esta informação não pode ser pormenorizada, uma simples explicação sobre procedimentos básicos e horários, ajuda-os a manterem a calma, diminuindo os sentimentos de medo e ansiedade.

Um estudo desenvolvido por Mcivor e Thompson (como citado em Velez, 2002), no final da década de 80, numa unidade de cuidados coronários, salientou que para além da necessidade de mais informação, as famílias apresentavam carências de alívio da ansiedade e de ser aceite na equipa de prestadores de cuidados, de ter a capacidade para estar com o seu familiar na unidade e, por último, de alguma explicação sobre o equipamento que está a ser utilizado no seu familiar (Velez, 2002).

O diálogo franco pode diminuir a ansiedade o suficiente para permitir que a família lide melhor com a situação. Se esta parceria for conseguida, os membros da família podem expressar os seus sentimentos face à doença e à morte, auxiliando os profissionais,

enquanto recurso no mecanismo de resolução de problemas e juntos cresceram com a experiência (Carter e McGoldrick,1995).

A evidência teórica, prática e investigacional transporta o processo do cuidar para a construção do cuidado centrado na família como parte integrante e recurso na prática de enfermagem com o intuito de promover o bem-estar e saúde dos seus membros. O cuidar da pessoa em situação crítica conduz assim a um encontro com a família imbuída neste mundo altamente diferenciado e que comporta um desafio importante.

Outrora, os cuidados de saúde, embora que informais eram exercidos pela família, a pessoa doente ficava em casa aos cuidados desta, nomeadamente da mulher que servia de enfermeira e que cuidava dos doentes e agonizantes (Carter e McGoldrick,1995). Contudo, na era atual, com a crescente admissão e permanência no hospital, é fundamental não descurar o desempenho deste papel que até então era conseguido.

O compromisso da enfermagem com a família com intuito de uma maior cooperação permite que uma relação em que ambos os intervenientes desempenham papéis igualmente fulcrais, particularmente importante na resposta adequada às necessidades específicas da pessoa em situação crítica. Na opinião de Saiote (2010), facilitar a presença da família nos cuidados à pessoa e promovendo a sua visita contribui para a satisfação das necessidades da pessoa e dos seus familiares.

Porém, alguns estudos apontam que a teoria não é congruente com a prática, tais como o realizado pela *European Society of Intensive Care Medicine* que reconheceu a necessidade de uma maior sensibilidade por parte dos profissionais face ao sofrimento provocado pela doença à pessoa-família. (*CoBaTrICE Collaboration, 2007*, como citado em Kitajima & Cosmo, 2008). Outros estudos como por exemplo o de Saiote e Mendes (2011) ou de Astedt-Kurki et al (2001) revelam que a capacidade dos enfermeiros para reconhecer a importância dos membros da família no cuidado à pessoa doente é relativamente adequada, mas é facultada pouca atenção aos membros da família, bem como às suas necessidades de apoio, relegando esta competência profissional para um segundo plano de prioridades.

Nas unidades de cuidados intensivos o relacionamento tradicional enfermeiro-pessoa doente é muitas vezes substituído, assim, pela relação do enfermeiro - família, devido ao estado crítico do membro da família (Soderstrom, Benzein & Saveman, 2003) Os enfermeiros na área da pessoa em situação crítica são responsáveis por apoiar a família tendo em conta a singularidade e as diferentes formas de cada membro lidarem com a situação. Devido ao estado da pessoa, uma relação positiva entre enfermeiros e familiares é importante e traz benefícios aos à pessoa doente, familiares e enfermeiros. No entanto,

pode ser difícil para os enfermeiros apoiar e interagir com os membros da família em situações tão críticas existentes nestas unidades (Soderstrom et al, 2003).

No contexto da prática em UCI, também alguns estudos refletem que os enfermeiros colocam em segundo plano na sua esfera de prioridades a enfermagem voltada para a família, predominando atividades tecnicistas valorizadas pela profissão (Saiote & Mendes, 2011).

A literatura aponta no sentido de que existe um afastamento por parte dos enfermeiros face à família por estes estarem focados no indivíduo na relação com a tecnologia, envolvido no mundo tecnicista, atentos a cada alteração, esquecendo o foco primordial do cuidado integral da pessoa/família (Vargas et al, 2012).

É unânime que a enfermagem ocupa um lugar de destaque, nomeadamente no trabalho em UCI, uma vez que este é complexo e intenso, devendo o enfermeiro estar preparado para a qualquer momento prestar cuidados a pessoas com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico para a tomada de decisão de forma a implementar em tempo útil (Ferreira, 2010).

A especificidade dos cuidados prestados em ambientes dinâmicos destinados à assistência complexa e tecnológica pode conduzir, como foi referido, a um afastamento do aspeto humano do cuidado, afetando emocionalmente a pessoa doente e os seus familiares (Guastelli, Silva & Knobel, 2008).

Os familiares da pessoa internada em UCI's são, muitas vezes excluídos da prestação de cuidados com a desculpa de estarem limitados ao período da visita. O estado de saúde do familiar, a gravidade da situação com tudo o que a rodeia, associado à dificuldade de comunicar com este, são fatores que contribuem para aumentar a ansiedade da família (Saiote, 2010).

Esta atitude é muitas vezes justificada pelo fator tempo que os enfermeiros afirmam frequentemente não terem. Desta forma, é comum os familiares de pessoas internadas em UCI's considerarem escassa a atenção fornecida pelos profissionais nesses serviços.

O excesso de trabalho e a falta de tempo emergem assim como as justificações apontadas para esta secundarização do contacto com os familiares (Saiote, 2010).

No entanto, Saiote (2010) identificou outros fatores limitadores neste processo, nomeadamente, as próprias características da UCI, inexperiência no processo comunicativo e profissional e os mecanismos de defesa criados pelos enfermeiros. A eficácia do atendimento à família numa UCI deve-se aos conhecimentos e preparação dos enfermeiros. Contudo, a presença da família imbuída pelo medo e ansiedade, poderá dificultar este

processo, dificultando o trabalho dos profissionais de saúde e ser um fator indutor de stresse.

Nos estudos de Ferreira (2010) observou-se que em contextos de cuidados intensivos o stresse é um fator comum e está presente na maioria dos enfermeiros, existindo determinados fatores que o ocasionam.

O exercício da profissão de enfermagem, neste contexto, exige dos profissionais um envolvimento constante entre a pessoa em situação crítica e a sua família, pois estes experienciam vivências onde se gera uma sobrecarga emocional intensa, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de proporcionar o conforto possível necessário à reposição de níveis positivos em ambos.

4.2 - Stresse e os Enfermeiros em UCI

O Stresse é um termo cuja sua definição é vasta e complexa. O termo segundo Shaffer (1982 como citado em Serra, 2007), provém do verbo latino *stringere*, que significa apertar, comprimir, restringir, e já no século XIV era utilizado para exprimir ideia de uma pressão ou constrição da natureza física.

Só recentemente a palavra stresse apareceu no nosso léxico português e provém do termo anglo-saxónico “*stress*” que significa tensão, pressão. Cannon (1914 como citado em Ramos, 2001) definiu stresse baseando-se na lei de Hook da física, na qual considera que “a quantidade máxima de *stress* a que um corpo pode resistir antes de ficar permanentemente deformado é o seu limite, naturalmente diferente de corpo físico para corpo físico” (Rosch, 1998 como citado em Ramos, 2001, p. 47). De acordo com Dicionário da Língua Portuguesa (2010), com acordo ortográfico, a palavra stresse designa “conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas, provocadas por agentes diversos, que prejudicam ou impedem a realização normal do trabalho”.

Existem várias definições e modelos de stresse na literatura, embora na sua globalidade todos destacam que a perceção do stresse é pessoal e desenvolvida de forma diferente e a sua reacção às causas é individual (McIntosh & Sheppy, 2013).

A enfermagem é reconhecida como uma profissão que está associada ao stresse, tanto nível profissional e pessoal (Hee Kim Lan, Subramanian, Rahmat & Phang Cheng Kar

(2014); Wright, 2014; Burke, 2013; McIntosh & Sheppy, 2013; O Donovan, Doody & Lyons, 2013; Peters et al, 2012)

Um dos modelos mais referenciados é da Síndrome Geral de Adaptação (SGA), desenvolvido por Selye², que procurou saber as razões de pessoas com diferentes quadros clínicos exibiam sintomas muito idênticos nas primeiras etapas das suas vidas, sintomas como: fadiga, dores generalizadas, que foram designadas por Selye como *Syndrome of just being sick* (Ramos, 2001).

Selye nomeou este fenómeno como SGA definindo-o como a resposta não-específica do organismo a qualquer agente nocivo (Selye, 1980, 1978, como citado em Ramos, 2001). Assim, definiu o *Stress* - SGA enquanto expressão do conjunto de sinais de um organismo que se esforça totalmente para se adaptar.

A síndrome geral de adaptação de Selye (1975, 1980, como citado em McIntosh & Sheppy, 2013) é um modelo que pode ajudar na compreensão do stresse associado à profissão de enfermagem, por exemplo na gestão de situações difíceis, nomeadamente, nos cuidados da pessoa em fase terminal, pessoa em situação crítica, quando o stresse pode estar relacionado com a perda antecipada e ambiguidade sobre a tomada de decisão. As exigências emocionais podem exceder a capacidade da pessoa para responder de forma adequada e comportamento relacionado ao stresse pode ser exibido (McIntosh & Sheppy, 2013).

Selye (1975, 1978, 1980 como citado em Ramos, 2001; McIntosh & Sheppy, 2013) descreve três estadios na resposta individual à situação de stresse, designadamente a reação de alarme (resposta inicial do organismo-adrenocortical pituitária), caracterizada por uma diminuição de resistência seguida de uma reação de contra-choque, marcada pela mobilização dos mecanismos de defesa. Nesta fase existe uma oscilação dos valores de pressão arterial ao qual o organismo não pode manter a intensa estimulação orgânica da reação de alarme por muito tempo.

Se o agente indutor de stresse se mantiver ativo mas não suficiente severo para causar a morte, as reações fisiológicas entram na denominada fase de resistência. É nesta fase que o organismo se tenta adaptar ao fator causador de stresse, levando assim ao desaparecimento dos sintomas;

Se, no entanto, o agente gerador de stresse continuar a exercer pressão ou as defesas do indivíduo se tornarem insuficientes, conduz ao estadio da síndrome

² Médico endocrinologista que dedicou grande parte da sua carreira ao estudo dos processos fisiológicos do stresse.

caracterizando-se por um colapso dos mecanismos de adaptação do agente indutor e concomitante exaustão, se aquele for suficientemente severo e prolongado. Caso se mantenha as mesmas condições ocorreria um sofrimento crónico (*distress*) causador de doença física ou psicológica. Na profissão de enfermagem, a fase de exaustão pode ser prevalente em situações em que a prestação de cuidados ótimos e implacáveis se tornam existentes, física e emocionalmente (McIntosh & Sheppy, 2013; Peters et al, 2012).

O modelo SGA teve um impacto considerável no nosso conhecimento sobre o stresse, ao sugerir que a exaustão dos recursos na terceira fase do modelo origina danos fisiológicos, fornecendo-nos uma explicação de como o stresse pode conduzir à doença.

Na teoria em enfermagem central a qualquer stresse psicológico é a avaliação pelo profissional de enfermagem do significado do que está a ocorrer em termos do seu bem-estar (avaliação primária) e o esforço e estratégias que pensa adotar de forma a agir e gerir as causas específicas (avaliação secundária), (Wright, 2014; McIntosh & Sheppy, 2013.).

O Modelo Transacional de Lazarus (1975 como citado em Ramos, 2001), surge como explicação desta questão central em que afirma que a reação de stresse prende-se da forma como o indivíduo avaliou ou interpretou de forma consciente ou inconsciente, a condição indutora de stresse.

Ao contrário das outras teorias existentes em que enfatizam a interação entre o indivíduo e o seu ambiente, o modelo transacional considera que o stresse envolve uma transação entre os indivíduos e o seu meio externo, aparecendo este como um sistema de trocas (Ramos, 2001; Wright, 2014; McIntosh & Sheppy, 2013; Peters et al, 2012).

De acordo com os autores, uma experiência de stresse acontece quando a pessoa avalia que determinada situação comporta exigências significativas para o seu bem-estar, face às quais julga não dispor de recursos que as satisfaçam (tanto recursos de *coping* como apoio emocional). Essa perceção compõe-se de três momentos concetualmente distintos. Por um lado, a pessoa avalia o significado para o seu bem-estar das transações que efetua com o ambiente (*avaliação primária*), reconhecendo as exigências nelas implicadas.

Por outro lado, a pessoa avalia os recursos que dispõe para fazer face às exigências contidas na relação com o ambiente (*avaliação secundária*) pode acontecer que determinada exigência seja percecionada como prejudicial, mas se a pessoa considera que possui recursos suficientes para o enfrentar, o grau de nocividade diminui. Finalmente, a pessoa refaz as suas próprias avaliações, consoante o curso das trocas com ambiente e o resultado das suas ações para alterar o mesmo, em favor do seu bem-estar (*reavaliação*) (Ramos, 2001).

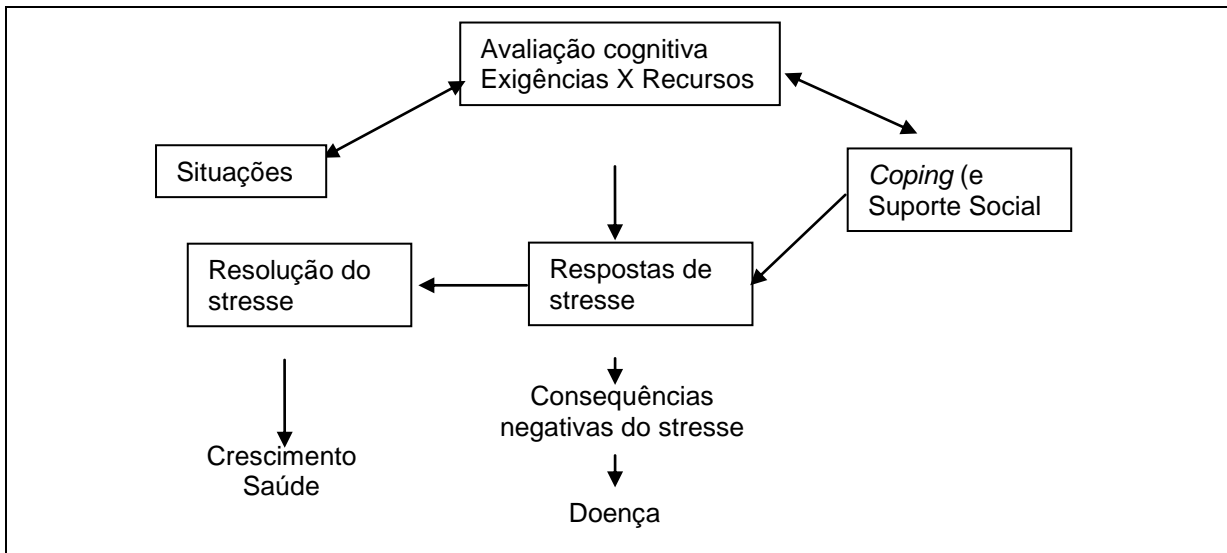
Este processo avaliativo não é reflexivo, racional ou lógico, mas sim automático, involuntário, e profundamente emocional. É ele que determina o que é stresse, as reações de stresse e os resultados dos seus esforços adaptativos (Lazarus & Folkman, 1986,1984 como citado em Ramos, 2001).

Com a explicação de ambos os modelos anteriormente descritos, podemos entender que o stresse é uma reação adversa das pessoas que têm de pressões excessivas na relação com o seu meio, marcada pela percepção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de coping e que pode perigar o seu bem-estar (Ramos, 2001; *Health and Safety Executive*, 2007)

Esta discrepância - entre o que a pessoa sente que lhe é pedido e o que julga poder dar - é sinalizada pelo organismo, em toda a sua globalidade e totalidade, isto é, aos níveis fisiológico (imunológico, neural, hormonal), psicológico (emocional, cognitivo, comportamental) e social (família, trabalho, comunidade) (Ramos, 2001, p. 57).

A figura seguinte procura representar graficamente o anteriormente descrito, de forma a descrever o conceito de stresse e sistematizar os processos que o constituem.

Figura 4: Sistematização dos processos de stresse



Fonte: Adaptado de Ramos (2001)

Assim, na mesma linha de Serra (2007), se o indivíduo tem recursos suficientes que lhe permitam criar respostas adequadas perante as exigências, a vida decorre dentro dos padrões controlados de stresse. Porém, se as exigências são superiores à capacidade de resposta do indivíduo, este vive numa situação de stresse desgastante. Contrariamente, se as aptidões e os recursos são superiores às exigências, então o grau de stresse é mínimo.

Nesta última hipótese, não se pode excluir a possibilidade de ocorrência de stresse, devido a um nível demasiado baixo de exigência, o que provoca demasiado aborrecimento e tédio marcantes no indivíduo.

À medida que se parte de grandes acontecimentos *stressantes* para acontecimentos mais pequenos, aumentam as diferenças individuais na forma e na intensidade com que se exprime a reação de stresse, ou seja, as reações ao stresse não se podem prever sem ter em conta a personalidade e o processo de socialização por que passaram os indivíduos.

Embora muitas circunstâncias como por exemplo, e segundo a categorização feita por Serra (2007), os acontecimentos traumáticos, acontecimentos significativos, situações crónicas, situações micro-indutoras de stresse³, situações macro-indutoras⁴, acontecimentos desejados que não ocorreram, e traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento, sejam consideradas como indutoras de stresse, são raras as que em termos absolutos, se possa afirmar que numa determinada situação é seguramente indutora de stresse. Mesmo em situações extremas as reações individuais variam bastante.

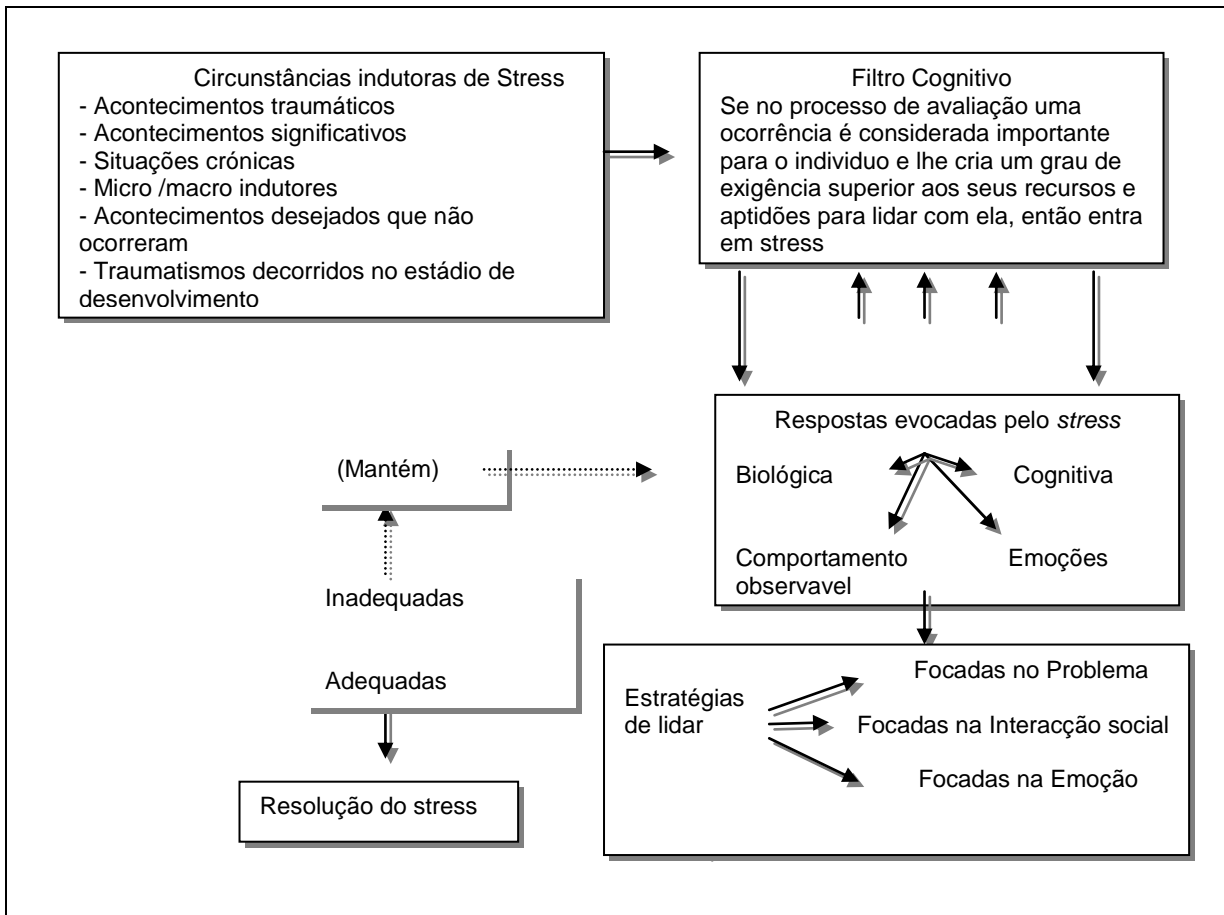
A ideia chave desta variabilidade de reações é a avaliação individual das circunstâncias e do meio ambiente em que se encontra, essa avaliação está dependente das aptidões, dos recursos pessoais e sociais de que cada um dispõe.

A figura seguinte, apresenta um modelo compreensivo de stresse, onde é possível verificar as circunstâncias indutoras de stresse e as respetivas respostas a nível, biológico, cognitivo, emocional e comportamento observável, bem como as estratégias de *coping*, para lidar com o stresse, dando ênfase à rede de apoio emocional.

³ **Situações micro-indutoras de stress:** são acontecimentos que ocorrem no dia-a-dia, tornando-se uma atividade rotineira.

⁴ **Macro-indutores de stress:** são devido à organização e funcionamento social, dependem das condições impostas ao indivíduo pelo sistema socioeconómico.

Figura 5: Modelo Compreensivo do stress,



Fonte: Adaptado de Serra (2007)

Cooper⁵ (como citado em Hespanhol, 2005) aplicou ao mundo do trabalho a perspectiva atual do stress, tendo elaborado um modelo de stress ocupacional que demonstra cinco categorias de causas potenciais de stress, quanto à sua natureza: intrínsecas ao trabalho, papel na organização, progressão na carreira, afinidades no trabalho e estrutura e clima organizacional.

Quanto às causas intrínsecas ao trabalho, estão inerentes os fatores das condições físicas do trabalho e dos requisitos das tarefas do trabalho. Relacionando o Modelo de Cooper com o contexto de cuidados intensivos estas condições físicas inerentes às unidades estão presentes como geradoras de stress, uma vez que é notório o ruído presente devido à complexa monitorização e ventilação, a iluminação que em certas unidades se faz através de luz artificial, e a um clima repleto de tensão e adrenalina.

⁵ Cary L. Cooper, Professor de Psicologia Organizacional e Saúde, perito, no tema o stress no trabalho e psicologia industrial e organizacional, fundador e editor do *Journal of Organizational Behavior*.

O segundo grupo de causas defendidas por Cooper são os requisitos das tarefas. Eles são: o trabalho por turnos, como é o caso dos profissionais de saúde, nomeadamente, o trabalho noturno; a sobrecarga de trabalho (incluindo a introdução de nova tecnologia sem preparação adequada para a manusear e o trabalhar horas excessivas); a monotonia no trabalho; a exposição a riscos e a perigos; a responsabilidade por vidas, todos eles, uma constante para o enfermeiro em cuidados intensivos.

Na terceira categoria, muito influenciada pela conjuntura atual, a progressão nas diferentes fases da carreira é um gerador de stresse muito atual, uma vez que a ausência de progressão e manutenção no mesmo escalão devido à insuficiente promoção leva, de igual modo, à falta de segurança na manutenção do lugar de trabalho, ou ao medo de perder o lugar de trabalho e o estatuto na carreira profissional. Esta realidade pode levar à frustração das aspirações individuais na carreira profissional.

Sendo o trabalho em unidade de cuidados intensivos um trabalho multidisciplinar, a quarta categoria torna-se um foco primordial, pois as afinidades no trabalho podem ser afetadas por relacionamentos inadequados entre superiores e subordinados e até mesmo entre colegas dificultando a aplicação do princípio organizacional de subsidiariedade na delegação das responsabilidades.

Por último, mas não menos importante, a quinta categoria reflete a estrutura e clima organizacional. A tomada de decisão como constante no processo de cuidar pode ser também uma causa de stresse identificada pela falta de participação no processo de tomada de decisões.

Enfermeiros que exercem a sua profissão em UCI passam por um elevado nível de stresse em comparação com enfermeiros de outras áreas (Hee Kim Lan et al, 2014). Isto deve-se essencialmente à sua responsabilidade em cuidar de pessoas criticamente doentes, a alta complexidade da pessoa-família inerente à situação e ao uso complexo de tecnologia sofisticada (Donchin et al , 1995; AbuAl Rub 2004; Tahir, Santhna & Nizam, 2007; Hee Kim Lan et al, 2014).

Saiote (2010, p.16), citando Baggio (2006), afirma que este ambiente complexo pode afastar cada vez mais o profissional de enfermagem da pessoa e, por conseguinte, da família. No entanto, de acordo com a mesma autora, “independentemente das condições deste ambiente hostil, o diálogo com a família deve ser estabelecido e incentivado.” A falta de comunicação efetiva pode, de acordo com Cooper, ser também uma das causas do stresse experienciado pelo profissional de saúde.

A especificidade dos cuidados prestados em ambientes dinâmicos destinados à assistência complexa e tecnológica pode levar a que haja um afastamento do aspeto

humano do cuidado, afetando emocionalmente a pessoa e os seus familiares (Guastelli, Silva & Knobel, 2008). Esta dissociação pode ser agravada pela ausência de sentimentos de integração na organização e pelos estilos de liderança, como causas geradoras de stresse que, de acordo com Cooper (como citado em Hespanhol, 2005), impede esta ligação.

O stresse vivido por todos no ambiente de cuidados intensivos é relevante. Contudo é fundamental que o enfermeiro identifique os agentes indutores de stresse presentes no seu ambiente e que procure mecanismos e estratégias para o poder ultrapassar para que possa melhorar e aliviar o sofrimento da pessoa doente e das pessoas envolvidas nesta fase conjuntural da vida, tendo sempre presente o objetivo primordial: a recuperação da pessoa em situação crítica.

Esta dissociação pode ser agravada pela ausência de sentimentos de integração na organização e pelos estilos de liderança, como causas geradoras de stresse que, de acordo com Cooper, impede esta ligação.

PARTE II - ESTUDO EMPIRICO

1 - Percurso Metodológico

A metodologia está para a investigação assim como o sujeito está para o conhecimento. Nesta medida, a metodologia não substitui o investigador, mas, proporciona-lhe meios para empreender a investigação” (Deshaies, 1992, como citado em Dias, 2009)

A investigação científica comporta assim, uma fase metodológica estando presente em todo o seu processo, uma vez que aqui se define os meios de realização da investigação. Ocorre nesta etapa a operacionalização do estudo de forma a determinar o processo para obtenção de respostas às questões de investigação, inicialmente formuladas (Fortin, 2009).

Este capítulo irá espelhar a descrição e explicação do tipo de investigação, sustentada por Fortin (2009), no que concerne à sua condução.

1.1 - Tipo de Estudo

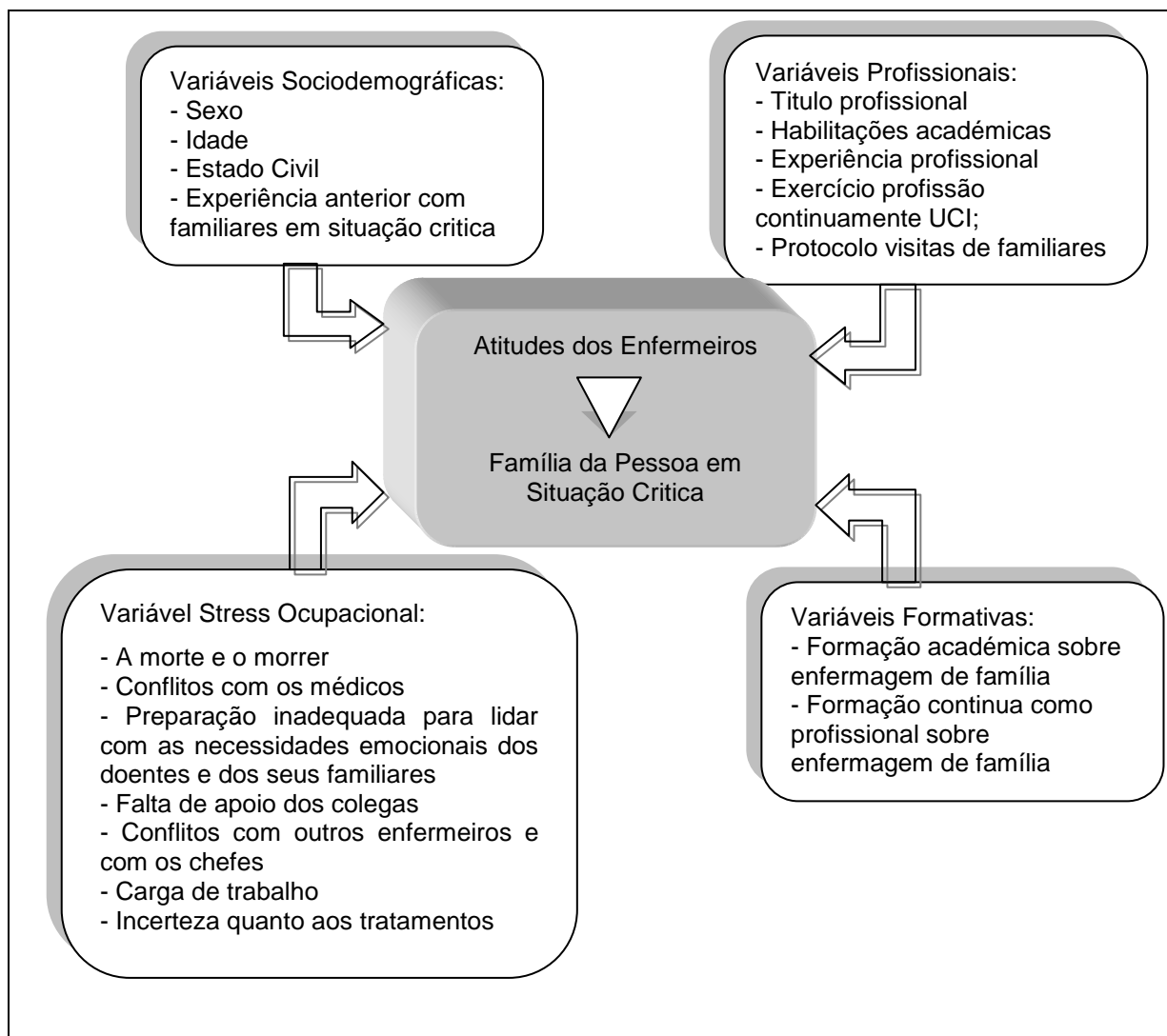
Examinando a problemática e de forma a compreender plenamente o fenómeno em estudo, é escolhido a metodologia quantitativa, uma vez que de acordo com Norwood (2000, como citado em Fortin, 2009, p.29), assim podemos “decompô-lo nos seus elementos constituintes e identificar as relações entre eles do que considerá-lo na sua totalidade”.

A metodologia quantitativa baseia-se de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas (Fortin, 2009, p.29), envolvendo uma colheita sistemática de informação numérica, devidamente controlada com recurso a procedimentos estatísticos no tratamento da informação recolhida.

De acordo com a revisão da literatura, as atitudes dos enfermeiros face à família no ambiente de cuidados intensivos é uma temática pouco explorada, tendo sido fundamental uma pesquisa prévia, de modo a que o estudo subsequente possa ser melhor compreendido e preciso, caracterizando assim o estudo como um trabalho exploratório. Contudo, uma vez que este estudo visa “compreender fenómenos vividos por pessoas” (Fortin, 2009, p. 221), categorizando e fornecendo dados característicos de uma população, pode caracterizar-se também como um estudo descritivo e ainda do tipo correlacional, pois tem como objetivo examinar as relações entre variáveis (Fortin, 2009).

Para a realização deste estudo seguiu-se o desenho de investigação, que expõe a articulação das variáveis estudadas, representadas na figura 6:

Figura 6 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis



De forma a conhecer as relações entre as variáveis surgem, partindo de bases teóricas, as questões de investigação que pretendem traduzir a dimensão interativa das análises e dos pressupostos que permitiram formular o problema. Para este estudo as questões são as seguintes:

Q1 - Em que medida as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e experiência anterior com familiares em situação crítica) influenciam as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

Q2 - Será que existe uma influência significativa das características profissionais (título profissional, habilitações académicas, experiência profissional, e exercício da profissão continuamente em UCI, existência de protocolo de visitas na UCI) nas atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

Q3- De que forma a formação em Enfermagem de Família (formação académica sobre enfermagem de família, formação contínua como profissional sobre enfermagem de família) influencia as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

Q4- Qual é a relação entre o stresse profissional (a morte e o morrer, Conflitos com os médicos, preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares, falta de apoio dos colegas, conflitos com outros enfermeiros e com os chefe, carga de trabalho, incerteza quanto aos tratamentos) e as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

1.2 – Participantes

Os participantes na investigação foram obtidos através de uma população que de acordo com Fortin (2009) considera um conjunto de elementos com características comuns, sendo elemento a unidade base da população que se quer estudar. Esta inicialmente poderá ser algo heterogénea mas com a definição de critérios de seleção dos elementos aponta-se para uma população-alvo, ou seja a que satisfaz os critérios definidos.

A população escolhida para este estudo de forma a satisfazer os objetivos propostos são os enfermeiros que exercem a sua atividade em cuidados intensivos na região centro. Esta delimitação espacial foi de acordo com a preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013), no que consideram as unidades de cuidados intensivos da região centro.

Os participantes do estudo definem-se assim pelos critérios de inclusão, correspondendo estes às características essenciais para obter uma amostra o mais homogénea possível (Fortin, 2009). A constituição dessa amostra visou a que determinadas características estivessem presentes em todos os elementos, nomeadamente, o contacto diário com os familiares das pessoas submetidas a cuidados intensivos. Para a obtenção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem “*snowball*”, uma técnica de amostragem não probabilística na qual cada participante do estudo pode recomendar outros indivíduos, que por sua vez recomendam outros, aumentando a dimensão da amostra geometricamente (Marôco, 2011).

Para o recrutamento dos participantes, de acordo com Fortin (2009) foram aplicados os seguintes critérios de seleção, nomeadamente:

- Experiência profissional superior a um ano;
- Exerçam atividade profissional em UCI polivalente;
- Concordar voluntariamente em participar no estudo, mediante subscrição do Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

Considera-se a experiência profissional superior a um ano, sustentado por estudos realizados por Valadares e Viana (2009) que admitem que o enfermeiro no início da sua carreira profissional encontra-se preocupado com a atividade profissional, visto que não tem o domínio das competências que possibilitam uma atuação segura. Os mesmos autores consideram que este não domina por completo o que e como deve ser feito nas diversas situações quotidianas da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Silva e Ferreira (2011), também concluem nos seus estudos que os enfermeiros inexperientes têm uma atuação restrita quando se pensa na complexidade tecnológica inerente à UCI.

Na mesma linha de pensamento Silva e Ferreira (2010) admite a existência de um perfil profissional para exercer a atividade profissional na área dos cuidados intensivos, não consagrando, o enfermeiro no início da sua carreira todas as características que são necessárias. Vivencia a inserção neste contexto de cuidado de forma peculiar, em que o desconhecimento pode influenciar e a afetar este processo de cuidados à família no que concerne ao estabelecimento de uma relação capaz, exigindo do enfermeiro uma boa preparação nesta área.

O segundo critério de inclusão foi escolhido apoiado no estudo de Correia (2012) na medida em que se pretende avaliar a resposta no âmbito de situações de compromisso vital em diversas áreas de especialidade sendo a sua prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, no seio de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes. Serão eliminadas respostas de Unidades Monovalentes, uma vez que estas se focam em situações particulares, não se verificando uma diversidade de necessidades de cuidados à pessoa em situação crítica, que entretanto foram surgindo durante as últimas décadas.

Como o tamanho da amostra foi determinado (155 enfermeiros), é importante segundo Fortin (2009), ter exatamente o número de participantes que foi fixado. Obtiveram-se então 82 respostas *on-line* aos questionários, referentes aos enfermeiros que concordaram em participar no estudo. Foram considerados válidos 80 inquéritos, uma vez que se anularam as participações de elementos de unidades de cuidados intensivos monovalentes, e com experiência profissional inferior a um ano. Constatou-se assim que alguns enfermeiros não aderiram a esta investigação, pois num total de 155 enfermeiros dos

hospitais abordados na região centro obteve-se resposta de 80 enfermeiros das unidades polivalentes, ou seja, o valor aproximado de indivíduos respondentes é de 52%. Considera-se as não respostas inócuas para a qualidade dos dados recolhidos, uma vez que ocorrem ao acaso. Este também assumido por Sousa (2011) que se apoia em Langer (2003), num artigo *About Response Rates – Some Unresolved Questions*, publicado pela *American Association for Public Opinion Research*. A autora considera uma taxa de retorno de 60,6% próxima à obtida por Benzein et al, (2008), num estudo similar, que procura conhecer as atitudes dos enfermeiros suecos sobre a importância da família nos cuidados de enfermagem.

Caracterização sociodemográfica

O quadro 1 traduz as características sociodemográficas dos enfermeiros participantes, sendo que estes são maioritariamente do sexo feminino (n=59).

Quanto à variável idade procedeu-se ao seu agrupamento em três grupos etários. Pela análise do quadro seguinte é possível verificar que o grupo etário com maior representação é entre o grupo de idades inferior ou igual 35 anos (56,25% dos enfermeiros). Efetuando a análise em função do sexo, verifica-se que nas idades até aos 35 anos inclusive, 57,63% são do sexo feminino e 52,38% são do sexo masculino. Nas idades compreendidas entre os 35 e 45 anos, 27,12% dos indivíduos são do sexo feminino e 33,33% pertencem ao sexo masculino. Com mais de 45 anos é visível cerca de 15 % da amostra.

Também o estado civil foi agrupado em dois grupos distintos, nomeadamente, os que estabelecem um vínculo jurídico-legal, que vivem em condições análogas às dos cônjuges (Casado/União de Facto) e outro grupo onde não existe um vínculo jurídico. Pela análise do quadro 1 pode verificar-se que a maioria dos enfermeiros é casada ou vivem em união de facto (62,5%). Quanto ao sexo a maioria das mulheres (64,41%) vive em união de facto ou são casadas, sendo semelhante nos homens uma vez que também apresentam uma percentagem maior (57,14%).

A experiência anterior com familiares em situação crítica foi confirmada por 73,75% Efetuando uma análise em função do sexo consta-se que a maioria dos enfermeiros do sexo masculino (76,19%) teve experiências anteriores com familiares em situação crítica, enquanto apenas 23,81% não o teve. Quanto ao sexo feminino também é de salientar que a maioria das mulheres (72,88%) também já tiveram experiências anteriores com familiares portadores de doença grave.

Quadro 1 - Características sociodemográficas dos participantes em função do sexo

Características sociodemográficas	Feminino (n=59)		Masculino (n=21)		Total (N=80)	
		%		%		%
Idade						
≤35 anos	34	57,63	11	52,38	45	56,25
]35 anos - 45 anos]	16	27,12	7	33,33	23	28,75
]45 anos - 55 anos]	9	15,25	3	14,29	12	15,00
Estado Civil						
Solteiro/Divorciado/Viúvo	21	35,59	9	42,86	30	37,50
Casado/União de Facto	38	64,41	12	57,14	50	62,50
Experiências anteriores com familiares em situação crítica						
Não	16	27,12	5	23,81	21	26,25
Sim	43	72,88	16	76,19	59	73,75

1.3 – Instrumentos

Com intuito de recolher informação factual sobre atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica foi utilizado como instrumento de colheita de dados um questionário que exige do participante um conjunto de respostas às questões colocadas.

A participação dos sujeitos foi feita de forma voluntária, mediante consentimento informado. Quanto à duração de colheita, decorre no período compreendido de 1 de Junho a 31 de Outubro de 2013.

O instrumento de recolha de dados encontra-se estruturado da seguinte forma:

Parte 1 - Caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, experiência anterior com familiares em situação crítica);

Parte 2 – Caracterização Profissional (título profissional, habilitações académicas, anos de experiência profissional, tipologia de unidade, exercício da profissão continuamente em cuidados intensivos, horas de trabalho semanais e existência de protocolo na unidade onde exerce funções) e Formativa (formação académica sobre enfermagem de família, formação continua como profissional sobre enfermagem de família)

Parte 3 – Escala sobre “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem” (escala IFCE-AE).

Esta parte avalia as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Para isso é utilizada a escala *IFCE-AE* (A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros), que corresponde à variável dependente. Esta validada para a cultura portuguesa, por Oliveira et al (2009), adaptada culturalmente do *FINC – NA* (*Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes*), desenvolvida em 2008 na Suécia por Benzein, Pauline Johansson, Kristofer Arestedt, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman, partindo a sua construção de uma da revisão sistemática da literatura (2003), assumindo como princípio basilar que a família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright & Leahey, 2009, citado em Oliveira et al 2011, p.1332).

Parte 4 – “Escala de Stress profissional dos Enfermeiros (ESPE)”

Esta parte avalia a frequência de situações, percebidas, que no hospital têm sido descritas e identificadas como fonte de stress para os enfermeiros no desempenho das suas funções. Aponta para uma variável independente, que procura analisar a relação destas situações vivenciadas nos cuidados intensivos nas atitudes dos enfermeiros face à família. Para isso é utilizado a escala *Nursing stress scale* desenvolvida por Pamela Gray-Toft e James G. Anderson, nos Estados Unidos da América e publicada em 1981. A validação e adaptação da escala foi conseguida por Santos e Teixeira em 2008 resultando na “Escala de stress profissional dos enfermeiros”, cujo conteúdo e estrutura muito se assemelha à original.

A definição destas variáveis deve ser estabelecida de forma conceptual mas também operacional de forma a poderem ser medidas (Fortin, 2009).

1.4 - Operacionalização das Variáveis

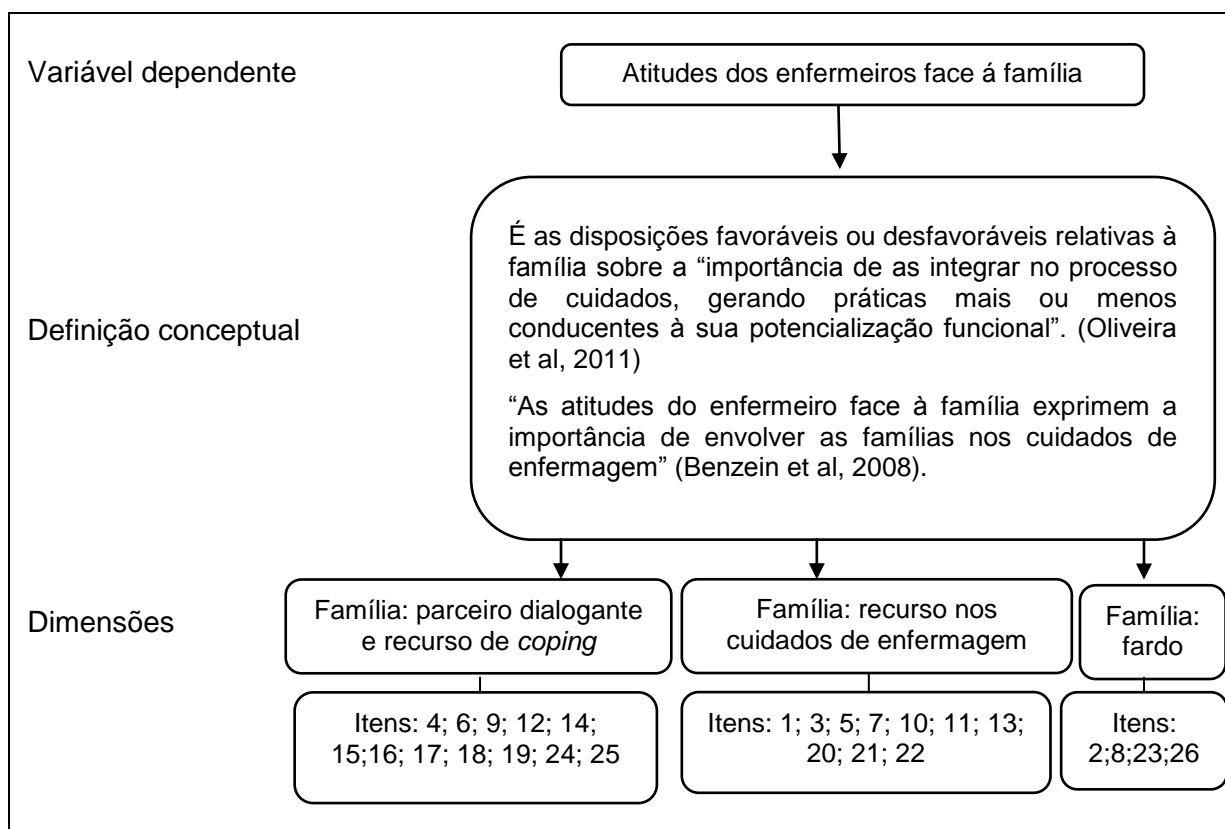
A operacionalização das variáveis é uma tarefa indispensável para que se possam definir os seus conceitos de forma a serem observados e medidos (Fortin, 2009). Este processo é realizado por etapas, sendo primordial a sua precisa definição conceptual, a especificação das dimensões do conceito, a conversão em indicadores empíricos e por fim a escolha dos meios apropriados para medir as variáveis na população em estudo.

Variável dependente

A variável dependente, segundo Fortin (2009), muitas vezes denominada de variável crítica ou explicada, é a que sofre o efeito da variável independente. Assim, define-se para este estudo as Atitudes dos Enfermeiros face à família como variável dependente. Esta variável é conseguida através da utilização do instrumento anteriormente referido e operacionalizado na figura 7.

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

Figura 7 - Operacionalização da variável Atitudes dos Enfermeiros face à Família



A escala IFCE-AE foi aplicada, como instrumento na colheita de dados, para avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a sua atitude na relação com os familiares da pessoa em situação crítica. Esta é de auto-preenchimento e constituída por 26 itens, estando estes agrupados em 3 dimensões essenciais correspondendo à "Família como Parceiro dialogante e recurso de coping" (12 itens); a "Família como Recurso nos cuidados de enfermagem" (10

itens) e por último a “Família como Fardo” (4 itens) e permite obter o total da pontuação por uma escala de *Likert* com quatro opções de resposta, em que 1 corresponde a Discordo completamente e 4 Concordo completamente, para responder a cada um dos itens do instrumento.

O score resultante da escala pode variar entre 26 e 104, considerando-se que quanto maior o score obtido, mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são de suporte (Benzein, 2008 como citado em Oliveira et al, 2011).

De forma a estimar a confiabilidade do questionário aplicado à pesquisa, foi utilizado o Alpha de Cronbach. De acordo com Maroco e Garcia-Marques (2006) os utilizadores deste método têm-no sugerido como conservador especialmente para os casos em que os itens da escala são heterogéneos, são dicotómicos ou definem estruturas multifactoriais: o alfa de Cronbach fornece uma subestimativa da verdadeira fiabilidade da medida.

Ele mede a correlação entre respostas do questionário através da análise das respostas dadas pelos participantes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição.

A consistência interna da versão portuguesa deste instrumento, desenvolvido por Oliveira et al. (2009) foi assegurada na medida em que o seu alfa de Cronbach total é de aproximadamente 0,87, próximo da versão original, que é de 0,88. Este fato mostra uma boa consistência interna e uma elevada precisão da versão portuguesa.

Pestana e Gageiro (2008) consideram uma boa consistência interna, valores obtidos entre 0,8 e 0,9. Assim, neste estudo a escala obteve um alfa de Cronbach de aproximadamente 0,82, garantindo um valor classificado de “bom”, de acordo com os autores. Esta escala já foi utilizada em diferentes contextos, com garantias de segurança na sua aplicação, pelo que foi dispensada a realização de pré-teste.

Relativamente às suas diferentes dimensões podemos observar que quanto ao fator 1 (Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*) e fator 2 (Família como um recurso nos cuidados de enfermagem) apresentam de acordo com Pestana e Gageiro (2008), uma razoável consistência interna, pois encontra-se entre os valores defendidos pelos autores de 0,7 a 0,8. É de notar que o ultimo fator (Família como um fardo) tem uma consistência interna muito baixa, contudo já a escala original na versão portuguesa neste fator também tem uma consistência muito baixa (0,49), o que conjuntamente a uma amostra neste estudo mais diminuta pode ter levado a estes fatores, considerando este fato uma limitação deste estudo.

Quadro 2 – Resultados da consistência interna da IFCE-AE

Consistência Interna IFCE-AE	IFCE-AE_total	Fator_1	Fator_2	Fator_3
Alpha de Cronbach	0,819	0,739	0,788	0,114

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Variáveis independentes

O estudo depende da relação da variável dependente com as independentes, sendo estas aquelas manipuladas pelo investigador que produz o seu efeito na dependente.

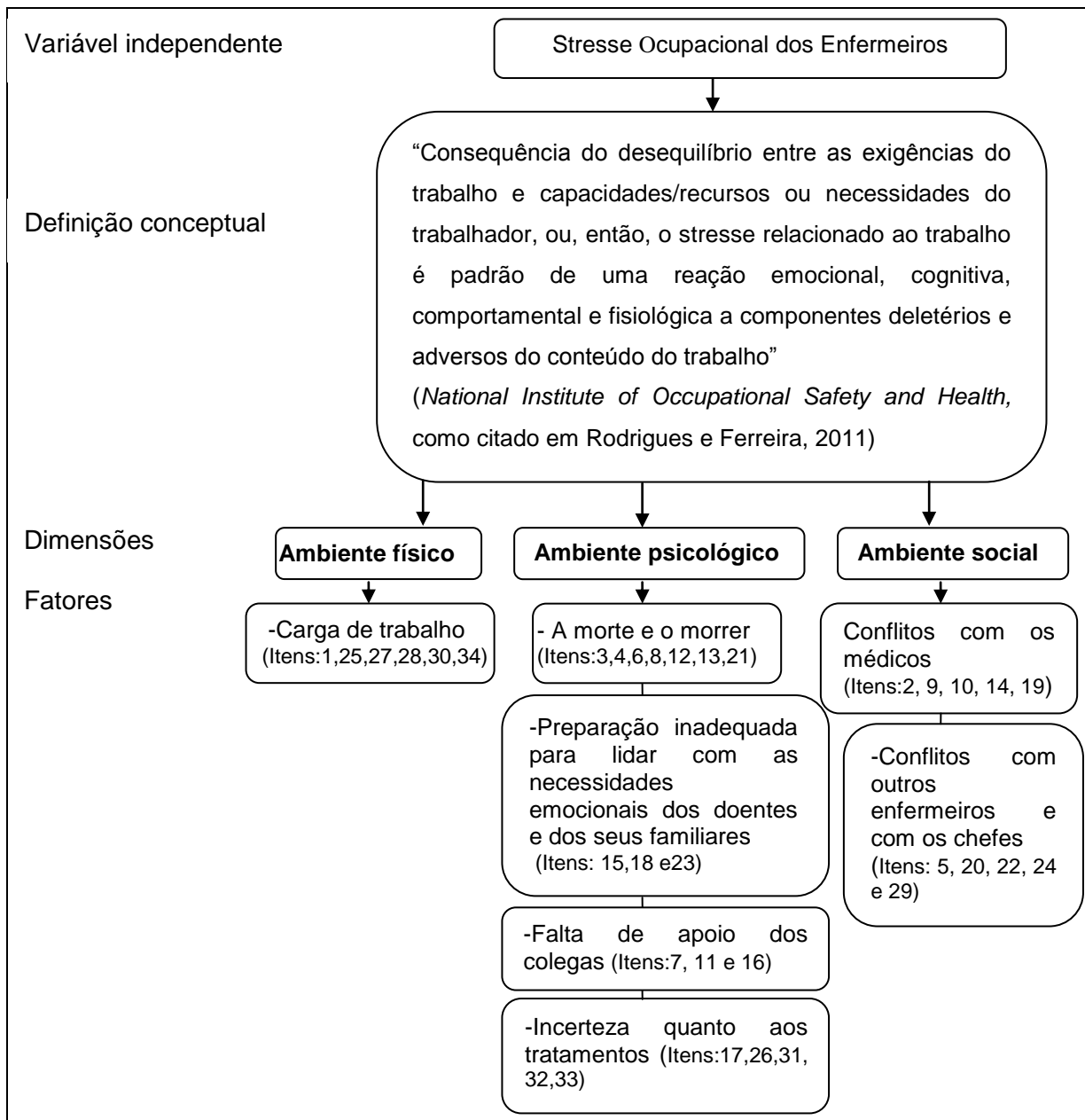
Escala ESPE: Escala de Stress Profissional dos Enfermeiros

O stress ocupacional dos enfermeiros constitui uma das variáveis independentes do estudo, e foi utilizado como instrumento, como foi já referido, a Escala de Stress Profissional dos Enfermeiros (ESPE), operacionalizada na figura 8.

Também esta escala é de autoadministração, constituída por 34 itens que se agrupam em 3 dimensões relacionadas com diferentes ambientes físico, psicológico e social. Assim, relacionado ao ambiente físico, encontra-se o fator “carga de trabalho” (6 itens); o “ambiente psicológico” expõe quatro componentes designadas, “morte e morrer”, “preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares”, “falta de apoio dos colegas”, “incerteza quanto aos tratamentos” (18 itens); no “ambiente social” encontram-se dois fatores relacionadas com “conflitos com médicos e com outros enfermeiros ou superiores hierárquicos (10 itens).

O score total que pode variar entre 34 e 136 pontos é obtido através das respostas assinaladas numa escala do tipo Likert com quatro opções de resposta (nunca, ocasionalmente, frequentemente e muito frequentemente). A amplitude de resposta por item varia entre 1 e 4 pontos. O score total indica que quanto mais alta a pontuação obtida, maior é a frequência de episódios de stress vivenciados pelo enfermeiro.

Figura 8 - Operacionalização da variável Stresse Ocupacional dos Enfermeiros



Perante este estudo para garantir a validade e fidelidade da escala foi determinado o alfa de Cronbach global de 0,95 ligeiramente superior à adaptação portuguesa de Santos e Teixeira ao obter um alfa de Cronbach de 0,93 e superior ao da escala original que apresenta um alfa de Cronbach global de 0,89 (Santos & Teixeira, 2008). Pode-se inferir deste modo que esta escala possui uma consistência interna “muito boa” e acordo com Pestana e Gageiro (2008). Na mesma linha de pensamento da escala anterior, este instrumento foi amplamente utilizado, pelo que também se considerou dispensar o pré-teste.

Todos os fatores desta escala apresentaram boa consistência interna de acordo com os autores anteriormente referidos, exceto o fator III (Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares) e o VI (Carga de trabalho), apresentam uma razoável consistência interna.

Quadro 3 - Resultados da consistência interna da ESPE

Consistência Interna ESPE	ESPE_ total	Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV	Fator V	Fator VI	Fator VII
Alpha de Cronbach	0,951	0,828	0,814	0,727	0,811	0,816	0,777	0,839

Legenda: Fator I - A morte e o morrer
 Fator II - Conflitos com os médicos
 Fator III - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares
 Fator IV - Falta de apoio dos colegas
 Fator V - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes
 Fator VI - Carga de trabalho
 Fator VII - Incerteza quanto aos tratamentos

Variáveis sociodemográficas:

Sexo: Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada e dicotómica com duas alternativas de resposta categorizada em: sexo masculino e sexo feminino

Idade: A variável idade foi operacionalizada em classes (anos de vida), [21-25]; [25-35]; [35-45]; [45-55] e [55-65] , assumindo como referência os grupos etários descritos pela Ordem dos Enfermeiros (2014) na sua publicação referente aos seus presentes membros. Para a análise dos dados foram reagrupadas estas classes em três grupos etários ≤35 anos; [35 – 45] e [45 – 55]. Optou-se pela agregação das duas primeiras classes devido à obtenção de frequências relativas relativamente baixas.

Estado civil: Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada com cinco alternativas de resposta: Solteiro, Casado, União de facto; Divorciado, Viúvo. Para a análise dos dados também foram reagrupados em dois grupos distintos, como referido na caracterização sociodemográfica da amostra.

Experiências anteriores dos enfermeiros com familiares em situação crítica foram constituídas como variável do estudo, no sentido de conhecer a relação das experiências pessoais com a atitude face à família, tendo sido elaborada uma questão fechada dicotómica com duas alternativas de resposta categorizada em Sim e Não

Variáveis Profissionais

Título Profissional: É o concedido pela Ordem dos Enfermeiros e a sua operacionalização realizou-se através de questão fechada e constou de duas hipóteses de registo: Enfermeiro e Enfermeiro Especialista, nomeando qual a especialidade, se for o caso, com questão aberta.

Habilitações académicas: foi operacionalizada com uma pergunta fechada com três opções de resposta de acordo com as seguintes componentes: Bacharelato, Licenciatura, Mestrado e foi colocada uma pergunta aberta para outro tipo de habilitação académica que não se enquadrasse nas questões fechadas. Para a análise dos dados também foram reagrupados em dois grupos distintos: Licenciatura e Mestrado.

Experiência Profissional: foi operacionalizada em classes (anos de experiência profissional), <1; [1 – 5]; [5 – 10]; [10 – 15]; [15 – 20]; [20 – 25]; [25 – 35]; [35-45]. Para a análise dos dados também foram reagrupados em seis grupos distintos: [1 ano- 5 anos]; [5 anos-10 anos]; [10 anos- 15 anos]; [15 anos- 20 anos]; [20 anos- 25 anos]; > 25 anos.

Experiência anterior em cuidados intensivos: o tempo de exercício em cuidados intensivos foi incluída como variável como possível elemento facilitador deste processo e foi operacionalizada através de uma questão fechada com duas alternativas de resposta à questão trabalhou sempre em cuidados intensivos: Sim e Não.

Protocolo de visitas de familiares: foi operacionalizada através de uma questão fechada com duas alternativas de resposta à questão trabalhou sempre em cuidados intensivos: Sim e Não. Foi colocada uma pergunta aberta, para especificar o protocolo caso a resposta à questão anterior fosse afirmativa

Variáveis Formativas:

Formação académica sobre enfermagem de família e formação continua como profissional sobre enfermagem de família: A formação em enfermagem de família foi constituída variável, pois de acordo com a revisão bibliográfica efetuada é considerada uma possível influenciadora da atitude do enfermeiro. Para operacionalizar estas duas variáveis, realizou-se uma pergunta fechada com cinco opções de resposta, com os seguintes indicadores: Inexistente; Insuficiente; Suficiente; Boa; Muito boa. Optou-se pela definição de três categorias na análise dos dados devido à obtenção de frequências relativas relativamente baixas, pelo que se agregou em Insuficiente, Suficiente e Boa.

1.5 - Procedimentos Formais e Éticos

A investigação levanta sempre aspetos éticos são determinantes no respeito dos direitos da pessoa.

Desde a seleção do problema até à publicação dos resultados, o investigador especializado em ciências biomédicas ou em ciências do comportamento humano deve obter o consentimento livre e esclarecido dos participantes.

Para a construção do questionário, nomeadamente, a utilização das escalas foi precedida pela respetiva autorização dos autores, que na qualidade de autores em consonância com os restantes coautores, autorizaram a sua utilização no estudo que se pretendeu realizar no contexto dos cuidados intensivos (Anexo I).

A obtenção de dados é realizada através de um questionário *on line* cujo acesso é disponibilizado pela investigadora. O questionário foi submetido à comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Viseu que examinou o aspeto ético do projeto de investigação (Anexo II) e que concluiu que não havendo identificação nominal, este resguarda a privacidade dos enfermeiros. Foi assim reforçada a importância da integridade ética no assegurar da validade do estudo, dado que os questionários são preenchidos *online*. A sua confirmação revelou que os dados colhidos não são considerados sensíveis à luz da comissão de ética.

Assim, o preenchimento do referido questionário e o seu posterior envio só era conseguido após a subscrição da sua autorização, sendo conhecido os objetivos, riscos e benefícios do estudo explicados pelo investigador. A participação nos inquéritos é voluntária, sendo no seu preenchimento mantido o anonimato e a confidencialidade.

Os enfermeiros que recusaram participar, simplesmente optaram por não responder. As informações importantes relativas ao estudo constam da primeira página do questionário.

1.6 - Procedimentos Estatísticos

No processamento da informação utilizou-se como ferramenta informática, o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0 e, como

metodologia para o tratamento de dados, implementou-se a análise estatística descritiva inferencial.

A colheita de dados, é feita *on-line* onde os dados são enviados para uma base de dados em *excel*. Posteriormente estes são processados e, de seguida, é feita a sua codificação e inserção em base de dados no SPSS onde é efetuado o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. Em relação à primeira, foram determinadas frequências absolutas (N) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central ou de localização como médias (M) e medianas, medidas de dispersão ou variabilidade como desvio padrão (Dp), de acordo com as características das variáveis em estudo.

De forma a comparar a variabilidade de duas variáveis é utilizado o coeficiente de variação com os intervalos definidos por Pestana e Gageiro (2008):

- $CV \leq 15\%$ - Dispersão fraca
- $15\% < CV \leq 30\%$ - Dispersão média
- $CV > 30\%$ - Dispersão elevada

Por forma a analisar a assimetria (Skewness/erro) são considerados os valores definidos na mesma linha de autores são (Pestana & Gageiro, 2008):

- $SK/EP \leq -1.96$ – assimétrica negativa ou enviesada à direita;
- $-1.96 < SK/EP \leq 1.96$ – simétrica;
- $SK/EP > 1.96$ – assimétrica positiva ou enviesada à esquerda.

Para as medidas de achatamento, se o valor de curtose (*Kurtosis/error*) oscilar entre -1,96 e 1,96 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se for inferior a -1,96 a distribuição é platicúrtica, enquanto para valores superiores a 1,96 a distribuição é leptocúrtica. (Pestana e Gageiro, 2008)

No que concerne à análise inferencial, foi utilizado um critério comum a todas as variáveis, no que respeita à escolha dos testes estatísticos a utilizar, que de acordo com Pestana e Gageiro (2008, p. 278) “consideram-se grupos de dimensão semelhante quando o quociente entre a maior dimensão e a menor for inferior a 1,5”. Assim, de forma a responder às questões em estudo, foram utilizados testes não paramétricos de acordo com o nível de medida das variáveis a testar e o número e características dos grupos a comparar, tendo por base o critério supracitado. Com base neste pressuposto, utilizaram-se como testes não paramétricos: o teste *U Mann-Whitney* e o teste *Kruskal-Wallis*. Também foi utilizado o coeficiente de correlação linear, designado também por “coeficiente de

correlação momento-produto de Pearson” (Triola, 1999) para verificar a existência de correlações entre as variáveis das escalas IFCE-AE e ESPE. Para todos os testes utilizou-se o $p\text{-value}=0,05$ como limite crítico de significância dos testes.

Os resultados são apresentados sob a forma de quadros, surgindo informação complementar do tratamento estatístico em anexo sempre que se justifique.

2 - Resultados

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respetivo tratamento estatístico. Em primeiro lugar, serão apresentados os resultados obtidos com as análises descritivas, seguindo-se os obtidos com as análises inferenciais.

2.1 - Análise Descritiva

Os resultados a seguir representados são fruto da aplicação do instrumento de recolha de dados. Neste capítulo é elaborada a restante caracterização dos enfermeiros participantes que constituem a amostra estudada onde estão espelhadas as características profissionais e características formativas (académica e profissional), que completam a caracterização sociodemográfica já anteriormente apresentada.

Quanto às características profissionais dos enfermeiros, pode-se verificar através do quadro 4, que a maioria tem o título profissional de Enfermeiro (85%). No seguimento da tendência sociodemográfica no que respeita ao sexo, os enfermeiros do sexo feminino são também na sua maioria (83,05%) detentores do título Enfermeiro. É de salientar que 90,48% dos enfermeiros do sexo masculino são detentores do título Enfermeiro e que apenas 9,52% da amostra masculina é detentora de título Enfermeiro Especialista. A especialização em enfermagem é assim título profissional para 15% dos participantes.

Pode-se constatar que 90 % dos enfermeiros são licenciados e salientar que não houve nenhum resultado de enfermeiros com Bacharelato o que se pode inferir que todos são detentores do curso de licenciatura em Enfermagem. De referir que das 59 mulheres 91,53% são licenciadas e 8,47% mestres, e quanto aos homens 85,71% são licenciados e cerca de 14,29% tem grau mestre.

Quanto à experiência profissional verifica-se que os enfermeiros participantes detêm uma experiência profissional entre os 10 e 15 anos (31,25%) e logo de seguida entre 5 a 10 anos (27,50%), o que reforça os dados acima referidos de uma amostra relativamente jovem. Efetuando a análise em função do sexo verifica-se que o sexo feminino apresenta uma experiência profissional superior, entre 10 a 15 anos (35,59%), relativamente ao sexo

masculino que apresenta a sua maior percentagem entre 5 e 10 anos (33,33%). Não existe nesta amostra elementos do sexo masculino com experiência profissional inferior a 5 anos.

Especificando as características profissionais na área da pessoa em situação crítica, todos os dados são referentes a unidades polivalentes e pode-se observar pelo quadro 4, que a maior parte destas possui um protocolo de visita de familiares (61,25%).

Grande parte dos participantes exerceu a sua profissão noutras áreas da saúde (70%), tendo uma experiência diferente da pessoa em situação crítica. Somente 30% é que desempenha continuamente a sua função na área de cuidados intensivos. É de salientar que dos enfermeiros do sexo feminino apenas 30,51% trabalharam sempre em UCI, seguindo o sexo masculino que 28,57% exerceram a sua atividade sempre em unidade de cuidados intensivos.

Sendo um item de avaliação na escala de stresse, a carga de trabalho, é fundamental ter em conta que a maioria dos enfermeiros trabalham até 35 horas e de 35-40 horas semanais, sendo que existe alguns profissionais (2,5%) que admitem trabalhar mais de 40 horas semanais quer no seu local de trabalho quer em horas extras que dispõem para a realização de outros projetos relacionados com a sua UCI. Estes profissionais são exclusivamente do sexo masculino que 9,52% consideram trabalhar mais de 40 horas semanais.

Quadro 4 - Características profissionais em função do sexo

Características Profissionais	Feminino		Masculino		Total	
	(n=59)	%	(n=21)	%	(N=80)	%
Título Profissional						
Enfermeiro	49	83,05	19	90,48	68	85,00
Enfermeiro Especialista	10	16,95	2	9,52	12	15,00
Habilitações académicas						
Licenciatura	54	91,53	18	85,71	72	90,00
Mestrado	5	8,47	3	14,29	8	10,00
Experiência Profissional						
[1 ano - 5 anos[	2	3,39	0	0,00	2	2,50
[5 anos - 10 anos[	15	25,42	7	33,33	22	27,50
[10 anos - 15 anos[	21	35,59	4	19,05	25	31,25
[15 anos - 20 anos[	10	16,95	5	23,81	15	18,75
[20 anos - 25 anos[	8	13,56	4	19,05	12	15,00
≥ 25 anos	3	5,08	1	4,76	4	5,00
Exercício da profissão continuamente em UCI						
Não	41	69,49	15	71,43	56	70,00
Sim	18	30,51	6	28,57	24	30,00
Protocolo de visitas						
Não	23	38,98	8	38,10	31	38,75
Sim	36	61,02	13	61,90	49	61,25
Horas Semanais Trabalho:						
≤ 35h	29	49,15	10	47,62	39	48,75
]35h a 40h]	30	50,85	9	42,86	39	48,75
>40h	0	0,00	2	9,52	2	2,50

A formação em enfermagem de família é considerada como uma determinante na atitude dos profissionais. Reconhecendo a importância desta variável, os dados relativos a este atributo profissional foram sujeitos a uma análise mais detalhada (Quadro 5).

A formação em enfermagem de família é considerada pelos enfermeiros insuficiente quer no seu contexto académico (56,20%) como no contexto profissional de formação contínua (65%). Efetuando a análise em função do sexo, a maioria do sexo feminino

considera a sua formação insuficiente quer no contexto académico (59,30%) como profissional (71,20%). Quanto ao sexo masculino, os enfermeiros consideram a sua formação no contexto académico e profissional insuficiente, com uma igualdade de valores (47,60%).

De notar que apenas 11,20% dos enfermeiros consideram boa a sua formação nesta área, em ambos os contextos.

Quadro 5 - Características formativas em função do sexo

Características Formativas	Feminino		Masculino		Total	
	(n=59)	%	(n=21)	%	(N=80)	%
Formação em Enf. Família contexto académico						
Insuficiente	35	59,30	10	47,60	45	56,20
Suficiente	17	28,80	9	42,90	26	32,50
Boa	7	11,90	2	9,50	9	11,20
Formação em Enf. Família contexto profissional						
Insuficiente	42	71,20	10	47,60	52	65,00
Suficiente	13	22,00	6	28,60	19	23,80
Boa	4	6,80	5	23,80	9	11,20
Tempo desde a última formação						
< 1ano	0	0,00	3	17,65	3	5,00
[1 - 5 anos[	13	30,23	4	23,53	17	28,33
[5 - 10 anos[	18	41,86	6	35,29	24	40,00
≥ 10 anos	12	27,91	4	23,53	16	26,67

Dos enfermeiros que responderam às questões anteriores cerca de 60 contemporizaram o tempo de última formação, sendo 43 do sexo feminino e 17 do sexo masculino, ou seja, 25% da amostra não contabilizou há quanto tempo que não tem formação de enfermagem de família. Assim, referente às respostas dadas, verifica-se pela análise do quadro 5, que do sexo feminino a maior parte obteve formação nesta área entre 5 a 10 anos (41,86%), tempo este que também se verifica no que respeita ao sexo masculino (35,29%). A maioria dos inquiridos (40 %) obteve esta formação de Enfermagem de Família há mais de cinco anos.

Atitudes Enfermeiros face à Família

A escala IFCE-AE foi assim aplicada para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a sua atitude na relação com os familiares da pessoa portadora de doença. Os resultados estão apresentados no quadro 6, mediante o sexo feminino e masculino.

Ao interpretar os resultados verifica-se o valor de IFCE Global mínimo para o sexo feminino foi 57,00 e o máximo de 92, o que corresponde a uma média de 73,07, ($dp=6,66$) e um Coeficiente de Variação (CV) de 9,11%. Esta medida estatística aponta para a existência de uma dispersão fraca ($CV \leq 15\%$). Os valores de simetria ($SK/EP = -0,027$) indicam uma curva assimétrica e negativa (enviesada à direita) e os valores da curtose ($Kw/EP = 0,274$) indicam uma curva mesocúrtica. Quanto aos resultados para o sexo masculino, obteve-se valor global mínimo 61,00 e máximo de 88,00, correspondendo a uma média 73,19 ($dp=7,51$) e um Coeficiente de Variação (CV) de 10,26%, apontando também para uma dispersão fraca ($CV \leq 15\%$). Os valores de simetria ($SK/EP = 0,390$) indicam uma curva simétrica e positiva e os valores da curtose ($Kw/EP = -0,223$) indicam uma curva mesocúrtica.). Sendo os limites desta escala, como já foi referido, entre 26 e 104, pode-se inferir que tanto as mulheres como os homens que prestam cuidados à pessoa em situação crítica, perante os valores obtidos apontam para atitudes de suporte face à família.

Analisando as atitudes dos enfermeiros face à família nas suas dimensões verifica-se que a atitude que mais frequentemente adotada pelas enfermeiras, com uma média mais elevada é a que está relacionada com a “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” (33,34), seguindo-se as atitudes relacionadas com “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” (30,78). É também visível que a atitude menos frequente é a que considera “Família como fardo” (8,95). Perante estes resultados pode-se inferir que os enfermeiros do sexo feminino demonstram uma atitude positiva face à família e essencialmente considera-a como parceiros no diálogo. Também esta tendência acompanha o sexo masculino (quadro 5), onde à semelhança do grupo anterior a atitude que mais frequentemente adotada por estes é também a que está relacionada com a “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” (33,86), seguindo-se as atitudes relacionadas com “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” (30,05). De igual modo é visível que a atitude menos frequente é a que considera “Família como fardo” (9,29), embora com uma média ligeiramente superior à do sexo feminino.

Quadro 6 – Distribuição das respostas da escala IFCE-AE em função do sexo

Escala IFCE-AE/Sexo		N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Dp	Cv	Sw	Kw
Feminino	IFCE_AE	59	57,00	92,00	74,00	73,07	6,66	9,11%	-0,027	0,274
	Total									
	Fator_1	59	25,00	45,00	33,00	33,34	3,62	10,86%	0,173	1,065
	Fator_2	59	23,00	36,00	31,00	30,78	3,28	10,66%	-0,189	-0,763
Masculino	Fator_3	59	5,00	12,00	9,00	8,95	1,55	17,32%	-0,057	-0,191
	IFCE_AE	21	61,00	88,00	75,00	73,19	7,51	10,26%	0,390	-0,223
	Total									
	Fator_1	21	28,00	45,00	33,00	33,86	4,26	12,58%	0,844	0,806
Masculino	Fator_2	21	25,00	39,00	29,00	30,05	3,56	11,85%	0,819	0,642
	Fator_3	21	7,00	12,00	10,00	9,29	1,38	14,85%	-0,194	-0,491

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Stresse Profissional dos Enfermeiros

A ESPE foi o instrumento utilizado para avaliar a frequência com que algumas situações são percebidas como stressantes por estes profissionais de saúde (Quadro 7). Os valores dos fatores considerados como “média” correspondem à média da soma dos pontos da escala de *Likert* assinalados pelos enfermeiros para cada item.

Ao interpretar os resultados verifica-se o valor de ESPE Global mínimo para o sexo feminino foi 57,00 e o máximo de 122, o que corresponde a uma média de 82,29, (dp=15,29) e um Coeficiente de Variação (CV) de 18.58%. Esta medida estatística aponta para a existência de uma dispersão média ($15\% < CV \leq 30\%$). Os valores de simetria (SK/EP = 0,783) indicam uma curva simétrica e positiva e os valores da curtose (Kw/EP = 0,310) indicam uma curva mesocúrtica.

Quanto aos resultados para o sexo masculino, obteve-se valor global mínimo 37,00 e máximo de 106,00, correspondendo a uma média 71,19 (dp=19,17) e um Coeficiente de Variação (CV) de 26,93%, apontando também para uma dispersão média ($15\% < CV \leq 30\%$). Os valores de simetria (SK/EP = 0,347) indicam uma curva simétrica e positiva e os valores da curtose (Kw/EP = -0,571) indicam uma curva mesocúrtica.

Analisando o stresse profissional dos enfermeiros nos seus domínios verificou-se que “A morte e o morrer” é mais frequentemente sentida pelos enfermeiros do sexo feminino (2,70). Contudo para o sexo masculino a “Carga de Trabalho” é o mais referenciado como

fator de stresse (2,25), sendo esta a segunda situação mais referenciada pelo sexo feminino (2,60).

Pela análise dos quadros pode-se ainda verificar que as situações que menos são sentidas como stressantes pelos enfermeiros de ambos os sexos são “Falta de apoio dos colegas” e “conflitos com outros enfermeiros e com os chefes”.

Quadro 7 - Distribuição das respostas da escala ESPE em função do sexo

Escala ESPE	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Dp	Cv	Sw	Kw	
Feminino	ESPE_	59	57,00	122,00	80,00	82,29	15,29	18,58%	0,783	0,310
	Total									
	Fator I	59	1,86	3,86	2,71	2,70	0,5	18,52%	0,291	-0,499
	Fator II	59	1,40	4,00	2,20	2,35	0,55	23,40%	0,744	0,396
	Fator III	59	1,67	4,00	2,33	2,41	0,53	21,99%	0,964	0,278
	Fator IV	59	1,00	4,00	2,00	2,24	0,59	26,34%	0,358	1,028
	Fator V	59	1,00	4,00	2,00	2,15	0,67	31,16%	0,679	0,284
	Fator VI	59	1,67	3,83	2,67	2,60	0,48	18,46%	0,184	-0,217
Fator VII	59	1,40	4,00	2,20	2,28	0,62	27,19%	0,798	0,115	
Masculino	ESPE_	21	37,00	106,00	67,00	71,19	19,17	26,93%	0,347	-0,571
	Total									
	Fator I	21	1,00	3,29	2,00	2,12	0,61	28,77%	0,159	-0,760
	Fator II	21	1,00	3,20	2,20	2,02	0,62	30,69%	0,036	-0,861
	Fator III	21	1,00	3,67	2,00	2,16	0,69	31,94%	0,377	-0,152
	Fator IV	21	1,00	3,00	1,67	1,78	0,64	35,95%	0,533	-0,745
	Fator V	21	1,00	3,20	2,00	2,04	0,71	34,80%	0,415	-0,919
	Fator VI	21	1,00	3,67	2,17	2,25	0,63	28,00%	0,447	0,296
Fator VII	21	1,00	3,40	2,00	2,14	0,68	31,78%	0,471	-0,708	

Legenda: Fator I - A morte e o morrer
 Fator II - Conflitos com os médicos
 Fator III - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares
 Fator IV - Falta de apoio dos colegas
 Fator V - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes
 Fator VI - Carga de trabalho
 Fator VII - Incerteza quanto aos tratamentos

2.2 - Análise Inferencial

Este capítulo traduz a análise inferencial dos dados descritos no subcapítulo anterior, de forma a identificar relações entre as variáveis independentes, no estudo, à variável dependente, verificando assim a validade das questões levantadas. Estas, de seguida apresentadas, procuram encontrar diferenças ou relações significativas que demonstrem quais os fatores que influenciam as atitudes dos enfermeiros, face à família da pessoa em situação crítica.

Q1 - Em que medida as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e experiência anterior com familiares em situação crítica) influenciam as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

Para estudar esta questão foram criadas quatro sub-questões de investigação de seguida apresentadas:

Q_{1.1} - Será que existem diferenças significativas nas atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica consoante o sexo?

Quanto à variável sexo, as mulheres apresentam globalmente *scores* maiores nas atitudes face à família (*Mean Rank*=40.75) do que os homens (*Mean Rank*=39.81). É de notar que na dimensão “Família como um fardo” são os homens que possuem valores mais elevados (*Mean Rank*=44.43). As mulheres são as que mais consideram a família como parceiro e como um recurso nos cuidados de enfermagem.

Para se verificar o significado estatístico dessas diferenças, recorreu-se ao teste não-paramétrico *U Mann-Whitney*, dado que na presente amostra, relativamente à variável sexo, o quociente entre o grupo de maior dimensão (N=59) e o grupo de menor dimensão (n=21) é superior a 1.5 (N/n=2.8) logo os grupos não têm dimensões semelhantes.

Contudo, recorrendo-se assim ao teste de hipóteses adequado (Quadro 8) não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), ou seja, o sexo não traduziu diferenças das atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica

Quadro 8- Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e o sexo

IFCE_AE	Sexo	Feminino (n=59)	Masculino (n=21)	U Mann-Whitney Test	Sig.
		Mean Rank	Mean Rank		
IFCE_AE Total		40.75	39.81	-0.159	0.874
Fator_1		40.20	41.33	-0.193	0.847
Fator_2		42.23	35.64	-1.120	0.263
Fator_3		39.10	44.43	-0.920	0.357

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Q_{1.2} - Existe diferença estatisticamente significativa entre a variável idade e as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

Quanto à variável idade, esta foi classificada em três classes etárias assim ordenadas: ≤ 35 anos,]35 anos – 45 anos],]45 anos - 55 anos]. Para verificar a sua influência nas atitudes dos enfermeiros face à família, recorreu-se ao teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis*, à semelhança da variável anterior também na variável idade, o quociente entre o grupo de maior dimensão (N=45) e o grupo de menor dimensão (n=12) é superior a 1.5 (N/n=2.8) logo os grupos não têm dimensões semelhantes.

Nos resultados dos referidos procedimentos estatísticos (Quadro 9) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as classes etárias nas dimensões da escala IFCE-AE, dados confirmados pelo teste de *Kruskal-Wallis*, que obteve um valor de $p > 0,05$ em todos os fatores.

Embora os resultados não revelem diferenças estatisticamente significativas, a análise permitiu encontrar *scores* de atitudes mais elevados para atitudes favoráveis à família nos enfermeiros pertencentes à classe etária ≤ 35 anos. É de notar que esta classe é a de maior representatividade (N=45) e apresenta os valores de *score* globais mais altos, em todos os fatores da escala da IFCE-AE.

Nos profissionais com idade entre os 45 anos e 55 anos foi possível verificar uma descida nos *scores* referentes às atitudes globais face à família (*Mean Rank*=32.92). Contudo, são nos enfermeiros mais jovens que se obteve *scores* mais elevados ao considerar a “família como fardo”, uma atitude negativa face à família (*Mean Rank*=44.46)

contraponto com o valor apontado para este fator referente aos enfermeiros entre os 45 anos e 55 anos (*Mean Rank*=31.50).

Quadro 9 - Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e grupo etário

Grupo etário IFCE_AE	≤ 35 anos (n=45)	[35 anos – 45 anos] (n=23)	[45 anos - 55 anos] (n=12)	Kruskal- Wallis Test	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
IFCE_AE Total	43.82	37,96	32.92	2.482	0,289
Fator_1	43.33	36.30	37.92	1.590	0.452
Fator_2	42.90	40.02	32.42	1.957	0,376
Fator_3	44.46	37.46	31.50	3.640	0,162

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Q_{1.3} - Será que existe diferença estatisticamente significativa das atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica mediante o estado civil?

Com o intuito de verificar uma possível diferença entre grupos do estado civil (Solteiro/Divorciado/Viúvo; Casado/União de Facto) nas atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica, foi utilizado o teste *U Mann-Whitney* para amostras independentes, dado que os grupos não têm dimensões semelhantes uma vez que o quociente entre o grupo de maior dimensão (N=50) e o grupo de menor dimensão (n=30) é superior a 1.5 (N/n=1.7).

No que toca à pontuação total do IFCE-AE global foi possível verificar que os profissionais sem vínculo jurídico (Solteiro/Divorciado/Viúvo) apresentam valores de *scores* inferiores (*Mean Rank*= 36.52) aos profissionais casados ou em união de facto (*Mean Rank* =42.89), mas esta diferença não se revelou estatisticamente significativa ($p>0,05$), ou seja não houve evidência estatística da influência da variável estado civil nas atitudes da família face à pessoa em situação crítica. A mesma conclusão foi retirada dos procedimentos implementados nos três fatores da IFCE-AE.

Quadro 10 - Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e estado civil

Estado Civil IFCE_AE	Solteiro/Divorciado/Viúvo (n=30)	Casado/União de Facto (n=50)	<i>U Mann-Whitney Test</i>	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank		
IFCE_AE Total	36.52	42.89	-1.190	0,234
Fator_1	35.82	43.31	-1.407	0.160
Fator_2	38.62	41.63	-0.564	0,573
Fator_3	40.05	40.77	-0.137	0,891

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Q_{1.4} - Em que medida a experiência anterior com familiares em situação crítica influencia as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

De forma a responder à questão no que concerne à experiência anterior com familiares em situação crítica, foi utilizado o teste não paramétrico *U Mann-Whitney* para amostras independentes, dado os grupos não terem dimensões semelhantes, pois o quociente N/n , é igualmente superior a 1.5 ($N/n=2.8$). Pela análise do quadro seguinte pode-se aferir que os enfermeiros que apresentam *scores* globais mais elevados e também de cada dimensão da escala, são os que não têm experiências anteriores com familiares em situação crítica (*Mean Rank*=43.86). Porém, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p>0,05$) à luz dos procedimentos estatísticos apresentados.

Quadro 11 -Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e experiência anterior com familiares em situação crítica

Experiências c/familiares IFCE_AE	Não (n=21)	Sim (n=59)	U Mann- Whitney Test	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank		
IFCE_AE Total	43.86	39.31	-0.772	0,440
Fator_1	44.88	38.94	-1.013	0.311
Fator_2	42.52	39.78	-0.467	0,641
Fator_3	41.52	40.14	-0.240	0,810

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Q 2 - Será que existe uma influência significativa das características profissionais (título profissional, experiência profissional, habilitações académicas e experiência profissional anterior em cuidados intensivos) nas atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

À semelhança da questão anterior, foram criadas seis sub-questões de investigação de seguida apresentadas:

Q_{2.1} - Existe diferença estatisticamente significativa entre a variável habilitações académicas e as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

Para analisar o significado estatístico desta questão foi utilizado o teste não-paramétrico *U Mann-Whitney* para amostras independentes, dado que os grupos não têm dimensões semelhantes uma vez que o quociente entre o grupo de maior dimensão (N=72) e o grupo de menor dimensão (n=8) é superior a 1.5 (N/n=9).

É de ressaltar que para obtenção de grau mestre é necessário a licenciatura, logo pode-se afirmar que todos os enfermeiros pertencentes a esta amostra são licenciados, uma vez que a restante percentagem (10%), equivale a enfermeiros mestres. Pela análise do quadro pode-se verificar que os valores dos *scores* globais mais altos relacionados com as atitudes favoráveis à presença da família prendem-se aos enfermeiros licenciados (*Mean Rank* =41.68) Todavia, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas

($p > 0,05$). As atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos face à família não são influenciadas pelas habilitações académicas dos enfermeiros.

Quadro 12- Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e habilitações académicas

Habilitações académicas IFCE_AE	Licenciatura (n=72)	Mestrado (n=8)	U Mann-Whitney Test	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank		
IFCE_AE Total	41.68	29.88	-1.366	0,172
Fator_1	41.35	32.88	-0.985	0.324
Fator_2	41.74	29.38	-1.433	0.152
Fator_3	41.05	35.50	-0.654	0.513

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Q_{2.2} - Será que existe diferença estatisticamente significativa nas atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica mediante o título profissional?

De forma a verificar uma possível diferença entre grupos do título profissional (Enfermeiro /Enfermeiro Especialista) nas atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica, foi utilizado o teste não-paramétrico *U Mann-Whitney* por os grupos não serem semelhantes uma vez que, $N/n = 5.7$

A análise do quadro 13 veio reforçar o dado obtido anteriormente, uma vez que também aqui não existem diferenças estatisticamente significativas nas atitudes face à detenção dos títulos profissionais, isto é, o título profissional destes profissionais não representa diferenças estatisticamente significativas nas atitudes face á família da pessoa em situação crítica.

Quadro 13 – Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e título profissional

Título profissional IFCE_AE	Enfermeiro (n=68)	Enf. Especialista (n=12)	U Mann- Whitney Test	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank		
IFCE_AE Total	40.47	40.67	-0.027	0,978
Fator_1	40.07	42.96	-0.400	0.689
Fator_2	40.47	40.67	-0.027	0.978
Fator_3	41.44	35.17	-0.880	0.379

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Q_{2.3}- Em que medida a variável experiência profissional influencia significativamente as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

De forma saber a influência da variável experiência profissional, nas atitudes dos enfermeiros face à família foi efetuado um teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* (N/n=11), de onde se interpreta que os enfermeiros com tempo de exercício entre 1 e os 5 anos apresentaram os valores de *scores* mais altos em todas dimensões face ao envolvimento da família, apoiando os dados obtidos relativos à idade dos enfermeiros. Porém, tal como na influência da variável idade, também aqui não se verificou diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Quadro 14 – Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e experiência profissional

Exp. profissional IFCE_AE	[1 ano- 5 anos] (n=2)	[5 anos- 10 anos] (n=22)	[10 anos- 15 anos] (n=25)	[15 anos- 20 anos] (n=15)	[20 anos- 25 anos] (n=12)	> 25 anos (n=4)	Kruskal- Wallis Test	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
IFCE_AE Total	74.25	40.52	43.50	37.77	33.00	37.5	6.182	0.289
Fator_1	63.00	42.68	42.36	35.00	37.33	35.75	3.510	0.622
Fator_2	74.25	37.57	44.36	40.20	31.29	44.38	7.315	0.198
Fator_3	65.00	43.95	42.90	31.93	39.13	30.50	6.033	0.303

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Q_{2.4} - Existe diferença estatisticamente significativa entre a variável experiência profissional continuamente em cuidados intensivos e as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

Foi utilizado o teste de *U Mann-Whitney* para amostras independentes, dado o quociente entre N/n= 2.3, para verificar uma possível diferença entre grupos ter ou não ter experiência profissional continuamente em UCI nas atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica.

O seguinte quadro mostra que não existem diferenças com significado estatístico entre os enfermeiros com e sem experiência anterior em cuidados intensivos, na atitude de envolver a família nos cuidados ($p>0,05$). Pela análise verifica-se que os enfermeiros que sempre exerceram a sua profissão em UCI apresentam uma atitude mais favorável (*Mean Rank* = 44.10), face aos profissionais que não possuem essa experiência (*Mean Rank* = 38.96). Contudo não se pode afirmar uma influência desta variável, uma vez que como foi referido, as diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 15 – Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e experiência profissional anterior sempre em UCI

Exp. Continua UCI IFCE_AE	Não (n=56)	Sim (n=24)	<i>U Mann-Whitney Test</i>	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank		
IFCE_AE Total	38.96	44.10	-0.910	0.363
Fator_1	38.49	45.31	-1.222	0.222
Fator_2	39.75	42.25	-0.443	0.658
Fator_3	37.72	46.98	-1.665	0.096

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Q_{2.5} - Será que existe diferença significativa entre a variável existência de protocolo de visita familiar e as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

Para verificar a existência de diferenças significativas nas atitudes dos enfermeiros de unidades que possuem ou não protocolos de visitas de familiares, foi utilizado o teste não paramétrico *U Mann-Whitney* para amostras independentes, dada os grupos não serem semelhantes (N/n=1.6).

Através da análise do quadro 16 é possível afirmar que existem diferenças significativas ($p < 0,05$) entre as unidades em que existe um protocolo de visita familiar e as restantes que não possuem esse protocolo, relativamente à atitude dos enfermeiros face à família. Os enfermeiros que afirmam a existência de um protocolo de visitas apresentam valores globais médios superiores na atitude face à família nos cuidados (Mean Rank = 45.32) comparativamente aos que afirmam a não existência de um protocolo (Mean Rank =32.89). É de salientar que, na subescala família como um fardo não existem diferenças estatisticamente significativas, apesar dos enfermeiros que possuem protocolo de visita apresentarem valores de médias inferiores (Mean Rank =39.08) aos restantes profissionais (Mean Rank =42.74). Este dado poderá indicar que o fato da existência de um protocolo onde os familiares podem visitar a pessoa em situação crítica não é encarado pelos profissionais como um incómodo mas sim como o veículo de diálogo e recurso para os cuidados.

Quadro 16- Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e existência protocolo de visita familiar

Protocolo Visitas IFCE_AE	Não (n=31)	Sim (n=49)	<i>U Mann-Whitney Test</i>	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank		
IFCE_AE Total	32.89	45.32	-2,335	0.020
Fator_1	32.97	45.27	-2,323	0.020
Fator_2	33.10	45.18	-2,275	0.023
Fator_3	42.74	39.08	-,700	0.484

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Q3- De que forma a formação em Enfermagem de Família (formação académica sobre enfermagem de família, formação contínua como profissional sobre enfermagem de família) influencia as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

Quanto à variável formação em Enfermagem de Família, esta foi agrupada em três grupos para a sua análise, mediante o nível de formação existente, assim ordenados: Insuficiente; Suficiente; Boa. Para verificar a sua influência nas Atitudes dos enfermeiros face à família, recorreu-se ao teste não-paramétrico *Kruskal-Wallis* ($N/n=5$). A leitura do quadro 16 traduz que a formação de Enfermagem de Família obtida em contexto académico não proporciona a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), relativamente às atitudes dos enfermeiros face à família. Porém, os enfermeiros que consideram boa a formação nessa área no seu contexto académico, são os que apresentam *scores* mais elevados (Mean Rank= 43.11). Torna-se importante mencionar que os enfermeiros com *scores* superiores (Mean Rank=47.39) no item de atitudes menos positivas “Família como fardo” são curiosamente os que consideram Boa a sua formação em contexto académico.

É de notar, contudo, que quando questionado há quanto tempo tiveram formação nesta área a maioria dos enfermeiros responderam não ter formação num período de 5 a 10 anos, como foi enumerado na análise descritiva, o que pode traduzir numa desvalorização e esquecimento de determinados conteúdos nesta área determinantes nas atitudes a desenvolver face à família, traduzindo estes valores.

Quadro 17 - Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e Formação Enfermagem de Família em contexto académico

For. Contexto académico IFCE_AE	Insuficiente (n=45)	Suficiente (n=26)	Boa (n=9)	<i>Kruskal-Wallis Test</i>	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
IFCE_AE Total	39.67	41.04	43.11	0.186	0,911
Fator_1	41.03	39.25	41.44	0.115	0,944
Fator_2	38.98	43.54	39.33	0.666	0,717
Fator_3	40.46	38.19	47.39	1.090	0,580

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
Fator_3 - Família como um fardo

Considerando a formação em contexto profissional, à semelhança do contexto anterior, foi utilizado o teste não-paramétrico *Kruskal-Wallis* ($N/n=5.7$), que também não traduziu resultado estatisticamente significativo. Contudo pode-se verificar que os enfermeiros que tiveram boa formação (*Mean Rank*=54.39) no contexto profissional com esta temática apresentam uma *scores* de atitudes superiores relativamente aos profissionais que consideram inexistente (*Mean Rank*=38.63). É de igual modo possível verificar a mesma tendência no fator “família como um recurso nos cuidados de enfermagem”, onde os enfermeiros com *scores* superiores apresentam boa formação no contexto profissional (*Mean Rank*=54.00), contudo sem significado estatístico.

No último fator “Família como um fardo”, embora não traduza significado estatístico, os enfermeiros que consideram suficiente a sua formação são os que apresentam valores mais elevados (43.76) no fator “família como fardo”. O facto de estes profissionais terem formação não implica que não possam considerar a família como um fardo, pois as exigências nesta área tao específica, com a carga de trabalho, inúmeras tarefas, e simultaneamente as inúmeras solicitações até mesmo por parte dos profissionais possam gerar estas atitudes menos favoráveis face a família por parte dos profissionais.

Quadro 18 - Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica e formação enfermagem de família em contexto profissional

For. Contexto profissional IFCE_AE	Insuficiente (n=52)	Suficiente (n=19)	Boa (n=9)	<i>Kruskal-Wallis Test</i>	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
IFCE_AE Total	38.63	39.05	54.39	3.641	0,162
Fator_1	39.68	37.53	51.50	2.427	0.297
Fator_2	38.39	39.87	54.00	3.506	0,173
Fator_3	39.00	43.76	42.88	0.670	0,715

Legenda: Fator_1 - Família como um Parceiro dialogante e recurso de *coping*
 Fator_2 - Família como um recurso nos cuidados de enfermagem
 Fator_3 - Família como um fardo

Q4- Qual é a relação entre o stresse profissional (a morte e o morrer, Conflitos com os médicos, preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares, falta de apoio dos colegas, conflitos com outros enfermeiros e com os chefe, carga de trabalho, incerteza quanto aos tratamentos) e as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica?

Para analisar a existência de relação entre o stresse profissional e as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica foi utilizado o coeficiente de correlação linear de *Pearson*.

Assim, pela leitura do quadro 19 verifica-se a existência de relações fracas, não significativas do ponto de vista estatístico ($p > 0,05$) relativamente à variável stresse profissional avaliado pela Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros (ESPE), na influência desta na atitude dos enfermeiros. Salienta-se que quanto mais o coeficiente (R) se aproxima de $\pm 1,00$, mais forte é a relação entre as duas variáveis (Fortin, 2009), logo, como os resultados não são perfeitos, satisfaz-se determinar a força da relação pela sua proximidade com uma correlação perfeita positiva ou negativa ($\pm 1,00$). Assim, pela análise global de ambas as escalas, encontrou-se uma correlação mais próxima de -1, o que pode apontar para que os enfermeiros que adotam atitudes mais favoráveis estão sujeitos a menores situações de stresse. Os valores que mais se aproximam de -1, estão relacionados sobretudo com fator V (Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes), onde correlacionando com a escala global das atitudes (IFCE_AE total) e com o fator I (Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*) e fator II (Família como um recurso nos cuidados de enfermagem) são os fatores que mais se aproximam de uma correlação perfeita negativa, isto é, as atitudes de suporte (I e II) são maiores quanto menores forem os conflitos com elementos da mesma classe. Por outro lado verifica-se uma proximidade a uma correlação negativa perfeita no fator das atitudes menos favoráveis, fator 3, (Família como fardo) com relação à incerteza quanto ao tratamento, isto é a atitude de encarar a família como fardo é tanto maior quanto menor for a incerteza quanto aos tratamentos.

Nesta análise pode-se verificar ainda apenas um valor mais próximo de uma correlação perfeita positiva (+1), que se prende com o facto também da atitude “Família como fardo” que é tanto maior como maior for a “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”. Contudo, estes valores não traduzem um resultado estatisticamente significativo ($p > 0,05$).

Embora o contexto de cuidados intensivos seja um fator gerador de stresse estes profissionais do ponto de vista dos resultados obtidos aparentemente apresentam formas e

Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

mecanismos de lidar com o stresse que levam a que este fator não interfira com as atitudes que eles apresentam face à família da pessoa em situação crítica que estão a cuidar.

Quadro 19 - Matriz de correlação de Pearson – IFCE-AE e ESPE (N=80)

Escala IFCE-AE	m_ESPE_FI	m_ESPE_FII	m_ESPE_FIII	m_ESPE_FIV	m_ESPE_FV	m_ESPE_FVI	m_ESPE_FVII	ESPE_total
IFCE_Total	R	-0,038	-0,043	0,093	-0,007	-0,175	-0,044	-0,052
	p	0,739	0,704	0,413	0,954	0,121	0,700	0,647
Fator_1	R	-0,071	0,032	0,038	-0,036	-0,142	-0,069	-0,047
	p	0,533	0,775	0,735	0,754	0,208	0,544	0,680
Fator_2	R	0,045	0,041	0,075	0,011	-0,162	-0,014	-0,034
	p	0,701	0,715	0,507	0,923	0,151	0,904	0,748
Fator_3	R	-0,091	-0,023	0,158	0,035	-0,076	0,005	-0,044
	p	0,420	0,842	0,161	0,758	0,501	0,965	0,698

Legenda: m_ESPE_FI - A morte e o morrer

m_ESPE_FII - Conflitos com os médicos

m_ESPE_FIII - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares

m_ESPE_FIV - Falta de apoio dos colegas

m_ESPE_FV - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

m_ESPE_FVI - Carga de trabalho

m_ESPE_FVII - Incerteza quanto aos tratamentos

Fator_1- Família como um Parceiro dialogante e recurso de coping

Fator_2- Família como um recurso nos cuidados de enfermagem

Fator_3 - Família como um Fardo

3 - Discussão de resultados

A reflexão crítica apresentada neste capítulo é obtida através dos resultados anteriormente apresentados e analisados, relacionando-os entre si, bem como com a base teórica, reforçando com alguns dos estudos publicados no âmbito das atitudes dos enfermeiros face à família. Este capítulo visa ainda apresentar e justificar as dificuldades e limitações metodológicas encontradas, no sentido de maximizar a validade dos resultados.

Atendendo aos objetivos e questões inicialmente propostas, precede-se à discussão dos resultados de acordo com a sequência da sua apresentação.

Apesar de Oliveira et al (2011) ter concluído que a escala de IFCE-AE, sobre atitudes dos enfermeiros face à família ser um instrumento fidedigno, válido e promissor para a avaliação das atitudes dos enfermeiros face à importância da família para os cuidados de enfermagem nos contextos da prática clínica, tornando-se um instrumento com boa fiabilidade para medir as atitudes, aspeto que levou a que fosse usada neste estudo, verificou-se que no caso concreto da nossa amostra a escala se apresentou vulnerável, uma vez que os valores de alfa de Cronbach no último fator (Família como um fardo) tem uma consistência interna muito baixa, contudo já a escala original na versão portuguesa, neste fator, também tem uma consistência muito baixa (0,49), o que conjuntamente a uma amostra neste estudo mais diminuta pode ter levado a estes valores, considerando este fato uma limitação deste estudo. Contudo o valor global obtido na escala revela uma boa consistência interna (0,819). O mesmo se verificou para a escala ESPE, sobre o stress profissional dos enfermeiros que apresenta uma consistência interna muito boa (0,951), exceto o fator III (Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares) e o VI (Carga de trabalho), apresentam uma razoável consistência interna.

Deste modo, passando à análise das variáveis sociodemográficas e profissionais verifica-se, que a amostra em estudo é na sua maioria do sexo feminino (73,75%) e com idades inferiores ou iguais 35 anos (56,25%). Estes valores vão ao encontro da literatura encontrada, pois na profissão de enfermagem o número de mulheres continua a ser superior ao dos homens. Estes dados são apoiados pela Ordem dos enfermeiros (2014) que até ao final do ano transato aproximadamente 81,7% da população de enfermeiros nacionais eram do sexo feminino contrapondo com aproximadamente 18,3% de enfermeiros do sexo masculino. De igual modo, quanto à idade de acordo com os dados descritos pela O.E. (2014) até 31 de Dezembro de 2013 verifica-se que o grupo etário com maior

representatividade na profissão de enfermagem é os que possuem idades até aos 35 anos com 30.854 enfermeiros, aproximadamente 47% dos enfermeiros a nível nacional.

Quanto ao estado civil, a maioria dos enfermeiros (62,5%) encontram-se com companheiro/a com vínculo jurídico (casados e em união de fato). É também de notar que esta amostra quer os enfermeiros (76,19%) como as enfermeiras (72,88%) já tiveram experiências prévias com familiares da pessoa em situação crítica. De acordo com Fernandes (2012) a confrontação de um enfermeiro com uma situação particular de doença faz emergir na pessoa sentimentos únicos, levando-a a valorizar alguns aspetos de forma possivelmente diferente do que faziam anteriormente enquanto profissional, nomeadamente em quatro componentes fundamentais o ser doente, o estar doente, repensar o mundo profissional e significação vital e a sua consolidação profissional.

Quanto ao título profissional, 85% dos enfermeiros pertencentes à amostra são detentores do título Enfermeiro, resultado apoiado pela O.E. (2014) que de acordo com os dados estatísticos até 31 de Dezembro do ano transato cerca de 80 % dos enfermeiros são detentores deste título. Foi assim obtido cerca de 15% de especialistas que igualmente vai ao encontro dos dados lançados pela Ordem dos Enfermeiros (2014) cujos enfermeiros especialistas abrangem cerca de 20% dos enfermeiros no território português.

Relativamente, às habilitações académicas, a licenciatura é a habilitação base dos participantes, sendo na maioria licenciados (90%), o que vai de encontro ao esperado, contudo como foi referenciado para obtenção de grau mestre é necessário a licenciatura, logo pode-se afirmar que todos os enfermeiros pertencentes a esta amostra são licenciados, uma vez que a restante percentagem (10%), equivale a enfermeiros mestres. Esta formação científica, técnica, humana e cultural, patentes nesta amostra, confere uma prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção (D.L. nº 353/99 de 3 de Setembro, Art.º 5, 1999).

Atualmente e a partir de 1999 a profissão de enfermagem passou a ser assegurada pelo Curso de Licenciatura em Enfermagem (quatro anos), com um acréscimo significativo de competências ao nível da gestão, investigação, docência, formação e acessória, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (O.E., 2012). Contudo, os enfermeiros que obtiveram a sua formação anteriormente a esta data tiveram a possibilidade de realização do curso de Complemento em Enfermagem para obtenção deste grau por parte dos enfermeiros com bacharelato, daí a obtenção destes dados. Salienta-se também que 15% dos enfermeiros participantes são detentores de título de especialista sendo mais frequente no sexo feminino (16,95). A maioria (31,25%) dos enfermeiros possuem uma

experiência profissional entre os 10 e 15 anos, na sua maioria em outras áreas de saúde e não continuamente em UCI. Esta informação poderá ser pertinente no sentido de perceber se a disposição do enfermeiro face à família de outras áreas da saúde será diferente dos que sempre exerceram a profissão em UCI. A compreensão dos enfermeiros diante a família, nestas situações poderá ser determinante na diminuição da ansiedade dos familiares. Trata-se portanto de uma amostra com maturidade profissional, considerando, de acordo Benner (2001) uma amostra perita pois as suas competências foram-se desenvolvendo ao longo da vida profissional no contexto do trabalho.

Quando questionados sobre a formação feita na área de enfermagem de família esta é considerada pelos enfermeiros insuficiente quer no seu contexto académico (51,25%) como no contexto profissional de formação contínua (50%), ou seja, mais de metade da amostra responde ser deficiente a formação nesta área, contudo os que afirmam possuí-la obtiveram-na, essencialmente (32.5%) no contexto académico. É de notar que apontando a literatura para um reconhecimento de uma mudança de paradigma no cuidar, do indivíduo para família (Oliveira et al, 2011), confrontamo-nos com uma prática de enfermagem sustentada em insuficientes conceitos. Esta falta de conceitos sobre Enfermagem de família leva a que segundo Segaric e Hall (2005) (como citado em Santos, 2012) a maioria dos enfermeiros não compreenda e aceda a este conhecimento.

Porém apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter vindo a evidenciar a importância de se implementar metodologias de trabalho que promovam a adoção de um novo paradigma de cuidar direcionado para família, (Ferreira, 2010), das políticas Nacionais quer no PNS (2012-2016) ou nos referenciais emanados pela OE, orientarem para uma estratégia de abordagem centrada na família cerca de 15 % dos profissionais de enfermagem consideram inexistente a formação a este nível no contexto profissional.

Oliveira, Ferreira, Rufino e Santos (2011) consideram que a educação permanente na área da saúde é um processo de capacitação necessário que permite o crescimento pessoal e intelectual para construção de um saber diversificado e resolutivo, diminuindo as inquietações na prática quotidiana. Logo, neste cenário específico pode-se verificar que é deficiente a educação permanente, podendo gerar as referidas inquietudes na prática, devido ao défice de conhecimentos na área de Enfermagem de Família.

Estes dados refletem a necessidade expressa de implementar metodologias de trabalho que promovam a adoção de um novo paradigma de cuidar direcionado para família, (Ferreira, 2010). As políticas nacionais e o PNS (2012-2016) ou os referenciais emanados pela OE, orientam para uma estratégia de abordagem centrada na família.

De fato é fundamental o desenvolvimento da área da saúde em relação à família da pessoa em situação crítica submetida a cuidados intensivos e às diversas disciplinas que contemplam uma atuação relevante que, sem dúvida, permitem avanços para a área de enfermagem. Uma maior aceitação e conforto com o papel da família nos cuidados são importantes e essenciais, contudo é necessário por parte dos enfermeiros um esforço no sentido de que este trabalho seja uma realidade em enfermagem (Nelms & Eggenberger, 2010).

Assim a análise da variável central, (atitudes dos enfermeiros face à família), mostra que, maioritariamente (cerca de 73% para ambos os sexos) demonstram uma atitude positiva face à família e essencialmente considera-a como parceiros no diálogo, indo assim de encontro aos resultados de um estudo realizado na Suécia por Benzein et al, (2008), que revelou que estes profissionais têm maioritariamente uma atitude de suporte face à família.

Paralelamente estudos nacionais, tais como de Oliveira (2009) num estudo de 136 Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, em que de igual modo, os enfermeiros que participaram na investigação, têm maioritariamente uma atitude de suporte acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Galinha (2009) que procurou também compreender as atitudes dos enfermeiros no contexto de urgência, chegando a conclusões similares.

Estudos como o Martins et al, (2012) que procurou analisar as relações existentes entre as atitudes dos enfermeiros face às famílias e as unidades onde estes desenvolvem, obtiveram também médias superiores nas atitudes dos enfermeiros perante a família, na Neurologia (M=120,93) e Pediatria (M=116,39) face à Cirurgia (M=88,48), Urgência (M=91,47) e UCI Polivalente (M=82,40). Enquanto o referido autor encontrou numa unidade polivalente de um hospital da região Norte uma média superior face à média obtida neste estudo (73%) não se poderá fazer uma comparação linear já que as amostras dos estudos não são equivalentes, tanto quanto aos serviços onde prestam funções, como em outras características específicas, contudo pode discutir que no contexto de pessoa em situação crítica, os enfermeiros adotam atitudes positivas. Reforçando assim, as atitudes de suporte encontradas também Alves (2011), num estudo referentes a unidades de Medicina obteve resultados que evidenciam que os enfermeiros na sua maioria demonstram face às famílias atitudes de suporte, capazes de promover a inclusão destas nos cuidados.

Pode-se depreender face aos resultados obtidos e aos estudos atrás referenciados que o enfermeiro é o profissional que cuida do ser humano de forma integral e holística, atendendo à sua família, em qualquer contexto da sua ação. É ao enfermeiro que se reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de

enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (O.E., 2012). Contrariamente a Soderstrom et al, (2003); Saiote (2010); Saiote e Mendes (2011); Vargas et al (2012), que consideram que o enfermeiro face à pessoa em situação crítica trabalha para salvar a vida dando prioridade a atividades de cariz mais técnicas promovendo um afastamento por parte deste face à família, este estudo revela que os enfermeiros adotam atitudes positivas, de partilha e suporte e inclusão, com a família no contexto de cuidados intensivos.

Na análise da variável, stresse profissional dos enfermeiros verificou-se que, a maioria dos elementos da amostra, do sexo feminino apresentam valores superiores aos obtidos por Santos (2010) com a mesma escala. O autor encontrou um nível médio global de 78,26, comparativamente 82,29 obtidos neste estudo para o sexo feminino e 71,19 para o sexo masculino. Apesar da média do nosso estudo, relativamente ao sexo feminino, ser ligeiramente superior, tal como, na variável anterior não se pode comparar rigorosamente estes valores obtidos nos dois estudos, uma vez que são de contextos diferentes, com características muito específicas, como o caso de unidade de cuidados intensivos. Embora se pudesse considerar que sendo a amostra deste estudo exclusiva de cuidados intensivos, e de acordo com a literatura que aponta para níveis de stresse mais elevados, não se deve afirmar a existência de mais stresse ou não mas sim identificar os fatores indutores de stresse que poderão ser condicionantes das atitudes dos enfermeiros face à família. Assim, com a aplicação da escala ESPE permitiu-se verificar que os três fatores de stresse com mais frequência sentidos como geradores de stresse pelos enfermeiros foram a “morte e morrer”, a “carga de trabalho” e a “preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”.

Um estudo desenvolvido por Santos e Teixeira (2009), com recurso à ESPE, obteve resultado semelhante face à “morte e o morrer” enquanto situação geradora de stresse nos profissionais. Para o enfermeiro, de acordo com Jardim e Oliveira (2011), os enfermeiros sentem-se despreparados para lidar com a morte, e o medo é eminente, uma vez que o objetivo da sua profissão é fundamentalmente manter, melhorar e recuperar a saúde dos indivíduos, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível, sendo a morte é sempre vista como um fracasso e/ou derrota.

Ferreira (2010), num estudo realizado sobre a gestão do stresse ocupacional em enfermeiros intensivistas apoia esta informação de que “a carga de trabalho é aquela que se encontra mais associada aos níveis de stresse dos enfermeiros.”

A “Preparação Inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”, é também referenciada por ambos os sexos como algo gerador de

stress, informação que poderá revelar-se importante no sentido de perceber se esta preparação inadequada poderá ter influência nas suas atitudes. De acordo com Martins et al (2008), é importante que o enfermeiro perceba as diversas formas como a família pode reagir à nova situação e de que modo a enfrenta.

O ambiente em cuidados intensivos sendo um ambiente complexo é também um ambiente de grande interajuda pelo que toda a equipa de enfermagem se apoia, daí que os dados indiquem que as situações menos são sentidas como stressantes pelos enfermeiros são “Falta de apoio dos colegas” e “conflitos com outros enfermeiros e com os chefes”. Este dado é apoiado por Martins e Robazzi (2009), a qualidade das interações entre profissionais de enfermagem no fato do estabelecimento de laços de amizade e confiança que ajudam a aliviar as tensões provenientes do trabalho, nomeadamente da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Perfil do enfermeiro de cuidados intensivos presente na amostra

Está-se perante um enfermeiro do sexo feminino (73,75%), com idade inferior ou igual a 35 anos (57,63), casado\união de facto (64,41 %), e com experiências anteriores com familiares em situação crítica (72,88%). É enfermeira (83,05%), habilitada com licenciatura (91,53%) e com experiência profissional entre 10 a 15 anos (35,59%), não exercendo desde sempre a sua atividade profissional em UCI (69,49%). A unidade onde exerce funções atualmente dispõe de um protocolo de visitas (61,02%), e trabalha entre 35-40 semanais (50,85%). Considera a sua formação de enfermagem em família insuficiente quer no seu contexto académico (59,30%) como profissional (71,20%), sendo que a obtenção dessa formação foi há mais de 5 anos (41,86%). Adota maioritariamente atitudes de suporte face à família da pessoa em situação crítica (Média =73,07), e vivência com alguma frequência situações de stress no seu contexto de trabalho (Média=82,29)

No que diz respeito à análise inferencial dos dados, onde pretendíamos verificar se existia associação entre algumas das variáveis independentes e as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica no contexto de cuidados intensivos verificou-se o seguinte:

- Características sociodemográficas e atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica

As atitudes dos enfermeiros perante a família foram estudadas, no sentido de averiguar a influência das variáveis sociodemográficas.

A análise da relação entre as atitudes dos enfermeiros face às famílias e o sexo, a idade, o estado civil e as experiências anteriores com familiares em situação crítica revelou não existirem diferenças estatísticas significativas. Estes valores vão de encontro aos resultados obtidos por Oliveira et al. (2011), em que não se verificaram diferenças significativas no estudo das relações entre as variáveis sociodemográficas com as dimensões da escala portuguesa.

Estes dados, podem estar associados a que os enfermeiros em cuidados intensivos são detentores de uma capacidade única na relação com a família, conduzindo a uma uniformidade nas atitudes dos enfermeiros que exercem funções nesta área tão específica. Correia et al (2012) realizou o estudo que relaciona o desenvolvimento das competências dos enfermeiros, associadas a uma elevada especificidade técnica inerente à UCI, concluindo que a relação terapêutica com a pessoa/doente e nomeadamente com os familiares é cada vez mais valorizada pelos enfermeiros, independentemente das suas características. A autora admite que tem havido evolução na abordagem à família da pessoa em situação crítica e que parece conduzir a resultados de menor sofrimento e maior aceitação das situações em que encontram os familiares. Assim, é visível uma preparação destes profissionais que cuidam da família como parte integrante da pessoa em situação crítica, deixando emergir a sua sensibilidade estabelecendo a empatia, como a capacidade de se colocarem no lugar do outro, procurando a visão do outro. Chalifour, 1993, como citado em Mendes (2006, p.74) considera a empatia como “a capacidade de imersão no mundo subjectivo do outro”. O facto de não ser estatisticamente significativo o possuir ou não experiências anteriores com familiares nesta situação, quando se adota este modo de agir, amplia-se a disponibilidade para escutar, tocar, dialogar. O enfermeiro é assim capaz de adotar atitudes favoráveis face à família sem nunca ter assumido o papel de familiar. Como atitude ou disposição interior é fundamental para se poder fazer um caminho significativo e eficaz com a pessoa que se quer ajudar (Mendes, 2006).

No entanto, existe carência de estudos sobre o enfermeiro como na perspectiva de familiar, o que dificulta o confronto com os resultados obtidos.

- Características profissionais e atitudes dos enfermeiros face á família da pessoa em situação crítica

Quanto às características profissionais este estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas que associem as atitudes de maior suporte quer com o título profissional, como com as habilitações literárias, ou experiência profissional, contrariamente a Benzein et al. (2008), que encontrou uma relação significativa no que concerne à maior

experiência profissional. É de notar que os dados obtidos neste estudo vão de encontro aos estudos nacionais de Alves (2011), Oliveira et al (2011) e também por Galinha (2009), que também não encontraram diferenças relativas às características profissionais, embora não se possa comparar estas variáveis rigorosamente, uma vez que os resultados são obtidos de contextos profissionais diferentes, logo poderão implicar valores diferentes. Na cultura das UCI(s) Correia (2012) mostra que , pela imprevisibilidade das situações, pela situação crítica da pessoa doente e pelo sofrimento dos familiares , espera-se cada vez mais dos enfermeiros. O desenvolvimento de uma maior especificidade técnica leva cada vez mais ao acompanhamento e valorização da relação terapêutica com os familiares, cada vez mais considerada com flexibilidade pelos enfermeiros. Tal como foi referido este dado pode dever-se a que as atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, independentemente das suas qualificações profissionais, centram-se em intervenções comuns, como a de promover uma relação interpessoal de confiança e participação ativa do individuo e da sua família (O.E. 2012).

Neste ponto apenas uma variável se verificou estatisticamente significativa, a existência de um protocolo de visitas na unidade de cuidados intensivos.

Estes resultados revelam a importância atribuída pelos enfermeiros participantes à participação da família nos cuidados à pessoa em situação crítica submetida a cuidados intensivos. Para estes profissionais de saúde, é assim importante a participação da família nos cuidados ou seja é importante a envolvimento desta no processo terapêutico da pessoa para a excelência dos cuidados. Estes resultados asseguram os direitos da pessoa doente que face à Carta dos Direitos do Doente, no 13º direito consta que “ o doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos quando o desejar e sempre que os horários o permitam (...)” e ainda “as instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar “entes significativos” para o doente”.

O resultado do estudo é apoiado por Vargas et al (2012), pois consideram que há evidências teóricas e práticas de que a presença da família é de vital importância nas questões referentes ao processo saúde/doenças do seu familiar. Estudos, tais como o de Comassetto e Enders (2008), Comassetto (2006) e Silva e Bocchi (2005) demonstram que os enfermeiros conscientes da importância da família nos cuidados intensivos visam o despertar da assistência holística do doente, valorizando a sua presença.

Um estudo de Plowright (2013) demonstra que as visitas fornecem muitos benefícios quer para a pessoa doente, quer para os profissionais de saúde. Identificou pontos-chave que vão de encontro aos resultados obtidos, nomeadamente, que os enfermeiros podem usar as visitas para saber mais sobre a pessoa doente, colocando-os numa melhor condição

de prestar atendimento individualizado. Clarifica que as visitas não vão aumentar o risco de infeção direta. Esta autora defende ainda que até mesmo a visita de crianças podem ajudar a pessoa doente a manter a sua identidade, contudo, a pessoa doente, quando capaz, deve decidir se quer a presença da visita.

De notar que o último fator “família como um fardo”, não se encontram diferenças estatisticamente significativas, contrapondo Duran et al (2007), que nos seus estudos verificaram que alguns profissionais de saúde ainda hesitam em adotar a presença da família nos cuidados considerando que as visitas suscitam ainda algum desconforto no seio dos enfermeiros pela preocupação de que os procedimentos poderiam ofender os membros da família, que para a equipa seria perturbador a experiencia de um stresse mais emocional na interação com os membros da família, bem como, que a presença da família poderia interferir com o tratamento, pela inadequada preparação que os membros da família têm para lidar com uma situação por exemplo de reanimação.

Plowright (2013) considera também que por vezes os enfermeiros de cuidados intensivos sentem que as visitas dificultam a sua capacidade de prestação de cuidados.

Contrariamente, neste estudo, os enfermeiros consideram o protocolo como um veículo e recurso nos cuidados de enfermagem e não um fardo.

- Formação de Enfermagem de família e atitudes dos enfermeiros face á família da pessoa em situação critica

No que respeita à formação de Enfermagem de família foram estudados neste trabalho dois períodos fundamentais, a formação adquirida em contexto académico e a adquirida em contexto profissional.

Os enfermeiros, perante os valores obtidos neste estudo, apresentam médias globais superiores nas atitudes face à família, à semelhança dos valores obtidos, na validação da escala por Oliveira et al (2009), que apresentam face a esta dimensão os valores médios mais altos, contudo neste estudo sem significado estatístico.

Ficou demonstrado que os enfermeiros que participaram neste estudo revelaram ter para com as famílias essencialmente atitudes de suporte, quer com ou sem formação nesta área. Contudo, através dos dados obtidos não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, nas atitudes consoante o grau de formação em enfermagem de família. Na escala global os que referem suficiente a sua formação em contexto académico são os que apresentam valores médios superiores. Por outro lado, embora não existam diferenças

significativas nas atitudes “família como um fardo” no mesmo contexto, os valores médios superiores estão presentes na classificação "Boa" formação.

Este resultado pode ser justificável pela sua vasta experiência profissional, ou seja, o fato destes profissionais terem vários anos de experiência profissional, leva a que sua competência nesta área não se obtenha pelo acumular de conhecimento, mas sim nas suas habilidades adquiridas nos contextos de ação. De acordo, com Benner (2001, p.61) “A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria”.

Por outro lado, o fato de considerarem boa a sua formação no contexto académico como não se traduziu numa educação permanente, pode traduzir em atitudes menos favoráveis face à família.

Tal como refere Oliveira et al (2011), a educação permanente em saúde constitui uma estratégia fundamental às transformações do trabalho contribuindo para o desenvolvimento da consciência dos profissionais sobre o seu contexto e responsabilidade.

Este dado é apoiado de seguida com a formação no contexto profissional em que os enfermeiros que tiveram boa formação (54,39) apresentam uma atitude mais favorável relativamente os profissionais que consideram insuficiente (38,63). É de igual modo possível verificar a mesma tendência no fator “família como um recurso nos cuidados de enfermagem”, onde os enfermeiros com médias superiores apresentam boa formação no contexto profissional (54,00), também sem significado estatístico. Depreende-se que o contexto da prática é assim um local de produção de saberes onde se devem criar espaços de análise, reflexão e partilha de saberes.

Martins et al. (2010) nos seus estudos consideram que esta formação influencia a atitude dos enfermeiros, pois apresentam médias superiores nas atitudes positivas e média inferior na subescala família como um fardo para cuidados de enfermagem. Também Silva, et al (2011) nos seus estudos inferiram que os enfermeiros que possuíam formação em Enfermagem de Família, evidenciavam atitudes mais positivas relativamente à importância das famílias nos cuidados de enfermagem. Existiam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Família como parceiro dialogante e recurso de *cooping* e na dimensão “Família como um Fardo”.

Estes dados obtidos acerca da formação em diferentes contextos apoiam os estudos de Martins et al (2010), que revelam a importância dos contextos de formação quer académica e/ou continua para uma atitude mais favorável à família.

Contudo, tal como refere Alves (2011, p.94) “ quanto a esta variável não existe consenso entre os diferentes estudos consultados”, mas a autora salienta que pesquisas realizadas a nível nacional e internacional têm vindo a comprovar que, aqueles que possuem formação nesta área vêem a família mais como um parceiro do que aqueles que não têm, logo os profissionais de saúde, possuem necessidade de formação contínua no sentido de acompanharem as exigências nesta área de intervenção.

Também o IFCC (2008), admite a importância de articular e definir competências e atitudes necessárias pelos profissionais de saúde e integrá-los em programas de graduação e pós-graduação de formação neste domínio aplicáveis não só aos prestadores diretos de cuidados mas também a gestores e líderes de equipas multidisciplinares (IFCC,2008).

- Stresse profissional dos enfermeiros e as suas atitudes face à família da pessoa em situação crítica

As causas de stresse identificadas neste estudo, foram essencialmente a “A morte e o morrer” e a “Carga de Trabalho”. Peters et al (2012) considera que o ambiente em que os enfermeiros exercem a sua atividade é fortemente associado à experiência de stresse, devido às exigências deste ambiente, nomeadamente às altas cargas de trabalho e organização conhecidas por serem preditores de stresse. Na opinião de Ferreira (2010) a UCI é um serviço onde os níveis de stresse são elevados, existindo diversos fatores que o induzem, contudo não se verificou neste estudo que tivessem alguma relação entre as situações de stresse sentidas pelos enfermeiros no seu local de trabalho (UCI) e as atitudes destes face à família nas atitudes face à família.

È de notar que em todos os fatores da escala das atitudes face à família com o valor total da escala de stresse, existe uma correlação negativa, isto é, quanto menores forem as situações de stresse sentidas pelos enfermeiros, maiores são as atitudes de suporte face à família. Nascimento e Erdmann (2009) acreditam que para além de toda a tecnologia inerente a uma UCI que é geradora de stresse, quanto menor for este mais o cuidado é fundamentado na relação com o outro no ser empático, sensível, e compreensível na sua totalidade como ser humano.

Na primeira dimensão da escala “Parceiro dialogante e recurso de coping” existe apenas uma correlação que se aproxima -1 (fator V- Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes), entre duas variáveis, ou seja, uma diminuição do stresse decorrente de conflitos com chefes e outros enfermeiros aumenta o diálogo e parceria com a família. Contudo não se pode verificar uma relevância estatística uma vez que $p > 0,05$.

AbuAIRub (2004) encontrou resultados no seu estudo que indicam a importância do apoio de colegas de trabalho. O efeito positivo deste apoio sobre o desempenho no trabalho pode ajudar a melhorar a qualidade de cuidados. Além disso, trabalhar num ambiente com um elevado nível de apoio conduz a uma diminuição do nível de stresse resultando em melhores taxas de sucesso nos cuidados.

Relativamente à segunda dimensão da escala “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” verifica-se uma correlação negativa no resultado total de stresse, ou seja, os enfermeiros encaram os familiares como recurso maior quando vivenciam menores situações stresse. É fundamental o recurso da família nos cuidados, uma vez que é ela que conhece de forma mais profunda a pessoa doente (Vargas et al, 2012).

Depreende-se que os enfermeiros vivenciarem menos stresse implica que estes considerem as famílias como um recurso no processo de cuidado centrado na família, sustentado por princípios colaborativos (Oliveira, 2011).

Um estudo efetuado por Leite e Vila (2005) demonstra que o envolvimento dos enfermeiros com a família abrange duas ações importantes, nomeadamente, fornecer a informação adequada e condizente com o nível de entendimento dos familiares e fazer a preparação necessária para que possam entrar na unidade e ver o seu ente querido em condições de extrema invasão corpórea, exigida para a sua recuperação. Esta informação de delicada transmissão à família sobre estado da pessoa, sobre os equipamentos, sondas e, cateteres e drenos nele existente, pode gerar aos enfermeiros stresse.

A ultima dimensão “família como fardo”, embora não apresente diferenças com peso estatístico, indica que quanto maior forem as situações de stresse relacionadas com a “preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares”, maior é esta atitude perante a família, portanto, uma atitude mais desfavorável, pois é o valor que mais se aproxima de +1.

Peters et al (2012) no seu estudo concluiu que grande parte das situações de stresse sentidas por enfermeiros estaria relacionada com lidar com as famílias que estavam em negação de aproximação da morte e com as famílias que eram fisicamente e emocionalmente perturbadas. Além disso, outros enfermeiros relataram como stressante situações que surgem quando as famílias tinham de enfrentar problemas ou questões de personalidade, e a comunicação era difícil.

Vargas et al (2012), consideram até que quando uma pessoa, por diferentes motivos, necessita de hospitalização numa unidade de cuidados intensivos, o distanciamento da família é praticamente imposto pelas circunstâncias inerentes ao internamento. De facto, corroborando Saiote e Mendes (2011) nestas unidades existe um trabalho direcionado

particularmente para o desenvolvimento de cuidados muito especializados em que o uso da tecnologia faz parte integrante dos mesmos e o modelo holístico tende a ser quebrado quando a dimensão técnica transcende a dimensão humana e relacional.

Considerando a complexidade da pessoa em situação crítica, os enfermeiros que possuem experiência nesta área encontram-se direcionados para os cuidados à pessoa em doença crítica ou falência multiorgânica sendo detentor de habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à pessoa e família. Os dados sugerem que a competência do enfermeiro confere uma comunicação interpessoal fundamentada na relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, o que leva aos resultados obtidos do stresse não ser uma variável estatisticamente significativa face às atitudes. Os enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica têm habilidades que os tornam capazes de ultrapassar as situações de stresse específicas destas unidades como foi referido não interferindo na sua relação com os familiares. Pode-se considerar que nesta amostra o stresse parece funcionar como potenciador da ação, isto é o stresse que estes experienciam potencia a sua ação face a família da pessoa em situação crítica não interferindo no seu cuidar. Neste ambiente são experienciados diversos sentimentos por diferentes atores, quer para os familiares, quer para os profissionais de saúde que é percebida como uma experiência extremamente stressante. A família é uma peça chave no contributo para os cuidados cada vez mais humanizados, e é nos enfermeiros que encontra suporte para vivenciar os momentos de transição que ocorrem. É aqui que a competência do enfermeiro na gestão e mobilização de recursos face ao stresse que também vivencia para conseguirem cuidar holisticamente.

Retomando a natureza das transições caracterizada por Meleis (2000) e dado ser a saúde-doença uma transição que envolve assim ambas as partes enfermeiro-família, ainda que com distintas manifestações, estes são capaz de resolver a transição inerente ao stresse vivenciado a qualquer segundo nestas unidades, e face ao domínio das suas competências agirem numa intervenção de orientação e acompanhamento dirigida à família que também está a atravessar um processo de transição. Sendo o conceito de transição recorrente em teorias do desenvolvimento e do stresse, nomeadamente em teorias de adaptação, é visível que estes enfermeiros se encontram despertos ultrapassar situações que induzem stresse e atendem adequadamente a família da pessoa em situação crítica.

Compreender o processo de transição ao qual a família atravessa pelo fato do seu familiar se encontrar submetido a cuidados intensivos, admite a necessidade dos profissionais inseridos neste contexto assistencial, reconhecerem e implementarem ações que favoreçam o cuidado transicional. Acredita-se que novos modos de cuidar associando aos saberes técnicos e operantes, às tecnologias subjetivas e relacionais venha favorecer a

Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos

uma melhor adaptação da família ao período vivenciado na UCI (Melo e Souza, 2013).

4 - Conclusão

Para a qualidade da assistência à pessoa em situação crítica, o cuidado deve incluir, além da pessoa, a sua família, ouvindo-a e incentivando-a. Muitas vezes, não são as informações relativas ao quadro clínico e à evolução o que predominantemente interessa, o que não significa negar sua relevância, mas ampliar a noção básica de facultar informações para o acolher da família, apreciando o seu sofrimento, atendendo às suas necessidades específicas.

Sendo o cuidar o pilar da profissão de Enfermagem é primordial a efetividade e autenticidade da relação com a família para que este seja conseguido de forma holística. O cuidado para Griffin (1983, como citado em Zagonel, 1999) engloba as atitudes/sentimentos.

A importância das atitudes que os enfermeiros na área dos cuidados intensivos adotam face à família, são fundamentais de forma a adequarem a sua atuação ao reconhecimento das transições doença/saúde que a família atravessa, sendo mais do que um processo singular mas sim uma etapa que se vive melhor em família. A atuação nesta fase de vida da família confere ao enfermeiro uma capacidade única do cuidar transicional, este com o objetivo do fornecimento de suporte, auxiliando-a de forma a manter a sua saúde para o futuro.

Como etapa final deste estudo, pretende-se proceder a algumas considerações e reflexões sobre o percurso e trabalho desenvolvido, elaborando uma síntese dos principais resultados obtidos, enumerando algumas sugestões para futuras investigações com vista ao desenvolvimento da prática baseada na evidência científica.

Como em todos os estudos, existem dificuldades e limitações que podem condicionar o seu desenvolvimento, nomeadamente, o tempo e a conjectura atual em que cada vez se denota uma desmotivação na participação no preenchimento de questionários, não permitiu que o número de participantes da amostra fosse maior, o que, dado o caráter não probabilístico desta, implica desde logo, a possibilidade de não se fazerem generalizações.

Uma outra limitação encontrada, prendeu-se com o fato, de um dos fatores inerentes a um dos instrumentos utilizados (A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)) ter já na sua tradução e validação um índice Alpha de Cronbach baixo, o que implicou perante esta amostra também um baixo valor.

É possível concluir que a atitude dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica é caracterizada por na sua maioria ser uma atitude positiva, de suporte,

valorizando a sua presença nos cuidados de enfermagem e reconhecendo a importância do estabelecimento do diálogo com os familiares da pessoa. Este estudo contrasta com a visão mecanicista e redutora que alguns estudos apontam relativos aos enfermeiros de UCI, verificando-se que mesmo neste ambiente de cuidados muito específicos, os enfermeiros encaram a família como um recurso e parceiro nos cuidados.

Relativamente às características sociodemográficas foi possível concluir que estas não conduzem a diferenças com peso estatístico no que se refere à importância atribuída à família.

Quanto às características profissionais, apenas variável protocolo de visitas, é que traduziu um resultado que conclui que esta influencia a atitude face à família, notando-se que os profissionais que exerciam a sua profissão em unidades com protocolo têm uma atitude de suporte.

A existência de formação em enfermagem de família perante os resultados obtidos, não traduziu diferenças estatisticamente significativas, embora se verifique que principalmente no contexto de formação profissional, esta, implica atitudes mais favoráveis face à família por parte dos enfermeiros.

No que refere ao stress ocupacional, a frequência com que situações inerentes ao quotidiano dos enfermeiros são percebidas como stressantes não produziu diferenças significativas face às atitudes que estes adotam face à família da pessoa em situação crítica, logo apesar do stress que estes enfermeiros possam vivenciar não interfere nas atitudes de suporte que adotam face à família.

Em suma, sobre os resultados obtidos podemos concluir que a existência de um protocolo de visitas tem tradução significativa nas atitudes dos enfermeiros face à família.

Sobre as sugestões finais, tendo em conta os resultados assentes em bases teóricas e também práticas, as repercussões que se podem transmitir são:

- Promover condições organizacionais que favoreçam a implementação de protocolo de visitas, com vista a uma maior participação da família nos cuidados, pois a presença da família na unidade de cuidados intensivos confere atitudes de maior suporte face à família. Assim, para as unidades de cuidados intensivos que não o tenham é necessário que se criem condições para que esta presença vá de encontro aos interesses da família e da pessoa.

- Sensibilização e formação em serviço nas unidades de cuidados intensivos sobre o modo como receber a família na unidade com o objetivo de reflexão das atitudes dos profissionais de saúde durante o período da visita o que contribuirá para melhorar a

qualidade dos cuidados. As competências que os enfermeiros adquirem através da sua experiência e formação, são também fundamentais na sua área de intervenção. A presença da família numa posição bem regulamentada através de um protocolo assume-se assim como uma mais-valia, dada a multiplicidade e a exigência nos cuidados a prestar ao binómio família/pessoa e situação crítica.

A realização deste trabalho trouxe diversos contributos, nomeadamente, demonstrou que os enfermeiros no contexto do cuidar da pessoa em situação crítica cuidam da pessoa de forma holística, integrada no seu seio familiar, demonstrando atitudes de suporte face a esta nova fase que a pessoa-família atravessa. Os enfermeiros desenvolvem a sua ação face à família potenciando sinergias entre os diferentes cuidados prestados, obtendo melhores resultados em saúde para que este processo de transição seja mais positivo. Assim, ao lidar com transições de saúde/doença, a família tem uma necessidade de ajuda a que estes profissionais de saúde estão atentos. Desmistificou a ideia de que os enfermeiros no contexto de cuidados intensivos não são só profissionais imbuídos na elevada exigência técnica e científica, mas para além do saber-saber, saber-fazer, demonstram saber-ser/saber-estar e sobretudo saber-cuidar da pessoa-família.

Assim, a conclusão do Mestrado em enfermagem Médico-cirúrgica, direcionado para as competências específicas do cuidar da pessoa e situação crítica, contribui não só para o desenvolvimento científico e técnico, mas principalmente para o crescimento humano no cuidar.

Despertou também o interesse em alargar o leque da investigação na área da saúde sugerindo novas formas de intervenção. Este interesse tem, em suma, o intuito de promover a satisfação das necessidades e conseqüentemente, o bem-estar daqueles que se confrontam com a doença grave no seu seio familiar.

Outros estudos na área que abrangesse outras categorias profissionais seriam pertinentes, uma vez que todo este contexto se faz numa equipa multidisciplinar. Estudos em diversos contextos de cuidados, também, permitirão o desenvolvimento de estratégias impulsionadoras de atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem.

Com o término deste trabalho conclui-se que os objetivos inicialmente propostos no início do estudo foram atingidos, com a esperança da obtenção de um contributo positivo na sensibilização dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos para esta temática cada vez mais pertinente e atual.

Referências bibliográficas

- Abreu, M., & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescência & Saúde*, 9(3), 21-28. Acedido em file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/v9n3a04%20(1).pdf
- AbuAl Rub, R.F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1),73-78. Acedido em: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/j.1547-5069.2004.04016.x.pdf
- Almeida, M., & Ribeiro, J. (2008). Stress dos doentes nos cuidados intensivos. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(7), 79-88
- Alves, C.M.P.M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/1874.pdf>
- Astedt-Kurki, P. Paavilainen E., Tammentie T. & Paunonen-Ilmonen M.(2001). Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Journal of Caring Sciences*, 15 (2), 142-150. doi: 10.1046/j.1471-6712.2001.00012.x
- Bagozzi, R.P.& Burnkrant, R. E (1979). Attitude measurement and behavior change: a reconsideration of attitude organization and its relationship to behavior. *Advances in Consumer Research* 6, 295-302. Acedido em <http://www.acrwebsite.org/search/view-conference-proceedings.aspx?Id=9573>
- Baptista, M. I.R. (2007). A demografia em Portugal: um percurso bibliográfico. *Análise Social* 42(183), 539-579. Acedido em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aso/n183/n183a08.pdf>
- Barbieri, M.C.,Martins, M.M., Figueiredo, M.H., Martinho, M.J., Andrade, L.M., Oliveira, P.C.,...Santos, M.R. (2009). *Da investigação à prática de Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro? fich=F2042243075/%5Be-book%5D+Enfermagem+de+Familia.pdf
- Barbieri-Figueiredo, M.C., Santos, M.R., Andrade, L., Vilar, A.I., Martinho, M.J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, concepções e práticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários. In: Carvalho, J.C., Barbieri-Figueiredo, M.C., Fernandes, H.I., Vilar, A.I., Andrade, L., Santos, M.R.,...Oliveira, P. (Eds.). *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família*, Porto: Escola

- Superior de Enfermagem do Porto, 36-43. Acedido em http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Benzein E, Johansson P, Arestedt KF, Berg A & Saveman BI. (2008). Families' importance in nursing care: nurses' attitudes an instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 97-117. doi: 10.1177/1074840707312716.
- Bettinelli, A. & Erdmann, L. (2009). Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectiva de cuidado. *Revista Avances en enfermaria*. 27 (1), 15-21. Acedido em http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_2.pdf
- Bishop, S.M., Walker, M.D. & Spivak, M. I.(2013). Family presence in the adult burn intensive care unit during dressing change. *Critical Care Nurse*, 33(1),14-24. doi: 10.4037/ccn2013116
- Burke, M. (2013). Managing work-related stress in the district nursing workplace. *British Journal of Community Nursing*, 18(11), 535-538 doi:<http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.11.535>
- Burns, N.& Grove, S.K. (2005). *Investigación en Enfermería* (3ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Carregueiro, N.(2013, novembro 20). Portugal tem a segunda taxa de natalidade mais baixa da União Europeia. *Jornal de Negócios*. Acedido em http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/portugal_tem_a_segunda_taxa_de_natalidade_mais_baixa_da_uniao_europeia.html
- Carter, B.& Mcgoldrick, M. (1995) *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. (2ª. ed.) Porto Alegre: Artes Médicas, 7-29
- Carvalho,G., Gonçalves, A., Rodrigues. V. & Albuquerque, C. (2008). *O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na Prevenção de comportamentos de risco*, (conferenceObject). Acedido em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7640/1/BM%2520%2526%2520HP%2520comp-risco.pdf>
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, R. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da Literatura. *Revista Pensar em Enfermagem*. 5 (2), 41-59. Acedido em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59(1).pdf)
- Coleman, E.A. & Boulton, C.E. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. american geriatrics society health care systems committee. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51(4),556-557. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x

- Comassetto, I. (2006). Vivências de familiares do paciente internado em unidade de terapia intensiva: estudo fenomenológico. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande do Norte) Acedido em <http://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/IsabelC.pdf>
- Comassetto, I. ; Enders, B.C. (2009). Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 30(1). Porto Alegre, 46-53. Acedido em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3859>
complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. (3.^a ed.). Lisboa.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2*. Lisboa.
- Correia, I., Frade, M., Fonseca, A., Marques, M., & Mendes, J. (2012). A pessoa em situação crítica: representações construídas por Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3.^a série, 22 (Suplemento Atas do 3º Congresso de Investigação em Enfermagem). Acedido em http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7579/1/III_Congresso_Investig%C3%A7%C3%A3o_Enfermagem_v6_1.pdf
- Correia, M. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa). Acedido em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf
- Corrigan, J.M., Donaldson, M.S., Kohn, L.T. McKay, T., & Pike, K.C. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. doi:10.1136/qshc.2006.017947
- Curtis, J., Ciechanowski, P., Downey, L. Gold, J., Nielsen, E., Shannon, S., Treece, P., Young, J. & Engelberg, R.(2012). Development and evaluation of an interprofessional communication intervention to improve family outcomes in the ICU. *Contemporal clinical trials*, 33(6),1-26. doi: 10.1016/j.cct.2012.06.010.
- Decreto-lei nº 161/96,(1996, Setembro 4). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.[Portugal]. Diário da República, 1(205), pp.2959-2962. Acedido em <http://www.dre.pt/pdf1s/1996/09/205A00/29592962.pdf>
- Decreto-lei nº 104/98, (1998, Abril 21). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. [Portugal]. Diário da República, 1(93), pp.1739-1756. Acedido em <http://dre.pt/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf>

- Decreto-Lei nº 353/99 (1999, Setembro 3). Curso de licenciatura em Enfermagem. [Portugal]. Diário da República, 1(206), pp.6198-6201. Acedido em <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/84F15CC8-5CE1-4D50-93CF-C56752370C8F/1141/DL35399.pdf>
- Dias, M. (2009). *O vocabulário do desenho de investigação: a lógica do processo em ciências sociais*. Editora Psicosoma.
- Dias, M.O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156. Acedido em: http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf
- Dias, S., & Motta, M. (2006). Processo de cuidar a criança hospitalizada e família: percepção de enfermeiras. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 27(4), 575-582. Acedido em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4643/2559>
- Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M. R., Sprung, C. L., & Cotev, S. (1995). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 23(2), 294-300. doi:10.1136/qhc.12.2.143
- Duran, C.R., Oman, K.S., Abel, J. J., Koziel, V.M. & Szymanski, D. (2007). Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 270-279. doi:10.1016/j.aucc.2007.12.063.
- Fernandes, I.M. R. (2012). Quando o enfermeiro se torna doente: acedendo à experiência vivida. (Tese de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa). Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7423/1/ulsd064150_td_tese.pdf
- Ferreira, A. (2010). *A gestão do stress ocupacional em enfermeiros intensivistas*. (Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro). Acedido em http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/524/1/MsC_assferreira.pdf
- Figueiredo, M. H. (2012) *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar – uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência, p. 205
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência
- Freitas, A (2009). Avaliação e intervenção de enfermagem de família nos CSP na RAM. In Barbieri, M. C. et al. *Da investigação à prática de Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 24-33. Acedido em

http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D+Enfermagem+de+Familia.pdf

Freitas, J.C. (2000). Cuidar da família para melhor cuidar. *Enfermagem*, 2(19), 19-22.

Galinha, F. (2009). Mediar para cuidar: as atitudes dos enfermeiros num Serviço de Urgência na relação com a família do utente: contributos das técnicas de mediação familiar? In Barbieri, M. C. et al. *Da investigação à prática de Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 49-56. Acedido em http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D+Enfermagem+de+Familia.pdf

Golden, R. & Shier, G. (2012). What does “Care Transitions” Really Mean? *Journal of the American society on Aging*, 36(4), Acedido em <http://asaging.org/blog/what-does-care-transitions-really-mean>

Gotardo, G. & Silva, A. (2005). O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 13, 223-228. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200003>

Gouveia-Paulino, F. & Franco, M.H.P. (2008). Humanização do Processo Assistencial: A Família como Cuidadora (Cap.18). In E. Knobel (Org.). *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 213-229). São Paulo: Atheneu.

Grande Dicionário da Língua Portuguesa (2010). Porto: Porto Editora, p.1792

Guastelli, L.R., Silva, A.L., Knobel, E. (2008). O ambiente como fator de humanização em UTI. In: E. Knobel (Org.). *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 257-264). São Paulo: Atheneu

Guerrer, F. J. L. & Bianchi, E. R. F. (2008). Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, 42 (2), 355-362. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200020>

Guion W., Mishoe S., Passmore G. & Witter, P. (2010). Development of a concept map to convey understanding of patient and family-centered care. *Journal for Healthcare Quality*, 32 (6), 27–32. doi: 10.1111/j.1945-1474.2010.00082.x.

Haberkorn, A. & Bruscato, W. L. (2008). Qualidade de vida e internação em UTI. In E. Knobel (Org.). *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 125-131). São Paulo: Atheneu

Health and Safety Executive (2007). *Managing the causes of work-related stress: A step-by-step approach using the Management Standards*. Acedido em: http://www.hseni.gov.uk/hsg218_managing_the_causes_of_work_related_stress.pdf

Hee Kim Lan; Subramanian, P; Rahmat, N, & Phang Cheng Kar (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among

- nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31 (3) Acedido em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=576ab441-83a6-4c90-9abc-a637b4a5288b%40sessionmgr110&vid=5&hid=127>
- Heisler, M. (2006). Building peer support programs to manage chronic disease: Seven models for success. *California HealthCare Foundation*. Acedido em <http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/B/PDF%20BuildingPeerSupportPrograms.pdf>
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 153-162.
- Institute for Family Centered Care (IFCC). (2008). Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered health care system: recommendations and promising practices. Bethesda, MD: Institute for Family Centered Care. Acedido em: <http://www.ipfcc.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>
- Institute for Family Centered Care (IFCC). (2010). *What is patient- and family-centered health care?* Bethesda: Institute for Family Centered Care. Acedido em <http://www.ipfcc.org/faq.html>
- Jardim, N.A.& Oliveira, G.G.M. (2011). *O papel do enfermeiro diante da morte*. Departamento de Enfermagem Faculdades Integradas de Ourinhos - FIO/FEMM. Acedido em: http://fio.edu.br/cic/anais/2011_x_cic/PDF/Enfermagem/O%20PAPEL%20DO%20ENFERMEIRO%20DIANTE.pdf
- Kitajima, K. & Cosmo, M. (2008). Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In E. Knobel (Org.). *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 101-111). São Paulo: Atheneu
- Langer, G. (2003). About response rates: some unresolved questions. *Public Perspective*, (May-June), 16-18. Acedido em <http://www.ropercenter.uconn.edu/public-perspective/ppscan/143/143016.pdf>
- Lattimer, C. (2012). Practices to improve transitions of care: a national perspective. *Ncmedicaljournal*, 73(1), 45-47. Acedido em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=b90651d5-6ad8-45b5-9954-cc19c1537a69%40sessionmgr4003&hid=4101>
- Lauwe, P. H. C.& Lauwe M. J. C. (1965). A evolução contemporânea da família: estruturas, funções, necessidades. *Revista Análise Social*.3(12) , p.475-500. Acedido em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224165225Z5aRR5fx5Sc98EV6.pdf>
- Lederman, Z. & Wacht, O. (2014). Family presence during resuscitation: attitudes of yale-new haven hospital staff. *The Yale Journal of Biology and Medicine* 87, 63-72. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3941452/>

- Leite, M & Vila, V. (2005). Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 13(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200003>
- Leung, N. e Chow, S. (2012). Attitudes of healthcare staff and patients' family members towards family presence during resuscitation in adult critical care units. *Journal of clinical nursing*, (21), 2083-2093. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04013.x.
- Lima, J. e Pacheco, J. (2006) *Fazer investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto: Porto editora.pp.159
- Loureiro, A. M. (2011). *Satisfação das necessidades dos familiares dos doentes internados em unidade de cuidados intensivos*. (Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1648/1/LOUREIRO%20Alice%20Maria%20Silva%20%20Estudo%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20necessidades%20familiares%20doentes%20internados%20em%20UCI.pdf>
Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de material didático, Lda. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- Maestri, E., Nascimento, E., Bertoncello, K. & Martins, J. (2012). Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 2 (1), 73-78. Acedido em <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a13.pdf>
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), Lisboa, Portugal, 65-90. Acedido em [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (5ª ed.). Pero Pinheiro: Report Number – Análise e Gestão de Informação, Lda. p. 990 ISBN: 978-989-96763-2-9
- Marques, A. (2013, Novembro 29) Taxa de desemprego em Portugal cai pelo oitavo mês consecutivo. *Jornal Negócios*. Acedido em http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/taxa_de_desemprego_em_portugal_cai_pelo_oitavo_mes_consecutivo.html
- Martinho, J., Martins, M.M., Carvalho, J.C., Fernandes, I. (2012). Atitudes dos enfermeiros na psiquiatria face à família. In: Escola Superior de Enfermagem do Porto. *Anuário científico 2012*. Porto (pp.45). Acedido em http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/anuariocientifico_2012.pdf
- Martins, et al (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In: Barbieri, MC. et al (Eds.). *Redes de*

- Conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESEP , 20-33. Acedido em http://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf
- Martins, J.& Robazzi, M. (2009). O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. *Revista Latino-am Enfermagem*, 17(1), 52-58. Acedido em : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_09.pdf
- Martins, J., Nascimento, E., Geremias, C., Schneider, D., Schweitzer, G. & Neto, H. (2008). O acolhimento à família na unidade de terapia intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(4), 1091-1101. Acedido em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>
- Martins, M.M., Martinho, M.J., Carvalho, J.C., Fernandes, I., Barbieri-Figueiredo, M.C. (2012). Enfermagem e Famílias: concepções e práticas dos enfermeiros em unidades de internamento. In: Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESEP ,44-54. Acedido em http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf
- Maxwell, K E., Stuenkel, D. & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 36(5), 367-376. doi:10.1016/j.hrtlng.2007.02.005
- McIntosh, B. & Sheppy, B. (2013) Effects of stress on nursing integrity. *Nursing standard / rcn publishing*, 27(25), 35-39 Acedido em : <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7039426c-cf05-4b77-999e-d5847e341560%40sessionmgr4005&hid=4109>
- Meleis, A. & Chick, N. (1986). *Transitions: a nursing concern*. Acedido em <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, pp.641
- Melo, R & Souza, Í. (2013). Cuidado transicional na unidade de terapia intensiva neonatal: contribuições da abordagem fenomenológica de pesquisa para a enfermagem. (17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem: O Clássico e o Emergente: desafios da pesquisa em Enfermagem). Acedido em http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1826co.pdf
- Mendes, J.M.G. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Revista Informar* 12 (36). Acedido em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/3163>
- Mikkelsen, G. & Frederiksen, G.(2011). Family-centred care of children in hospital: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5),1152-62. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x

- Moock, M & Filho, A. (2008). *Comunicação com familiares de pacientes em UTI: Casos Clínicos em Terapia Intensiva*. São Paulo: Manole.
- Nelms, T., & Eggenberger, S. (2010). The essence of the family critical illness experience and nurse-family. *Journal of Family Nursing*. 16(4), 462-486.
doi:10.1177/1074840710386608.
- Novaes, M.A.F.P. & Knobel, E. (2008). Fatores de estresse nas UTIs. In E. Knobel (Org.). *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 231-235). São Paulo: Atheneu
- O Donovan, R; Doody, O. & Lyons, R.(2013). The effect of stress on health and its implications for nursing. *British Journal of Nursing*, 22(16), 969-973. Acedido em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=7039426c-cf05-4b77-999e-d5847e341560%40sessionmgr4005&hid=4109>
- Oliveira, F., Ferreira, E., Rufino, N., & Santos, M. (2011). Educação Permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. *Aquichan*11(1),48-65. Acedido em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972011000100005&script=sci_arttext
- Oliveira, L. (2006). *O Acolhimento de Familiares de pacientes Internados em UTI: A Tecnologia de Grupo Como Estratégia para o Cuidado de Enfermagem*. (Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde). Acedido em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1577/1/Tese%20Lizete%20Malagani%20de%20%20A%20C%20Oliveira%20Acolhimento_familiares_ptes_UTI.pdf
- Oliveira, P. C. et al (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In BARBIERI, M. C. et al. Da investigação à prática de Enfermagem de Família. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 34-48. Acedido em http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D+Enfermagem+de+Familia.pdf
- Oliveira, P.C., et al (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes*. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P* 45(6), 1331-1337. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>
- Ordem dos enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual / Enunciados descritivos (Revisto em Agosto de 2012). Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. ED: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 19, outubro, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ED: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Dados Estatísticos a 31-12-2013. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/common/downloads/Dados%20Estat.pdf>
- Paliadelis, P. (2005). Implementing family-centred care: an exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 31-36. Acedido em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=3bcfd7c9-396e-427d-be6e-58cbf1c650f0%40sessionmgr114&hid=113>
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peters, L.; Cant, R.; Sellick, K.; O'Connor, M.; Lee, S.; Burney, S. (2012). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *International journal of Palliative Nursing*, 18(11), 561-567. Acedido em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=3bcfd7c9-396e-427d-be6e-58cbf1c650f0%40sessionmgr114&hid=113>
- Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (1999). *Enfermagem Médico-Cirúrgica* (2ª ed.). Lisboa: Lusodidacta
- Pias, M. (2008). Ansiedade e Stresse na Família do Doente Crítico. *Sinais Vitais* (81), pp.11-15
- Plowright, C. (2013). Are visitors beneficial to patients in adult ICUs? *Nursing Times*, 109(36), 13-14. Acedido em: <http://www.nursingtimes.net/are-visitors-beneficial-to-patients-in-adult-icus/5062983.article>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://pns.dgs.pt>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://pns.dgs.pt/planeamento-saude/pn-2004-2010/>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2000). Circular Normativa n.º 4/DSPCS. *Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados*. Lisboa: DGS.

Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-4dspscs-de-28012000.aspx>

Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio* (1a ed.). Lisboa: Editora RH.

Ramsay, P., Huby, G., Thompson, A. & Walsh, T. (2013). Intensive care survivors' experiences of ward-based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *Journal of Clinical Nursing* 23(5/6), 605-615. doi:10.1111/jocn.12452

Regulamento n.º 124/2011 (2011, Fevereiro, 18). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2(35), pp.8656-8657. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Resolução do Conselho de Ministros nº 50/2004. 100 Compromissos para uma política da família. [Portugal]. *Diário da República*, (87). pp.2242-2248. Acedido em http://www.gep.msess.gov.pt/edicoes/revistasociedade/r22_2.pdf

Ribeiro, C. (2007). Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação. *Revista Portuguesa Clínica Geral* (23), 299-306. Acedido em : http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5641/1/Fam%C3%ADlia_Sa%C3%BAde_Doe_n%C3%A7a.pdf

Rodrigues, V. & Ferreira, A. (2011). Fatores geradores de estresse em enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Revista Latino-Am. Enfermagem* 19(4), 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400023>

Rosário, E. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. (Dissertação de mestrado, Universidade Aberta, Lisboa). Acedido em <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1472>

Saiote, E. & Mendes, F. (2011). A Partilha de Informação com Familiares em Unidade de Tratamento Intensivo: Importância Atribuída por Enfermeiros. *Cogitare Enferm.* 16 (2), 219-225. Acedido em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/3154>

Saiote, E. (2010). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos*. (Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde e da Doença, Instituto Universitário de Lisboa) Acedido em <http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/2613/1/Tese.pdf>

Santos, J. M. O. & Teixeira, Z. M. (2008) The nursing stress scale: Desenvolvimento da versão portuguesa da escala. *Revista de Investigação em Enfermagem*. (18), p. 4.

- Santos, M. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. (Tese doutoramento, Universidade de Lisboa). Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. (3ª ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência*. (4a ed). Loures: Lusociência.
- Shields L., Pratt J.&Hunter J. (2006) Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing* 15(10), 1317–1323. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x
- Silva, F. D., Chernicharo, I.M.,Silva, R.C. & Ferreira, M.A. (2012). Discursos de Enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. *Esc. Anna Nery*, 16(4), 719-727. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400011>
- Silva, L. & Bocchi SCM. (2005). A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. *Rev Latino-americana de Enfermagem* 13(2),180-187. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200008>
- Silva, M.A., Costa, M.A.M. & Martins, M.M. (2012). Atitudes dos enfermeiros de Cuidados Saúde Primários em relação à família. *Revista de Enfermagem Referência*, 3.ª série (22), Coimbra, Portugal, (*Suplemento Atas do 3º Congresso de Investigação em Enfermagem*). Acedido em http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7579/1/III_Congresso_Investig%C3%A7%C3%A3o_Enfermagem_v6_1.pdf
- Silva, M.A.N.C.G.M.M., Costa, M.A.S.M. & Silva, M.M.F.P. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3ª série (11), Coimbra, Portugal, 19-28. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13105>
- Silva, R. C.& Ferreira, M. A. (2010). Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicação para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 64(1), 98-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100015>
- Silva, R. C.& Ferreira, M. A. (2011). Tecnologia na terapia intensiva e suas influências nas ações do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*, 45(6),1403-1411. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600018>
- Soderstrom, I.M., Benzein, E., Saveman, B.I. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Journal of Caring Sciences*, 17 (2),185-192. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00222.x
- Sorensen & Luckmann (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lusodidacta. ISBN: 9789729661068.

- Sousa, E.S.A. (2011). A família: atitudes do enfermeiro de reabilitação. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1775/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Szareski, C. (2009). O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na perspetiva da equipe de enfermagem. (Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria). Acedido em http://coral.ufsm.br/ppgenf/Disset_2009/DISSERT_CHARLINE.pdf
- Tahir, S., Santhna, L. & Nizam, M. (2007). Prevalence of Stress and coping mechanism among staff Nurses in the intensive care unit. *Medicine and Health*, 2(2), 146-153. Acedido em: http://journalarticle.ukm.my/1985/1/Page_146-153__MH_023.pdf
- Triola, M.F. (1999). *Introdução à Estatística*. 7ª ed. Rio de Janeiro: LTC editora.
- Valadares, G., & Viana, L. (2009). Vivendo o choque da realidade: a inserção do enfermeiro na especialidade. *Rev Esc Enferm USP*, 45(6), 1403-1411. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a18.pdf>
- Vargas, M., Nascimento, E., Camponogara, S., & Silveira, F. (2012). Humanização na relação com o paciente, a família e a equipe profissional no ambiente da terapia intensiva. In Viana, R. (2012). *Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas Baseadas em Evidências*. Athneu. Rio de Janeiro. ISBN 978-85-38-0250-1, p.63-183.
- Velez, C.P.G. (2002). *Expectativas dos familiares de doentes internados no UCI face aos enfermeiros*. *Nursing*. 14 (168), pp. 17-20.
- Viana, R. (2012). *Enfermagem em terapia intensiva: práticas baseadas em evidências*. Athneu. Rio de Janeiro. ISBN 978-85-38-0250-1, p.63-183.
- Vicente, I. (2012). *De um modelo biomédico da saúde a um modelo reflexivo de saúde: controvérsias em torno do testamento vital*. (VII Congresso de Sociologia. Porto. Acedido em: http://www.aps.pt/vii_congresso/papers/finais/PAP1016_ed.pdf
- World Health Organization (2000). *Munich Declaration: nurses and midwives: a force for health. copenhagen: who regional office for europe*. Acedido em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf?ua=1
- Wright, K. (2014). Alleviating stress in the workplace: advice for nurses. *Nursing Standard / rcn publishing*, 28(20). doi: 10.7748/ns2014.01.28.20.37.e8391.

Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 7(3), 25-32. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

ANEXO I - AUTORIZAÇÕES DOS AUTORES DAS ESCALAS UTILIZADAS

Atitudes dos enfermeiros face à família - validação da escala

ana santa <nitasanta@gmail.com>

22/04
/13

para palmiraoliveira, enfermagemdefa.

Boa tarde. Sou Ana Santa;enfermeira em cuidados intensivos em Coimbra a realizar mestrado em enfermagem medico-cirúrgica. Há muito que me interesso pelos familiares da pessoa em situação critica. Penso que os cuidados de enfermagem se tornam mais ricos com a presença da família contudo em cuidados intensivos os enfermeiros por vezes estão mais direccionados para o doente e todo o procedimento em si e não estão despertos para esta área da família Assim, pretendia na minha dissertação estudar as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica num serviço de cuidados intensivos. Encontrei a escala validada para portugal (IFCE-AE) pelos colegas, nomeadamente Exm^a Sr^a Enf^a Palmira da Conceição Oliveira e venho assim por este meio pedir mais informações e questionar qual a possibilidade de usar a escala na minha dissertação. aguardo atenciosamente uma resposta da sua parte. O meu contato telefónico e [REDACTED] para algum esclarecimento adicional.
Atenciosamente



palmiraoliveira@esenf.pt

26/04
/13

para mim

Boa tarde, Exm^a Sr^a Enf^a Ana Santa,

Eu, na qualidade de autora da validação da IFCE-AE para Portugal, em consonância com os restantes coautores da mesma, autorizo a sua utilização no estudo que pretende realizar no contexto dos cuidados intensivos.


Cumprimentos

Palmira Oliveira
(Enf^a, Professora da Escola Superior de Enfermagem do Porto)

DECLARAÇÃO

A fim de ser utilizada pela Enfermeira Ana Santos no estudo de investigação que está a efetuar, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e cuja temática aborda “as atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica”, declaramos autorizar a utilização da Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros.

Universidade Fernando Pessoa, 03 de maio de 2013



José Manuel Santos



Zélia Teixeira

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA



PARECER
Nº 16/2013

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUM SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS"

Tendo a estudante Ana Isabel da Silva Santa, sob a orientação do Professor Doutor Carlos Manuel Figueiredo Pereira e Professor António Madureira Dias, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Relatório Final do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

Os investigadores propõem-se realizar um estudo de cariz quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional e transversal que permita identificar as causas de *stress* vivenciado pelos enfermeiros em contexto de cuidados intensivos e a sua influência nas atitudes, caracterizar as atitudes dos enfermeiros do serviço de cuidados intensivos relativamente à importância da família nos cuidados de enfermagem e determinar a influência dos factores sociodemográficos, profissionais e formativos na atitude dos enfermeiros face à família.

Os participantes a incluir serão os enfermeiros pertencentes às unidades de cuidados intensivos da Região Centro do país. A participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado dos enfermeiros após terem sido fornecidas as informações sobre os objectivos e a finalidade do estudo. Faz parte do pedido do estudo um modelo de consentimento informado *online*.

O tipo de amostragem é não probabilística, por conveniência, recorrendo à metodologia *snowball*, isto é, por elos de ligação entre os enfermeiros pertencentes às várias unidades de cuidados intensivos.

A recolha de dados será feita por um questionário electrónico aplicado *online* cujo acesso será disponibilizado pela investigadora principal. Inclui questões de caracterização sociodemográfica profissional e duas escalas, sendo uma referente à importância de envolver as famílias no cuidado de enfermagem, e a outra uma escala de *stress* profissional vivenciado pelos enfermeiros no desempenho do seu trabalho em unidades de cuidados intensivos. A colheita de dados decorrerá previsivelmente entre os meses de maio a outubro de 2013.

No questionário não há identificação nominal e resguarda a privacidade dos enfermeiros. Reforçamos a importância da integridade ética dos investigadores no assegurar da validade do estudo, dado que os questionários serão preenchidos *online*.

Verificamos que os dados colhidos não são considerados sensíveis.

Os resultados previstos com este estudo e referidos no projecto, servirão para avaliar a eficácia de estratégias que contribuam para a diminuição de eventos considerados como stressantes pelos familiares no contexto das unidades de cuidados intensivos. Deverão ainda permitir a identificação e desenvolvimento de estratégias impulsionadoras de atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem, visando práticas colaborativas promotoras de saúde familiar. Neste sentido, recomendamos que sejam enunciadas propostas e/ou estratégias que se revertam na melhoria da relação entre os enfermeiros e os familiares dos doentes das unidades de cuidados intensivos. Recomendamos também que os resultados e as implicações do estudo sejam divulgados pelos meios mais adequados.

Face ao exposto, somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 30 de Maio de 2013

A presidente da CE da ESSV

ANEXO III – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ATTITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUM SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Eu, Ana Isabel da Silva Santa, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, estou a desenvolver um estudo referente às “Atitudes dos Enfermeiros face à família da Pessoa em situação Crítica num Serviço de Cuidados Intensivos”, que se integra na termo do referido mestrado. Deste modo, o objetivo do estudo assenta na perceção das atitudes dos Enfermeiros face à família tendo em conta o nível de stress vivenciado pelos profissionais, devido ao ambiente em cuidados intensivos.

O presente questionário destina-se a todos Enfermeiros que prestem cuidados em Unidades de Cuidados Intensivos da região centro.

A sua participação voluntária neste estudo é muito importante!

As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas.

Assim sendo:

- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e veracidade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Asseguro que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois a investigadora consagra como obrigação e dever o sigilo profissional.

Assim:

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Grata pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

* Required

Assim, depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo: *

- Sim
 Não

I - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS *

IDADE

- [21- 25 anos]
] 25 anos - 35 anos]
]35 anos - 45 anos]
]45 anos - 55 anos]
]55 anos - 65 anos]

*

SEXO

- Masculino
 Feminino

*

ESTADO CIVIL

- Solteiro
 Casado
 União de facto
 Divorciado
 Viúvo

*

TITULO PROFISSIONAL

- Enfermeiro
 Enfermeiro Especialista

- Enfermeiro especialista em

*

FORMAÇÃO ACADÊMICA

- Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Other:

*

ANOS EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- < 1 ano
 [1 ano - 5 anos[
 [5 anos - 10 anos[
 [10 anos - 15 anos[
 [15 anos - 20 anos[
 [20 anos - 25 anos[
 [25 anos - 35 anos[
 [35 anos - 45 anos]

*

TIPOLOGIA DA UNIDADE ONDE EXERCE FUNÇÕES

- Monovalente
 Polivalente

*

TRABALHOU SEMPRE EM CUIDADOS INTENSIVOS ?

- Sim.
 Não.

*

EM MÉDIA, QUANTAS HORAS TRABALHA POR SEMANA NA UNIDADE (INCLUI TEMPO EXTRA)?

*

DURANTE A SUA FORMAÇÃO ACADÊMICA COMO CLASSIFICA A FORMAÇÃO QUE RECEBEU SOBRE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA?

- Inexistente
 Insuficiente
 Suficiente
 Boa
 Muito Boa

*

DURANTE A SUA FORMAÇÃO CONTÍNUA COMO PROFISSIONAL COMO CLASSIFICA A FORMAÇÃO ADQUIRIDA SOBRE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA?

- Inexistente
 Insuficiente
 Suficiente
 Boa
 Muito Boa

*

HÁ QUANTO TEMPO (ANOS/MESES) RECEBEU FORMAÇÃO CONTÍNUA SOBRE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

*

EXPERIÊNCIAS ANTERIORES COM FAMILIARES EM SITUAÇÃO CRÍTICA

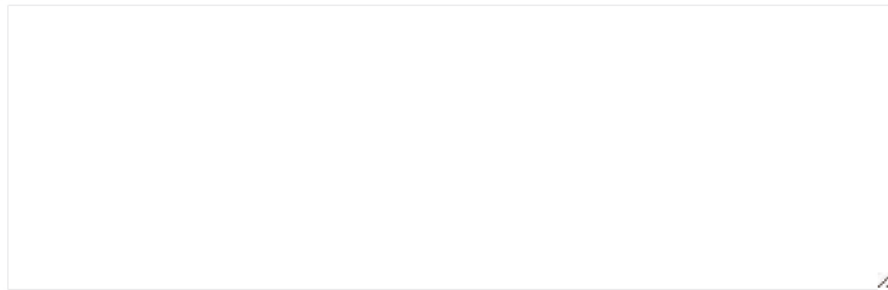
- Sim
 Não

*

NO SEU LOCAL DE TRABALHO EXISTE ALGUM PROTOCOLO DE VISITAS DE FAMILIARES?

- Não
 Sim.

Se respondeu SIM à questão anterior, qual o protocolo de visitas de familiares existente no serviço ?



II - ESCALA SOBRE "A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - ATITUDES DOS ENFERMEIROS (IFCE-AE) de Benzein et al (2008), validada por Oliveira et al (2011)

Este instrumento permite avaliar as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Assinale por favor a sua opinião, de acordo com a seguinte escala:

- 1 (discordo completamente)
- 2 (discordo)
- 3 (concordo)
- 4 (concordo completamente).

*

1 - É importante saber quem são os membros da família do utente

1 2 3 4

*

2 - A presença de membros da família dá-me satisfação no trabalho

1 2 3 4

*

3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho

1 2 3 4

*

4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.

1 2 3 4

*

5. A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).

1 2 3 4

*

6. No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.

1 2 3 4

*

7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.

1 2 3 4

*

8. Não tenho tempo para cuidar das famílias.

1 2 3 4

*

9. Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro.

1 2 3 4

*

10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho

1 2 3 4

*

11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.

1 2 3 4

*

12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente

1 2 3 4

*

13. A presença de membros da família é importante para os mesmos.

1 2 3 4

*

14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.

1 2 3 4

*

15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.

1 2 3 4

*

16. Pergunto às famílias como as posso apoiar.

1 2 3 4

*

17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.

1 2 3 4

*

18. Considero os membros da família como parceiros

1 2 3 4

*

19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.

1 2 3 4

*

20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.

1 2 3 4

*

21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.

1 2 3 4

*

22. É importante dedicar tempo às famílias.

1 2 3 4

*

23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar

1 2 3 4

*

24. Convido os membros da família a opinar quando do planeamento dos cuidados.

1 2 3 4

*

25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação

1 2 3 4

*

26. A presença de membros da família deixa-me em stresse.

1 2 3 4

III - "ESCALA DE STRESS PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS" de Santos e Teixeira (2008)

Esta escala avalia a frequência de situações, percebidas, que no hospital têm sido descritas e identificadas como fonte de stress para os enfermeiros no desempenho das suas funções. Assinale, por favor, a que mais se adequa à sua resposta

- 1 (Nunca)
- 2 (Ocasionalmente)
- 3 (Frequentemente)
- 4 (Muito frequentemente)

*

1. Avaria informática

1 2 3 4

*

2. Ser criticado por um médico

1 2 3 4

*

3. Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos

1 2 3 4

*

4. Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos

1 2 3 4

*

5. Conflito com um superior hierárquico

1 2 3 4

*

6. Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte

1 2 3 4

*

7. Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa, acerca dos problemas do serviço

1 2 3 4

*

8. A morte de um doente

1 2 3 4

*

9. Conflito com um médico

1 2 3 4

*

10. Receio de cometer erros ao tratar de um doente

1 2 3 4

*

11. Falta de oportunidade, para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço

1 2 3 4

*

12. A morte de um doente, com quem se desenvolveu uma relação proximidade

1 2 3 4

*

13. Ausência do médico quando um doente morre

1 2 3 4

*

14. Desacordo em relação ao tratamento de um doente

1 2 3 4

*

15. Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente, nas suas necessidades emocionais

1 2 3 4

*

16. Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente.

1 2 3 4

*

17. Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente

1 2 3 4

*

18. Não ter resposta adequada para um questão colocada pelo doente

1 2 3 4

*

19. Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente

1 2 3 4

*

20. Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal

1 2 3 4

*

21. Ver um doente em sofrimento

1 2 3 4

*

22. Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (ou enfermeiros) em particular, de outro serviço.

1 2 3 4

*

23. Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente

1 2 3 4

*

24. Receber críticas de um superior hierárquico

1 2 3 4

*

25. Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho

1 2 3 4

*

26. Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente

1 2 3 4

*

27. Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo.

1 2 3 4

*

28. Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente.

1 2 3 4

*

29. Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (ou enfermeiros) em particular, do mesmo serviço.

1 2 3 4

*

30. Falta de tempo para executar todas as actividades de enfermagem.

1 2 3 4

*

31. Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica

1 2 3 4

*

32. Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento

1 2 3 4

*

33. Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado

1 2 3 4

*

34. Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço.

1 2 3 4



Submit

Never submit passwords through Google Forms.

Powered by
 Google Forms

This content is neither created nor endorsed by Google.

[Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)