

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Emanuela Fátima Silva Santos Francisco

## Atitude dos Enfermeiros e a Família na Área Hospitalar



Viseu, Janeiro 2017



Emanuela Fátima Silva Santos Francisco

## Atitude dos Enfermeiros e a Família na Área Hospitalar

**Relatório Final**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Trabalho efetuado sob orientação da**

Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e  
Andrade

Viseu, Janeiro 2017





“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,  
mas lutei para que o melhor fosse feito.  
Não sou o que deveria ser, mas, Graças a  
Deus, não sou o que era antes”

Marthin Luther King



## **AGRADECIMENTOS**

Não posso começar este estudo sem deixar de prestar um agradecimento particular a algumas pessoas que mais diretamente estiveram envolvidos, nomeadamente:

À Professora Doutora Ana Andrade, pela sua orientação, disponibilidade e importantes contributos para a consolidação deste trabalho.

À minha Família e Amigos por todo o apoio e motivação que me deram neste passo importante da minha vida.

À Administração do CHTV, E.P.E., respetiva Comissão de Ética por autorizarem a colheita de dados na instituição.

E, muito especialmente, a todos os colegas que acederam a participar neste estudo.

A todos o meu Obrigada!



## **Resumo**

**Enquadramento:** Cuidar do doente e sua família constitui uma atividade central dos cuidados de enfermagem. A importância de incluir a família nos cuidados de enfermagem é cada vez mais assumida de forma transversal em todos os contextos de cuidados.

Importa acrescentar que para serem eficazes e eficientes nas suas intervenções, os enfermeiros necessitam de um conjunto de competências e recursos humanos que dizem respeito ao que atualmente se considera Competência Emocional.

**Objetivos:** Identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem na área hospitalar e verificar se as atitudes são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas, profissionais e competências emocionais dos enfermeiros.

**Método:** Estudo de natureza quantitativa, descritivo - correlacional, transversal, realizado com 174 enfermeiros de um Centro Hospitalar da região Centro, constituído por 79.9% mulheres e 20.1% homens, e o grupo etário mais predominante é dos 30 aos 39 anos (40.8%). O instrumento de colheita de dados é composto por um questionário de caracterização sociodemográfica; profissional e pelas escalas: Escala Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE); Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE).

**Resultados:** Os enfermeiros em estudo revelam uma atitude de suporte em relação à importância de incluir as famílias na prestação de cuidados.

As habilitações académicas, a categoria profissional, a formação em enfermagem de família e a Competência Emocional influenciam as atitudes dos enfermeiros.

**Conclusão:** Os enfermeiros, da área hospitalar, possuem um grau de concordância elevado sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem. A capacidade Empatia da competência emocional revelou-se preditora das atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar

**Palavras-chave:** Atitudes, Enfermagem, Família, Competência Emocional.



## **Abstract**

**Background:** Caring for the patient and their family is a central activity in nursing care. The importance of including the family in nursing care is increasingly assumed across all care contexts.

It should be added that in order to be effective and efficient in their interventions, nurses need a set of skills and human resources that relate to what is currently considered Emotional Competence.

**Objective:** To identify the nurses' attitudes regarding the importance of the family in the nursing care in the hospital area and to verify if the attitudes are influenced by the sociodemographic variables, professionals and the emotional competences of the nurses.

**Method:** A quantitative, descriptive - correlational, cross - sectional study of 174 nurses from a Hospital Center in the Central region, consisting of 79.9% women and 20.1% men, and the predominant age group is from 30 to 39 years old (40.8%). . The data collection instrument is composed of a sociodemographic characterization questionnaire; Professional and Scales: Importance of the Family in Nursing Care - Nurses' Attitudes (IFCE-AE); Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE).

**Results:** The nurses under study show a supportive attitude towards the importance of including families in care.

Academic qualifications, the professional category, training in family nursing and Emotional Competence influence nurses' attitudes.

**Conclusion:** Nurses, from the hospital area, have a high degree of agreement about the importance of families in nursing care. The empathy ability of emotional competence proved to be a predictor of nurses' attitudes on the importance of family caregiving.

**Keywords:** Attitudes, Nursing, Family, Emotional Competence.



## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>PARTE I</b>	<b>21</b>
<b>REVISÃO TEÓRICA</b>	<b>21</b>
<b>1. CUIDAR EM ENFERMAGEM E A FAMÍLIA</b>	<b>23</b>
1.1. A família em contexto hospitalar	24
1.2. Os familiares e o internamento de um membro da família	27
1.3. Atitudes do enfermeiro face à família do doente	29
<b>2. COMPETÊNCIA EMOCIONAL</b>	<b>31</b>
2.1. Competências emocionais dos enfermeiros	32
<b>PARTE II</b>	<b>39</b>
<b>ESTUDO EMPIRICO</b>	<b>39</b>
<b>1. METODOLOGIA</b>	<b>41</b>
1.1. Questões e Objetivos de Investigação	42
1.2. Hipóteses de Investigação	43
1.3. Tipo de Estudo	43
1.4. Participantes	44
1.5. Instrumento de colheita de dados	45
Parte I – Caracterização Sociodemográfica	45
Parte II – Caracterização Sociodemográfica e Profissional	45
Parte IV – Capacidades da Competência Emocional	47
1.6. Procedimentos estatísticos	49
<b>2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>53</b>
<b>3. DISCUSSÃO</b>	<b>71</b>
<b>4. CONCLUSÃO</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO I - PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DA IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - ATITUDE DOS ENFERMEIROS (IFCE-AE)</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO II - PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA EVCE</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO III – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO IV- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA COLHEITA DE DADOS DIRIGIDO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHTV</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO V - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CHTV</b>	<b>121</b>



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões da Escala IFCE-AE .....	46
Quadro 2 - Análise da fidelidade da IFCE-AE e dimensões .....	47
Quadro 3 - Análise da fidelidade da EVCE e Capacidades .....	48
Quadro 4 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros em função do género .....	54
Quadro 5 - Caracterização das variáveis profissionais dos enfermeiros em função do género .....	56
Quadro 6 - Caracterização do contexto em que os enfermeiros adquiriram formação em enfermagem de família em função do género .....	57
Quadro 7 - Estatísticas relativas às Capacidades da Competência Emocional.....	58
Quadro 8 - Caracterização dos enfermeiros relativamente aos níveis de Competência Emocional em função género .....	58
Quadro 9 - Teste de U de Mann Whitney entre as Capacidades da Competência Emocional e o género.....	59
Quadro 10 - Teste de Kruskal-Wallis da Competência Emocional global e o estado civil, grupo etário e categoria profissional .....	59
Quadro 11 - Teste de U de Mann Whitney da Competência Emocional global e a unidade onde trabalha .....	60
Quadro 12 - Estatísticas relativas à Importância da família nos cuidados de Enfermagem – atitudes dos enfermeiros em função do género .....	61
Quadro 13 - Estatísticas relativas à Importância da família nos cuidados de Enfermagem- atitudes dos enfermeiros (por grupos) em função do género .....	62
Quadro 14 - Teste U de Mann Whitney das atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados (dimensões e Nota global) e o género .....	63
Quadro 15 - Estatísticas relativas à Importância da família nos cuidados de Enfermagem- atitudes dos enfermeiros em função do estado civil, grupo etário e habilitações académicas e literárias.....	65
Quadro 16 - Estatísticas relativas à Importância da família nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros em função da categoria profissional e tempo de serviço na carreira .....	67
Quadro 17 - Estatísticas relativas às Atitudes dos enfermeiros e a Importância da família nos cuidados de Enfermagem em função da unidade onde trabalha e da formação em enfermagem de família .....	68
Quadro 18 - Análise da regressão linear simples entre as Capacidades da Competência Emocional e as atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de Enfermagem (nota global e capacidades).....	69
Quadro 19 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável Atitude dos Enfermeira e a Importância da família nos cuidados de Enfermagem .....	70



## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

**CHTV, EPE** – Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE

**CSP** – Cuidados Saúde Primários

**DGS** – Direção Geral Saúde

**EVCE** – Escala Veiga Competência Emocional

**IFCE-AC** - Escala Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem -  
Atitudes dos Enfermeiros.

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PNS** – Plano Nacional Saúde

**WHO** – World Health Organization



## Introdução

O gradual envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crônicas assim como a evolução tecnológica têm criado novas necessidades de saúde, nomeadamente a nível social. Estas necessidades exigem novas abordagens a nível da prestação de cuidados assim como de promoção de autonomia e funcionalidade principalmente em grupos com alguma situação de dependência (Escoval, Matos, Ribeiro & Lívio, 2012). Os indivíduos e famílias são grandes utilizadores de recursos (Curry & Ham, 2010) quer materiais quer humanos sendo fulcral uma gestão eficiente que liberte os cuidados agudos para quem deles de facto necessita (Escoval, Matos, Ribeiro & Lívio, 2012).

Paralelamente, e face à visão economicista governamental para reduzir as despesas na saúde, assiste-se a uma tendência para reduzir a permanência dos doentes nas unidades de saúde e para delegar muitos cuidados, então anteriormente assegurados pelas unidades hospitalares, para os serviços de apoio à comunidade e conseqüentemente para a família. Face a esta realidade, os doentes com internamentos reduzidos transportam situações de dependência de outras pessoas. Em consequência desta conjuntura, surge uma nova e vasta categoria de pessoas que se tornam os principais intervenientes no apoio à satisfação das necessidades e à realização das atividades de vida diária do doente dependente: os cuidadores informais. Os enfermeiros desempenham um papel essencial na preparação do regresso a casa ao ajudar o doente na sua recuperação e a facilitar o seu familiar na aquisição de competências para o papel de cuidador. As intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros tornam-se igualmente importantes, no sentido de os ajudar a ultrapassar a fase mais crítica da recuperação: a transferência de cuidados do hospital para o domicílio.

As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se, elas mesmas, como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa. A família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Figueiredo, 2009).

A equipa de enfermagem são os profissionais de saúde que dentro do ambiente de trabalho hospitalar mais tempo passam junto do doente e seus familiares em situações que vivenciam constantes mudanças emocionais. A Inteligência Emocional é o equilíbrio das

emoções e atitudes de um indivíduo, por meio do qual ele desenvolve o seu autocontrole e também contribui com um maior número das qualidades que nos tornam mais plenamente humanos (Goleman, 2005) e a assistência humanizada é uma das prioridades da enfermagem. A humanização e o impacto das emoções assumem um papel importante no contexto do cuidar, não devendo ser minorizadas ou ignoradas, pois as consequências serão sentidas nos pacientes, seus familiares e nos profissionais (Domingues, 2009).

O significado das emoções no trabalho de enfermagem começa a ser progressivamente valorizado, pois embora a enfermagem envolva competências técnicas e cognitivas, aumenta o reconhecimento de que são as competências emocionais que melhor respondem às complexas exigências dos modernos sistemas de saúde. Os profissionais de saúde estão envolvidos em relações de ajuda e devem responder às emoções dos doentes e dos familiares. Deste modo, espera-se que os enfermeiros manifestem sensibilidade profissional para reconhecer a vulnerabilidade do doente e, simultaneamente, distingam, de forma responsável, entre os seus próprios sentimentos e os do paciente (Costa & Faria, 2009).

A própria natureza da enfermagem exige que os enfermeiros sejam emocionalmente inteligentes. Logo, entender e lidar com a emoção é habilidade nuclear na enfermagem, sendo requisito profissional da prática de enfermagem humanizada. Desta forma o profissional que tem Inteligência Emocional exerce melhor a sua atividade, pois é capaz de lidar com as emoções e principalmente com os sentimentos despertados por elas (Carvalho, 2013).

A realização deste estudo revela-se pertinente na medida em que é uma temática atual, de interesse para a população do universo em estudo e para a autora na medida em que considera a família como um recurso importante na prestação de cuidados.

O objetivo deste estudo é identificar as Atitudes dos Enfermeiros em relação à Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem na área Hospitalar, verificar se as atitudes são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas, profissionais e pelas competências emocionais dos enfermeiros.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas grandes partes, a primeira integra a revisão teórica, em que apresentamos o capítulo cuidar em enfermagem e a família em que, conceptualizamos a família em contexto hospitalar, os familiares e o internamento de um membro da família e as atitudes dos enfermeiros face à família. A Competência Emocional e as competências emocionais dos enfermeiros.

Na segunda parte apresenta-se o estudo empírico propriamente dito. Esta é constituída pela metodologia, onde são enunciadas as questões, objetivos e hipóteses de investigação, o tipo de estudo, participantes, o instrumento de colheita de dados e os

procedimentos estatísticos. No segundo capítulo fazemos a apresentação da análise descritiva e inferencial.

O terceiro capítulo consta da discussão dos resultados, onde fazemos a comparação com outros estudos e no final são apresentadas as principais conclusões, sugestões e implicações na prática clínica.



**PARTE I**  
REVISÃO TEÓRICA



## 1. Cuidar em enfermagem e a família

Cuidar existe desde o início da humanidade e é imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie.

A origem do cuidar surgiu na imagem materna que cuida do seu filho. Sendo a mulher que dá à luz, ela que, tem o encargo de “tomar conta” de tudo o que mantém a vida cotidiana. Assim sendo, ao longo dos tempos, o cuidar foi atribuído à mulher (Collière, 1999).

Mais tarde, no fim do séc. XIX e na primeira metade do séc. XX, assiste-se à construção do papel da mulher enfermeira, resultado da dessacralização do poder político e da separação da igreja do estado (Collière, 1999).

Florence Nigthingale é responsável pela prática da mulher enfermeira, assente num papel moral e técnico. Ela determina a profissionalização da enfermagem vocacionada para o cuidar (finais séc XIX).

O cuidar é reconhecido e entendido atualmente como uma essência ou como o principal objetivo da enfermagem.

Teorias como Madeleine Leininger assumem o cuidar como essência da disciplina da enfermagem. Este fato é confirmado por Leininger (1981) citada por Oriá, Ximenes e Alves (2005), quando declara: "o cuidado é o domínio central e o único para o corpo de conhecimentos e prática na Enfermagem, e uma investigação sistematizada do cuidado poderá avançar a disciplina de Enfermagem e em último caso, prover cuidados de enfermagem melhores para o povo".

De acordo com Watson (2002), “ Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas competências.”

A enfermagem é a arte de cuidar mas também uma ciência cujo foco e especificidade é o cuidado ao ser humano, individual e, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo autonomamente ou em equipa atividades de promoção e proteção da saúde e prevenção de doença (Collière, 1999).

Deste modo, os enfermeiros têm de assegurar um cuidar efetivo que promova a saúde e o crescimento individual e familiar, tal como preconiza Watson (2002), um cuidar profissional com competências profissionais, que passem pelas relações interpessoais,

implicando a família nos cuidados e voltando a inserir o doente na sua família. Também enfatizam a relação recíproca, sendo o processo de cuidados desenvolvido em colaboração com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as suas etapas (Figueiredo & Martins 2009). O estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico entre o enfermeiro e a família, será a tônica dos cuidados de enfermagem.

Importa acrescentar que para serem eficazes e eficientes no exercício da sua profissão, os enfermeiros necessitam de um conjunto de competências e recursos humanos que dizem respeito ao que atualmente se considera Competência Emocional. É necessário, que os profissionais conheçam as suas emoções, que as consigam gerir de forma eficiente, que as reconheçam nos outros, para poderem ajudar os utentes e família a quem prestam cuidados, no seu processo de gestão de emoções enquanto percorrem o árduo caminho para a sua recuperação física e emocional.

### 1.1. A família em contexto hospitalar

O homem não existe isolado, existe num mundo de relações e de proximidade. Como tal, não é possível afirmar que conhecemos uma pessoa sem conhecermos a sua família, e na mesma lógica não é possível cuidar dos doentes, quaisquer que sejam os contextos sem conhecer e incluir a sua família nos cuidados.

A doença constitui um motivo de preocupação para o indivíduo doente e é um acontecimento para a família. Nos momentos de doença, os profissionais contam com a família como suporte aos cuidados, uma vez que ao analisar os processos de doença, não podem descurar o significado que a mesma tem para o indivíduo e família. De forma a reduzir o sofrimento físico, emocional e espiritual do doente e sua família, na prestação de cuidados de enfermagem por excelência, é necessário dar importância ao contributo da mesma nos cuidados (Rodrigues, 2013). Os enfermeiros têm o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde (Wright & Leahey, 2005).

No hospital, o doente vê o seu equilíbrio biológico, sociológico e psicológico, afetados. Isto deve-se a determinados fatores: o facto de ele se sentir doente e se confrontar com essa realidade, ao impacto social que o internamento tem, ao quase total desconhecimento do que se passa nos serviços e também ao próprio ambiente. O hospital é normalmente um ambiente hostil, desconhecido, associado a situações menos boas e por isso assustador para a maioria das pessoas (Alves, 2011).

Entende-se assim que a doença, o internamento, a separação das pessoas significativas, o medo do que é desconhecido sejam fatores capazes de gerar stress na família e assim despoletar uma crise. O enfermeiro, enquanto profissional de saúde mais

próximo da família, deverá ser capaz de minimizar as repercussões psicológicas que tal vai desencadear na família. Desta forma, torna-se indispensável que aquando da hospitalização de um doente, a sua família seja envolvida nos cuidados (Alves, 2011) pois é este envolvimento que sem dúvida vai caracterizar os melhores cuidados de Enfermagem.

Além de dar apoio ao paciente, a família pode oferecer as informações necessárias para um melhor cuidado, pois decodifica os gostos, manias, expressões dos pacientes com restrição de comunicação verbal; e esses dados podem ser essenciais aos cuidados de Enfermagem (Inaba, Silva e Telles, 2005). As autoras acrescentam ainda que o significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de Enfermagem.

A maior longevidade com o aumento da prevalência das doenças crónicas limitativas e o aumento de doenças associadas a comportamentos de risco, traduzem-se num grande número de pessoas com elevados níveis de dependência com custos elevados para a sociedade. A abertura dos hospitais às famílias surge num conjunto de políticas de *empowerment* e de responsabilização pessoal, uma vez que os constrangimentos económicos limitativos preveem altas hospitalares cada vez mais precoces. De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012 -2016, o enfermeiro deve favorecer a participação e capacitação dos doentes, família e cuidadores informais, incluindo aspetos da gestão da doença crónica.

Estes compromissos foram reforçados por ocasião da II Conferência de Munique (WHO, 2000), onde foi enfatizado o papel do enfermeiro de saúde familiar, com competências específicas e inserido numa equipa multidisciplinar, desenvolveria um trabalho de parceria, no sentido de capacitar as famílias para resolverem de uma forma eficaz as crises acidentais que ocorrem no seu ciclo de vida, no próprio contexto vivencial. É fomentada a imagem da família saudável onde se defende que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos às necessidades da família e não às de um indivíduo em particular (Figueiredo, 2009).

A enfermagem de família ganha assim o apoio político que lhe permite afirmar-se como um contexto emergente das necessidades de saúde (Silva, 2009). Este desafio chega a todos os enfermeiros, uma vez que a própria Ordem dos Enfermeiros contrai um compromisso com este percurso, fazendo validar a mensagem “A cada família o seu enfermeiro” (OE, 2000).

Aos hospitais chega uma circular normativa da DGS (2000), com indicações para o alargamento do horário das visitas e para a necessidade de se promover condições para a presença de um acompanhante junto do doente. É neste momento, que os profissionais de

saúde, nomeadamente os enfermeiros veem os seus doentes, as suas decisões e o seu espaço a ter de ser partilhado pelos familiares.

Ao longo dos anos, denota-se que a integração das famílias no hospital desencadeou mudanças na organização dos cuidados e na natureza das relações que se estabelecem entre o doente, os familiares e as equipas de saúde.

Os enfermeiros consideram o cuidado na família como parte integrante do seu trabalho baseado em evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família apresenta sobre o bem-estar e saúde dos seus membros, bem como a sua influência sobre a doença (Wright & Leahey, 2005).

A presença da família em meio hospitalar é uma realidade que surge no crescimento de uma lógica de humanização e acreditação das instituições. Neste propósito e no sentido de otimizar o exercício profissional, a Ordem dos Enfermeiros (2003) determina a necessidade dos profissionais alargarem o conceito de cliente e a relação de parceria à família, ponderando que as intervenções de enfermagem se potenciam se toda a unidade familiar for incluída no processo de cuidados.

A interdependência entre a saúde da família e a saúde dos seus membros pressupõe que os cuidados de saúde serão tanto mais eficazes quanto maior o ênfase no sistema familiar como alvo e unidade de cuidados (Figueiredo, 2006). Nesse contexto, as atitudes dos enfermeiros em relação aos indivíduos e às famílias refletem a importância que eles atribuem ao sistema familiar no processo de cuidado, definindo o tipo de relacionamento que se estabelecerá entre ambos.

Ao longo dos anos de experiência na prestação de cuidados em contexto hospitalar verificamos que a presença da família é cada vez maior quer como acompanhante quer como elemento interessado no processo de internamento do familiar.

A família é parte essencial no processo de cuidados (Oliveira e colaboradores., 2009), até porque é nela que são apreendidos os estilos de vida que perpetuam e também que são encontradas respostas na vivência do processo de doença.

A parceria entre equipa e família retrata a valorização da qualidade do atendimento, característica essencial do cuidado humanizado. As intervenções de enfermagem devem centrar-se em dar segurança, aumentar a proximidade do doente e da família/cuidador informal, tratar de informação, facilitar o conforto e reforçar o apoio (Hanson, 2004).

A literatura refere que, apesar de os enfermeiros afirmarem que as famílias são importantes, esta convicção não é sempre apoiada pelas atividades que desenvolvem (Carvalho et al., 2012).

Os enfermeiros estão a verificar que a família se insere de uma forma cada vez mais forte e influente no meio hospitalar, no entanto continuam a ver a família como um acompanhante, e não a encará-la como um sistema de cuidado (Montefusco, 2008).

O Decreto-Lei 106/2009, de 14 de Setembro estabelece o regime de acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Acresce lembrar que no Artigo 5º é imposta uma atitude profissional, que “ os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada” (p.6254). Torna-se assim importante que as equipas de saúde considerem a família como parceiro na prestação de cuidados e que criem as condições adequadas para que a mesma possa desempenhar esta função.

A enfermagem de família, outrora encarada como pertencente à saúde pública, mental ou materno-infantil, hoje é também reconhecida como importante pela maioria dos enfermeiros na área hospitalar. Martins e colaboradores (2010) numa amostra de 347 enfermeiros (190 a exercer funções no Hospital e 156 nos Cuidados de Saúde Primários) concluíram que os enfermeiros têm maioritariamente uma atitude de suporte face às famílias, não havendo evidência de que contextos diferentes de cuidados interfiram nas atitudes dos enfermeiros.

Os enfermeiros que consideram importante a presença da família no hospital são compreensivos perante situações de interferência com o familiar (Sousa, 2011), sendo a família considerada como um importante recurso (Wright & Leahey, 2009).

Considerar as famílias como um peso significa não ter tempo para as cuidar, assim como sendo indesejáveis (Alves, 2012).

Os profissionais com uma visão negativa sobre a envolvimento da família destacam-se pela maior ocorrência de conflitos (Galinha, 2009)

## 1.2. Os familiares e o internamento de um membro da família

A doença desde sempre, fez parte da experiência humana, quando presente num familiar constitui uma preocupação para todos, e é no exemplo familiar, nas vivências da família com a doença, que se adquire um significado, que será usado como experiência individual.

O internamento hospitalar pode representar uma série de ameaças para o doente e para a família. Para o doente destacam-se: a vivência de ameaça à vida, à integridade corporal, exposição à vergonha, desconforto devido à dor, cansaço, alterações à alimentação, privação da satisfação sexual, restrição de movimentos, isolamento, risco de alterações financeiras, risco de antipatia ou de rejeição de outros face à sua situação, incerteza quanto ao futuro, separação da família e amigos e dependência de outros para o

bem-estar (Cabete, 2005). Vivenciam um conjunto de sentimentos, de privações e inseguranças capazes de criar momentos de grande *stress*.

O internamento de um membro da família, em contexto hospitalar, é um desafio familiar que ostenta bastantes particularidades, provocando uma crise familiar, que afeta todos os seus constituintes, induzindo um conjunto de necessidades, mudanças e reorganizações familiares, que causam um desequilíbrio familiar (Santos & Figueiredo, 2013).

Assim, quando um dos seus membros é afetado também a família como um sistema o é, uma vez que cada membro na família é parte integrante para a sua constituição. Desta forma, para além do problema de saúde da própria pessoa internada, que necessita de cuidados, também a família irá necessitar de cuidados de enfermagem, pois está a viver um desequilíbrio familiar com o internamento, sendo importante a intervenção dos enfermeiros, no sentido de colmatar os problemas que a família está a vivenciar, de acordo com as suas particularidades, tendo sempre em atenção a natureza individual dos seus elementos (Wright & Leahey, 2009).

As repercussões na família são nomeadamente na gestão do tempo, na continuidade das atividades regularmente desenvolvidas, no tempo que os familiares passam juntos e na sobrecarga física e psicológica, variável para cada um dos membros da família. Sendo assim é importante que o enfermeiro compreenda que o cuidado proposto deve ir além do indivíduo doente; o cuidado tem como perspetiva de ação todos aqueles que vivenciam da experiência de doença, ou seja, o indivíduo e sua família, estendendo assim o foco do seu cuidar com uma abordagem de cuidado centrada no indivíduo e na família.

É importante preparar as famílias para atender às situações de internamentos mais curtos no hospital, os enfermeiros precisam incluir mais as famílias nos cuidados de enfermagem e prepará-la para a alta dos seus doentes. Incluir a família é um aspeto importante do cuidado de enfermagem. Os membros da família que são apoiados e envolvidos no processo de cuidados necessários no pós alta sentem-se confiantes, pelo que a sua ansiedade e medos diminuem (Åstedt-Kurki et al., 2001). Além disso, quando os cuidadores familiares estão presentes e participam na troca de informações pós-alta, eles ficam mais satisfeitos com a informação recebida e os pacientes têm menos problemas após a alta hospitalar. Contudo, a informação sobre a alta dos prestadores de cuidados de saúde relativamente aos problemas de saúde dos doentes e aos cuidados no domicílio é frequentemente inadequada ou muitas vezes ausente, causando ansiedade e insatisfação entre os membros da família que vão cuidar do paciente em casa. Constata-se que é importante implementar um plano integrado de preparação da alta hospitalar, a iniciar-se no momento da admissão, que envolva toda a equipa multidisciplinar, o doente e a sua família.

Isto permitirá diminuir a duração do internamento, reduzir os custos a ele inerentes e minimizar os efeitos negativos que resultam de uma hospitalização (Ramos, 2015).

### 1.3. Atitudes do enfermeiro face à família do doente

As atitudes estão intimamente ligadas às ações do indivíduo. O termo tem vários significados: a posição do corpo, a postura, a forma de agir, o procedimento. O facto de coexistirem vários significados advém da origem latina da palavra “actus” e “aptitudo”, o primeiro significa ato, ação e o segundo, aptidão, disposição natural para realizar determinadas tarefas.

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

As atitudes são a tendência ou predisposição adquirida e relativamente estável para agir, pensar ou sentir de uma determinada forma (positiva ou negativa) face a um objeto, pessoa, situação, grupo social, instituição, conceito ou valor (Duque, 2008).

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

Uma postura positiva perante a família implica considerar os seus saberes, as suas crenças e o seu poder de decisão em todo o processo terapêutico, mesmo em situações de discordância de opinião reconhecem a importância do diálogo entre ambos e do envolvimento nos cuidados ao doente (Sousa, 2011).

A atitude que o enfermeiro adota face à família tem sido considerada determinante para a qualidade da relação enfermeiro/doente/família.

As atitudes positivas dos enfermeiros sobre as famílias dos pacientes são um pré-requisito importante para convidar e incluir as famílias nos cuidados de enfermagem e influenciar a qualidade da relação entre enfermeiros e famílias enquanto os enfermeiros com atitudes negativas são mais propensos a minimizar o envolvimento familiar (Åstedt-Kurki et al., 2001; Benzein et al., 2008). Os enfermeiros podem ter visões ambíguas em relação ao

envolvimento familiar, onde veem as famílias como um recurso e um fardo. Tais visões são, por exemplo, refletidas na sua percepção de aumento de carga de trabalho ao envolver a família, ao mesmo tempo que necessitam da família como um recurso para a prestação de cuidados. Além disso, como os enfermeiros veem e reagem em relação às famílias parece ser moldado por experiências profissionais e pessoais e variáveis organizacionais (Blondal et al., 2014).

As atitudes dos enfermeiros em relação à participação das famílias nos cuidados estão vinculadas ao contexto e suas atitudes dependem do local onde trabalham (Benzein et al., 2008). As atitudes sobre as famílias têm sido exploradas mais extensivamente nos departamentos de pediatria, emergência e cuidados intensivos. A participação da família nos cuidados à criança é reconhecida como essencial para o atendimento de suas necessidades e para o bem-estar de toda a família (Angelo, 2011).

Segundo Benzein e colaboradores (2008) os enfermeiros que prestam cuidados em pediatria têm uma atitude mais positiva que os profissionais que trabalham em unidades de cuidados com doentes em fase aguda. A mesma autora refere que a atitude dos profissionais é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, reconhecendo que uma atitude de suporte favorece um trabalho de parceria, de partilha e de corresponsabilização entre enfermeiro e família.

Um estudo de interação entre membros da família de doentes adultos e pessoal de enfermagem constatou que os enfermeiros consideram a família importante. No entanto, na maioria dos casos, as interações consistiram em troca de informações com os enfermeiros, que geralmente esperavam que a família iniciasse a comunicação. Cerca de dois terços das enfermeiras sentiam que os membros da família complicavam o trabalho e aumentavam a carga de trabalho (Åstedt-Kurki et al., 2001).

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

## 2. Competência emocional

O constructo de Competência Emocional emergiu do conceito anterior de Inteligência Emocional (Goleman 1995, 2003, 2005) e tem-se instituído num dos conceitos mais apresentados e debatidos nos vários domínios das ciências sociais e nomeadamente da saúde.

Salovey e Sluyter (1997) definem inteligência emocional como a "capacidade de perceber acuradamente, de avaliar e de expressar emoções; a capacidade de perceber e ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual".

Saarni (2002) define competência emocional como a demonstração da autoeficácia em transações sociais – provocando emoção. A mesma considera a autoeficácia como as capacidades e habilidades que o indivíduo possui para alcançar os objetivos nos domínios da inteligência emocional e competências associadas. Obtém-se a autoeficácia através do conhecimento da própria capacidade de regular emoções e os resultados desejados, que dependem dos princípios morais individuais. Considera que as respostas emocionais para promover integridade pessoal são influenciadas pelos valores morais e éticos.

Em essência, cada um vive de acordo com a sua própria teoria pessoal quando demonstra autoeficácia emocional, que está integrada com os seus próprios valores morais.

Bisquerra (2000) define o conceito de competências emocionais como o conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes essenciais para tomar consciência, compreender, expressar e regular de forma adequada os fenómenos emocionais, que facilitam os processos de aprendizagem, a solução de problemas, as relações interpessoais e a adaptação a diferentes contextos. Segundo o autor existem cinco competências emocionais: Consciência Emocional, Regulação Emocional, Competência Social, Autonomia Emocional e Competências para a vida e bem-estar.

Goleman (2003) define Competência Emocional como a capacidade de identificar os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e gerirmos as emoções e nos relacionamentos com os outros. Mais recentemente Veiga Branco (2005) defende que Competência Emocional "existe, quando alguém atinge um nível desejado de realização, e

que não se trata de uma percepção ou capacidade virtual, mas sim de uma execução”. Refere ainda que a Competência Emocional é uma aquisição, já havida e alcançada, a partir da qual – e através de memórias passadas- o sujeito tem a perspectiva de as ter, como uma consecução.

A autora divide a Competência Emocional em cinco domínios ou capacidades: Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos sendo as três primeiras competências intrapessoais e as restantes competências interpessoais ou sociais (Veiga Branco, 2004, 2005)

## 2.1. Competências emocionais dos enfermeiros

Nas profissões onde as relações interpessoais assumem um papel essencial, torna-se crucial que os profissionais sejam portadores de conhecimentos e saberes nas áreas do relacionamento e da Competência Emocional, pois só assim poderão desempenhar as suas funções profissionais.

Os enfermeiros prestam cuidados a seres fragilizados física e emocionalmente, e em situação de dependência de terceiros para a satisfação das suas necessidades humanas básicas (Agostinho, 2010), como tal, os enfermeiros para serem eficazes e eficientes, no desempenho da sua atividade profissional, as necessidades emocionais passaram a ter um interesse relevante no estabelecimento de uma relação terapêutica enfermeiro/pessoa/família, sendo mesmo considerada essencial. Isto exige uma entrega por parte do profissional de enfermagem, com indução ou supressão das emoções para sustentar uma aparência exterior que produza nos outros sentimentos de bem-estar e de um ambiente seguro. Sendo assim, os enfermeiros devem possuir competências na gestão emocional durante o ato de cuidar das pessoas.

A relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente deve pautar-se por atitudes emocionalmente literadas transmitindo dessa forma ao doente compreensão, confiança e disponibilidade para o ouvir (Veiga Branco, 2004). A mesma autora advoga que, o profissional de saúde deve ser capaz de adequar e equilibrar o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser, de forma racional e emocional nos diferentes contextos práticos da sua vida.

A inteligência emocional não é benéfica apenas para os que recebem o cuidado, mas como também para o cuidador, visto que os riscos para a saúde são maiores para aqueles que trabalham sob intensa pressão, alta exigência de desempenho e pouco ou nenhuma possibilidade de ter sob o próprio controlo as tarefas que lhes são exigidas. Uma das implicações para o trabalhador de enfermagem relacionada ao estado emocional é a

Síndrome de Burnout, caracterizada por três componentes: exaustão emocional, diminuição da realização pessoal e despersonalização (Carvalho & Magalhães, 2011).

Segundo Goleman (2003) a Inteligência Emocional irá determinar o potencial de um indivíduo para aprender as habilidades práticas que estão baseadas nos seguintes itens: Autoconsciência, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos

### **Autoconsciência**

Ter Autoconsciência emocional significa possuir capacidade para reconhecer como os sentimentos e emoções modelam as nossas percepções, comportamentos e pensamentos e perceber também como os nossos sentimentos afetam as pessoas com quem lidamos (Goleman, 2003).

Para tomar conhecimento da nossa consciência emocional devemos refletir, assimilar e agir acerca dos nossos sentimentos e como tal devemos dedicar algum tempo a essa atitude reflexiva pois a Autoconsciência é o caminho para dentro de si, ao encontro do próprio, que se aprofunda, em conformidade com a qualidade das relações fora de si, no encontro com os outros.

Goleman (2004) define Autoconsciência como a capacidade de reconhecer um sentimento, tendo a percepção das alterações neurofisiológicas exatas.

A pedra basilar da inteligência emocional é a Autoconsciência, isto é, o reconhecimento de um sentimento enquanto ele decorre. O sentimento desempenha um papel crucial na nossa navegação pelas decisões que temos que tomar. Todos nós sentimos por vezes sinais intuitivos sob a forma de impulsos límbicos, vindos daquilo a que Damásio (1995) chama "balizadores somáticos". Eles são uma espécie de sinais que nos alerta para o perigo potencial mas também nos alerta para oportunidades de ouro.

Segundo Goleman (2004), "a chave para tomar boas decisões pessoais é ouvir os sentimentos". O objetivo é o equilíbrio e não a supressão do sentimento. Todos os sentimentos têm o seu valor e significado. Controlar as emoções é a chave para o bem-estar emocional.

Para o mesmo autor (Goleman, 1999) a Autoconsciência Emocional é a habilidade de perceber "como as nossas emoções afetam o nosso desempenho e a capacidade de usar os nossos valores como guia, nas tomadas de decisão". Este facto é de elevada importância para as relações enfermeiro/doente. Pereira (1995) refere que na prestação de cuidados, o enfermeiro necessita conhecer-se a si próprio o seu papel pois, somente após explorar a sua própria vida, poderá prestar cuidados clarificados aos utentes. O conhecimento elevado de si próprio permite-lhe distinguir de forma clara, como as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação, o que traduzirá a sua maneira

de fazer e de estar na prestação de cuidadoso e melhor compreender os comportamentos e sentimentos do utente. É esta percepção que faz com que desenvolvamos "...boas aptidões de relacionamento social relacionadas com o trabalho, incluindo as essenciais para a liderança e trabalho em equipa" (Goleman, 1999).

Veiga Branco (2005) define Autoconsciência como a capacidade do individuo conseguir uma alta percepção de si, relativamente à ocorrência de fenómenos emocionais, que "é representada pela frequência com que ocorrem: Alterações a nível racional e relacional; Reações de instabilidade e de absorção da energia negativa emocional; tipo de percepção de si mesmo, como pessoa, e pelo nível de percepção da ocorrência de fenómenos emocionais."

### **Gestão das Emoções**

A Gestão de Emoções consiste na capacidade de autocontrolo, ponderação, adaptabilidade e de mudança, importantes para evitar situações de resposta inoportuna e precipitada.

De acordo com Veiga Branco (2004) "quem não for destro nesta capacidade, está constantemente em luta com sensações de angústia, ou a ser vítima dos seus próprios comportamentos pouco sensatos e ineficazes." Quando as emoções saem fora do controlo ocorrem os comportamentos irracionais, que na maioria das vezes são causadores de mal – estar e arrependimento. Também de acordo, Goleman (1999) afirma, que a Gestão das Emoções não significa excesso de domínio nem implica a negação ou repressão de sentimentos verdadeiros. Pelo contrário, implica uma manifestação propositada de sentimentos uma vez que a supressão continuada destes, em especial dos sentimentos negativos intensos, pode diminuir a capacidade intelectual e conseqüentemente a capacidade de decisão, pode prejudicar o pensamento e pode interferir com as relações sociais. Será importante aprender a impedir que esses sentimentos invasivos e intensos se estabeleçam, ocupando o espaço dos estados de espírito agradáveis. Na dificuldade em controlar estes sentimentos, as pessoas sentem-se invulneráveis e tornam-se implacáveis nas suas percepções do estímulo, e por isso nos seus comportamentos (Veiga Branco, 2004).

A melhor forma de lidar com as mais variadas emoções é vivenciá-las de uma forma controlada e consciente, por forma a decidir a maneira de lidar com os comportamentos e sentimentos que elas provocam. Em contextos de saúde-doença, é necessário a intencionalidade nas atitudes, como é o caso do enfermeiro. É necessário que os enfermeiros tomem consciência das suas próprias emoções e da forma como estas os afetam, conseguindo assim depois gerir as suas próprias emoções tornando-se pessoas

mais eficientes nas suas atividades do dia-a-dia, quer enquanto pessoas, membros sociais ou profissionais (Veiga Branco, 2004).

### **Automotivação**

A Automotivação consiste em utilizar a energia transportada pelas emoções para atingirmos os nossos objetivos, para nos transformarmos em seres eficientes para fazermos face às adversidades da vida (Goleman, 1995).

É extremamente importante que as pessoas se sintam motivadas. Quanto mais motivadas e firmes se sentirem, maiores aptidões terão para atingir os objetivos. A concentração que nos absorve e nos faz perder a noção do tempo quando desempenhamos determinada tarefa, ou a paixão que depomos no nosso trabalho são resultantes do “*fluxo*” que leva as pessoas a desenvolverem a criatividade e a motivação intrínseca, fenómenos emocionalmente inteligentes que levam a pessoa a envolver-se espontaneamente num processo de aprendizagem ao longo da vida. O vencimento, os aumentos, as bonificações, as promoções são outros fatores que estimulam a prossecução dos objetivos mas as motivações mais poderosas são as internas. São as emoções que nos motivam, que constituem o fluxo de cada um de nós, que nos faz correr e empenhar em determinada tarefa.

Goleman (2003) define um conjunto de elementos necessários para se experienciar a Automotivação como o controlo do impulso e adiar a recompensa, a ansiedade, o otimismo e a esperança. O controlo do impulso pode ser treinado nas situações em que o individuo é exposto ao objeto/situação que anseia, mas escolhe o adiar a recompensa pelo facto de, conscientemente, estar a pensar em benefícios a longo prazo ao invés do prazer imediato.

Relativamente à ansiedade, foi considerada essencial à capacidade de se motivar a si mesmo e de prosseguir, apesar das frustrações (Veiga Branco, 2004). O evoluir da ansiedade, vivenciada pelo próprio antes de qualquer responsabilidade, pode ser vivenciado por alguns com efeitos negativos, por reduzir a energia mental disponível e por outros com efeitos positivos, apesar do *stress* (Veiga Branco, 2004).

Segundo Goleman (2003) existem estudos que demonstram que pessoas com forte otimismo e esperança são mais produtivas e lidam melhor com as dificuldades do dia-a-dia, não abatendo em sentimentos depressivos.

Veiga Branco (2004), afirma que “ o otimismo e a esperança são estados de espírito que refletem uma grande expectativa de que as relações, factos ou coisas da vida em geral, serão conseguidas e ultrapassadas apesar das contrariedades, dificuldades ou frustrações.”

A Automotivação consiste em usar as nossas eleições para alcançar os nossos objetivos, para termos iniciativa, para nos tornarmos seres cada vez mais eficientes perante a frustração e as dificuldades. Desta forma conseguiremos ter uma elevada empatia com os outros e conseguiremos gerir de forma emocionalmente competente os relacionamentos com os outros. Todos concordaremos que a motivação parece ser a condição necessária para superar as dificuldades que diariamente exercem pressão sobre os enfermeiros no exercício da sua atividade profissional.

## **Empatia**

A Empatia é definida por Goleman (1999) como a capacidade de tomar consciência dos sentimentos, das necessidades e das preocupações dos outros, sendo capaz de estabelecer laços de sintonia com as pessoas e de se colocar no seu lugar proporcionando o sentimento de partilha com o outro, a consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações dos outros. Esta capacidade situa-se na habilidade para saber ler através de canais verbais e não-verbais, como o tom de voz, as expressões faciais, os gestos. Esta habilidade é suscetível de ser treinada e de se tornar cada vez mais eficaz, tornando o individuo capaz de ler corretamente o outro.

Veiga Branco (2005) refere que “as pessoas empáticas são as que são capazes de ler os sentimentos dos outros e, normalmente, dão-se conta de estar a acompanhar com os olhos, e mesmo com o corpo, os movimentos de expressão comunicativa de outrem, ou seja entram em sintonia.”

A empatia é uma condição fundamental de eficácia social na vida profissional dos enfermeiros no exercício das suas atividades profissionais. Os enfermeiros dotados de empatia reconhecem muito mais rápida e eficazmente as necessidades dos clientes podendo satisfazê-las de forma muito mais eficiente.

Dificuldade na aquisição e expressão de empatia, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos clientes, pode ocasionar conflitos, trazendo prejuízos ao processo relacional e ao cuidado.

A empatia é um elemento primordial no relacionamento interpessoal, pois se refere à capacidade do indivíduo compreender, sem julgar, as experiências positivas e negativas do outro. Compartilhar a emoção percebida no outro, sentir com o outro, sendo uma resposta emocional que nasce e é congruente com o estado emocional do outro. Envolve ouvir o outro, entender suas preocupações e fazer com que possa sentir-se compreendido.

Trazendo as definições de empatia para a discussão do cuidado em saúde, percebe-se que a escuta empática do profissional de saúde, bem como do cliente, pode atribuir maior qualidade ao cuidado (Vilelas, 2013). O distanciamento entre enfermeiros e clientes durante

os cuidados é justificado pelos enfermeiros, pela falta de tempo devido à carga de trabalho e por, durante a formação profissional, preconizar-se o controle da expressão dos sentimentos e emoções para não interferir no desempenho profissional. Essas justificativas são conflitantes com a própria conceituação de cuidado, já que a ausência de uma transação pessoal autêntica implica na descaracterização da atitude e dos atos de cuidar (Veiga Branco, 2004).

### **Gestão de Relacionamentos em Grupos**

Esta capacidade é definida pela habilidade emocional de reconhecer os sentimentos de outra pessoa e agir de maneira a influenciar esses sentimentos. Ser capaz de gerir as emoções dos outros exige autocontrole e empatia (Veiga Branco, 2004). Um enfermeiro precisa de saber influenciar, para levar o indivíduo à alteração de comportamentos bem como ao desenvolvimento de novas capacidades.

É necessário que consiga reconhecer o que se passa com o indivíduo e proceder por forma a influenciá-lo para o conseguir cuidar.



**PARTE II**  
**ESTUDO EMPIRICO**



## 1. Metodologia

A fase metodológica constitui uma etapa de precisão e planeamento. Esta fase serve, principalmente, para demonstrar a verdade, pois nada é deixado ao acaso e é impossível improvisar.

A metodologia é caracterizada no geral como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição.

É sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa. Deste modo, a fase metodológica baseia-se em precisar como o fenómeno em estudo será inteirado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação, (Fortin, 2009).

É nesta fase do estudo que se indica: o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, havendo coerência entre as definições conceptuais e os critérios de mensuração. Refere-se também o processo de seleção da amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de recolha de dados, bem como indica e justifica as técnicas e medidas estatísticas utilizadas (Fortin, 2009).

A determinação do problema de investigação constitui o ponto de partida para a realização de um estudo de investigação, provendo orientações para o desenvolvimento de todo o processo, daí o facto de ser de primordial importância. O problema deve ser atual, ou seja, adequado para dar resposta às questões reais, pertinente para a prática de Enfermagem e contribuir para a aquisição de novos conhecimentos.

Nesta linha de pensamento, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, efetuámos uma revisão bibliográfica, que permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de selecionar o que nos pareceu mais pertinente e atual. O presente estudo tem como objetivo identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à inclusão da família nos cuidados de enfermagem na área hospitalar, verificar se as atitudes são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas, profissionais e pelas competências emocionais dos enfermeiros.

Os cuidados centrados na família começam a ser uma realidade, sendo de esperar dos enfermeiros competências nesta área, principalmente aquando da hospitalização de um

indivíduo. Sendo o hospital, por excelência, uma organização dotada de uma grande variedade de pessoas com diferentes comportamentos, ideias, crenças, valores, experiências, é de esperar que diferentes atitudes perante as mesmas e diferentes situações sejam adotadas. É facto que, a interação entre todos os intervenientes do processo de cuidar, nomeadamente entre enfermeiros e famílias é por vezes pautada por situações de maior tensão, as quais se traduzem em momentos de *stress* e conflito. Estas, enquanto condições imbuídas de emoções, intenções e que preveem diferentes formas de agir, podem proporcionar diferentes atitudes.

### 1.1. Questões e Objetivos de Investigação

Apesar das inúmeras transformações ocorridas na família ao longo das últimas décadas, nomeadamente na sua estrutura e função, as famílias são determinantes no apoio à pessoa nos momentos de transição saúde/doença vivenciados em contexto hospitalar.

A inclusão da família como alvo dos cuidados requer a compreensão da sua complexidade, tendo em consideração as suas necessidades como um todo, e não apenas as do indivíduo.

Neste sentido, equacionam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as atitudes dos enfermeiros em relação à importância de incluir a família nos cuidados na área hospitalar?

- As atitudes dos enfermeiros são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas, profissionais e pelas competências emocionais dos mesmos?

O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação (Fortin, 2009). O objetivo geral deste estudo consiste em avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família no cuidar.

Formulámos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros;
- Identificar as atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados;
- Avaliar as capacidades da competência emocional dos enfermeiros;
- Determinar se as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família no cuidar.
- Averiguar se existe relação entre as atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar e a sua competência emocional.

## 1.2. Hipóteses de Investigação

Após estes enunciados declarativos que são os objetivos elaboramos hipóteses que emanaram da teoria.

Vários autores apresentam-nos múltiplas definições de hipóteses de investigação, todas elas sustentadas num mesmo princípio, de relação entre variáveis.

A formulação das hipóteses contidas neste trabalho teve a sua origem no pensamento/método indutivo. Este método consiste em observações precisas que evoluem para a generalização, (Fortin, 2009).

Relativamente à classificação, estas são categorizadas como complexas ou multivariadas, ou seja predizem a relação de associação ou de causalidade entre três ou mais variáveis, (Fortin, 2009).

Face aos objetivos descritos, equacionaram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas (grupo etário, género, estado civil, habilitações literárias e académicas) influenciam as atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar.

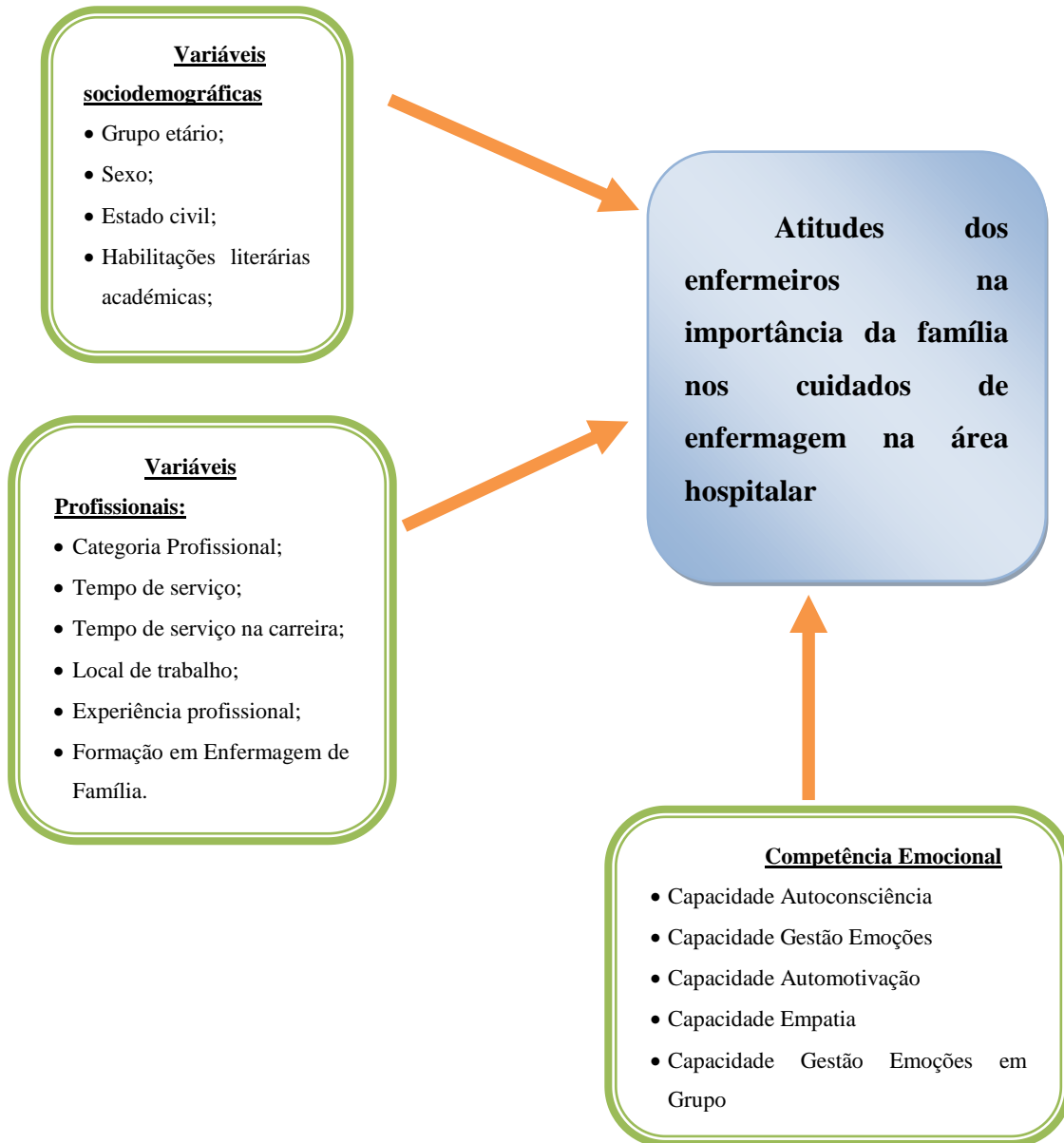
Hipótese 2 – Existe relação entre as variáveis profissionais (categoria profissional, tempo de serviço, tempo de serviço na carreira, local de trabalho, experiência profissional, formação em enfermagem de família) e as atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar na área hospitalar.

Hipótese 3 – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar e a sua competência emocional.

## 1.3. Tipo de Estudo

Este estudo pode-se definir como analítico, descritivo-correlacional, transversal, que utiliza uma metodologia quantitativa que permite testar as hipóteses de investigação, propondo-se avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família no cuidar na área hospitalar e verificar a influência das variáveis sociodemográficas, profissionais e competências emocionais nas atitudes dos enfermeiros. (cf. Figura 1)

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis dependentes e independente



#### 1.4. Participantes

É necessário para a realização de um trabalho de investigação definir de forma precisa a população a estudar.

Segundo Fortin (2009), uma população é constituída por um grupo de sujeitos que partilham um conjunto de características comuns. Esta população raramente é acessível ao

investigador, pelo que, este vai estudar a população acessível, com o objetivo de a generalizar à população alvo.

Na impossibilidade de estudar toda a população, surge a necessidade de selecionar a amostra, a qual não é mais do que um subconjunto de elementos retirados da população (Fortin, 2009).

Os participantes do nosso estudo são 174 enfermeiros (de um total de 648 enfermeiros do CHTV, E.P.E), que acederam participar no estudo e que, se encontram na prática clínica e na prestação de cuidados de enfermagem diretos.

### 1.5. Instrumento de colheita de dados

Os instrumentos de colheita de dados em investigação são equipamentos concebidos para a obtenção de informação pertinente e necessária. Assim, a seleção do instrumento de colheita de dados deve estar diretamente relacionado com o problema em estudo, de maneira a permitir a avaliação das variáveis em causa (Lakatos & Marconi, 2001).

Para este estudo, como forma de obtenção de dados e mensuração das diferentes variáveis, foi utilizado um questionário que permitiu recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação.

O instrumento de colheita de dados é constituído pela caracterização sociodemográfica e profissional, Escala *Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes* (FINC-NA) e a Escala Veiga de Competências Emocionais (EVCE).

#### Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Os dados biográficos visam a caracterização dos enfermeiros nomeadamente em termos de grupo etário, género, estado civil, habilitações literárias\académicas, (cf. Anexo I).

#### Parte II – Caracterização Sociodemográfica e Profissional

Os dados que foram avaliados visaram a caracterização dos aspetos profissionais dos enfermeiros quanto à categoria de enfermagem que têm, o tempo de serviço, tempo de serviço na categoria profissional, local onde está a trabalhar e há quanto tempo, se os enfermeiros têm formação profissional noutros serviços, e se têm formação na área da enfermagem de família e de que forma foi adquirida esta formação (cf. Anexo I).

### Parte III – Importância da família nos cuidados de Enfermagem

A família, enquanto unidade, caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade.

Enquanto sistema social dinâmico, incorpora um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que lhe conferem unicidade. As suas redes de relações múltiplas transformam-na constantemente, desenvolvendo-a através de processos de construção inerentes à sua complexidade e multidimensionalidade (Figueiredo, 2009).

A escala *Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes* (FINC-NA) foi desenvolvida na Suécia, a partir de uma revisão sistemática da literatura, iniciada em 2003, por um grupo de enfermeiras que a testaram para a realidade desse país. Assume como princípio basilar que a família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright, 2009). Os itens que a compõem integram as dimensões cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho...) e consideram que o conceito família utilizado na escala abrange todos os seus membros, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas (Benzein, et al, 2008).

Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Oliveira et al. (2009), denominando-se a versão portuguesa de, IFCE-AE (A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros). Tal como a escala original este instrumento é constituído por 26 perguntas existindo uma escala de concordância de estrutura do tipo Likert (4 opções), que varia desde discordo completamente (1) a concordo completamente (4). Considera-se que quanto maior o score obtido, mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são de suporte (Benzein et al., 2008).

Nesta tradução e validação da escala para português realizaram-se algumas alterações nomeadamente no que diz respeito às dimensões. Apesar do FINC-NA comportar quatro dimensões, o IFCE-AE foi categorizado apenas em três dimensões (cf. Quadro 1): família como parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens), família como recurso dos cuidados de enfermagem (10 itens) e família como um fardo (4 itens) (Oliveira et al., 2009).

Quadro 1 - Dimensões da Escala IFCE-AE

Dimensões	Itens
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	4;6; 12; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 24; 25
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	1; 3; 5; 7; 10; 11; 13; 20; 21; 22
Família como um fardo	2; 8; 23; 26

A pontuação obtida na 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 (Barbieri et al., 2009).

No nosso estudo, de modo a avaliar a consistência interna da escala recorreu-se ao coeficiente de Alpha de Cronbach tendo a escala IFCE-AE obtido um valor de 0.83 e as suas dimensões: “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”, “Família como recurso dos cuidados de enfermagem” e “Família como um fardo” valores de Alpha de 0.73, 0.82 e 0.53, respetivamente (cf. Quadro 2).

O quadro 2 permite-nos a comparação entre os valores obtidos na validação da escala para a população portuguesa e os valores obtidos no nosso estudo. Observa-se que os valores encontrados são próximos dos encontrados pelos autores da escala.

Os valores mais baixos de Alpha de Cronbach revelam-se em ambos os estudos na dimensão família como um fardo.

De acordo com Pestana e Gageiro (2005) valores de Alpha de Cronbach entre 0.80 e 0.90 são classificados como bons. Deste modo, considerámos aceitáveis os valores de Alpha de Cronbach obtidos neste estudo para a IFCE-AE e suas três dimensões.

Quadro 2 - Análise da fidelidade da IFCE-AE e dimensões

	<b>Estudo de validação</b> <u>Alpha de Cronbach</u>	<b>Estudo atual</b> <u>Alpha de Cronbach</u>
<b>Dimensões</b>		
Família como parceiro dialogante e recurso de Coping	0.90	0.73
Família como recurso nos Cuidados de Enfermagem	0.84	0.82
Família como um fardo	0.49	0.53
<b>IFCE-AE global</b>	0.87	0.83

#### Parte IV – Capacidades da Competência Emocional

A Escala Veiga de Competências Emocionais (EVCE) (Veiga Branco, 2009, 2011) composta por cinco dimensões, correspondendo cada uma delas a uma das cinco capacidades do constructo teórico de Competência Emocional (Veiga Branco, 2005:157) a partir dos autores utilizados nesse estudo (Goleman, 1995, 1998, 2000; Goleman, Boyatzis e Mackee, 2007), com um total de 85 questões seguidas de uma escala de Likert, distribuídas por sete níveis com a intenção de testar a competência emocional. Cada uma destas afirmações ou itens, oferece a expressão de frequência temporal entre 1 (nunca) e 7 (sempre), considerando-se o 4 (por norma) – como valor mediano de frequência temporal,

ou seja, o ponto de corte para cada um destes itens. Assumindo que o valor 4 é o ponto de corte para cada comportamento representado por item, o mesmo será assumido para cada fator que emerge.

A escala poderá ter como score mínimo 85 e máximo de 595 tendo como ponto de corte 340. Considerando-se que quanto mais elevado o score, maior é a capacidade para gerir as emoções.

Cada uma das capacidades surge expressa em afirmações e expressões, que possibilitam a perceção dos elementos da amostra no nível de identificação das mesmas. Os 85 itens, que pretendem chegar a configurar a Competência Emocional surgem distribuídos por cinco domínios, correspondentes às capacidades do conceito inicial da inteligência emocional, nomeadamente:

- Autoconsciência (20 itens)
- Gestão de Emoções (18 itens)
- Automotivação (21 itens)
- Empatia (12 itens)
- Gestão de Emoções em Grupos (14 itens)

No presente estudo obtivemos muito boa consistência interna com valor de  $\alpha$  de Cronbach de 0.89 para o total da escala de competência emocional. Nas diferentes capacidades os valores de consistência interna variaram entre 0.64 e 0.86. Verifica-se que a capacidade Automotivação teve a consistência mais baixa (0.64), contrariando os valores da escala que revela os valores mais elevados nesta capacidade (0.85) e as capacidades de Empatia e Gestão de Emoções estiveram no escalão de boa (0.86 V 0.85) (Cf. Quadro 3).

Quadro 3 - Análise da fidelidade da EVCE e Capacidades

	Estudo validação	Estudo atual
	<u>Alpha de Cronbach</u>	<u>Alpha de Cronbach</u>
IFCE-AE	0.90	0.89
<b>Capacidades:</b>		
Autoconsciência	0.81	0.66
Gestão das Emoções	0.69	0.71
Automotivação	0.85	0.64
Empatia	0.83	0.86
Gestão de Emoções em Grupo	0.84	0.85

## 1.6. Procedimentos estatísticos

Após a colheita de dados, efetuamos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como o coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$  \* - *diferença estatística significativa*

$p < 0.01$  \*\* - *diferença estatística bastante significativa*

$p < 0.001$  \*\*\* - *diferença estatística altamente significativa*

$p \geq 0.05$  n.s. – *diferença estatística não significativa*

Para a caracterização, descrição e análise inferencial dos dados utilizámos o programa Stistical Package Social Science 19 para o Windows e Word Microsoft.

No que respeita à estatística inferencial podem utilizar-se testes paramétricos e não-paramétricos. Os primeiros exigem suposições sobre a natureza ou forma da população envolvida enquanto os segundos não dependem de tais exigências (Triola, 1999).

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Marôco, 2007). Ao longo deste estudo, por vezes, serão utilizados os testes não-paramétricos, sempre que o n for inferior a 30, ou caso não se verifiquem as duas condições exposta por Marôco (2011), os testes não paramétricos têm como vantagens, o facto de poderem ser aplicados a uma ampla diversidade de situações, não exigindo populações distribuídas normalmente. Ao contrário dos métodos paramétricos, os métodos não-paramétricos podem ser aplicados a dados não numéricos, como por exemplo, o género. Em geral este tipo de métodos envolve cálculos mais simples do que os seus correspondentes paramétricos, sendo assim mais fácil de entender. No entanto, os métodos não-paramétricos tendem a perder informação pois os dados numéricos exatos são frequentemente reduzidos a uma forma qualitativa, para além

disso, não são tão eficientes quanto os testes paramétricos, requerendo uma amostra maior para que se possa rejeitar a hipótese nula (Pestana & Gageiro, 2008).

Para testar as hipóteses, recorreremos aos seguintes testes não-paramétricos:

**Teste U de Mann Whitney** - teste alternativo ao Teste t de student para amostras independentes, nomeadamente quando os pressupostos deste teste não são válidos, ou seja, quando as amostras são de pequena dimensão, muito diferentes, ou as variâncias muito heterogéneas (Marôco, 2011). Este teste possibilita verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos (Pestana & Gageiro, 2003).

**Teste de Kruskal-Wallis** - utilizado nas situações em que a ANOVA não pode ser utilizada, nomeadamente quando as variâncias são muito heterogéneas. O Teste de Kruskal-Wallis pode ser usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Marôco, 2011).

Na estatística paramétrica foi utilizado o *Teste de Qui Quadrado* ( $\chi^2$ ) e a regressão linear simples e múltipla.

**Teste de Qui Quadrado** ( $\chi^2$ ) - utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. O teste Qui-Quadrado de *Pearson* pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequências esperadas inferiores a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Em tabelas de 2x2 alguns investigadores consideram ser ainda necessário não existir nenhuma célula com frequência esperada inferior a 5. Se os pressupostos do teste do Qui-Quadrado não forem garantidos o nível de significância pode ser enganador, (Pestana & Gageiro, 2008, p. 131 a 133). O valor do residual ajustado necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna, quando tal não acontece não é possível aplicar o valor residual ajustado. Quando os resíduos se situam entre -1,96 e 1,96 o comportamento dessa célula é semelhante ao esperado à média, e não há nada de novo a revelar. Quando o valor do residual é acima de 1,96 ou inferior a -1,96 existe um comportamento significativo face ao esperado, (Pestana & Gageiro, 2008).

O teste de Fisher é um teste não paramétrico potente quando se pretende comparar duas amostras independentes de pequena dimensão, usado em tabelas de 2x2. Este teste é uma alternativa ao teste Qui-Quadrado quando, este não pode ser usado em tabelas 2x2 quando um dos valores for inferior a 5 (Marôco, 2007, p.112).

Em relação às correlações entre duas variáveis quantitativas foi utilizada a **regressão linear simples**, que permite medir a intensidade e o sentido da associação entre as variáveis. É uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e +1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior é a associação linear. A

associação pode ser negativa se a variação entre as variáveis for em sentido contrário, ou pode ser positiva se a variação for no mesmo sentido. Segundo Pestana e Gageiro (2008, p.181), classificam-se da seguinte forma:

$0.2 \leq r < 0.39$	associação baixa
$0.4 < r < 0.69$	associação moderada
$0.7 < r < 0.89$	associação alta
$0.9 < r \leq 1$	associação muito alta



## 2. Apresentação dos resultados

Neste capítulo, inerente à apresentação de resultados, procurou-se caracterizar não apenas os *scores* obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra, para a variável dependente e independentes em estudo, mas também analisar como estas variáveis se associam entre si, tendo como referência os objetivos que orientaram a presente investigação. A apresentação dos resultados é feita através de quadros onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

### 2.1. Análise descritiva

A análise da estatística descritiva consiste na delimitação das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 2009).

A apresentação dos resultados surge esquematizada em quadros, acompanhados pelas análises correspondentes.

A amostra é constituída por 174 enfermeiros, 35 do género masculino (20.1%) e 139 do género feminino (79.9%), em que o grupo etário mais predominante é dos 30 aos 39 anos (40.8%), seguido dos enfermeiros com idade entre os 40 e os 49 anos. É de realçar que 19.0% têm mais de 50 anos e 8.6% tem idade inferior a 29 anos.

A distribuição entre homens e mulheres é semelhante onde o **grupo etário** entre os 30 e os 39 anos é o mais representado com 45.6% e 39.6% (cf. Quadro 4).

Quanto ao **estado civil**, a maioria dos enfermeiros da amostra são casados ou vivem em união de facto (76.4%) e 18.4% é solteiro (cf. Quadro 4).

Relativamente às **habilitações literárias e académicas** podemos afirmar que 23.6% possuem uma Pós-graduação e 27.6% uma Especialidade. São detentores do 2º Ciclo (Mestrado) e 3º Ciclo (Doutoramento) 16.1% dos enfermeiros. Na análise em função do género, observamos que nos homens existem mais enfermeiros com Pós- graduação

(28.6%), Mestre (20.0%) por sua vez as mulheres enfermeiras possuem mais Especialidade e Doutorado face aos homens.

Quadro 4 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
<b>Grupo etário</b>								
Dos 20aos 29 anos	1	2.9	14	10.0	15	8.6	-1.4	1.4
Dos 30 aos 39 anos	16	45.6	55	39.6	71	40.8	0.7	-0.7
Dos 40 aos 49 anos	10	28.6	45	32.4	55	31.6	-0.4	0.4
50 ou mais anos	8	22.9	25	18.0	33	19.0	0.7	-0.7
<b>Estado civil</b>								
Solteiro	5	14.3	27	19.4	32	18.4	-0.7	0.7
Casado ou em união fato	29	82.8	104	74.8	133	76.4	1.0	-1.0
Divorciado, separado ou viúvo	1	2.9	8	5.8	9	5.2	-0.7	0.7
<b>Habilitações literárias e académicas</b>								
Pós-graduação	10	28.6	31	22.3	41	23.6	0.8	-0.8
Especialidade	9	25.7	39	28.1	48	27.6	-0.3	0.3
Mestrado	7	20.0	20	14.4	27	15.5	0.8	-0.8
Doutoramento	0	0.0	1	0.7	1	0.6	Não aplicável	

O estudo relativo às **variáveis profissionais** revelou que face ao **tempo de serviço**, a maioria dos enfermeiros (68.4%) trabalha à 13 anos e mais enquanto que 13.8% exerce funções como enfermeiro à menos de sete anos.

Observamos que relativamente à **categoria profissional**, a maioria dos homens e das mulheres pertencem à categoria profissional dos “enfermeiros”, com respetivamente 54.3% e 60.4%, seguidos daqueles que pertencem à categoria profissional dos “enfermeiros graduados”, com 37.1% dos enfermeiros e 25.9% das enfermeiras. Quanto às outras duas categorias profissionais invertem-se as tendências, já que em terceiro lugar nos homens a categoria profissional é a de “enfermeiro chefe” com 5.7%, enquanto nas mulheres é a de “enfermeiro especialista” com 9.4%, no entanto o estudo comparativo entre os géneros revela que os valores são semelhantes, não havendo relações estatisticamente significativas (cf. Quadro 5).

No que respeita ao “**tempo de serviço na categoria profissional**”, a maior parte dos enfermeiros respondeu que trabalha entre 13 a 20 anos (40.8%), e com menor percentagem são os que responderam 7 anos ou menos (17.2%), (cf. Quadro 5).

No que concerne à variável “**tempo no atual serviço**”, a maior parte da amostra refere que trabalha no serviço entre “13 anos e os 20 anos” (31.0%), seguidos do que responderam “entre 8 a 12 anos”, em terceiro lugar os que responderam “até aos 2 anos” (19.5%), e por fim com 10.9% os que responderam “21 ou mais anos”. A distribuição entre homens e mulheres é semelhante aos da amostra global, embora nos homens exista uma

percentagem mais elevada de enfermeiros a trabalhar no mesmo serviço entre os 13 e os 20 anos (42.9%), (cf. Quadro 5).

A maioria dos **enfermeiros trabalha** em serviços de internamento (66.1%), sendo que nos homens existe maior percentagem que trabalha em serviços de internamento face às mulheres (85.7% vs 61.2%), revelando os valores residuais ajustados diferenças significativas entre homens e mulheres ( $res=2.7$ ), ou seja os homens trabalham mais em serviços de internamento e as mulheres em serviços de ambulatório, (cf. Quadro 5).

Por fim, quando se questionou se os enfermeiros já **exerceram funções em outros serviços** ou unidades a maioria respondeu “sim” com 78.2%. Observamos que 82.0% das mulheres já esteve em mais do que um serviço, por sua vez nos homens essa percentagem é mais baixa (62.9%), evidenciando os valores residuais ajustados diferenças significativas ( $res=2.5$ ), ou seja os homens estão mais acomodados aos serviços onde trabalham, por sua vez as mulheres enfermeiras têm tendência para experimentar outras realidades de outros serviços, (cf. Quadro 5).

Relativamente à **formação que os enfermeiros** têm na área da enfermagem de família, a maioria da amostra (66.7%) respondeu negativamente, sendo que 28.65% possui essa formação. Quanto ao género, as mulheres (34.5%) destacam-se na formação na área da enfermagem de família (cf. Quadro 5).

Quadro 5 - Caracterização das variáveis profissionais dos enfermeiros em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
<b>Tempo de serviço</b>								
Até aos 7 anos	4	11.4	20	14.4	<b>24</b>	<b>13.8</b>	-0.5	0.5
8 aos 12 anos	6	17.1	25	18.0	<b>31</b>	<b>17.8</b>	-0.1	0.1
13 aos 20 anos	14	40.1	49	35.3	<b>63</b>	<b>36.2</b>	0.5	-0.5
21 ou mais anos	11	31.4	45	32.4	<b>56</b>	<b>32.2</b>	-0.1	0.1
<b>Categoria profissional</b>								
Enfermeiro	19	54.3	84	60.4	<b>103</b>	<b>59.2</b>	-0.7	0.7
Enfermeiro graduado	13	37.1	36	25.9	<b>49</b>	<b>28.2</b>	1.3	-1.3
Enfermeiro especialista	1	2.9	13	9.4	<b>14</b>	<b>8.0</b>	-1.3	1.3
Enfermeiro chefe	2	5.7	6	4.3	<b>8</b>	<b>4.6</b>	0.4	-0.4
<b>Tempo de serviço na categoria profissional</b>								
Até aos 7 anos	5	14.3	25	18.0	<b>30</b>	<b>17.2</b>	-0.5	0.5
8 aos 12 anos	6	17.1	30	21.6	<b>36</b>	<b>20.7</b>	-0.6	0.6
13 aos 20 anos	17	48.6	54	38.8	<b>71</b>	<b>40.8</b>	1.0	-1.0
21 ou mais anos	7	20.0	30	21.6	<b>37</b>	<b>21.3</b>	-0.2	0.2
<b>Tempo no atual serviço</b>								
Até aos 2 anos	3	8.6	31	22.3	<b>34</b>	<b>19.5</b>	-1.8	1.8
3 aos 7 anos	6	17.1	26	18.7	<b>32</b>	<b>18.4</b>	-0.2	0.2
8 aos 12 anos	6	17.1	29	20.9	<b>35</b>	<b>20.1</b>	-0.5	0.5
13 aos 20 anos	15	42.9	39	28.1	<b>54</b>	<b>31.0</b>	1.7	-1.7
21 ou mais anos	5	14.3	14	10.0	<b>19</b>	<b>10.9</b>	0.7	-0.7
<b>Tipo de unidade onde exerce funções</b>								
Internamento	30	85.7	85	61.2	<b>115</b>	<b>66.1</b>	<b>2.7</b>	<b>-2.7</b>
Ambulatório	5	14.3	54	38.8	<b>59</b>	<b>33.9</b>	<b>-2.7</b>	<b>2.7</b>
<b>Experiência em outro serviço ou área</b>								
Sim	22	62.9	114	82.0	<b>136</b>	<b>78.2</b>	<b>-2.5</b>	<b>2.5</b>
Não	13	37.1	25	18.0	<b>38</b>	<b>21.8</b>	<b>2.5</b>	<b>-2.5</b>
<b>Formação em enfermagem de família</b>								
Sim	10	28.6	48	34.5	<b>58</b>	<b>33.3</b>	<b>-0.7</b>	<b>0.7</b>
Não	25	71.4	91	65.5	<b>116</b>	<b>66.7</b>	<b>0.7</b>	<b>-0.7</b>

Tendo por base os 58 enfermeiros com formação na área de enfermagem de família, observamos que 77.6% responderam que receberam formação em “contexto académico”, 22.4% através de “formação contínua”, 17.2% por formação dada na instituição onde trabalham e 5.2% através de outros contextos.

Nos homens com formação, 90.0% adquiriu a formação em contexto académico e por sua vez nas mulheres foi através de instrução académica (75.0%) e da instituição onde trabalham (18.8%) (cf. Quadro6).

Quadro 6 - Caracterização do contexto em que os enfermeiros adquiriram formação em enfermagem de família em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
<b>Contexto académico</b>								
Sim	9	90.0	36	75.0	45	77.6	--	--
Não	1	10.0	12	25.0	13	22.4	--	--
<b>Formação contínua</b>								
Sim	1	10.0	12	25.0	13	22.4	-1.2	1.2
Não	9	90.0	36	75.0	45	77.6	1.2	-1.2
<b>Na instituição</b>								
Sim	1	10.0	9	18.8	10	17.2	-0.8	0.8
Não	9	90.0	39	81.3	48	82.8	0.8	-0.8
<b>Outros contextos</b>								
Sim	0	0.0	3	6.3	3	5.2	Não aplicável	
Não	10	100.0	45	93.8	55	94.8	0.8	-0.8

### Competência Emocional

O estudo da Competência Emocional e das cinco capacidades que a constituem foram analisadas tendo por base os pontos de corte que os autores definem quer para a nota global quer para as dimensões, onde se considera o ponto medio o ponto de corte. Os mesmos autores consideram que quanto mais elevado o score, maior é a capacidade para gerir as emoções.

O estudo de cada capacidade considerando como variável contínua revela que quanto à nota global da Competência Emocional, observamos que os itens variam entre mínimo de 246 e um máximo de 439, com uma oscilação reduzida em torno da média (CV=10.6%), com um valor médio de 346.64 (Dp=36.35), com uma curva de dispersão simétrica e mesocúrtica. Os valores da dimensão Autoconsciência variam entre 57 e 112, com um valor médio de 80.71 (Dp=9.66), sendo a dimensão com valor mais elevado embora seja a dimensão constituída por vinte itens, seguida da capacidade para a Auto Motivação com um valor medio de 76.65 ( $\pm 9.03$ ) e da capacidade para Gerir Emoções com os valores a oscilarem entre 40 e um máximo de 96 com um valor medio de 69.72 ( $\pm 10.35$ ). Na capacidade de Gestão de Emoções de grupos existe uma dispersa moderada de valores em torno da média (CV=19.6%), com os valores a oscilarem entre 45 e 121 e um valor medio de 63.36 com um desvio padrão de 12.44, por ultimo a capacidade que os enfermeiros têm para a Empatia apresenta um valor de 55.88 ( $\pm 8.87$ ). Analisando as medidas de dispersão dos valores em torno da medio são baixos em todas as dimensões (CV<15%), exceto na dimensão da capacidade de Empatia e da Gestão de Emoções de Grupos, (cf. Quadro7).

Quadro 7 - Estatísticas relativas às Capacidades da Competência Emocional

	n	Min	Max	M	Dp	Sk <sub>erro</sub>	K <sub>erro</sub>	CV (%)
Autoconsciência	174	57	112	80.71	9.66	2.478	2.885	<b>11.9</b>
Gestão Emoções	174	40	96	69.72	10.35	-.521	-0.407	<b>14.8</b>
Automotivação	174	54	108	76.65	9.03	2.001	1.535	<b>11.8</b>
EMPATIA	173	33	78	55.88	8.87	1.924	-.801	<b>15.9</b>
Gestão Emoções em Grupo	174	45	121	63.56	12.44	6.157	5.256	<b>19.6</b>
Competência Emocional (Nota Global)	173	246	439	346.64	36.35	.151	.027	10.6

Mais de metade (53.8%) dos enfermeiros apresenta uma Competência Emocional considerada normal, enquanto 46.2% revelam uma Competência Emocional diminuída.

As mulheres apresentam maior percentagem (47,5%) de Competência Emocional diminuída.

Foi de nosso interesse identificar se as variáveis (género, estado civil, grupo etário, categoria profissional e unidade onde trabalha) influenciavam a Competência Emocional.

Quadro 8 - Caracterização dos enfermeiros relativamente aos níveis de Competência Emocional em função género

Género	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Níveis CE						
Competência Emocional diminuída	14	41.2	66	47.5	80	46.2
Competência Emocional normal	20	58.8	73	52.5	93	53.8

Procuramos de seguida verificar se algumas das variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros têm efeito significativo com a Competência Emocional. Desta forma a relação entre o género dos enfermeiros e as Capacidades da Competência Emocional e nota global (cf. Quadro 9), permite-nos constatar que os enfermeiros homens apresentam valores de ordenação média mais elevados nas capacidades e na nota global face as mulheres, exceto na dimensão capacidade de Empatia. Conclui-se que os homens possuem maiores capacidades na Autoconsciência, na Gestão de Emoções, na Automotivação na Gestão de Emoções de Grupo e na nota global. O teste U de Mann Whitney evidencia que as diferenças são significativas na capacidade de Gestão de Emoções ( $z=1724.5$ ;  $p=0.008^{**}$ ), o que significa que os homens têm maior habilidade na Gestão das suas Emoções em diferentes situações de trabalho face às mulheres.

Quadro 9 - Teste de U de Mann Whitney entre as Capacidades da Competência Emocional e o género

GÉNERO	Masculino	Feminino	U de Mann Whitney	
	OM	OM	z	p
Autoconsciência	88.53	87.24	2396.5	0.892
Gestão de Emoções	107.73	82.41	1724.5	0.008**
Automotivação	96.10	85.33	2131.5	0.258
Empatia	80.29	88.64	2135.0	0.383
Gestão de Emoções de Grupos	90.43	86.76	2330.0	0.700
<b>Competência Emocional (nota global)</b>	<b>96.75</b>	<b>84.62</b>	<b>2031.5</b>	<b>0.205</b>

O quadro 10 contempla as relações entre a Competência Emocional em função do estado civil, grupo etário e categoria profissional.

Podemos observar que a Competência Emocional é mais elevada nos enfermeiros divorciados ou separados (OM=75.39), nos enfermeiros com 50 anos ou mais (OM=90.50) e nos enfermeiros que pertencem à categoria de Enfermeiro Chefe (OM=117.44). Contudo o teste Kruskal-Wallis não evidencia diferenças significativas no estado civil ( $X^2=0.511$ ;  $p=0.775$ ), no grupo etário ( $X^2=0.261$ ;  $p=0.967$ ) e na categoria profissional ( $X^2=3.150$ ;  $p=0.369$ ), ou seja estas variáveis não influenciam a Competência Emocional dos enfermeiros.

Quadro 10 - Teste de Kruskal-Wallis da Competência Emocional global e o estado civil, grupo etário e categoria profissional

ESTADO CIVIL	Solteiro (N=31)	Casado ou a viver em união fato (n=133)	Divorciado ou separado (N=9)	Kruskal-Wallis		
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	X <sup>2</sup>	p	
<b>Competência Emocional (nota global)</b>	87.48	87.67	75.39	0.511	0.775	
GRUPO ETÁRIO	Dos 20aos 29 anos (N=15)	Dos 30 aos 39 anos (n=71)	Dos 40 aos 49 anos (n=55)	50 ou mais anos (n=33)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	X <sup>2</sup>	p
<b>Competência Emocional (nota global)</b>	87.25	85.13	87.25	90.50	0.261	0.967
CATEGORIA PROFISSIONAL	Enfermeiro (N=102)	Enfermeiro graduado (n=49)	Enfermeiro especialista (n=14)	Enfermeiro chefe (n=8)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	X <sup>2</sup>	p
<b>Competência Emocional (nota global)</b>	84.89	86.26	87.21	117.44	3.150	0.369

A análise da relação entre a Competência Emocional dos enfermeiros em função da unidade onde exerce funções revelou que os enfermeiros que trabalham em serviços de

internamento têm maior capacidade na Gestão das Emoções face aos que trabalham em serviços de ambulatório, contudo sem evidência significativa ( $z=3285.0$ ;  $p=0.803$ ).

Quanto à influência da variável formação em enfermagem de família, constatámos que os enfermeiros que possuem formação nesta área apresentam melhor Competência Emocional, no entanto sem evidência significativa ( $p=0.785$ ), (cf. Quadro11).

Quadro 11 - Teste de U de Mann Whitney da Competência Emocional global e a unidade onde trabalha

UNIDADE ONDE TRABALHA	Internamento	Ambulatório	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	z	p
<b>Competência Emocional (nota global)</b>	87.68	85.68	3285.0	0.803
FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	Sim (N=58)	Não (N=115)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	z	P
<b>Competência Emocional (nota global)</b>	88.47	86.26	3250.0	0.785

### Atitudes dos Enfermeiros na Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem

A variável dependente *Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros* foi avaliada através da escala validada para a população portuguesa por Oliveira e colaboradores, em 2009. A pontuação obtida na escala pode variar entre 26 e 104, considerando-se que quanto maior o score obtido, melhores são as atitudes de suporte por parte dos enfermeiros face à família.

Quanto à dimensão da **Família: parceiro dialogante e recurso de coping**, observamos que os itens variam entre mínimo de 26 e um máximo de 64, com uma oscilação baixa em torno da média ( $CV=12.4\%$ ), com um valor médio de 36.18 ( $Dp=4.025$ ). Os valores da **Família: recurso nos cuidados de enfermagem** variam entre 24 e 40, com um valor medio de 30.64 ( $Dp=3.417$ ), com uma dispersão baixa em torno da média ( $CV=11.1\%$ ). Por sua vez na dimensão **Família como um fardo** obtivemos um valor medio de 8.44 com os valores a oscilarem em torno da média de forma moderada ( $CV=20.3\%$ ).

Quanto à análise da nota global da Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem, obtivemos os valores a oscilarem entre mínimo de 59 e um máximo de 100 com um valor médio de 75.26 e um desvio padrão de 6.533, indicando uma dispersão baixa em torno da média ( $CV=8.9\%$ ). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error) podemos inferir que a distribuição na amostra total é assimétrica positiva e leptocúrtica (cf. Quadro 12).

Quadro 12 - Estatísticas relativas à Importância da família nos cuidados de Enfermagem – atitudes dos enfermeiros em função do género

	n	Min	Max	M	Dp	Sk <sub>erro</sub>	K <sub>erro</sub>	CV (%)
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>								
<b>Masculino</b>	35	28	45	35.40	3.751	0.724	1.055	10.6
<b>Feminino</b>	139	26	64	36.59	4.701	8.267	18.706	12.8
<b>Total</b>	174	26	64	36.18	4.025	8.603	20.025	12.4
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>								
<b>Masculino</b>	35	24	39	30.20	3.085	1.294	0.824	10.2
<b>Feminino</b>	139	24	40	30.76	3.497	2.529	-0.191	11.3
<b>Total</b>	174	24	40	30.64	3.417	2.908	0.079	11.1
<i>Família como um fardo</i>								
<b>Masculino</b>	35	4	13	8.46	1.945	0.364	0.221	22.9
<b>Feminino</b>	139	4	12	8.44	1.664	-1.655	0.150	19.7
<b>Total</b>	174	4	13	8.44	1.719	-1.120	0.257	20.3
<b><i>Importância da família nos cuidados de Enfermagem (Nota Total)</i></b>								
<b>Masculino</b>	35	63	91	74.06	5.439	2.043	2.342	7.3
<b>Feminino</b>	139	59	100	75.78	7.057	3.238	2.196	9.3
<b>Total</b>	174	59	100	75.26	6.533	3.968	2.956	8.9

A variável relativa a **Importância da família nos cuidados de Enfermagem (Nota Total)** foi operacionalizada em três grupos, tendo por base a fórmula: Mediana  $\pm$  0,25x Amplitude Interquartil (Pestana & Gageiro, 2008).

- **Importância ligeira**  $\leq 72.4$
- **Importância Moderada**  $72.4 > Md < 75.6$
- **Importância Elevada**  $\geq 75.6$

Observamos que a maioria dos enfermeiros atribui muita importância à família na prestação de cuidados (38.5%), 32.2% atribui ligeira importância à família e 29.3% atribui ao papel da família nos cuidados de enfermagem uma moderada importância. Nos homens existe maior representatividade no nível de importância ligeira (34.3%) e nas mulheres o grupo mais representado é o de que atribui muita importância ao papel da família nos cuidados de enfermagem (41.0%).

Quadro 13 - Estatísticas relativas à Importância da família nos cuidados de Enfermagem- atitudes dos enfermeiros (por grupos) em função do género

Género Variáveis	Masculino		Feminino		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
Importância ligeira	12	34.3	44	31.7	56	32.2	2.100	0.350
Importância Moderada	13	37.1	38	27.3	51	29.3		
Importância Elevada	10	28.6	57	41.0	67	38.5		

## 2.2. Análise inferencial

Após a análise descritiva dos resultados, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana e Gageiro, 2008). Sobre este assunto, Fortin (2009) refere que a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população. Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Procedemos de seguida à análise das correlações entre as diversas variáveis e a Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação.

**Hipótese 1** – As variáveis sociodemográficas (género, estado civil, grupo etário, habilitações literárias/académicas) influenciam a atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar

### • Género

Observámos através dos resultados do teste de U Mann Whitney expresso no quadro 11, que as mulheres apresentam valores de ordenações medias que indicam maior importância atribuída ao papel da família nas dimensões *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* (OM=89.64 vs OM=78.99), *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* (OM=88.86 vs OM=82.09), e na *Família como um fardo* (OM=87.96 vs OM=85.66), e na nota global da escala Importância atribuída a família pelos enfermeiros (OM=89.94 vs OM=77.80). Contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas quer nas três dimensões e na nota global ( $p>05$ ), ou seja concluímos que o género dos

enfermeiros não têm influência na importância atribuída ao papel da família nos cuidados prestados

De referir que ao analisar os níveis da importância da família nos cuidados de enfermagem com o género, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2=2.100$ ;  $p=0.350$ ) (cf. Quadro 12).

Quanto à influência do género nas dimensões das atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados constatamos que as mulheres apresentam melhores atitudes em todas as dimensões e Nota global, embora não existam diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 14).

Quadro 14 - Teste U de Mann Whitney das atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados (dimensões e Nota global) e o género

GÉNERO	Masculino	Feminino	U de Mann Whitney	
	OM	OM	z	p
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	78.99	89.64	2134.5	0.261
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	82.09	88.96	2243.0	0.474
Família como um fardo	85.66	87.96	2368.0	0.805
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	77.80	89.94	2093.0	0.201

#### • Estado civil

O estudo da relação entre o estado civil com as atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar mostrou que os enfermeiros divorciados ou separados são os que apresentam atitudes mais positivas considerando à família como elementos integrante nos cuidados, atribuindo em media mais importância a família e a sua integração nos cuidados de enfermagem (PM=95.0), em sentido inverso os enfermeiros solteiros são os que atribuíram em media menor revelo a integração da família (PM=77.33). O teste Kruskal-Wallis revelou que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas quer na nota global das atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem ( $\chi^2 = 1.709$ ;  $p= 0.425$ ), ou seja o estado civil não influencia as atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar (cf. Quadro 15).

#### • Grupo etário

Observou-se através dos resultados do teste de Kruskal-Wallis (cf. Quadro 15) que os enfermeiros mais velhos (50 anos ou mais) são os que apresentam melhores atitudes nas dimensões: *Família: parceiro dialogante e recurso de coping*, e *Família: recurso nos cuidados de enfermagem*, valores mais baixos na dimensão que considera a família como um fardo nos cuidados prestados aos doentes. Na nota global das Atitudes dos Enfermeiros

na Importância da família nos cuidados de enfermagem observamos que o grupo etário com idades entre os 20 e os 29 anos de idade são quem mais baixo valor obteve e em sentido oposto os enfermeiros com mais de 50 anos apresenta peso medio mais elevado indicando melhores atitudes com a família e vendo-a como elemento integrante nos cuidados de enfermagem. Contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas quer na nota global ( $\chi^2=2.842$ ;  $p=0.417$ ) e nas três dimensões.

• **Habilitações literárias / académicas**

Os resultados presentes no quadro 15, indicam que o teste de Kruskal-Wallis) revelou diferenças significativas na *dimensão: Família como um fardo*, onde os enfermeiros com o grau de licenciatura são quem menos atitude de suporte tem com a família, considerando que a sua integração nos cuidados apenas "atrasa" ou dificulta o seu trabalho (PM=95.39), por sua vez os enfermeiros com nível literário e académico mais elevado apresenta um valor mais baixo nesta dimensão, ou seja vê a família como um elemento importante nos cuidados que presta aos doentes, pelo que apresenta mais atitudes de suporte com a família quer na nota global da escala quer nas dimensões Família: parceiro dialogante e recurso de coping e Família: recurso nos cuidados de enfermagem.

O teste de Kruskal-Wallis indica que as diferenças são significativas na dimensão *Família como um fardo* ( $\chi^2=9.351$ ;  $p=.0025$ ), ou seja as habilitações literárias dos enfermeiros influência de forma parcial nas atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar.

Quadro 15 - Estatísticas relativas à Importância da família nos cuidados de Enfermagem- atitudes dos enfermeiros em função do estado civil, grupo etário e habilitações académicas e literárias

ESTADO CIVIL	Solteiro (N=31)	Casado ou a viver em união fato (n=133)		Divorciado ou separado (N=9)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	$\chi^2$	p
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	84.56	87.35		100.22	0.691	0.708
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	78.75	89.95		97.17	1.423	0.491
Família como um fardo	80.72	89.65		79.83	1.071	0.585
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	77.33	89.44		95.00	1.709	0.425
GRUPO ETÁRIO	Dos 20aos 29 anos (N=15)	Dos 30 aos 39 anos (n=71)	Dos 40 aos 49 anos (n=55)	50 ou mais anos (n=33)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	$\chi^2$	p
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	83.13	86.30	85.76	94.97	0.954	0.812
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	63.57	87.20	87.02	99.80	5.422	0.143
Família como um fardo	85.43	94.14	89.33	71.11	5.017	0.171
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	71.30	87.65	85.91	97.20	2.842	0.417
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	Licenciatura (N=103)	Especialidade (n=23)	Mestrado e doutoramento (n=26)	Pós graduação (n=22)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	$\chi^2$	P
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	83.89	90.48	102.23	83.89	2.976	0.395
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	87.91	90.78	99.35	68.16	4.839	0.184
Família como um fardo	95.39	83.33	62.88	84.02	<b>9.351</b>	<b>0.025*</b>
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	88.34	87.57	97.50	71.55	3.275	0.351

**Hipótese 2** – Existe relação entre as variáveis profissionais (categoria profissional, tempo de serviço na carreira de enfermagem, unidade onde trabalha, formação em enfermagem de família) e as atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar.

• **Categoria Profissional**

O estudo da relação da variável dependente com a categoria profissional, indicou que nas dimensões *Família: parceiro dialogante e recurso de coping*, *Família: recurso nos*

*cuidados de enfermagem* são os enfermeiros chefes que apresentam um valor médio que indica melhores atitudes nestas dimensões, quanto a dimensão *Família como um fardo*, são os enfermeiros com categoria de graduados os que tiveram um peso medio mais elevado, ou seja atitudes que consideram a família como um elemento que dificulta o trabalho de enfermagem.

O estudo da nota global da escala da Importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem revela que os enfermeiros que menor importância atribuem à família foram os que têm grau de enfermeiro graduado (PM=79.55), seguido dos enfermeiros (PM=87.24) e os enfermeiros especialistas (PM=90.89) e os enfermeiros chefes (PM=133.63) são os que atribuem mais importância integração da família no processo de cuidar.

O teste Kruskal-Wallis revelou diferenças significativas na nota global daa atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem ( $\chi^2=8.029$ ;  $p=0.045^*$ ) e nas dimensões *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* ( $\chi^2=8.090$ ;  $p=0.044^*$ ), *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* ( $\chi^2=7.829$ ;  $p=.049$ ) e na dimensão *Família como um fardo* ( $\chi^2=10.058$ ;  $p=0.018^*$ ), ou seja a categoria profissional exerce influência nas atitudes que os enfermeiros manifestam face à importância da família nos cuidados de enfermagem prestados (cf. Quadro 15).

#### **•Tempo de serviço na carreira de enfermagem**

Observou-se através dos resultados do teste de Kruskal-Wallis (cf. Quadro 16) que o tempo de serviço na carreira não exerce influência significativa quer nas dimensões *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* ( $p=.0953$ ), *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* ( $p=0.282$ ) e *Família como um fardo* ( $p=0.501$ ), quer na nota global da Importância da família ( $\chi^2=2.670$ ;  $p=0.445$ ), contudo podemos afirmar que os enfermeiros que apresentam atitudes que consideram a família como um elemento importante nos cuidados são os enfermeiros que trabalham à mais tempo (21 anos ou mais de profissão).

Quadro 16 - Estatísticas relativas à Importância da família nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros em função da categoria profissional e tempo de serviço na carreira

CATEGORIA PROFISSIONAL	Enfermeiro (N=103)	Enfermeiro graduado (n=49)	Enfermeiro especialista (n=14)	Enfermeiro chefe (n=8)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	$\chi^2$	P
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	87.46	77.31	100.57	127.56	8.090	0.044*
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	86.07	81.07	94.39	133.25	7.829	0.049*
Família como um fardo	90.90	93.71	50.54	70.38	10.058	0.018*
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	87.24	79.55	90.89	133.63	8.029	0.045*
TEMPO DE SERVIÇO NA CARREIRA	Até aos 7 anos (N=30)	8 aos 12 anos (n=36)	13 aos 20 anos (n=71)	21 ou mais anos (n=37)	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	$\chi^2$	P
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	85.85	88.21	85.82	91.36	0.339	0.953
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	74.18	84.49	89.47	97.45	3.819	0.282
Família como um fardo	83.68	98.72	84.55	85.34	2.360	0.501
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	78.30	90.69	84.82	96.99	2.670	0.445

#### • Unidade onde trabalham

Observámos através dos resultados do teste de U Mann Whitney expresso no quadro 16, que os enfermeiros que trabalham em serviços de ambulatório apresentam valores de ordenações médias que indicam mais atitudes de suporte dos enfermeiros sobre a família (OM=94.42 vs OM=93.95), sendo as diferenças estatisticamente não significativas ( $z=2984.0$ ;  $p=.193$ ). Contudo observamos uma relação significativa na dimensão *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* ( $z=2783.0$ ;  $p=.044^*$ ), ou seja os enfermeiros que trabalham no internamento consideram que a família não tem importância nos cuidados prestados apresentando atitudes que indiciam menor valor dado ao papel da família no melhoramento do doente, em sentido inverso os enfermeiros de ambulatório atribuem em média maior importância à família (OM=82.03 vs 98.17).

#### • Formação na área de enfermagem de família

Os enfermeiros com formação específica na área da Enfermagem de Família apresentam valores de ordenação média mais elevados na nota global e nas dimensões

*Família: parceiro dialogante e recurso de coping, Família: recurso nos cuidados de enfermagem* e menores na Dimensão que considera a família como um fardo. Constatando-se através do teste UMW diferenças significativas apenas na dimensão: Família como um fardo ( $z=2680.0$ ;  $p=.026^*$ ), ou seja, a formação na área da família influência de forma parcial as atitudes que os enfermeiros têm face à família (cf. Quadro 17).

Quadro 17 - Estatísticas relativas às Atitudes dos enfermeiros e a Importância da família nos cuidados de Enfermagem em função da unidade onde trabalha e da formação em enfermagem de família

UNIDADE ONDE TRABALHA	Internamento (N=115)	Ambulatório (N=59)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	z	P
<b>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</b>	82.03	98.17	<b>2783.0</b>	<b>0.044*</b>
<b>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</b>	84.14	94.04	3006.5	0.217
<b>Família como um fardo</b>	92.25	78.25	2846.5	0.077
<b>IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)</b>	83.95	94.42	2984.0	0.193
FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	Sim (N=58)	Não (N=116)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	z	P
<b>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</b>	92.97	84.77	3047.0	0.309
<b>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</b>	91.39	85.56	3138.5	0.469
<b>Família como um fardo</b>	75.71	93.40	<b>2680.0</b>	<b>0.026*</b>
<b>IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)</b>	88.84	86.83	3286.5	0.804

**Hipótese 3** – Existe relação entre as atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar e a competência emocional e capacidades

A Competência Emocional dos enfermeiros associou-se positivamente e de forma significativa com a nota global da Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem ( $r=.210$ ;  $p=.005^{**}$ ), e com as dimensões da família como recurso nos cuidados de enfermagem ( $r=.258$ ;  $p=.001^{**}$ ), ou seja quando aumenta a Competência Emocional dos enfermeiros para gerirem as suas emoções aumenta as atitudes de suporte para com a família ao aumentarem a importância que esta tem nos cuidados que são prestados ao doente. O valor de t da regressão linear simples indica que a Capacidade da Competência Emocional é responsável por 4.41% da variância dos valores obtidos na escala da Importância da família nos cuidados de enfermagem, e por 6.7% da dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem (cf. Quadro 18).

Por sua vez as dimensões Família: parceiro dialogante e recurso de coping e Família como um fardo não se associam de forma significativa com a competência emocional dos enfermeiros ( $p > .05$ ).

Quadro 18 - Análise da regressão linear simples entre as Capacidades da Competência Emocional e as atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de Enfermagem (nota global e capacidades)

	r	r <sup>2</sup> (%)	t	p
FAMÍLIA: PARCEIRO DIALOGANTE E RECURSO DE COPING	0.143	2.1	1.888	0.061
FAMÍLIA: RECURSO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	<b>0.258</b>	<b>6.7</b>	<b>3.498</b>	<b>0.001**</b>
FAMÍLIA COMO UM FARDO	-0.049	.3	-.639	0.524
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (NOTA GLOBAL)	<b>0.210</b>	<b>4.41</b>	<b>2.814</b>	<b>0.005**</b>

Para completar o nosso estudo inferencial foi elaborada uma regressão linear múltipla para testar o valor preditivo de algumas variáveis independentes consideradas por nós de maior interesse estatístico (as dimensões e a nota global da Capacidade da Competência Emocional) em relação à variável dependente atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem, (cf. Quadro 18). Para tal procedeu-se a um teste de regressão linear múltipla, uma vez que é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente.

O método de estimação usada foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos, quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras.

O erro padrão da estimativa foi de 6.349 neste modelo de regressão e o valor da “*variance inflation factor*” (VIF)<sup>1</sup> permite concluir que não existem variáveis com efeito colineares, uma vez que o valor de VIF foi de 1.000 (cf. Quadro 18).

Os valores descritos no Quadro 19, permitem considerar que dos fatores que entraram no modelo de predição, apenas a dimensão Empatia predizem a atitude da Importância da família nos cuidados de Enfermagem explicando 6% da sua variância.

A análise comparativa dos coeficientes de beta sugere-nos que a variável *Empatia* varia na razão direta, ou seja, quanto maior for a empatia maior é a Importância que os enfermeiros atribuem a família como elemento integrante nos cuidados de saúde.

Quadro 19 - Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável Atitude dos Enfermeiros e a Importância da família nos cuidados de Enfermagem

VARIÁVEL DEPENDENTE = Atitude dos Enfermeiros e a Importância da família nos cuidados de Enfermagem						
R Múltiplo = 0.256						
R <sup>2</sup> = 0.066						
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.060						
Erro padrão da estimativa = 6.349						
F= 12.028						
p= 0.001						
PESOS DE REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R <sup>2</sup>	t	p	Colinearidade VIF
Constante	64.699	3.088		20.950	0.000***	
Empatia	0.256	0.060	0.055	3.468	0.001**	1.000
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	P	
Regressão	484.901	1	484.901	12.028	0.001**	
Residual	6893.781	171	40.315			
Total	7378.682	172				

### 3. Discussão

A discussão é caracterizada como sendo a interpretação dos dados resultantes da investigação. É no decorrer da discussão que o investigador confronta os resultados do seu trabalho com investigações já desenvolvidas, previamente selecionadas e compiladas na sua fundamentação teórica (Fortin, 2009).

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

#### 3.1. Discussão metodológica

As dificuldades metodológicas, que, de alguma forma, se apresentaram como limitações à realização do presente estudo, serão enumeradas em seguida.

Na seleção do instrumento de colheita de dados, tivemos em consideração os objetivos do estudo e características da população. Optámos por utilizar o questionário, que foi elaborado tendo em consideração algumas características da população, os objetivos do estudo e a preservação da confidencialidade e anonimato da informação recolhida.

Formalizou-se o pedido de autorização para a recolha de dados à Administração do Centro Hospitalar Tondela Viseu tendo o mesmo sido diferido. Posteriormente os investigadores entraram em contacto com os enfermeiros, através dos enfermeiros-chefes, explicando-lhes o objetivo do estudo e solicitar a participação e colaboração no mesmo. Foi pedido aos participantes o preenchimento do consentimento informado, e posteriormente efetuada a colheita de dados que decorreu entre Março e Abril de 2016.

O processo de entrega e recolha do instrumento de colheita de dados constituíram uma limitação do estudo, uma vez que, a dinâmica organizacional apresentou-se como um obstáculo à entrega aleatória e confidencial do mesmo.

Os questionários que se encontravam incompletos ou incorretamente preenchidos foram excluídos, resultando uma amostra final de 174 enfermeiros.

Apesar de algumas contrariedades, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido.

Assim, com base nos resultados obtidos, pensamos que os principais objetivos a que nos propusemos foram atingidos com sucesso, uma vez que foi possível:

- Caracterizar sociodemográfica e profissional os enfermeiros;
- Determinar as atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem;
- Avaliar as capacidades da competência emocional dos enfermeiros;
- Determinar se as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família no cuidar;
- Averiguar se existe relação entre as atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar e a Competência Emocional.

Atendendo ao estudo que realizámos e às características dos dados obtidos, consideramos que os resultados evidenciados pela análise da informação colhida, merecem, por si só, alguma reflexão, e confrontação com a revisão da literatura.

### 3.2. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados destina-se a uma reflexão sobre os dados encontrados, por referência às questões empíricas, hipóteses ou previsões iniciais, bem como a consideração da sua validade e legitimidade de possíveis generalizações (Coutinho, 2013).

Foi objetivo do nosso estudo determinar que atitudes os enfermeiros têm maioritariamente para com as famílias dos seus utentes, e que fatores promovem a adoção das mesmas, nomeadamente no que concerne às variáveis: Caracterização sociodemográfica e profissional e a Competência Emocional dos enfermeiros.

Neste capítulo serão discutidos os resultados encontrados tendo em conta os objetivos definidos e as questões de investigação definidas e comparando-os com a literatura existente acerca da temática trabalhada.

Atualmente já existe alguma evidência científica de que as famílias começam a ser vistas pelos enfermeiros como suporte aos cuidados bem como acerca das vantagens da parceria de cuidados.

A presença da família a nível hospitalar é não só um apoio emocional importante para o doente hospitalizado, mas também uma fonte de informação necessária para os enfermeiros para uma melhor prestação de cuidados, sendo a partilha de cuidados vista pelos profissionais como fomentadora da participação das famílias sobre a dinâmica e decisões acerca do cuidado ao cliente (Angelo, 2011).

### **Atitude dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados de enfermagem**

Os enfermeiros atribuem uma importância elevada à participação da família nos cuidados, com prevalência nas mulheres.

Estes resultados são corroborados por Gonçalves (2008) ao afirmar que a presença dos familiares a nível hospitalar, é vista pelos profissionais como benéfico, essencialmente para o utente, mas também para familiares e enfermeiros, começando a parceria de cuidados com a família a ser encarada como benéfica para o utente, a família e o enfermeiro.

Os resultados destas pesquisas, vão de encontro aos por nós obtidos com este estudo, os quais revelam que os enfermeiros quer das unidades de internamento quer das unidades de ambulatório têm para com os familiares dos seus utentes, atitudes essencialmente de suporte, promovendo a sua inclusão nos cuidados de enfermagem.

Tal conclusão advém do facto de ter sido encontrado um score total da IFCE-AE de 83. De acordo com os autores dos instrumentos original e versão portuguesa (Benzein, 2008; Oliveira, 2009), quanto maior o score total da escala, mais as atitudes dos enfermeiros para com as famílias são de suporte.

De realçar que no nosso estudo, tal como no de Oliveira et al (2009), Martins et al (2010), Sousa (2011), Rodrigues (2013), Angelo et al (2014) Fernandes et al (2015), a presença da família é essencialmente percebida como parceiro dialogante e recurso de coping enquanto nos estudos realizados Silva et al (2013) e Alves et al (2014) de entre as atitudes mais favoráveis os enfermeiros percebem a família em primeiro lugar como um recurso aos cuidados de enfermagem.

Julgámos, que esta diferença no tipo de atitudes adotadas pelos enfermeiros pode residir no facto de serviços diferentes terem especificidades e necessidades diferentes.

Este resultado parece-nos indicador de que os enfermeiros da área hospitalar, reconhecem a importância da inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem pois percebem que serão os familiares os principais cuidadores dos utentes quando estes tiverem alta do hospital.

Acrescentamos ainda que grande parte dos doentes exigem cuidados com continuidade na família, então será importante desenvolver uma cultura de aproximação às famílias, pois esta é uma condicionante para a relação que será criada entre enfermeiro/doente/família (Wright e Leahey, 2009).

As médias obtidas referentes à dimensão “Família: como parceiro dialogante e recurso de coping” suportam a opinião dos enfermeiros do estudo, de que a família é uma importante fonte de informação, um interlocutor com quem se pode estabelecer um diálogo

terapêutico e é valorizado o seu envolvimento nos cuidados ao doente, tal como no estudo de Astedt-Kurki et al. (2001), que afirma que a maioria dos profissionais considera importante a interação com a família e consideram-na essencialmente como informante e recetora de informação, em que os temas mais abordados na relação são: o estado de saúde do doente, a alta hospitalar e a continuidade dos cuidados no domicílio.

Ao traçar um perfil dos nossos participantes podemos afirmar que são maioritariamente do género feminino, com idades compreendidas entre 30 e 39 anos e são casados ou vivem em união de facto.

Quanto ao título profissional são generalistas e possuem uma Especialidade (27,68%) de acordo com as áreas de especialidades reconhecidas pela OE, enquanto, 23,6% (41) dos enfermeiros referem estar habilitados com um curso pós-graduação, 15,5% (27) possuem mestrado existindo apenas um enfermeiro com doutoramento.

No que diz respeito à categoria profissional, 8,0% (14) dos enfermeiros são especialistas e 4,6% (8) enfermeiros chefes.

O tempo de serviço é entre 13 e 20 anos, exercem funções no internamento e revelam ter experiência em outros serviços ou áreas de prestação de cuidados. Não possuem formação na área de enfermagem de família. Dos enfermeiros detentores, esta formação foi adquirida em contexto académico.

## **Atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem face às variáveis sociodemográficas e profissionais**

### **Género**

A relação entre as Atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem e o género não revela diferenças estatísticas significativas.

Estes resultados estão em linha com os obtidos por Oliveira et al. (2009) que ao analisar as atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP, não encontrou diferenças estatisticamente significativas relativas ao género.

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

### **Estado civil**

A relação entre as Atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem e o estado civil não revela diferenças estatísticas significativas.

Na pesquisa bibliográfica não foram encontrados resultados referentes a esta variável.

De acordo com a nossa experiência profissional leva-nos a crer que os profissionais casados ou que vivem em união terão uma atitude positiva em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem. Ainda mais se têm ou já tiveram um familiar doente que necessitou de cuidados.

No estudo de Benzein et al. (2008b), os enfermeiros que relatam ter experiência com um familiar doente, têm uma atitude mais favorável com a família como parceiro dialogante e de apoio, do que aqueles que não tem essa experiência. As mesmas autoras concluíram que a boa comunicação entre os enfermeiros e família é facilitada, se a pessoa enfrentou uma doença grave dentro da própria família.

### **Idade**

A relação entre as Atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem e o género não revela diferenças estatísticas significativas.

Os resultados do nosso estudo referente a esta variável convergem com outros, tais como Benzein et al. (2008) Alves (2009), Oliveira et al. (2009), Martins et al. (2010), Sousa (2011), Angelo et al (2014), Fernandes et al (2015) e, em particular, com os dados fornecidos pela OE (2015), nos quais está registado que mais de 82% dos enfermeiros são do género feminino.

Os dados da OE indicam que de entre os enfermeiros inscritos na Ordem em 31 de Dezembro de 2015, 33,1% tinham idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos, sendo o intervalo 31 e os 35 anos o mais representativo e relativamente ao título profissional 78,2% eram generalistas e 21,34% eram especialistas.

### **Habilitações académicas e literárias**

A relação entre as Atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados e as habilitações académicas e literárias revela diferenças estatísticas significativas.

Benzein et al. (2008b) constatou que as maiores atitudes que sustentam a ideia de que a família configura-se como um fardo nos cuidados de enfermagem era entre os enfermeiros com menor tempo de graduação. As autoras referem que a concepção de que a família é um fardo está relacionada à ideia de que o enfermeiro não dispõe de tempo para cuidar das famílias e que elas são indesejáveis nos ambientes de cuidados. No nosso estudo, essa constatação também foi encontrada entre os enfermeiros com menor graduação académica. Os enfermeiros com nível académico mais elevado apresentam mais

atitudes de suporte com família quer na nota global da escala quer nas dimensões família: parceiro dialogante e recurso de coping e família: recurso nos cuidados de enfermagem.

Angelo (2014) no seu estudo com enfermeiros em contexto de pediatria não vai de encontro aos nossos resultados no sentido, que os enfermeiros com mais graduação tinham maiores atitudes que consideram a família como um fardo e encara que esta visão pode constituir evidências importantes de que o enfermeiro estabelece prioridades ao iniciar a sua atividade profissional e que essas podem ou não incluir o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Acrescenta que considerar a família como um fardo é uma barreira para o desenvolvimento de um relacionamento colaborativo entre enfermeiros e famílias e pode estar relacionado às barreiras pessoais, organizacionais e ambientais.

### **Categoria profissional**

Os resultados mostram que existe relação estatisticamente significativa entre a categoria profissional e as atitudes dos enfermeiros na importância de incluir as famílias nos cuidados. Nas dimensões família: parceiro dialogante e recurso de coping e família: recurso nos cuidados de enfermagem são os enfermeiros chefes que apresentam melhores atitudes nestas dimensões. Quanto à dimensão família como um fardo, são os enfermeiros com categoria de graduados que obtiveram um peso médio mais elevado.

Estes resultados contrariam os obtidos por Sousa (2011) e Fernandes et al (2015), que não obtiveram diferença estatisticamente significativa nesta variável.

### **Tempo de serviço na carreira profissional**

O tempo de experiência profissional foi também considerado variável na atitude dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados de enfermagem e os resultados revelam que não existem diferenças significativas entre os grupos, embora os enfermeiros que trabalham há mais tempo (21 ou mais de profissão) consideram a família como um elemento importante nos cuidados.

Os dados encontrados por Benzein et al (2008b) indicam que os enfermeiros recém-formados são os que mais visualizam a família como um fardo, ao referirem que não tem tempo para a família no seu local de trabalho. Esta crença de constrangimento familiar prejudica a capacidade dos enfermeiros para reconhecer a presença da família. Acrescentam que os enfermeiros com alguns anos de prática incluem os membros da família como unidade de cuidados pois são capazes de considerar mais que o doente que cuidam.

As autoras da IFCE-AE, encontraram dados que indicam que os enfermeiros recém-formados apresentam uma atitude menos favorável, exceto na visão da família como um fardo. A teoria da aquisição de competências de Benner (2005), baseada no modelo Dreyfus

revela que os enfermeiros nos primeiros anos do exercício da profissão, têm os seus objetivos orientados para a concretização de técnicas e tarefas específicas. Quando atingem o nível de perito, estes enfermeiros desenvolvem capacidade de se descentralizar do cuidado técnico e prestar um cuidado holístico, com desenvolvimento de capacidade de comunicação e atuação perante a família.

### **Tipo de Unidade onde exerce funções**

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

Com resultados semelhantes, Fernandes et al (2015) no seu estudo em meio hospitalar com 160 enfermeiros referem que existe uma diversidade de opiniões e atitudes sobre o papel dos familiares nos cuidados, particularmente em ambientes hospitalares agudos. O serviço de obstetrícia obteve valores médios superiores em oposição aos serviços de urgência que obtiveram o valor mais baixo. Relacionam estes resultados nos serviços de urgência com a complexidade do contexto. Quando as exigências são altas, os enfermeiros necessitam de dar prioridade a algumas tarefas no seu trabalho e podem colocar a família para outro plano (Benzein et al, 2008b). Alguns estudos salientam que os enfermeiros que trabalham nos contextos de pediatria e materno – infantil de um hospital têm uma atitude mais positiva face à família (Angelo et al,2014).

### **Formação em enfermagem de família**

A relação entre as Atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem e a formação em enfermagem de família não revela diferenças estatísticas significativas.

À semelhança das evidências científicas resultantes da investigação de Oliveira et al (2009), também neste estudo se constatou que os enfermeiros que possuem formação em enfermagem de família atribuem maior importância às famílias nos cuidados. No entanto, por no presente estudo se ter verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão família como um fardo, tal resultado poderá estar relacionado com o facto dos enfermeiros com formação em enfermagem de família lhe atribuírem

importância, mas não a integrarem no processo de cuidados. Com os mesmos resultados Wright e Leahey (2009), refere que a percepção que os enfermeiros possuem não é a que orienta as práticas, podendo esta relacionar-se com o contexto de cuidados, crenças e falta de clareza dos conceitos: família, família como objeto de cuidados. Também Silva et al (2013), no seu estudo afirma que esta atitude pode estar relacionada com a falta de clareza no conceito de “enfermeiro de família”, enquanto método de organização dos cuidados e modelo de orientação das práticas.

No que toca à formação em enfermagem de família, os enfermeiros entendem que a falta de formação específica na área da enfermagem de família é um fator condicionante para as atitudes por eles desenvolvidas para com os familiares dos utentes (Martins et al., 2008). No entanto, também quanto a esta variável não existe consenso entre os diferentes estudos consultados, pois se por um lado Alves et al (2011) no seu estudo, não verificou diferenças estatisticamente significativas entre aqueles que têm e os que não têm formação em enfermagem de família por outro lado pesquisas realizadas a nível nacional e internacional têm vindo a comprovar que, aqueles que possuem formação nesta área vêm a família mais como um parceiro do que aqueles que não têm, evidenciando atitudes mais empáticas. (Oliveira et al., 2009).

Dados obtidos por Martins et al. (2010), indicam que esta formação influencia a atitude dos enfermeiros, uma vez que de forma semelhante os enfermeiros com formação apresentam médias superiores nas atitudes positivas e média inferior na subescala família como um fardo para cuidados de enfermagem. A formação na área da família é ainda distinguida por Freitas (2009) como um fator facilitador das intervenções centradas na família. Os programas formativos específicos em enfermagem de família também podem contribuir para uma atitude positiva. Cita-se o exemplo de um projeto de formação desenvolvido no estudo de Alves (2011) que após o processo formativo a família começou a ser percebida ainda mais pelos enfermeiros como recurso dos cuidados de enfermagem, em detrimento da percepção de que esta é um fardo.

### **Atitudes dos enfermeiros na importância da família no cuidar e as suas competências emocionais**

Na profissão de Enfermagem torna-se pertinente a realização de estudos no âmbito da Competência Emocional (Agostinho 2008) pelo facto dos enfermeiros prestarem cuidados a seres fragilizados física e emocionalmente, e em situação de dependência de outros para a satisfação das suas necessidades humanas básicas. Para serem eficazes e eficientes na prestação de cuidados, os enfermeiros necessitam de um conjunto de competências e recursos humanos, que dizem respeito ao que atualmente se considera Competência Emocional, nomeadamente Automotivação, Gestão de Emoções, Empatia e

Gestão de Emoções em Grupo. É necessário que os profissionais identifiquem as suas emoções, as consigam gerir de forma eficiente, que as reconheçam nos outros, para poderem auxiliar os utentes a quem prestam cuidados e seus familiares, no seu processo de gestão de emoções enquanto percorrem o árduo caminho para a sua recuperação física e emocional (Lopes e Veiga Branco (2012)).

Os enfermeiros em estudo apresentavam um valor médio de 346,64, para o global da Competência Emocional o que podemos afirmar que os enfermeiros em estudo têm capacidades moderadas de inteligência emocional. A capacidade que apresenta média mais elevada é a Autoconsciência com 80.71, seguida da Automotivação (76,65). Já a Empatia é a capacidade que apresenta o valor medio mais baixo (55.8).

No que diz respeito ao estado civil, grupo etário e categoria profissional, os enfermeiros divorciados ou separados, com 50 anos ou mais e que pertencem à categoria de enfermeiro chefe possuem um valor médio mais elevado de Competência Emocional

### **Competência Emocional e suas Capacidades face às variáveis sociodemográficas e profissionais**

#### **Género**

A relação entre a Competência Emocional (nota global) e suas Capacidades e o género revela diferenças estatísticas significativas na Capacidade de Gestão de Emoções, sendo os homens que revelam ter maior habilidade na Gestão das suas Emoções em diferentes situações de trabalho face às mulheres.

Alves et al (2012) contraria os nossos resultados no sentido, que os homens apresentam valores médios mais baixos para a Inteligência Emocional no global. Já Antão e Branco (2012) verificam que o género masculino apresentou valores médios acima do moderado na capacidade Automotivação.

#### **Estado Civil, Grupo etário e Categoria profissional**

A relação entre a Competência Emocional (nota global) e o estado civil, grupo etário e categoria profissional não revela diferenças estatísticas significativas.

No seu estudo, Alves et al (2012) verificou que os enfermeiros chefes apresentavam um valor médio mais elevado do que os enfermeiros especialistas, com diferença significativa no global da escala e nas subescalas Autoconsciências, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupo. A fundamentar estes resultados, Diogo (2006) citado por Alves et al (2012) refere que o enfermeiro vai desenvolvendo modos de lidar com a experiência emocional no decurso da sua experiência profissional. A própria maturidade constrói-se com

a formação específica, experiências e com as vivências que vão servindo de referência a situações posteriores.

### **Unidade onde trabalha**

A relação entre a Competência Emocional (nota global) e a unidade onde trabalha não revela diferenças estatísticas significativas.

Barreira (2014) nos resultados obtidos conclui que o tempo de serviço e a exclusividade no exercício da especialidade de oncologia estão associados de forma significativa ao nível global de inteligência emocional dos participantes deste estudo, tal como encontrado por Vilela (2006), que mostraram haver uma relação positiva entre o tempo de serviço e algumas dimensões de inteligência emocional, tais como a percepção das emoções próprias e a empatia.

### **Formação em Enfermagem de família**

A relação entre a competência emocional (nota global) e a formação em enfermagem de família não revela diferenças estatísticas significativas.

Os enfermeiros que adquirem formação em enfermagem de família certamente adquirem competências que melhoram a suas capacidades em identificar as suas emoções, que as consigam gerir de forma eficiente e que as reconheçam nos outros, pois estas competências estão inerentes nas atitudes positivas em relação à importâncias das famílias nos cuidados de enfermagem.

### **Competência Emocional e suas capacidades face à Atitude dos Enfermeiros e a Importância da Família nos cuidados de enfermagem**

Ao relacionarmos as atitudes dos Enfermeiros na Importância da Família no Cuidar e as suas Competências Emocionais (regressão linear simples), verifica-se uma relação positiva. Como o nível de significância do teste é de  $p = 0,005$ , a associação entre as duas variáveis não é estatisticamente significativa.

Landa, Martos, Zafra e Luzón (2006) citado por Gregório (2008) evidenciam que em termos gerais, a Inteligência Emocional se relaciona positivamente com a saúde e com a satisfação profissional, e negativamente com o stresse e o burnout. A confirmar Ana Forte (2009) no seu estudo efetuado numa amostra de 65 enfermeiros que trabalham em hospitais psiquiátricos da região norte do país, não encontrou correlações significativas entre Burnout e Inteligência Emocional.

Gregório (2008) no seu estudo (Competência emocional e satisfação profissional dos enfermeiros) encontrou uma correlação fraca. Também Lopes e Veiga Branco (2012)

verificaram que o sentimento de gratificação profissional estabelece correlação positiva fraca não significativa com as seguintes capacidades: Gestão de Relacionamentos em Grupo, Empatia e Competência Emocional.

A Satisfação no Trabalho (Costa e Faria 2009) é relevante para o contexto organizacional, visto apresentar uma relação positiva com o desempenho profissional. A insatisfação no trabalho é um fator de risco para síndrome de Burnout profissional, que pode levar ao absentismo e ineficiência no trabalho. As experiências vivenciadas pelo indivíduo no seu local de trabalho, sejam elas físicas, emocionais, mentais ou de natureza social, afetam a sua forma de estar e agir no posto de trabalho. Foi encontrada uma correlação positiva entre Satisfação Profissional e as Capacidades de Lidar com Emoção e a Expressão Emocional que inserem o constructo de Inteligência Emocional (Costa & Faria 2009). Nas profissões onde as relações interpessoais assumem um papel primordial, torna-se crucial que os profissionais possuam conhecimentos e saberes nas áreas do relacionamento e da Competência Emocional, pois só assim poderão desempenhar as suas funções profissionais (Gregório 2008).

No estudo de Rebelo (2012) com 106 profissionais de saúde a exercerem a sua atividade profissional em unidades de internamento da RNCCI na região centro do País os dados obtidos revelam associações significativas entre a Inteligência Emocional e a profissão.

Desta forma é possível acreditar que a relação entre o utente e o enfermeiro se torna numa forma de aprendizagem de inteligência emocional e maturidade emocional.

No intuito de verificar se a Competência Emocional (capacidades e nota global) era preditora das atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem verificamos que a Empatia foi a única capacidade que exerce influência nas atitudes.

A Empatia é a base da relação terapêutica e se esta capacidade é limitada ou nem sequer existe, e se não existe capacidade em sentir as necessidades e sofrimento do outro, então não pode existir relação terapêutica. No estudo de Bachman et al (2000) citado por Alves et al (2012), foi verificado que os profissionais com níveis mais elevados de inteligência emocional apresentavam melhor desempenho profissional, com exceção da Empatia, contudo estes resultados, para os autores, significava que níveis elevados de Empatia podiam originar uma simpatia prejudicial e uma excessiva identificação com o doente, tornando o profissional mais vulnerável.



#### 4. Conclusão

A família constitui uma unidade social, representada pelas relações estabelecidas entre os seus membros e distinguindo-se entre si, pelas suas peculiaridades, como sendo o contexto específico de que faz parte e a sua dinâmica, estrutura e funcionalidade próprias. Para a profissão de Enfermagem o cuidado ao ser humano, assume uma importância central, sendo impensável pensar nele sem o contextualizar no meio familiar em que está inserido.

No mundo do hospital, onde o doente e a equipa de saúde são os grandes protagonistas, a família vem paulatinamente a demarcar o seu lugar, a conquistar um espaço que a cada dia se amplia no sentido do seu reconhecimento como especialistas na situação de doença do seu familiar. No intuito de potenciarmos a melhoria na qualidade dos cuidados e assim, dar um contributo da Enfermagem à sociedade, promovendo a consolidação da autonomia desta profissão, propusemo-nos realizar uma investigação que pretende considerar a família como um foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar.

O estudo analítico, descritivo-correlacional e transversal aqui exposto, visou a identificação das Atitudes dos Enfermeiros do Centro Hospitalar Tondela Viseu na Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem e a determinação de relações entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e a Competência Emocional.

O enquadramento teórico e a metodologia utilizados levaram-nos à compreensão geral do problema. A partir dos resultados obtidos, inferimos algumas conclusões, as quais estão expostas no decorrer do trabalho, que nos permitem responder às questões de investigação colocadas e aos objetivos delineados no início deste percurso.

Os dados obtidos provêm de uma amostra constituída por enfermeiros que lidam diariamente com familiares de utentes internados ou em consultas de ambulatório, sendo estes maioritariamente mulheres, com uma idade compreendida entre os 30 e os 39 anos, licenciados, generalistas, a exercerem funções entre 13 e 20 anos, sem formação específica em enfermagem de família.

Através deste estudo ficou demonstrado, que as Atitudes dos Enfermeiros do Centro Hospitalar na Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem são favoráveis

percecionando estes, na sua maioria as famílias como um recurso aos cuidados de enfermagem.

Com os resultados obtidos, acreditamos que na nossa amostra as atitudes dos enfermeiros não são influenciadas pelas suas características pessoais (género, idade, estado civil), e algumas características profissionais (tempo de experiência profissional, unidade onde exercem funções). São influenciadas pelas habilitações académicas, categoria profissional e a formação em enfermagem de família.

Relativamente ao relacionamento entre as Atitudes dos Enfermeiros na Importância da Família no Cuidar e as suas Competências Emocionais, verificou-se uma relação positiva.

A capacidade mais influente na variabilidade do perfil da Competência Emocional foi a Autoconsciência seguida da Automotivação. Este dado corrobora com a perspetiva teórica de Goleman (2003) de que a Inteligência Emocional emerge ao nível da Autoconsciência, reveladora do conhecimento de si a qual pressupõe ainda perceber de que forma os nossos sentimentos afetam os outros. A literatura é esclarecedora da notável importância da Autoconsciência, o que nos permite inferir que um enfermeiro com conhecimento de si, se encontre mais automotivado, pois a Automotivação exprime-se em comportamentos e atitudes e prende-se com o que Goleman denomina de “estado de espírito especial que leva as pessoas a dar o seu melhor, qualquer que seja a tarefa a que se dediquem” (2003).

A empatia é a capacidade que menos influencia a Competência Emocional dos enfermeiros da nossa amostra. A empatia é fundamental para o sucesso nas relações interpessoais, sendo a capacidade para entender as emoções dos outros, de acordo com as respostas emocionais (Goleman, 2003). Em seu estudo Takaki (2004) refere que os enfermeiros têm conhecimento e sabem da importância do desenvolvimento da empatia, no entanto, não a desenvolvem devido a fatores como: falta de tempo, influência de fatores emocionais do profissional e falta de valorização pela própria equipa de trabalho. Formozo e colaboradores (2012) acrescenta que o distanciamento entre profissional e cliente acontece porque durante a formação profissional, preconizar-se o controle da expressão dos sentimentos e emoções para não interferir no desempenho profissional.

Deste modo, entendemos ter concretizado os objetivos definidos inicialmente.

Atualmente, a qualidade dos cuidados de enfermagem assume cada vez mais um papel de relevância, não passando esta somente pelos progressos técnicos e científicos mas também pela transformação do próprio enfermeiro enquanto ser humano, pela criação de espaços e momentos para se refletir nos cuidados holísticos que se prestam ao utente, o qual tem um contexto de vida do qual não pode ser dissociado, sendo a sua família parte integrante. Sabe-se que as atitudes dos enfermeiros para com as famílias são diversas e variadas e que nem sempre estão em sintonia com aquilo que é preconizado e até com

aquilo em que os próprios enfermeiros acreditam. Com vista à melhoria dos cuidados e consequentemente a um maior envolvimento e participação dos utentes e seus familiares nos seus processos de saúde, através de uma consciente tomada de decisão e responsabilização pela sua saúde individual e coletiva, é cada vez mais premente olhar as atitudes dos enfermeiros de forma a tentar perceber o que está na sua base.

Apontámos algumas sugestões, nomeadamente em termos de investigações a serem realizadas futuramente, tendo em consideração que os destinatários dos cuidados de saúde estão cada vez mais exigentes e conscientes dos seus direitos, exigindo dos profissionais um maior comprometimento. Importa que sejam desenvolvidas mais pesquisas capazes de identificar e explicar as variáveis que influenciam as Atitudes dos enfermeiros, e de desenvolver intervenções capazes de apoiar os enfermeiros, para que exista um ambiente de trabalho capaz de promover resultados positivos no cuidado às famílias. Por estes serem fenómenos pouco explorados parece-nos que a metodologia qualitativa poderá mostrar-se eficaz para o seu conhecimento.

Uma vez que a maioria dos enfermeiros participantes ainda não tiveram contacto com os conteúdos formativos da enfermagem de família, seria oportuno da parte da instituição palco deste estudo investir na formação contínua nesta área. Em termos académicos será também muito positivo reforçar os conhecimentos sobre este tema, aos alunos de enfermagem preparando-os para um futuro melhor de convivência e trabalho com os doentes e seus familiares. Uma outra sugestão passa por ouvir a opinião das famílias, tentando modelar o hospital às suas reais necessidades. É importante dar voz à família e potenciar a humanização.

Interessa salientar a importância de incluir as competências emocionais, a par das competências cognitivas e técnicas na formação dos Enfermeiros, quer a nível da formação base, especializada ou contínua, como estratégia de prevenção e confronto com dificuldades de resposta a uma série de situações e problemas que habitam no meio hospitalar, pois a inteligência emocional pode ser desenvolvida, aprendida e aperfeiçoada, sendo por isso também passível de ser ensinada, contribuindo para que cada um consiga ganhar e construir competências fundamentais para um desempenho de excelência.

Uma contribuição importante deste estudo resultou da compreensão de alguns fatores que podem predizer atitudes dos enfermeiros para com o familiar do utente, tendo sempre em vista a excelência de cuidados a utentes e famílias.



## Referências bibliográficas

- Afonso, J. (2013). Competência emocional nos fisioterapeutas da rede nacional de cuidados continuados integrados. Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Consultado em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9187/1/Julietta%20Ribas%20Afonso.pdf>
- Agostinhos, L.M. (2010) Competência Emocional em Enfermeiros. Coimbra: Formasau.
- Alves, C.M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: stress e gestão do Conflito (Dissertação de mestrado). Acedido em [https://sigarra.up.pt/fcup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=606920](https://sigarra.up.pt/fcup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=606920).
- Alves, J. Ribeiro, C. Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência, serIII(7)*, 33-42. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1199>.
- Angelo, M., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F. P., dos Santos, C. C. D. S., Martinho, M. J. C. M., & da Silva, M. M. F. P. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 75-81. Acedido em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-075.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-075.pdf)
- Asted Kurki, P. Paavilainen, E. Tammentie, T. Paunonen- Ilmonen, M. interaction between family members and health care providers in an acute care setting in finland. (2001). *Journal of Family Nursing*. vol. 7 no. 4 **371-390** Consultado em <http://jfn.sagepub.com/content/7/4/371.abstract>.
- Barreira, L. (2014). Inteligência emocional: associação com job engagement em enfermeiros, no contexto da oncologia. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde no curso de Gestão de Unidades de Saúde conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Consultado em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5854/tese%20vers%C3%A3o%20final%20pdf.pdf?sequence=1>.
- Benner, P. – De iniciado a perito. 2.<sup>a</sup> ed. Coimbra: Quarteto, 2005.

- Blöndal, K. Zoëga, S. Hafsteinsdottir, JE. Olafsdottir, OA. Thorvardardottir, AB. Hafsteinsdottir SA. Sveinsdóttir, H. (2014). Attitudes of Registered and Licensed Practical Nurses About the Importance of Families in Surgical Hospital Units: Findings From the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation project. *Journal of Family Nursing* August 1, 20: 355-375
- Benzein, E.; Arestedt, F.; Jonhansson, P. e Saveman, B-I. (2008a) – Families’ Importance in Nursing Care Nurses’ Attitudes – An Instrument Development. *Journal of Family Nursing*, 14 (1) February , 97-117.
- Benzein, E.; Jonhansson, P.; Arestedt, F.; Berg, A. e Saveman, BI. (2008b) – Nurses’ Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care A Survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14 (2) May, 162-180.
- [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER\\_Tese\\_Salom%C3%A9\\_2011.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf)
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. barcelona praxis
- Cabete, D. (2005). *O idoso a doença e o hospital*. Loures, Lusociência.
- Carvalho, C. G. Magalhães, S. R. (2011). *Síndrome de burnout e suas consequências nos Profissionais de enfermagem*. Consultado em <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/86-430-1-PB.pdf>.
- Carvalho, J.C. Figueiredo, M.C.B. Fernandes, I. F. Vilar, A.N. Andrade, I. Santos, M.R. Figueiredo, M.H. Martinho, M.J. Martins, M.M. Oliveira, P. (2012). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Núcleo Investigação Enfermagem Família. Escola Superior enfermagem Porto. Consultado em <https://books.google.pt/books?id=8H117AYz9cYC&pg=PA66&dq=Transferibilidade+do+conhecimento+em+Enfermagem+de+familia+pdf&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwi-6t25zqXRAhWfCfRQKHUwID9UQ6wEIKjAA#v=onepage&q=Transferibilidade%20do%20conhecimento%20em%20Enfermagem%20de%20familia%20pdf&f=false>
- Carvalho, C. G. (2013). Importância da inteligência emocional para a efetiva [ação] de uma assistência de enfermagem mais humanizada. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 10, n. 1, p. 630-638. Consultado em <http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/978/pdf>
- Colliére, M. F. (1999) *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. 4ª Tiragem. Edições técnicas e sindicato dos enfermeiros Portugueses.
- Costa, M. Faria, L. (2009). *Inteligência Emocional e Satisfação Profissional de Enfermeiros e Voluntários*. Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho. Consultado em

- <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/xcongreso/pdfs/t9/t9c331.pdf>.
- Costa, A. C. Faria, L. (2009). A inteligência emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o questionário de competência emocional (QCE). Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho. Consultado em <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c295.pdf>.
- Curry, N. Ham, C. (2010). Clinical and service integration. The route to improved outcomes. King's Fund: BN 978 1 85717 605 6. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>.
- Damásio, A. R. (2001); O Erro de Descartes – Emoção, razão e cérebro humano. (15ª edição), Mem Martins: Publicações Europa – América.
- Domingues, A. R. T. (2009). Inteligência Emocional, Empatia e Satisfação no Trabalho em Médicos. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Consultado em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54995/2/87058.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2012). Plano Nacional Saúde 2012- 2016. Consultado em [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99\\_7\\_Indicadores\\_e\\_Metas\\_em\\_Saude\\_2013-01-18.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_7_Indicadores_e_Metas_em_Saude_2013-01-18.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2000). Circular Normativa Nº 4/DSPCS. Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados. 28/01/00.
- Duque, C. (2008). Atitudes & Comportamentos. Consultado em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13129/5/revis%C3%A3o%20da%20literatura.pdf>
- Escoval, A. Matos, T. Ribeiro, R. Lívio, A. (2012) Projeto de Investigação “Monitorização, Identificação De Constrangimentos e Análise do Impacto da RNCCI na Eficiência Hospitalar. Impacto das redes de cuidados extra-hospitalares na eficiência hospitalar”. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Fortin, M. (2009). O Processo de investigação: da conceção à realização. 3ª ed. Loures: Lusociência.
- Figueiredo (2009). Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Consultado em <https://repositorio->

[aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf](http://aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf)

- Figueiredo, M. Martins, M. (2009). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. Consultado em file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/12559-47695-1-PB%20(1).pdf
- Forte, A. (2009). Burnout, inteligência emocional e auto-actualização em enfermeiros psiquiátricos. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia. Consultado em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54946/2/88187.pdf>.
- Galinha, F. (2009). Mediar para cuidar: o enfermeiro no serviço de urgência como preventor e gestor de conflitos com a família do utente; contributos das técnicas de mediação familiar. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para a obtenção de grau de mestre em ciências da família.
- Goleman, D. (2010). Inteligência Emocional. (15ª edição) Lisboa: Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (2005). Trabalhar com Inteligência *Emocional* (3ª edição). Temas e debates: Lisboa.
- Goleman, D. (2003). Inteligência Emocional. Temas e debates: Lisboa.
- Gregório, A. (2008). Competência Emocional e Satisfação Profissional dos enfermeiros - Dissertação Mestrado em Psicologia; Especialização em Psicologia Saúde. Faro. <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/732/1/Microsoft%20Word%20-%20teselIII.pdf>.
- Hanson, Shirley M. H (2004). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação – segunda edição; edições Lusociência; Loures.
- Hill & Hill, ( 2001). Investigação por Questionário. Lisboa Edições Sílabo.
- Huot, R. (2002). Métodos quantitativos para as ciências humanas. Lisboa: Instituto Piaget.
- Inaba, L. C, Silva, M. J. P. Telles, S. C. R. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 39(4):423-9. Consultado em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf>
- Lopes T. (2013). Competência Emocional nos Enfermeiros Na Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Consultado em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1\\_3\\_19.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_3_19.pdf).
- Mayer, J.; Salovey, P.; Caruso, D. (2002b). Selecionando uma Medida para a Inteligência Emocional – Em Defesa das Escalas de Aptidão. In BAR-ON, R.;
- Martins, J., Nascimento, E., Geremias, C., Scheider, D., Schweitze, G. & Neto, H. (2008) - O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(4):1091-101. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>.

- Martins, M. Martinho, M. Carvalho, J. Fernandes, I. Barbieri, Figueiredo, M. (2012). Enfermagem e Famílias: concepções e práticas dos enfermeiros em unidades de internamento. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família . Knowledge transferability in Family Nursing. Pag 44 - 54 [http://www.esenf.pt/fotos/editor2/id/transferibilidade\\_conhecimento\\_ef.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/id/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf). acedido em Setembro 2016
- Marôco, J. (2011). Análise estatística com o SPSS statistics. Pero Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J. (2007). Análise Estatística: Com utilização do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Montefusco, S. R. A. (2008). Diagnósticos de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o modelo Calgary1. Consultado em <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8020/5803>
- Oliveira, P. C. (et al.). 2009. Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In UNIESEP – Da investigação à prática de enfermagem de família. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, p. 34-48.
- Ordem dos Enfermeiros. [http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/2015\\_DadosEstatisticos\\_00\\_Nacionais\\_vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/2015_DadosEstatisticos_00_Nacionais_vf.pdf). consultado em 7 Agosto 2016.
- Ordem dos Enfermeiros (2000). O enfermeiro em saúde familiar: um conceito novo? Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: OE, (Conselho de Enfermagem).
- Oriá, M. Ximenes, LB. Alves, MDS. (2005) Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. Online braz j nurs [internet]. cited month day year]; 4 (2): 24-30. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3753>. Consultado em <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/4855-24459-1-PB.pdf>
- Pena, S., & Diogo, M. (2005). Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado;. Revista Latino-Americana de Enfermagem, **13**(5), 663-669. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500009> consultado em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2133/2224>.
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2008). Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Sílabo.
- Ramos, S. (2015). A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente. Dissertação de Mestrado em em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Consultado em

<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6631/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sara%20Ramos%2024-06-2015.pdf?sequence=1>

Rebelo, A. (2012). Inteligência emocional dos profissionais de saúde da rede nacional de cuidados continuados integrados. Dissertação de Mestrado em Gestão - Especialização Gestão e Administração de Unidades de Saúde. Universidade Católica. Consultado em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15466/1/Intelig%C3%Aancia%20Emocional%20nos%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Rede%20Na.pdf>.

Rodrigues, S. F. G. B. (2011). Análise das atitudes dos enfermeiros face ao idoso, com vista à tomada de decisão: o caso do Distrito de Bragança. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança. Consultado em [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6837/1/Sandra\\_Rodrigues\\_MGO\\_Especializac%C3%A7%C3%A3o%20em%20GUS\\_2011.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6837/1/Sandra_Rodrigues_MGO_Especializac%C3%A7%C3%A3o%20em%20GUS_2011.pdf)

Rodrigues, L. M.O.H. (2013). A Família Parceria no Cuidar: intervenção do Enfermeiro. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Tese de Mestrado.

Saarni, C. (2002); Competência Emocional: uma perspectiva evolutiva. in Baron, R.

Salovey, P. & Sluyter, D. J.(1997). Emotional development and emotional intelligence: Educational implications. New York: Basic Books..

Sampaio LR, Camino CPS, Roazzi. (2009). A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicol cienc prof.* 29:212-27.

Santos, C., & Figueiredo, M. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de enfermagem Referência.* III Série - n.º 9. pp.55-65.

Saraiva, D M. R. F. (2009). Atitude do enfermeiro perante a morte. *Revista Nursing*, nº 244

Silva, S. – Família como cliente de cuidados: perspetivas e práticas do enfermeiro de família. In UNIESEP – Da investigação à prática de enfermagem de família. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009, p. 58-66.

Sousa, E. S.A.S.- A Família: atitudes do Enfermeiro de Reabilitação.(2011). Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem Porto. Consultado em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER\\_Tese\\_Salom%C3%A9\\_2011.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf)

Takaki, M. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 9 n. 1, p. 79-83. Consultado em file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/1708-3553-1-PB%20(1).pdf

- Teixeira, M. (2005). A Satisfação Profissional e a Inteligência Emocional. Revista Sinais Vitais, n.º 59, Março, 52-54.
- Veiga Branco, A. (2005); *Competência Emocional em Professores: Um estudo em Discursos do Campo Educativo*. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências da Educação apresentada à Universidade do Porto.
- Veiga-Branco, A. (2004) - *Competência Emocional*. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-033-9
- Vilelas, J.(2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem : uma revisão do conceito. Revista Salutis Scientia. Consultado em <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoId=30974>
- Vilela, A.C.L. (2006). Capacidades da Inteligência Emocional em enfermeiros: Validação de um Instrumento de medida. Aveiro: A.C.L. Vilela. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Gestão Pública apresentada à universidade de Aveiro. Consultado em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4946/1/206891.pdf>.
- Xavier, S. Nunes, L. Bastos, M. (2014). Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do constructo. Consultado em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1\\_3\\_19.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_3_19.pdf).
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures. Lusociência, pp 54,55,60,61, 114,119,129.
- Who Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe (2000) – Munich Declaration : nurses and midwives : a force for health. Copenhagen
- Wright, L. Leahey, M. (1990) – Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 15 . p. 148-154.
- Wright, L. Leahey, M. (1994) – *Nurses and families: a guide to family assessment and Intervention*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Wright, L. Leahey, M. (2005) – *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3.ª ed. São Paulo: Roca Editora.
- Wright, L. Leahey M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª ed. São Paulo: Roca.



ANEXOS



**ANEXO I - Pedido e autorização para utilização da escala da Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem - Atitude dos Enfermeiros (IFCE-AE)**



Ex.ma Sr.a Professora Doutora Palmira da Conceição Martins de Oliveira

No âmbito da unidade curricular Relatório final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, as estudantes Emanuela Francisco e Mónica Tavares, sob a orientação da docente Professora Ana Isabel Andrade, pretendem realizar um estudo sobre a Atitude dos enfermeiros face à pertinência de incluir os familiares nos cuidados de enfermagem.

O trabalho de investigação tem como principal objetivo identificar a pertinência do papel da família no cuidar na perspetiva dos enfermeiros e relacioná-la com alguns determinantes da inteligência emocional.

Vimos por este meio solicitar a vossa autorização para utilizar na nossa investigação a **Escala da Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem - Atitude dos Enfermeiros (IFCE -**

**AE)** validada pelos Ex.mos Sr.s Doutores Palmira da Conceição M. Oliveira, Henriqueta Ilda V. Fernandes, Ana Isabel S. P. Vilar, Maria Henriqueta de J.

S. Figueiredo, Maria Margarida Silva R. S. Ferreira, Maria Júlia C. M. Martinho, Maria do Céu A. B. Figueiredo, Luísa Maria da C. Andrade, José Carlos M. de Carvalho e Maria Manuela Ferreira P. da S. Martins.

Agradecendo antecipadamente toda a atenção e disponibilidade e com o compromisso do cumprimento das normas éticas inerentes a este tipo de estudo, ficamos ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Atenciosamente

Emanuela Francisco  
Mónica Tavares

**Re: Pedido de autorização para utilização da Escala da Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem - Atitude dos Enfermeiros (IFCE-AE)**

“Bom dia, após ter consultado os restantes autores da validação da IFCE - AE, a nossa resposta é positiva, se a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Mónica Tavares, se comprometer a enviar-nos a sua base de dados, para tratamento futuro a nível nacional.

Aguardamos uma resposta sua, para que o parecer possa definitivamente ser positivo.

Ao dispor

Melhores cumprimentos

PalmiraOliveira”

**ANEXO II - Pedido e autorização para utilização da escala EVCE**



Ex.ma Sr.a Professora Doutora Maria Augusta Veiga-Branco,

No âmbito da unidade curricular Relatório final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, as estudantes Emanuela Francisco e Mónica Tavares, sob a orientação da docente Professora Ana Isabel Andrade, pretendem realizar um estudo sobre a Atitude dos enfermeiros face à pertinência de incluir os familiares nos cuidados de enfermagem.

O trabalho de investigação tem como principal objetivo identificar a pertinência do papel da família no cuidar na perspetiva dos enfermeiros e relacioná-la com alguns determinantes da Inteligência Emocional.

Vimos por este meio solicitar a vossa autorização para utilizar na nossa investigação a **Escala Veiga da Competência Emocional**.

Agradecendo antecipadamente toda a atenção e disponibilidade e com o compromisso do cumprimento das normas éticas inerentes a este tipo de estudo, ficamos ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Atenciosamente

Mónica Tavares  
Emanuela Francisco



x. EVCE - com ITENS INVERTIDOS.docx

Querida Mónica Tavares, Boa Tarde

Bem vinda a este universo da Competência Emocional! Aqui vai a escala e com os itens invertidos para poder alterar os valores na sua base de Dados, ok? Este instrumento deve ser submetido a uma análise fatorial exploratória, determinar os alfas de cada fator e item, e no fim agrupar os fatores em cada uma das Capacidades. Qualquer dúvida, estou ao seu dispor! Abraço imenso e bom trabalho!

Desculpe só hoje responder mas tenho estado a terminar o lançamento de notas...

Mantenha o contacto, ok?

**ANEXO III – Protocolo de Avaliação**



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.**

### **Caro(a) Senhor (a) Enfermeiro (a)**

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu, na unidade curricular Relatório Final, está a realizar um estudo sobre “**Atitudes dos enfermeiros e a família na área hospitalar**”, cujo objetivo principal é avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

\_ Declaro ter compreendido os objetivos, 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 diretamente 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.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_



**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

**PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA**

**1. GRUPO ETÁRIO:**

- 20-30 anos
- 30-40 anos
- 40-50 anos
- 50-60 anos
- 60 anos ou mais

**2. GÉNERO:**

- Masculino
- Feminino

**3. ESTADO CIVIL:**

- Solteiro
- Casado
- União de Facto
- Divorciado/Separado
- Viúvo

**4. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:**

- Licenciatura
- Pós – Licenciatura/ Especialidade      Qual.....
- Mestrado      Qual.....
- Pós-Graduação      Qual .....
- Doutoramento      Qual .....

**PARTE II - CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL**

**5. CATEGORIA PROFISSIONAL:**

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista
- Outra
- Enfermeiro Chefe
- Enfermeiro Supervisor
- Qual .....

**6. TEMPO NA CATEGORIA:**

- < 6 meses       6 a 11 meses
- 1 a 2 anos       3 a 7 anos
- 8 a 12 anos       13 a 20 anos
- 21 ou mais anos

**7. TEMPO NA CARREIRA:**

- < 6 meses       6 a 11 meses
- 1 a 2 anos       3 a 7 anos
- 8 a 12 anos       13 a 20 anos
- 21 ou mais anos

**8. UNIDADE ASSISTENCIAL ONDE EXERCE FUNÇÕES:**

- Internamento
- Ambulatório

**9. HÁ QUANTO TEMPO:**

- < 6 meses       6 a 11 meses
- 1 a 2 anos       3 a 7 anos
- 8 a 12 anos       13 a 20 anos
- 21 ou mais anos

**10. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR NOUTROS SERVIÇOS/ÁREAS:**

Sim       Não

Qual ..... Quanto Tempo .....

Qual ..... Quanto Tempo .....

Qual ..... Quanto Tempo .....

Qual ..... Quanto Tempo .....

**11. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA:**

Sim       Não

(assinale todas as que se aplique)

Contexto Académico

Formação Contínua

Na Instituição

Outros Contextos: Especifique .....

**PARTE III**

**ESCALA IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - ATITUDE DOS  
ENFERMEIROS (IFCE-AE)**

**Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)**

**Versão Original:** Benzein, E; Johansson, B; Saveman, B-I ( 2006).

**Versão Portuguesa:** Barbieri, MC; Martins, MM; Figueiredo; MH; Martinho, MJ; Andrade, L; Oliveira, P; Fernandes, I; Vilar, AI; Carvalho, JC; Santos; MR (2009).

O questionário que se segue consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem.

O conceito de *família* abrange os membros de uma família, os amigos, os vizinhos ou outros significativos.

As afirmações são parecidas mas não são idênticas nem se encontram agrupadas de nenhuma forma particular. Por favor, responda a estas afirmações dando a sua primeira impressão.

Convidamo-lo a escrever os seus comentários no espaço disponibilizado no final do questionário.

**Notas explicativas**

- Por favor, preencha sempre em MAIÚSCULAS e respeite o espaço reservado
- Preencha a totalidade das perguntas
- Assinale a sua resposta, colocando uma cruz sobre o quadrado que corresponde à sua escolha

		Discordo completa mente	Discordo	Concordo	Concordo completa mente
1	É importante saber quem são os membros da família do utente.				
2	A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.				
3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4	Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5	A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).				

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

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor descreve os seus pensamentos em cada uma das afirmações.

**Comentários:**

---



---



---



---

---



---



---



---

**PARTE IV**

**ESCALA VEIGA DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL (EVCE)**

**"Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional"** (1997 a 2009), por razões conceptuais e fonéticas, a partir de 2010, passou a ser identificado como: **"Escala Veiga de Competência Emocional"**

**Autor:** Veiga Branco, Augusta

As respostas a este questionário refletem a frequência temporal em que cada situação ocorre, variando num *continuum* entre «Nunca» e «Sempre». Na escala de Likert de 7 pontos os valores podem assumir:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre

**Todas as afirmações devem de ser respondidas.**

Leia atentamente as afirmações seguintes. Assinale, **o algarismo com um círculo em volta**, a frequência temporal que corresponde ao seu caso pessoal.

**I – Auto Consciência (1ª Capacidade da CE)**

**1. Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que** ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis (tristeza, culpa, vergonha, angústia, raiva...):

a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.	1 2 3 4 5 6 7
b) Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	7 6 5 4 3 2 1
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	7 6 5 4 3 2 1
d) Sinto que tenho a noção exacta do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... frustração... consigo defini-los.	1 2 3 4 5 6 7
e) Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	1 2 3 4 5 6 7
f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	7 6 5 4 3 2 1
g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	1 2 3 4 5 6 7
h) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, pressão no peito... etc.	1 2 3 4 5 6 7
i) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

**2. Em situações/relações negativas, reconheço que** ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:

---

a) Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, menos atento...	7 6 5 4 3 2 1
b) Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente...	7 6 5 4 3 2 1
c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/ fico em mutismo; eufórico(a), amuo, etc.	7 6 5 4 3 2 1
d) Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre...	7 6 5 4 3 2 1
e) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

### 3. Reconheço que tenho tendência a atuar, como uma pessoa:

a) Instável, com várias mudanças de humor.	7 6 5 4 3 2 1
b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta.	1 2 3 4 5 6 7
c) Racional, no que respeita aos meus sentimentos.	1 2 3 4 5 6 7
d) Positiva, encaro a vida pela positiva.	1 2 3 4 5 6 7
e) <i>Ruminativa</i> , sempre a “ <i>matutar</i> ”.	7 6 5 4 3 2 1
f) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.	1 2 3 4 5 6 7
g) Azarada, não tenho sorte na vida.	7 6 5 4 3 2 1
h) Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.	1 2 3 4 5 6 7
i) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

## II – Gestão de Emoções (2ª Capacidade da CE)

1. Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma **onda de fúria ou raiva**. Ao tentar ficar mais sereno(a), tomou normalmente uma atitude:

a) Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	1 2 3 4 5 6 7
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração. Arranjei algo que gosto de fazer...	1 2 3 4 5 6 7
c) Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente. Fiquei quieto a tranquilizar-me...	1 2 3 4 5 6 7
d) Fiz exercício físico activo (aeróbio). Gastei a energia em actividade...	1 2 3 4 5 6 7
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira. Pensei melhor naquilo...	1 2 3 4 5 6 7
f) Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da minha raiva. Pensei nos porquês...	1 2 3 4 5 6 7
g) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

2. Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por **emoções** e sentimentos **negativos** (fúria, cólera, irritação) normalmente:

a) Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a).	7 6 5 4 3 2 1
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e fico a pensar nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram.	7 6 5 4 3 2 1
c) Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.	1 2 3 4 5 6 7
d) Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	1 2 3 4 5 6 7
e) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

3. Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela **ansiedade**, sinto:

a) Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	7 6 5 4 3 2 1
b) Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	1 2 3 4 5 6 7
c) Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.	1 2 3 4 5 6 7

d) Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	1 2 3 4 5 6 7
e) Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	7 6 5 4 3 2 1
f) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

**4. Quando me sinto **deprimido(a)**, verifico que:**

a) Inconscientemente, acabo por usar, para me distrair, pensamentos/situações ainda mais deprimentes.	7 6 5 4 3 2 1
b) Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto.	1 2 3 4 5 6 7
c) Sinto alívio se comer ou beber.	1 2 3 4 5 6 7
c) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	7 6 5 4 3 2 1
d) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

**III – Auto Motivação (3ª Capacidade da CE)**

**1. Reconheço-me como uma **peessoa**:**

a) Com capacidade para controlar os meus impulsos e agir após pensar.	1 2 3 4 5 6 7
b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	1 2 3 4 5 6 7
c) Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.	7 6 5 4 3 2 1
d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	7 6 5 4 3 2 1
e) Derrotista (não tenho sorte na vida).	7 6 5 4 3 2 1
f) Capaz de deixar-me dominar pela ansiedade e pela frustração.	7 6 5 4 3 2 1
g) Capaz de sair de qualquer sarilho.	1 2 3 4 5 6 7
h) Capaz de ter/ “arranjar” energia e habilidade para enfrentar os problemas.	1 2 3 4 5 6 7
i) Suficientemente flexível para mudar os meus objetivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	1 2 3 4 5 6 7
j) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

**2. Imagine uma **atividade de quotidiano** (Adaptar à vida do respondente: preparação para teste, trabalho em grupo, colaborar num trabalho, rever matérias, ....., etc.). Durante a atividade, **normalmente** sinto que:**

a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	1 2 3 4 5 6 7
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	1 2 3 4 5 6 7
c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.	7 6 5 4 3 2 1
d) Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o colega/ professor/ amigo aprova?).	7 6 5 4 3 2 1
e) Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	1 2 3 4 5 6 7
f) Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	7 6 5 4 3 2 1
g) Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	1 2 3 4 5 6 7
h) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

**3. Quando vivo uma situação de **rejeição pessoal** (a nível íntimo, social, etc), sinto que:**

a) Penso no facto e rumino a humilhação. Aquilo fica dentro de mim...	7 6 5 4 3 2 1
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora. Enfim, passo à frente...	1 2 3 4 5 6 7
c) Invade-me a autopiedade. Acabo por me sentir “down”, como alguém sem grande interesse...	7 6 5 4 3 2 1
d) Invade-me o desprezo, o rancor. Corto com quem me rejeita... sinto rancor por essa(s) pessoa(s)...	7 6 5 4 3 2 1
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	7 6 5 4 3 2 1
f) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

---

**IV – Empatia (4ª Capacidade da CE)**


---

1. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, **ao longo da minha vida**, fica-me a sensação de que sou capaz de:

a) “Registrar”/perceber os sentimentos dos outros.	1 2 3 4 5 6 7
b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.	1 2 3 4 5 6 7
c) “Ler” os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	1 2 3 4 5 6 7
d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	1 2 3 4 5 6 7
e) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

2. Reconheço que nas minhas relações, tenho tendência a **valorizar** mais:

a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).	1 2 3 4 5 6 7
b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	1 2 3 4 5 6 7
c) O tom de voz.	1 2 3 4 5 6 7
d) A direção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima; a buscar outras direções).	1 2 3 4 5 6 7
e) Os gestos (mãos, corpo).	1 2 3 4 5 6 7
f) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

3. No quotidiano, e **numa situação de conflito** (desentendimento ou discussão pessoal...) dou-me conta que:

a) Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir. Percebo que me sinto bem a ouvir as pessoas...	1 2 3 4 5 6 7
b) Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável. Fico irritado...	7 6 5 4 3 2 1
c) Fico recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta. Mantenho-me tranquilo	1 2 3 4 5 6 7
d) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

---



---

**V – Gestão de Emoções em Grupos (5ª Capacidade da CE)**


---

1. No que respeita ao meu **relacionamento com as outras pessoas** (relações pessoais, sociais, profissionais), os procedimentos que normalmente me identificam:

a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	1 2 3 4 5 6 7
b) Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que deteto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.	1 2 3 4 5 6 7
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos coletivos.	1 2 3 4 5 6 7
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	1 2 3 4 5 6 7
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	1 2 3 4 5 6 7
f) Tenho habilidade para controlar a expressão das minhas próprias emoções.	1 2 3 4 5 6 7
g) Nas minhas relações com os outros, digo claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.	1 2 3 4 5 6 7
h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	1 2 3 4 5 6 7
i) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

---

---

**2. Relativamente à comunicação com grupos** (pessoas e/ou colegas), reconheço que me acontece:

a) Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los.	1	2	3	4	5	6	7
b) Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	1	2	3	4	5	6	7
c) Entrar em “ <i>sincronismo de estado de espírito</i> ”.	1	2	3	4	5	6	7
d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos, ou gestos concordantes com a outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
e) Preferir colocar-me frente a frente.	1	2	3	4	5	6	7
f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
g) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

---

Obrigada pela participação

**ANEXO IV-** Pedido de autorização para realização da colheita de dados dirigido ao  
Presidente do Conselho de Administração do CHTV





Ministério da Educação e Ciência  
 Instituto Politécnico de Viseu  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmº.Sr.  
 Presidente do Conselho Administração  
**Centro Hospitalar Tondela - Viseu, E.P.E.**  
 Av. rei D. Duarte  
 3504-509 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA

VOSSA DATA

NOSSA REFERÊNCIA

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

ESSV-0066 21-JAN-16

No âmbito da Unidade Curricular do Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Emanuela Fátima Silva Santos Francisco do 3º Curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária pretendem desenvolver um estudo subordinado ao tema "Atitudes dos enfermeiros e a família na área hospitalar".

O objetivo deste estudo é identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à inclusão da família nos cuidados de enfermagem, verificar se as atitudes são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas e pelas competências emocionais dos enfermeiros.

Neste contexto, solicitamos a V.Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/aplicação de questionário junto dos profissionais de enfermagem do CHTV em consulta/internamento, sendo que para o devido efeito se junta em anexo um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Ana Isabel Andrade, é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos, uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos,

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira



ANEXO V - Parecer da Comissão de Ética do CHTV



## DELIBERAÇÃO

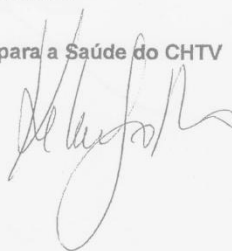
N/referência	19022016/13
Designação	Pedido de autorização para realização de um trabalho subordinado ao tema: "Atitudes dos enfermeiros e a família na área hospitalar"
Orientadora/Investigadora	Enfermeira Ana Isabel Pereira de Azevedo e Andrade
Investigadora Colaborante	Enfermeira Emanuela Fátima Silva Santos Francisco
Instituição Participante	CHTV
Data do documento	21 Janeiro de 2016
Data de Entrada na CES	Fevereiro de 2016
Data do Parecer da CES	19 Fevereiro de 2016

Analisado o Pedido de autorização para realização de um trabalho subordinado ao tema: "Atitudes dos enfermeiros e a família na área hospitalar" a realizar no CHTV pela Enfermeira Emanuela Fátima Silva Santos Francisco, esta CES deliberou nada haver a opor em relação à realização do mesmo.

**Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 19/02/2016:**

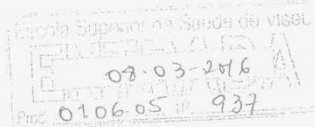
Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro  
 Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade  
 Vogal: Ana Maria Pinto da Costa  
 Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento  
 Vogal: Fernando Andrade Ferreira Almeida  
 Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira  
 Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

**A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHTV**





Conselho de Administração



**Exma Senhora**  
**Enfª. Emanuela Fátima Silva Santos**  
**Francisco**  
**Escola Superior de Saúde de Viseu**

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
66		CA	26-02-2016

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para recolha de dados

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos Vª Exª que se autoriza a recolha de dados para a realização de um estudo subordinado ao tema "Atitudes dos enfermeiros e a família na área hospitalar." a aplicar aos profissionais de enfermagem do CHTV, EPE.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Carlos Fernando Ermida Rebelo, Dr.)

ER/Ab