



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Mónica Catarina Martins Tavares

Atitude dos Enfermeiros: a importância da
família no cuidar

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”

Florence Nightingale

Agradecimentos

Porque quem é Feliz não está sozinho, deixo aqui o meu sincero agradecimento:

à Professora Doutora Ana Andrade, pela sua orientação, disponibilidade e contributos para a concretização deste trabalho;

à Administração Regional de Saúde do Centro, respetiva Comissão de Ética pela autorização que tornou o estudo possível;

ao colegas que gentilmente se disponibilizaram a dar o seu contributo, participando no estudo;

aos grandes Amores da minha vida que o permitiram, pela paciência, suporte, disponibilidade e Amor e Incondicional.

A todos,

MUITO OBRIGADA!

Resumo

Enquadramento: O Enfermeiro dos cuidados de saúde primários surge como figura principal no estabelecimento de uma relação de proximidade, segurança e confiança entre o indivíduo/família e os serviços de saúde, sendo ele próprio, pela sua formação e dedicação, quem assegura a manutenção dos serviços. Na perspetiva da continuidade de cuidados, a família surge tanto como contexto de prestação de cuidados, como fonte de suporte e recurso refletindo-se, a sua inclusão nos cuidados, na eficácia das intervenções de enfermagem.

Objetivos: Identificar a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar; verificar se a atitude dos Enfermeiros é influenciada pelas variáveis sociodemográficas, profissionais e pela competência emocional.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal com participação de 71 Enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde da região Centro, com predomínio do grupo etário 40 - 49 anos e do género feminino (91.5%) O instrumento de colheita de dados inclui um questionário sociodemográfico e profissional, a Escala A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem: Atitude dos Enfermeiros - IFCE-AE e a Escala Veiga de Competência Emocional - EVCE.

Resultados: Os Enfermeiros que consideram a Família: parceiro dialogante e recurso de coping (atitude mais favorável) são do género masculino, com idade entre os 40 e os 49 anos, solteiro, divorciado ou viúvo, e detentor de uma especialidade. Possui a categoria profissional de Enfermeiro (generalista), com um tempo de serviço igual ou superior a 21 anos, exerce funções na Unidade de Saúde Pública e tem formação em Enfermagem de família. Apresenta competência emocional normal. Os Enfermeiros mais jovens, sem formação em Enfermagem de família e com competência emocional diminuída são os que entendem a Família: como um fardo.

As variáveis sociodemográficas não interferem na atitude dos Enfermeiros. Das variáveis profissionais, apenas o tipo de unidade onde exercem funções influencia a atitude dos Enfermeiros. A competência emocional interfere na atitude dos Enfermeiros, sendo preditora das dimensões Família: parceiro dialogante e recurso de coping e Família: recurso nos cuidados de enfermagem. A capacidade Empatia revelou-se preditora da importância da família no cuidar (nota global).

Conclusão: Os Enfermeiros dos CSP apresentam uma atitude favorável quanto à importância da família no cuidar. Quanto melhor a competência emocional mais favorável é a atitude dos Enfermeiros. Face aos resultados expostos concluindo-se a importância de dotar os profissionais de competências emocionais para perceber a família como unidade e recurso.

Palavras-Chave: Atitude, Relações Profissional-família, Competência Emocional.

Abstract

Framework: The Primary Care Nurse emerges as the main figure in establishing a relationship of closeness, security and trust between the individual / family and the health services, being himself, through his training and dedication, who ensures the maintenance of the services. In the perspective of continuity of care, the family emerges as much a context of care, as a source of support and resource reflecting itself, its inclusion in care, and the effectiveness of nursing interventions.

Objectives: Identifying the attitude of Primary Care nurses in the importance of family on care; Verifying if sociodemographic, professional variables and emotional competence influence the attitude of nurses.

Methods: A quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study with the participation of 71 nurses from a grouping of health centers in the central region, with a predominance of the age group 40-49 years and the female gender (91.5%). The data collection instrument includes a questionnaire Sociodemographic and Professional Scale The Importance of Family in Nursing Care: Nurses' Attitude - IFCE-AE and the Veiga Emotional Competence Scale - EVCE.

Results: Nurses who consider the Family a dialogue partner and a coping resource are the male, aged 40 to 49 years old, single, divorced or widowed, with a specialty. She has the professional category of Nurse (generalist), with a period of service equal or superior to 21 years, works in the Public Health Unit and has training in Family Nursing. Has normal emotional competence. The youngest nurses, without training in family nursing and with diminished emotional competence are those who understand the Family: as a burden. Sociodemographic variables do not interfere with the Nurses' attitude. Of the professional variables, only the type of unit where they perform functions influences the attitude of the Nurses. Emotional competence interferes with the attitude of nurses, being a predictor of the dimensions Family: dialoguing partner and coping resource and Family: resource in nursing care. Empathy capacity proved to be a predictor of the family's importance in caring (global score).

Conclusions: The Primary Care Nurses present a favorable attitude regarding the importance of family on care. The better emotional competence the most favorable is the attitude of the Nurses. In view of the results, we conclude the importance of providing professionals with emotional skills to perceive the family as a unit and resource.

Keywords: Attitude, Professional-Family Relationships, emotional competence.

Sumário

	Pág
Lista de figuras	
Lista de quadros	
Lista de siglas	
Introdução	21
1ª Parte – Fundamentação teórica	25
1. A família	27
1.1 A família e a Enfermagem.....	28
1.2 A Família e a Atitude dos Enfermeiros dos CSP.....	31
2. Competência emocional dos Enfermeiros dos CSP	35
3. Estado da arte	39
2ª Parte – Trabalho empírico	43
1. Metodologia	45
1.1 Concetualização do estudo.....	45
1.2 Hipóteses	46
1.3 Variáveis.....	47
1.4 Tipo de estudo.....	48
1.5 Participantes.....	48
1.6 Instrumento de colheita de dados.....	49
1.6.1 Questionário sociodemográfico e profissional	50
1.6.2 Escala A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros (IFCE-AE)	50
1.6.3 Escala Veiga de Competência Emocional – EVCE	51
1.7 Procedimentos de colheita de dados.....	52
1.8 Procedimentos estatísticos.....	53
2. Apresentação dos resultados	55
2.1 Análise descritiva.....	55
2.2 Análise inferencial.....	60
3. Discussão	67
3.1 Discussão metodológica.....	67
3.2 Discussão dos resultados.....	68

4. Conclusão.....	75
Referências bibliográficas.....	79
Anexos.....	85
Anexo I – Instrumento de colheita de dados.....	87
Anexo II – Autorização dos autores para utilização da Escala IFCE-AE.....	101
Anexo III – Autorização da autora para utilização da Escala EVCE.....	105
Anexo IV – Pedido de Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro.....	109
Anexo V – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro.....	135

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 – Representação gráfica da relação entre as variáveis	47
Figura 2 – Mapa dos Concelhos do ACeS BaixoVouga.....	49

Lista de quadros

	Pág.
Quadro 1 - Análise da fidelidade da IFCE-AE e dimensões.....	51
Quadro 2 - Análise da fidelidade da EVCE e capacidades.....	52
Quadro 3 – Caraterização dos Enfermeiros em relação às variáveis sociodemográficas em função do género.....	56
Quadro 4 - Caraterização dos Enfermeiros em relação às variáveis profissionais em função do género.....	57
Quadro 5 - Caraterização dos Enfermeiros em relação ao contexto de formação em Enfermagem de família e em função do género.....	58
Quadro 6 – Estatísticas relativas às capacidades da Competência Emocional.....	59
Quadro 7 – Níveis de competência Emocional dos Enfermeiros dos CSP em função do género.....	59
Quadro 8 - Estatísticas relativas à atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global) em função do género.....	60
Quadro 9 - Teste U de Mann Whitney da atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global) em função do género e estado civil.....	61
Quadro 10 - Teste de Kruskal-Wallis da atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global) em função do grupo etário e habilitações académicas.....	62
Quadro 11 - Teste de Kruskal-Wallis da atitude dos Enfermeiros dos CSP na Importância da família no cuidar (dimensões e nota global) em função da categoria profissional, tempo de serviço e tipo de unidade onde exerce funções.....	63
Quadro 12 - Teste U de Mann Whitney da atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global) em função da formação em Enfermagem de família.....	64
Quadro 13 - Regressão linear simples entre a Competência Emocional e a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global).....	64
Quadro 14 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global).....	65
Quadro 15 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping.....	66
Quadro 16 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a dimensão Família recurso nos cuidados de enfermagem.....	66

Lista de siglas e abreviaturas

ACeS	.....	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	.....	Administração Regional de Saúde
CSP	.....	Cuidados de Saúde Primários
Cf.	.....	Conforme
Dp.	.....	Desvio padrão
EVCE	.....	Escala Veiga de Competência
FINC-NA	.....	Families' Importance in Nursing Care–Nurses' Attitudes
IE	.....	Inteligência Emocional
IFCE-AE		A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos Enfermeiros
OE	.....	Ordem dos Enfermeiros
OM	.....	Ordenação média
OMS	.....	Organização Mundial de Saúde
PNS	.....	Plano Nacional de Saúde
UCC	.....	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	.....	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP	.....	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	.....	Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O gradual envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas assim como a evolução tecnológica têm criado novas necessidades de saúde. 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, Lívio, Ribeiro, 2014). Estes 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).

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) confere à Enfermagem uma responsabilidade determinante para a garantia de respostas de qualidade às necessidades da comunidade em matéria de cuidados. Neste sentido, o Enfermeiro de Saúde Comunitária surge como figura central na execução do diagnóstico de saúde e no estabelecimento de prioridades. Permite a formulação de objetivos e estratégias no sentido de desenvolver e avaliar projetos com o intuito de solucionar os problemas identificados. Tem ainda como intervenção fundamental a capacitação de grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A evolução das ciências e das tecnologias tem sido decisiva no desenvolvimento da área da saúde, aumentando a qualidade dos cuidados prestados que se manifesta na progressiva melhoria do estado de saúde das populações. A doença como foco dos cuidados tem vindo a ser preterida relativamente à saúde e a conceção biomédica superada pela visão holística do ser humano e neste contexto o sistema familiar evidencia-se. A família, considerada a unidade básica da sociedade, emerge como o suporte e a proteção dos seus membros, ativando os seus recursos em situações de crise – como na doença, e garantindo a sua melhor resposta perante necessidades particulares de cada elemento que a constitui. Cada família possui recursos próprios que se relacionam, não só com as capacidades individuais de cada um dos elementos, mas também, com diversas vertentes como são a saúde, a educação e o estatuto económico (Sousa, 2011).

As famílias perante uma situação de doença podem assumir um comportamento terapêutico, unindo-se ao tratamento e procuram soluções para dificuldades ou, de forma adversa, criando conflitos e transferindo as culpas para os profissionais. Nesta linha, os profissionais de saúde têm como difícil tarefa a abordagem à família consoante as

características que esta evidencia perante a situação de crise (Alves, 2004 citado em Sousa 2011).

Neste sentido surgiu a necessidade de investigar “Qual a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar?” e quais as variáveis que as influenciam.

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. A família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para o Enfermeiro que presta cuidados (Figueiredo, 2009).

Num contexto de CSP, e assumindo um papel crucial na ligação entre os serviços de saúde e a família, surge o Enfermeiro de saúde comunitária que, pela sua formação, possui competências específicas no cuidado à família, desenvolvendo intervenções a nível cognitivo, comportamental e afetivo. Uma atitude positiva permite ao Enfermeiro gerir conflitos, que possam surgir no contacto diário com as famílias, e fortalecer o cuidado em parceria. A transferência dos cuidados para o ambiente natural do doente, capacitando os familiares e reconhecendo-lhe o papel de cuidadores, proporciona melhorias quer na recuperação da saúde quer no estabelecimento de relações de confiança e cooperativismo entre os serviços de saúde e as famílias (Alves, 2011).

Neste contexto foi definido como objetivo principal: identificar a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar.

A amostra foi constituída por 71 Enfermeiros que exercem funções nas unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Vouga.

Este trabalho de investigação estrutura-se em duas grandes partes. A primeira parte é dividida em dois capítulos: o primeiro efetua uma revisão integrativa da literatura acerca do conceito de família e da importância da família nos cuidados de enfermagem. O outro capítulo aborda a atitude dos Enfermeiros dos CSP relativamente à importância da família nos cuidados, abordando também a temática da competência emocional, suas dimensões, escala e medidas e algumas perspetivas e teorias explicativas. Na segunda parte é apresentado o estudo empírico seguido da Metodologia utilizada e dos Resultados, com análise descritiva e inferencial, segue-se a Discussão dos resultados e finaliza-se com as conclusões.

Para fundamentação teórica utilizaram-se os descritores MeSH e DeCS noise e hospitals, para os termos “competência emocional” efetuou-se uma busca no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, uma vez que estes não são termos descritores em Saúde. Foram consultadas as bases de dados disponíveis no site da Ordem dos Enfermeiros: EBSCOhost - Research Databases que inclui CINAHL® Plus with Full Text; Nursing & Allied Health Collection; British Nursing Index; Cochrane Central Register of

Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; MedicLatina; MEDLINE with Full Text e “b-on – biblioteca do conhecimento online”.

Foram consultados artigos datados de 2008 a 2015, considerados adequados e de autores reconhecidos nas temáticas em questão. Ressalvam-se algumas exceções onde se recorreu à fonte primária, embora a data de publicação não estivesse incluída no supracitado intervalo.

1ª Parte – Fundamentação teórica

1. A família

A família é a instituição social onde todo o ser humano é inserido logo ao nascimento, é o alicerce básico e ecuménico de todas as sociedades. Não existe na história ancestral o surgimento de uma sociedade organizada sem que se vislumbre uma base na família ou organização familiar (Alves, 2011).

Fruto de um processo de mudança histórico, o conceito de família tem sofrido vários acrescentos e alterações, ao sabor da evolução dos paradigmas sociais, observando-se hoje uma mudança vincada na estrutura e composição do que se define enquanto família.

De uma concessão patriarcal, onde a mulher submissa ao pai ou ao marido criava os filhos segundo as mesmas premissas que davam às figuras masculinas o poder absoluto, passou-se para um conceito moderno onde a figura feminina iguala, em direitos e deveres, a figura masculina e onde se sobrepõem os afetos à biologia (Alves, 2011).

Para além dos tradicionais conceitos que associam a família à consanguinidade, casamento ou adoção, surgem outras conceções que também a definem como são o afeto e a proximidade. Recorrendo às ciências sociais encontram-se noções de família que se regem por pilares sociológicos – como viver na mesma casa, pilares legais – como a celebração de contratos (casamento, filiação, adoção), pilares biológicos que se relacionam com a raça e a herança genética e pilares psicológicos como os laços emocionais (Sousa, 2011 citado em Santos, 2012).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2, a OE define família enquanto *“unidade social ou todo coletivo constituído por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”* (OE, 2011).

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

Cada pessoa possui um código de valores sejam eles religiosos, sociais, morais ou éticos que delineiam a sua conduta, a sua forma de estar e de agir. Este código é, sobretudo, uma soma das suas vivências familiares, dos ensinamentos e aprendizagens que retira deste núcleo que é a família. Neste sentido, a família assume duas grandes funções: a

de inserção numa cultura mantendo o legado da mesma e a de proteção psicossocial de cada elemento que a constitui (Rodrigues, 2013).

Em todas as famílias, cada membro assume uma posição que lhe confere direitos e deveres, estabelecendo uma hierarquia que permite a adaptação às constantes mudanças e exigências da sociedade. Com base nos conceitos de Stanhope e Figueiredo, Rodrigues (2013) afirma que é o assumir de comportamentos, expectáveis pelos restantes membros, que delinea o papel de cada elemento e possibilita a manutenção do equilíbrio interno desta estrutura.

O conceito de família tem sofrido várias mutações ao longo dos tempos, identificando-se atualmente novas formas de organização familiar como são as famílias monoparentais ou as famílias onde crianças e adultos não têm laços sanguíneos. Tal como a sua estrutura, os papéis e as funções da família também sofreram mutação fruto do progresso dos contextos social, cultural e histórico (Martins, Fernandes & Gonçalves, 2012).

No entanto, e independentemente do conceito que a define, a família assume um papel fulcral na vida de cada indivíduo nas diversas fases da vida, sendo a escola dos sentidos, dos sentimentos, valores e crenças. A família é o suporte nos momentos de crise, de mudança, de realização assim como na saúde e na doença.

Cada família prospera, para além das crises sociais, mediante a sua capacidade de ajuste às exigências com que, constantemente, se vai deparando (Figueiredo, 2012). Assim sendo, a doença surge como possível causa de crise familiar porque altera as dinâmicas assim como o cumprimento dos papéis instituídos, abalando toda a estrutura e dinâmica. Neste contexto, a família é basilar na saúde e na doença de cada um dos seus elementos.

1.1 A família e a Enfermagem

Antes de Florence Nightingale, já Bin Saad se referia aos contextos quotidianos das pessoas como o melhor local para exercer a sua profissão, enaltecendo o meio natural como facilitador da qualidade dos cuidados e resultando em ganhos em saúde. É o contexto familiar que prepara cada pessoa para assumir um determinado estilo de vida determinando o seu trajeto (Martins, Fernandes & Gonçalves, 2012).

Na literatura, a prática da Enfermagem com as famílias surge na América do Norte no início dos anos 80 e, após a primeira Conferência Internacional de Enfermagem de Família realizada na cidade de Calgary no Canadá em 1988, alargou-se para o mundo (Burchad et al, 2004 citado em Santos, 2012).

Nesta mesma época, pela Europa, eram implementadas políticas de saúde direcionadas para a “devolução” dos cuidados de saúde das instituições hospitalares para o domicílio dos doentes, criando a necessidade de criação de equipas de prestadores de cuidados que dessem resposta à necessidade de suporte dos doentes e familiares. Surge assim um movimento de apoio à Enfermagem de Família onde se realça a figura do Enfermeiro de família, tendo este como dever e compromisso a inclusão da família nos cuidados de saúde (Wright e Leahey, 2009 citado em Santos, 2012).

Assumindo a subtilidade da arte de enfermagem, que não se limita às práticas, mas alarga-se à capacidade de criar parcerias com vista à obtenção da melhor saúde possível, a intervenção de Enfermagem deve ser analisada com base numa visão holística, onde se compreenda que a doença num dos membros da família altera todo o equilíbrio familiar. Os cuidados de Enfermagem devem ser dirigidos, não só às necessidades de cada indivíduo em particular, mas também, às necessidades de toda a unidade familiar. Da interação entre a Enfermagem e a família resulta a produção de recursos, estratégias e saberes que catalisam a transição doença-saúde. (Martins et al, 2012).

Tanto a União Europeia como a OMS admitem a importância do papel da família na prestação de cuidados, pela sua constante presença e atenção aos processos de transformação de cada um dos seus elementos (Martins et al, 2010).

As organizações institucionais têm vindo a reforçar a necessidade de direcionar as metodologias de trabalho para a promoção do cuidar direcionado para a família, alicerçado na adequação de respostas – efetividade, na visão global - integralidade e na proximidade entre os serviços e a pessoa – acessibilidade (OE, 2010)

A necessidade de intensificar a prática da Enfermagem baseada na família tem sido reforçada pela reestruturação dos cuidados de saúde assim como pela diminuição dos tempos de hospitalização e incentivo dos cuidados em ambulatório amplificando e flexibilizando a rede de suporte, especialmente nos cuidados aos portadores de doenças crónicas. Assim, a Enfermagem tem vindo a reconhecer a necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos e adotar práticas que assistam a família de forma sistémica com vista à promoção da saúde e/ou à aquisição de habilidades que minimizem os efeitos da doença (Martins et al, 2010).

A reforma dos CSP em Portugal, iniciada em 2005, que contempla a reestruturação dos centros de saúde e implementação de unidades funcionais, veio reforçar a importância do modelo de trabalho das equipas multiprofissionais enfatizando o papel do Enfermeiro enquanto elo facilitador da implementação e do desenvolvimento deste modelo (Silva, Costa & Silva, 2013).

Tanto o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 como o PNS 2012-2016 realçam a importância da família nos cuidados, orientando os profissionais para uma visão mais integrada dos problemas de saúde. O recente PNS, revisto e alargado a 2020, promove uma relação de continuidade e proximidade baseada na confiança entre Enfermeiros e cidadãos enfatizando o papel do Enfermeiro na personalização dos cuidados e na responsabilização do cidadão pela sua própria situação de saúde.

A compreensão das experiências de cada familiar, por parte da enfermagem, facilita a identificação de necessidades e conduz ao desenvolvimento de competências e à implementação de intervenções no sentido de facilitar a adaptação de toda a família a cada nova etapa no processo saúde/doença (Santos, 2011).

Manifestos na interação entre o profissional de Enfermagem e a família, os cuidados de Enfermagem à família pressupõem a criação de um importante processo terapêutico e interpessoal com a finalidade de capacitar a família para o tratamento e a manutenção da saúde. O Enfermeiro nos CSP tem, pela sua posição na equipa multiprofissional, um lugar cimeiro no acesso à família e no conhecimento pleno dos estilos de vida e das necessidades de saúde de cada um dos seus elementos e da família como um todo. Este lugar atribui-lhe o papel de facilitador da mudança pretendida (OE, 2014).

Segundo a OE (2014):

O papel do Enfermeiro consiste em promover a autonomia, criar com sabedoria a oportunidade, reforçando crenças e capacidades, respeitando decisões e ritmos de aprendizagem, fomentando a partir da família a reprodução e herança de modelos comportamentais e experiências de saúde, num processo de desenvolvimento e crescimento.

Enquanto conceito, a Enfermagem de família apresenta-se como uma abordagem aos cuidados da família. Sendo principalmente fundamentada em teorias de enfermagem, possui também influência de outras áreas científicas como a teoria geral dos sistemas ou as teorias da mudança e da adaptação (Santos, 2012).

O Enfermeiro de família, regulado pelo Decreto de Lei nº149 de 5 de agosto de 2014:

cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis (...) contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Enquanto modelo organizativo, o Enfermeiro de família tem-se manifestado uma mais valia na qualidade dos cuidados prestados. Está capacitado para prestar cuidados de Enfermagem globais às famílias, criando e reforçando uma relação de confiança, ajuda e proximidade em todas as fases da vida familiar e servindo de elo de ligação entre a família e os serviços de saúde (OE, 2014).

Na visão da OMS, o Enfermeiro de família direciona a sua prática para ajudar pessoas e famílias a superar situações de crise ou vulnerabilidade, assim como a lidar com inabilidades crónicas, consagrando a maior parte desta prática ao acompanhamento de cada indivíduo/família no seu ambiente natural. A sua prática não se restringe às diligências para a recuperação, alargando-se à prevenção de comportamentos de risco e ensino de estilos de vida que visem a manutenção da saúde. O Enfermeiro de CSP distingue-se enquanto promotor de saúde na comunidade onde se insere, sendo também a sua formação e empenho responsáveis pelo adequado funcionamento dos serviços de saúde. A OE (2014) afirma que os Enfermeiros “*Estão e são próximos de quem deles precisa.*”

1.2 A família e a Atitude dos Enfermeiros dos CSP

A palavra atitude, pelo francês *attitude*, define-se enquanto demonstração de uma intenção, uma forma de agir. A atitude pode ser definida como “uma disposição interior da pessoa, que se traduz em reações emotivas que são assimiladas e posteriormente experimentadas” (Sousa, 2011).

As atitudes representam as capacidades de sentir, perceber e empreender do ser humano, dando significado à sua vida e assumem um papel de destaque na orientação e adaptação à sua circunstância (Rodrigues, 2013).

No seu modelo conceptual, Rosenberg e Hovland (1960) descrevem a atitude recorrendo a três tipos de variáveis: variáveis dependentes, variáveis intervenientes e variáveis independentes. Sugerem como variáveis dependentes a explicação verbal dos afetos e o funcionamento do sistema nervoso simpático; a percepção e a explicação das crenças e ainda as ações abertas e as explicações do comportamento. Nas variáveis intervenientes referem o afeto, a cognição e o comportamento. Como variáveis independentes e dimensíveis apresentam os estímulos.

Na literatura encontram-se vários métodos para avaliar as atitudes, uns baseados nas respostas fisiológicas, outros na observação direta. A forma mais comum de avaliação das atitudes é através da aplicação de escalas tipo Likert onde os inquiridos manifestam a sua concordância/discordância relativa a cada atitude apresentada (Alves, 2011).

Exemplo dessas escalas é a Escala Families' Importance in Nursing Care–Nurses' Attitudes (FINC-NA), concebida indutivamente a partir de uma revisão da literatura e testado com uma amostra de Enfermeiros suecos. Esta escala direciona-se para a avaliação da atitude dos Enfermeiros atendendo às variáveis intervenientes, referidas por Rosenberg e Hovland, que são a cognitiva (*eu penso...*), afetiva (*eu sinto...*) e comportamental (*no meu trabalho...*) e considera que o conceito de família inclui não só os seus membros, mas também pessoas significativas, amigos e vizinhos (Oliveira et al, 2009).

A adaptação desta escala para a população portuguesa foi realizada por Oliveira et al e implicou reajustes em várias componentes tais como no que concerne às dimensões. A escala original contém 4 dimensões, no entanto na validação e adaptação para Portugal adotaram-se apenas três. Estas dimensões são designadas de Família como parceiro dialogante e recurso de coping, Família como recurso dos cuidados de enfermagem e Família como um fardo (Oliveira et al., 2009).

Num contexto de prestação de cuidados de Enfermagem Martins *et al.*, (2012) referem que “a família exerce um papel significativo” e que “é tantas vezes esquecida ou ignorada, ou (...) é apenas vista como um recurso”, reiteram que

deve ser parte integrante de intervenção em saúde em qualquer fase da doença e em todos os contextos de assistência, o que aponta para a relevância da relação entre o cuidado ao indivíduo e seu contexto familiar, como um factor indispensável ao cuidado integral da pessoa.

Segundo as mesmas autoras este esquecimento a que a família pode ser submetida deve-se não só a uma visão biomédica do cliente pela Enfermagem como à crença de que o estudo da família é de senso comum e não carece de aprendizagem levando à falta de formação base em cuidados à família.

As atitudes são influenciadas pelas vivências de cada profissional, pelos seus próprios conceitos de família e cuidados à família, neste sentido a tomada de decisão assim como o planeamento e implementação de cuidados à família está dependente das experiências vividas e dos próprios conceitos de cada Enfermeiro (Rodrigues, 2013).

Para Oliveira, et al (2011) “as atitudes dos Enfermeiros nos contextos de interação terapêutica com as famílias traduzem o entendimento dos mesmos sobre a importância de as integrar no processo de cuidados, gerando práticas mais ou menos conducentes à potencialização funcional das famílias”.

Não sendo a família, por si só, capaz de dar uma resposta efetiva numa situação de doença, surgem os profissionais de saúde – particularmente os Enfermeiros, enquanto aliados com conhecimento profundo das necessidades de cada família, capazes de dar

resposta quer às necessidades de cuidados quer à necessidade de adaptação a uma nova realidade (Rodrigues, 2013).

Em todos os contextos em que operam, os Enfermeiros direcionam a sua prática para a família com o intuito de intervir tanto na família como uma unidade como em cada um dos seus elementos em particular. (Figueiredo, 2009).

Rodrigues (2013) refere: “A família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar”.

O mesmo autor reitera ainda que as atitudes são determinantes das decisões e das ações de cada ser humano, neste sentido a identificação das atitudes dos Enfermeiros face à família permitirá conhecer quais as áreas passíveis de intervenção, para que a atuação dos Enfermeiros seja efetiva e dirigida.

2. Competência emocional dos Enfermeiros dos CSP

As emoções desafiam o ser humano a pensar sobre a sua circunstância e o seu próprio “eu”, assim sendo o seu estudo e compreensão é fulcral para quem trabalha com e para outros seres humanos (Xavier et al, 2014).

Segundo Xavier (2013) o desenvolvimento do conceito de emoção é recente vindo a registar importantes mudanças. O seu desenvolvimento enquanto campo de investigação da Enfermagem apenas surge depois dos anos noventa do século XX, desde então há uma panóplia de autores que integram as emoções e o seu desenvolvimento como um campo de grande importância quer durante a formação quer já na vida profissional dos Enfermeiros. Ainda segundo a mesma autora, a Enfermagem tem-se direcionado para as estratégias emocionais enquanto meio para fomentar e intensificar o conforto nos cuidados prestados, a informação e *empowerment* dos clientes assim como no estudo das emoções tanto dos profissionais como dos clientes, decorrentes das suas vivências.

As emoções, não sendo causas de cognição, estão na raiz dos processos de aprendizagem na medida em que geram atos racionais – sentimentos. Perante determinadas situações e sentimentos por elas originados, a mente humana cria uma lembrança que se manifestará sob a forma de alerta em situações futuras semelhantes, permitindo aperfeiçoar aprendizagens. Neste sentido o desempenho profissional e o próprio comportamento humano são condicionados pela associação da mente racional com a mente emocional (Xavier et al, 2014).

O conceito de inteligência emocional (IE) remete para o intransponível autor Goleman que, recolhendo conceitos de muitos outros autores da área, apresentou um conceito organizado. Segundo este autor a IE aparece fracionada em cinco capacidades básicas relacionadas com as distintas dimensões da pessoa, e que são interdependentes apesar de apresentarem metas diferentes. Estas cinco capacidades foram, originalmente, conceptualizadas como “conhecer as próprias emoções”, “gerir as emoções”, “auto-motivar-se”, “reconhecer as emoções nos outros” e “gerir relacionamentos”. Como refere Costa (2009), para Goleman a IE agrega as habilidades pessoais com as competências sociais.

Mais tarde, e direcionando a sua teoria para o contexto de trabalho, Goleman distingue o conceito de IE do conceito de Competência Emocional que define enquanto “a capacidade aprendida baseada na Inteligência emocional que resulta em alta performance” (Goleman, 1998 como citado em Costa, 2009). Em consequência altera os conceitos das

cinco capacidades básicas da IE para “auto-consciência”, auto-regulação”, “auto-motivação”, “empatia” e “competências sociais”.

Neste sentido é pertinente clarificar as definições de competência e de capacidade. Segundo Costa (2009) a competência “ênfatisa um conjunto de saberes, de conhecimentos que as pessoas adquirem em formação de ensino ou profissional ao longo da vida e conseguem mobilizar e aplicar quando necessário”; já a capacidade é “um conjunto de habilidades pessoais que podem ser aprendidas, como a comunicação, assertividade, espírito de equipa, entre outras.”

Porque a Enfermagem é uma profissão de relações humanas, fará sentido afirmar que a Competência Emocional E tem repercussões quer na vida profissional quer na vida pessoal dos Enfermeiros. Com vista à eficiência, o Enfermeiro necessita desenvolver uma panóplia de capacidades que se enquadram e definem a Competência Emocional. (Lopes, 2013).

Veiga-Branco (2004) decompõe a Competência Emocional em cinco capacidades: Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Emoções em Grupos. Baseada em vários vultos da literatura, a autora agregou vários traços que caracterizam uma pessoa emocionalmente competente.

Assim sendo, refere a primeira capacidade – Autoconsciência – como a faculdade da pessoa atingir uma elevada perceção das emoções que sente (Veiga-Branco, 2004). Esta tomada de consciência provoca na pessoa uma transformação mental no sentido de manter o controlo quando confrontada com vários sentimentos repentinos e contraditórios, permitindo-lhe agir de forma consciente com pleno controlo de si mesma e da sua circunstância a cada momento (Lopes, 2013).

A segunda capacidade – Gestão de emoções – traduz-se no reconhecimento da sua faculdade em gerir as emoções, não ao nível do comportamento, mas em si próprio (Veiga-Branco, 2004). Enraizada no autoconhecimento das emoções, a capacidade de gerir as emoções é fulcral para o bem-estar emocional, implica a consciência das próprias emoções e das suas repercussões a nível individual (Lopes, 2013).

Com vista à eficiência, o Enfermeiro necessita de tomar consciência das suas emoções para que as possa gerir da forma mais positiva nas situações do dia a dia, tanto em contexto pessoal como social e profissional (Lopes, 2013).

Segue-se a terceira capacidade – Automotivação – que implica o controlo das emoções canalizando a energia para situações proveitosas (Veiga-Branco, 2004). Traduz-se

na utilização das preferências próprias para atingir objetivos, para ter determinação, para alcançar a eficiência face aos obstáculos (Lopes, 2013).

Constantemente as competências intrínsecas para a manutenção do bem-estar pessoal do Enfermeiro são postas à prova, seja pela necessidade de dar respostas que opõem os recursos disponíveis às necessidades da pessoa/família, seja pelas constantes exigências que podem conduzir ao desgaste e a sentimentos de frustração (Lopes, 2013).

A quarta capacidade – Empatia – que corresponde à perceção das emoções nos outros, permite alcançar a sincronia com o outro (Veiga-Branco, 2004). Por ser a aptidão de saber ouvir e observar, entender e conhecer o outro, a empatia é passível de treino. Quanto mais treinada a pessoa maior a sua eficiência no conhecimento do outro. Para além do treino, a empatia requer autoconsciência e das próprias emoções, só assim se poderá identificar no outro emoções que conhece e já experienciou (Lopes, 2013).

Torna-se imperioso que o Enfermeiro seja conhecedor das próprias emoções e que as legitime no utente/família para assim reconhecer as suas necessidades nas várias dimensões. É necessário que atente tanto na comunicação não verbal como na verbal, pois a avaliação assertiva de cada situação ditará o sucesso da sua intervenção. Só o reconhecimento e ação concordante com as emoções, sentimentos e atitudes do doente/família levará à construção de uma relação terapêutica e de interajuda, e este reconhecimento requer do Enfermeiro o autoconhecimento assim como motivação e gestão das próprias emoções (Lopes, 2013).

A quinta, e última, capacidade – Gestão de Emoções em grupo – manifesta-se pela faculdade de expressar sentimentos coletivos, controlando os seus próprios sentimentos, e adequando-se ao grupo onde se insere (Veiga-Branco, 2004). Aqui realça-se a aptidão para discernir as emoções nos outros e intervir de forma a influenciá-los nas suas decisões (Lopes, 2013).

É uma habilidade fundamental no Enfermeiro a de influenciar a pessoa/família alvo de cuidados, no sentido de mudar comportamentos e de adotar um estilo de vida saudável no alcançar da melhor saúde possível. Para exercer esta influência, o Enfermeiro deve reconhecer os sentimentos de quem cuida e agir de forma concordante (Lopes, 2013).

A OE refere-se à Enfermagem como uma profissão centrada “na relação interpessoal entre um Enfermeiro e uma pessoa, ou entre um Enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)”, esta mesma instituição define ainda a relação terapêutica como a “parceria estabelecida com o utente, no respeito pelas suas capacidades e insere-se num contexto de atuação multiprofissional” (OE, 2003).

A família é para o Enfermeiro uma realidade intrincada com numerosas significações, sujeitas à interpretação de quem as aborda. Os vários conceitos de família, e a importância que se lhe atribui, surgem ao sabor do conhecimento, mas também do sentimento e muito ao sabor das capacidades da competência emocional de cada profissional (Lopes, 2013).

A Competência Emocional afirma-se, assim, como um tema intransponível na Enfermagem enquanto profissão e enquanto ciência na medida em que impulsiona a reflexão crítica e possibilita a melhoria da qualidade dos cuidados assim como do ambiente laboral dos profissionais (Agostinho, 2010).

3. Estado da arte

O Estado da Arte auxilia na melhoria e desenvolvimento de novos postulados, conceitos e paradigmas, é uma atividade difícil por ser crítica e reflexiva, constituindo uma das partes mais importantes de todo trabalho científico.

No presente trabalho, a explicação científica fez-se através dos seguintes autores:

Barreira & Reis (2014) encontraram relação positiva com significado estatístico entre inteligência emocional e job engagement e correlação positiva entre o número de anos de profissão de enfermagem na área da oncologia e a pontuação total das escalas de job engagement e de inteligência emocional.

Xavier, Nunes & Basto (2014) de onde surgiu o instrumento “competência emocional do enfermeiro” que comporta um conjunto de capacidades, que possibilitam entender, nortear, alcançar e gerir emoções com vista à construção e manutenção das relações interpessoais em ambiente afetivo, composto por cinco dimensões correspondentes a cada uma de cinco capacidades.

Lopes (2013) que afirmou que a Competência Emocional, da população que estudou, emergiu dos relacionamentos em equipa, o entanto as capacidades autoconsciência e automotivação ficaram menos evidentes. A autora considerou pertinente a formação Educacional com incidência nas capacidades auto.

Rodrigues, (2013) que obteve resultados evidentes de que os enfermeiros têm na sua maioria atitudes positivas, face à família nos cuidados de enfermagem. Encontrou diferenças estatisticamente significativas em relação ao título profissional e a formação pósgraduada/mestrado em enfermagem dos enfermeiros.

Um artigo de investigação realizado por Silva, M. A., Costa & Silva, M. M., (2013) com objetivo de caracterizar as atitudes dos Enfermeiros que trabalham nos CSP, na ARS Centro, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem, apresenta uma amostra de 871 Enfermeiros de centros de saúde da região centro de Portugal. As autoras concluíram que os Enfermeiros da ARSC têm a atitude de suporte em relação à família demonstrada e que esta se relaciona com a formação que possuem, o tempo de experiência profissional, a unidade onde trabalham e o método de organização dos cuidados.

Santos (2012) concluiu que o programa de intervenção educacional aplicado foi eficaz verificando mudanças positivas e efetivas na atitude e no comportamento dos Enfermeiros face ao modo como envolvem a família nos cuidados. A atitude favorável observada foi independente da idade, tempo de serviço e desenvolvimento profissional, verificando-se alta percepção de autoeficácia no trabalho com as famílias. Concluiu ainda que o programa implementado poderá ser aconselhado e proveitoso em contextos semelhantes.

Santo-Lopes & Veiga-Branco (2012) apuraram que a maioria dos enfermeiros no global das diferentes unidades apresentaram Competência Emocional, com algumas diferenças.

Alves (2011) obteve resultados que evidenciam que os enfermeiros na sua maioria têm atitudes de suporte e de inclusão da família nos cuidados, revelando ser a dimensão da Família como recurso nos cuidados de enfermagem a mais valorizada e a dimensão Família como um fardo a que menor valor se atribui. Estes resultados foram ainda mais evidenciados após uma formação sobre cuidados centrados na família.

Oliveira et al (2011) concluíram que a versão portuguesa criada, denominada A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE), é um instrumento fiel e válido para avaliar a atitude dos Enfermeiros portugueses na importância de envolver a família nos cuidados, tendo obtido boa consistência interna para o total dos itens (Alpha de Cronbach = 0,87). Os resultados também mostraram que, em sua maioria, os enfermeiros têm atitudes de suporte face à família. Os autores verificaram que os enfermeiros que trabalham em USF e os que têm formação de Enfermagem de família apresentaram uma média superior relativamente aos restantes.

Sousa (2011) apresentou resultados que evidenciaram que a idade, a experiência profissional e a formação em enfermagem de família têm como influência uma atitude positiva perante a família, no entanto estas variáveis não são determinantes na atitude dos enfermeiros.

Barbieri et al (2010) obteve resultados que mostraram importância dos contextos de formação para uma atitude mais favorável à família, mostraram ainda que, face à família, os enfermeiros têm maioritariamente atitudes de suporte, não encontrando evidência de que contextos diferentes de cuidados influenciem as atitudes dos enfermeiros.

Costa (2009) verificou a existência de relação significativa positiva entre as capacidades da IE entre si e estas com os comportamentos assertivos, aferindo que correlação mais forte se refere à capacidade Auto-Consciência com a Auto-Motivação.

Freitas (2009) concluiu que os Enfermeiros conferem maior importância à Enfermagem com Famílias do que à aplicabilidade prática deste tipo de abordagem sendo que esta sobre influencia do tipo de formação acadêmica sobre a família.

Benzein et al. (2008) realizaram a validação da escala *Families' Importance in Nursing Care–Nurses' Attitudes (FINC-NA)*, contribuindo para aumentar o conhecimento relativo à atitude dos Enfermeiros para além da especificidade de alguns contextos. Os autores concluíram que os Enfermeiros relatam atitude de apoio sobre a família, que a atitude menos favorável é predita pelas variáveis: ser recém-formado, não ter formação em cuidado da família no local de trabalho e ser do género masculino.

2ª Parte – Trabalho empírico

1. Metodologia

A investigação encontra questões que necessitam ser investigadas, permite resolver problemáticas ligadas ao conhecimento de fenómenos do mundo real, permitindo uma apropriação de conhecimentos científicos (Marcos, 2014).

A fase metodológica define os processos de realização de uma investigação permitindo ao investigador definir as estratégias para dar resposta às questões de investigação e validar as hipóteses. Nesta etapa especifica-se o tipo de estudo realizado, a conceptualização, a amostra, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos de recolha de dados e estatísticos (Fortin, 2009).

O método é *“um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, (...) pressupõe num sistema de regras e processos (...). O seu objetivo é fazer afirmações sem erro”* (Cunha, 2010, p.1).

A investigação é um processo metódico, rigoroso e científico com o intuito de desenvolver o conhecimento nas diversas áreas. Neste sentido, este processo tem-se manifestado profícuo no desenvolvimento da Enfermagem, dando resposta a questões e resolvendo problemas em benefício do utente/família. O conhecimento que resulta da investigação em Enfermagem permite exercer a prática com base na evidencia, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados em saúde. A Enfermagem, enquanto disciplina, sustenta-se na investigação sobre focos de atenção, intervenções e resultados (OE, 2006).

Este estudo surge da necessidade de conhecer a atitude dos Enfermeiros dos CSP quanto à importância da família no cuidar. Tendo por base a pesquisa efetuada, formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar e quais as variáveis que a influenciam?

1.1 Concetualização do estudo

As novas políticas de saúde apontam no sentido da adoção de atitudes consonantes com as necessidades identificadas. Atualmente, o Enfermeiro conhece as vantagens de ter uma visão holística do utente, enquanto elemento integrante de uma família que o influencia e que, por sua vez, também é por ele influenciada. O respeito pelas respostas que a família dá perante cada intervenção de Enfermagem deve integrar o cuidado centrado a mesma.

Assumindo que estas intervenções não são apenas interacionais, o Enfermeiro possibilita uma parceria eficiente entre família/enfermeiro na procura de estratégias adequadas para lidar com a mudança e garantir o melhor bem-estar da família no seu todo (Alves, 2011).

Neste sentido, são exigidas, ao Enfermeiro, novas aptidões e reajustamentos nas intervenções e atitudes adotadas, (Rodrigues, 2013). É de fulcral importância o conhecimento da importância por ele atribuída à inclusão das famílias no cuidar.

Assumindo a família como alvo dos cuidados, o Enfermeiro deve reconhecer as necessidades de cada uma, quais as suas habilidades, recursos e medos, com a consciência de que as necessidades se alteram ao longo dos tempos, dependendo do tipo de família, da sociedade e cultura onde se insere e de acordo com o próprio ciclo vital da família. A interação entre o Enfermeiro e o utente/família é basilar na Enfermagem na atualidade (Alves, 2011).

Esta necessidade de desenvolver aptidões e reajustamentos na atitude vai de encontro à necessidade do enfermeiro possuir literacia emocional, sendo capaz de *“identificar, gerir as emoções que emergem desta relação com o utente e família, bem como as suas, permitindo o exercício da sua profissão com a melhor qualidade possível e com ganhos para ambas as partes envolvidas neste complexo processo”* (Lopes, 2012, p.38)

De acordo com estes pressupostos, este estudo tem um objetivo geral que é identificar a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar. Como objetivos específicos foram delineados:

- Traçar o perfil sociodemográfico e profissional dos Enfermeiros dos CSP.
- Analisar as capacidades da competência emocional dos Enfermeiros dos CSP.
- Determinar se as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar.
- Verificar a relação entre a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar e a sua competência emocional.

1.2 Hipóteses

As hipóteses incluem as variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de investigação a realizar. Diferenciam-se das questões de investigação porque predizem os resultados do estudo (Fortin, 2009).

De acordo com o tema em estudo e para um melhor conhecimento do problema que se pretende analisar, formularam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar

Hipótese 2 – As variáveis profissionais influenciam a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar.

Hipótese 3 – a competência emocional interfere na atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar.

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5%. Este nível de significância permite-nos afirmar com certeza de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação entre as variáveis (Fortin, 2009).

1.3 Variáveis

Na investigação, uma variável reflete uma propriedade, característica ou qualidade do objecto de estudo (Fortin, 2009). Na literatura encontram-se diferentes denominações para as variáveis, a mais comum é a classificação em variáveis dependentes e independentes.

Relativamente às variáveis, consideram-se a *Atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar* como a variável dependente e as variáveis independentes foram denominadas como variáveis sociodemográficas, profissionais e competência emocional.

A relação entre as mesmas está esquematizada na Figura 1.



Figura 1 – Representação gráfica da Relação entre Variáveis

1.4 Tipo de estudo

Com vista ao alcance dos objetivos propostos conceptualizou-se um estudo quantitativo, analítico, descritivo-correlacional e transversal e procedeu-se a uma pesquisa que segue a orientação de um desenho característico de um *estudo não experimental*.

Uma das vantagens dos estudos retrospectivos, é a aplicação dos questionários autoadministrados, método a que recorreremos para a colheita de informação. Os autores referem que a utilização deste método tem vantagens sobre as entrevistas face a face, ou entrevistas pelo telefone. No questionário autoadministrado, não existem intermediários, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador (Sampieri *et al*, 2003 citado em Hill & Hill 2005).

De uma forma sintética pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para esta investigação engloba as seguintes características:

Segue métodos do estudo de análise quantitativa – pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação;

Trata-se de estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo (Sampieri, Collado & Lucio, 2006);

Possui as características de um estudo *descritivo* e correlacional. Se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Sampieri *et al*, 2006). Este tipo de estudo como refere Fortin, (2009) assenta na investigação das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis.

1.5 Participantes

Os participantes deste estudo foram 71 Enfermeiros, que se disponibilizaram para participar no estudo, dos 274 que exercem funções no ACeS Baixo Vouga, correspondendo a 26% da população.

O ACeS Baixo Vouga compreende onze concelhos na sua área geográfica – Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro,

Ovar, Sever do Vouga e Vagos, concelhos que integram a Unidade Territorial Estatística de Nível III – Região Baixo Vouga, conforme figura seguinte



Figura 2 – Mapa dos Concelhos do ACeS Baixo Vouga

Fonte: http://www.regiaodeaveiro.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27804

Este agrupamento de centros de saúde desenvolve a sua atividade aos três níveis de prevenção numa área de 1691,6 Km². Da reorganização dos seus onze centros de saúde resultaram quarenta e nove unidades funcionais: uma Unidade de Saúde Pública (USP), uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), dez Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) Continuados Integrados, dezasseis Unidades de Saúde Familiar (USF) e vinte e uma Unidades de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP).

Neste ACeS exercem funções 274 profissionais de Enfermagem distribuídos pelas diversas unidades funcionais (ACeS Baixo Vouga, 2014).

1.6 Instrumento de colheita de dados

A seleção do instrumento de colheita de dados relaciona-se com a determinação da informação que se pretende recolher da realidade (Vilelas, 2009). Esta seleção depende das variáveis em estudo e do tipo de análise que se pretende efetuar (Fortin, 2009).

A construção apropriada do instrumento de colheita permite que o estudo obtenha a desejada correlação entre a realidade e a teoria (Vilelas, 2009).

De acordo com estes pressupostos, a recolha de informação foi planeada tendo por base um conjunto de questões estruturadas em forma de questionário e escalas (cf. Anexo I).

1.6.1 Questionário sociodemográfico e profissional

Caracterização Sociodemográfica

As questões formuladas visam caracterizar os Enfermeiros dos CSP relativamente à idade, género, estado civil, habilitações académicas.

Caracterização Profissional

O questionário profissional pretende caracterizar os aspetos profissionais dos Enfermeiros quanto à categoria de Enfermagem que detêm, ao tempo de serviço, ao tempo de serviço na categoria profissional, local onde exerce funções e respetivo tempo de serviço. Procurou-se saber se os Enfermeiros possuem formação profissional noutros serviços, se são detentores e formação na área da Enfermagem de família e a forma como foi adquirida.

1.6.2 Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros (IFCE-AE)

A Escala Families' Importance in Nursing Care–Nurses' Attitudes (FINC-NA), concebida indutivamente a partir de uma revisão da literatura e testado com uma amostra de Enfermeiros suecos, por Benzein et al, em 2008. Esta escala direciona-se para a avaliação da atitude dos Enfermeiros atendendo às variáveis intervenientes, referidas por Rosenberg e Hovland (1960), que são a cognitiva (*eu penso...*), afetiva (*eu sinto...*) e comportamental (*no meu trabalho...*) e considera que o conceito de família inclui não só os seus membros, mas também pessoas significativas, amigos e vizinhos. A sua aplicação independente dos contextos da prática permitiu conhecer a atitude dos Enfermeiros, genericamente, transpondo a singularidade de determinados contextos. (Oliveira et al, 2011).

A escala foi validada para a população portuguesa por Oliveira et al., desta adaptação transcultural resultou a designação A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros (IFCE-AE). Permite avaliar a atitude dos Enfermeiros na importância da família nos cuidados em relação a três dimensões: Família: parceiro dialogante e recurso de coping com 12 itens (4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25), Família: recurso nos cuidados de enfermagem com 10 itens (1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22) e Família como um fardo com 4 itens (2, 8, 23 e 26).

É constituída por 26 itens em que cada um apresenta quatro opções de resposta que variam entre o discordo completamente (1 ponto) a concordo completamente (4 pontos). A pontuação global da escala advém da soma de cada item podendo variar entre 26 e 104. A um maior score obtido corresponde uma atitude mais positiva do Enfermeiro dos CSP em relação a considerar a família como suporte.

Com o intuito de analisar a validade da escala recorreu-se ao cálculo do coeficiente alfa (α) de Cronbach e posteriormente à sua comparação com os valores de α obtidos por Oliveira et al na validação da escala IFCE-AE (Conforme quadro 1).

Quadro 1 – Análise da fidelidade da IFCE-AE e dimensões

Dimensões	Estudo de validação Oliveira et al (2009)	Presente estudo
	α	α
Dimensões Família: parceiro dialogante e recurso de coping	0.90	0.85
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	0.84	0.79
Família como um fardo	0.49	0.54
Score global	0.84	0.82

1.6.3 Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE)

A Escala Veiga de Competências Emocionais (EVCE) construída e validada para a população portuguesa por Veiga-Branco, em 2004, é composta por 85 itens distribuídos por cinco domínios, fundamentados nos pressupostos de Goleman e sucessivamente alterados e ajustados em estudos anteriores pela autora, com o intuito de avaliar as capacidades da Competência Emocional (Veiga Branco, 2004 e Vilela, 2006 citados em Agostinho, 2010).

Os domínios correspondem a cada uma das capacidades da Competência Emocional: Autoconsciência – 20 itens, Gestão de Emoções – 19 itens, Automotivação – 21 itens, Empatia – 12 itens e Gestão das Emoções em Grupos – 14 itens. Cada item, tem uma unidade de medida de sete pontos numa escala tipo Likert que varia entre Nunca (1 ponto) e Sempre (7 pontos), considerando-se, regre geral, o 4 como ponto de corte para cada um dos itens. A um maior score obtido corresponde uma maior capacidade para gerir as emoções. Admitindo o valor 4 é o ponto de corte para cada por item, o mesmo ponto de corte será considerado para cada fator resultante da Análise Fatorial, aplicando-se o mesmo à variável dependente Competência Emocional (Afonso, 2013). Neste sentido, o item poderá ter como score mínimo 85 e máximo de 595 (7x85) e assume-se como ponto de corte os valores encontrados em 4x85, ou seja, 340.

A escala explicita o número de vezes que cada inquirido experienciou vivencias de cariz emocional assim como o numero de vezes que sentiram as emoções apresentadas.

De salientar que se pretende que as respostas se aproximem do “que é/sente” e se afastem do “que deveria ser/sentir” (Afonso, 2013).

Quadro 2 – Análise da fidelidade da EVCE e capacidades

Dimensões	Estudo de validação EVCE	Presente estudo
	α	α
Autoconsciência	0.81	0.60
Gestão de Emoções	0.68	0.64
Automotivação	0.85	0.71
Empatia	0.82	0.55
Gestão de emoções em grupo	0.84	0.90
Competência Emocional global	-	0.87

1.7 Procedimentos de colheita de dados

Precedente à aplicação do instrumento de colheita de dados, foram realizados alguns procedimentos éticos e formais.

Solicitou-se autorização aos autores das escalas: A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros – IFCE-AE (cf. Anexo II) e Escala Veiga de Competência Emocional – EVCE (cf. Anexo III)

Foi pedido parecer à Comissão de Ética da ARS Centro (cf. Anexo IV), cuja resposta foi favorável à realização do estudo (cf. Anexo V).

Realizou-se o pedido de aplicação do instrumento de colheita de dados ao Presidente do Conselho Executivo do ACeS Baixo Vouga que se manifestou concordante.

1.8 Procedimentos estatísticos

Para a análise dos dados realizou-se estatística descritiva e analítica. Na estatística descritiva encontraram-se as 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 consideraram-se como 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 estes procedimentos utilizou-se o programa *Statiscal Package Social Science 19®* para o *Windows®* e *Word Microsoft®*.

No decorrer do tratamento dos dados foram realizados testes paramétricos e não paramétricos. Os testes paramétricos requerem que as variâncias populacionais sejam homogéneas quando se comparam pelo menos duas populações e que as variáveis de natureza quantitativa apresentem distribuição normal (Marôco, 2007).

Os testes não paramétricos não obrigam a populações com distribuição uniforme permitindo a sua aplicação a uma grande variedade de situações, podem ser aplicados a variáveis não numéricas, como por exemplo o género, e exigem cálculos mais simples que facilitam a sua interpretação. Todavia, nos testes não paramétricos os dados numéricos exatos são, muitas vezes, convertidos em formas qualitativas levando à perda de informação. Estes testes perdem eficácia quando comparados com os testes paramétricos e, neles, a rejeição da hipótese nula exige uma maior amostra (Pestana & Gageiro, 2008).

Como teste paramétrico foi utilizado o **Teste de Qui Quadrado (χ^2)**, que se aplica-se a uma amostra onde a variável nominal pelo menos duas categorias e compara as frequências observadas com as que se esperam obter, com o intuito de inferir sobre a relação existente entre as variáveis. É utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais (Marôco, 2011).

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 o valor do residual é acima de 1,96 ou inferiora -1,96 existe um comportamento significativo face ao esperado (Pestana & Gageiro, 2008).

Como testes não paramétricos utilizaram-se o **Teste U de Mann Whitney** que se aplica quando as amostras são de pequena dimensão, muito diferentes, ou as variâncias muito heterogéneas Este teste é alternativo ao teste paramétrico t de student (Marôco, 2011). O **Teste de Kruskal-Wallis**, alternativo ao teste paramétrico ANOVA, aplica-se na

comparação das distribuições de duas ou mais variáveis, em uma ou mais amostras independentes, nomeadamente quando as variâncias são muito heterogêneas (Marôco, 2011).

Outro teste não paramétrico utilizado neste estudo foi o **Teste de Fisher** que permite comparar duas pequenas amostras independentes, sendo usado em tabelas de 2x2. Este teste é uma alternativa ao teste Qui-Quadrado (Marôco, 2007).

No que se refere à identificação das correlações entre variáveis recorreu-se à **regressão linear**. A regressão linear é uma análise estatística que verifica a existência de uma relação funcional entre a variável dependente e uma ou mais variáveis independentes, consiste numa equação que explica a variação da variável dependente pela variação do nível de uma ou mais variáveis independentes (Marôco, 2011).

Utilizou-se a **regressão linear simples** para estabelecer a correlação entre duas variáveis quantitativas e a regressão linear múltipla quando com três ou mais variáveis. É uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas, com valores entre - 1 e 1. A associação linear é tanto maior quanto mais próximo o resultado estiver destes dois extremos (-1 e 1), se a variação entre as variáveis for em sentido contrário a associação é negativa, se se verificar no mesmo sentido a associação diz-se positiva. A associação pode ser classificada, segundo Pestana e Gageiro (2008), como

Associação baixa – $0,2 \leq r < 0,39$;

Associação moderada – $0,4 < r < 0,69$;

Associação alta – $0,7 < r < 0,89$

Associação muito alta – $0,9 < r \leq 1$

A **regressão linear múltipla** exige a existência de uma variável dependente e pelo menos duas variáveis independentes ou regressoras ou ainda covariáveis, é uma extensão da regressão linear simples e pretende estabelecer uma equação que prediga os valores da variável dependente para valores conhecidos das variáveis independentes. A existência de uma maior número de variáveis independentes facilita a predição em confronto com a regressão linear simples (Marôco, 2011).

2. Apresentação dos resultados

A delineação das características da amostra, de onde se obtiveram os dados colhidos, constitui a análise da estatística descritiva. Através deste tipo de análise é possível relatar os valores obtidos recorrendo à medida das variáveis (Fortin, 2009).

Tendo por base os objetivos do presente estudo, explanam-se aqui os resultados obtidos, caracterizando os Enfermeiros da amostra, para as variáveis dependente e independentes e a análise do tipo de associação existente entre as variáveis.

2.1 Análise descritiva

Para a apresentação dos resultados recorreu-se a quadros que refletem os dados mais relevantes do estudo acompanhados das respetivas descrições e análises.

Após a análise do quadro 3, verificou-se que a amostra é constituída por 71 Enfermeiros, 8.5% género masculino e 91.5% do género feminino, em que o grupo etário mais predominante para ambos os géneros é dos 40 aos 49 anos (50% homens e 47.7% mulheres).

Relativamente ao estado civil, a grande maioria dos Enfermeiros são casados ou vivem em união de facto (78.9%), enquanto que os solteiros, divorciados/separados e viúvos representam 21.1%.

Quanto à caracterização académica pode-se afirmar que quase metade dos Enfermeiros inquiridos (46.5%) é detentor de uma especialidade. É de realçar que 12.7% dos Enfermeiros possuem um Curso de Mestrado ou Doutoramento.

Com o Doutoramento existe apenas 1.5% que pertence ao género feminino (cf. quadro 3).

Quadro 3 – Caracterização dos Enfermeiros em relação às variáveis sociodemográficas em função do gênero

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Grupo etário								
Até aos 39 anos	2	33.3	15	23.1	17	23.9	0.6	-0.6
Dos 40 aos 49 anos	3	50.0	31	47.7	34	47.9	0.1	-0.1
50 ou mais anos	1	16.7	19	29.2	20	28.2	-0.7	0.7
Estado civil								
Casado ou em união fato	5	83.3	51	78.5	56	78.9	0.3	-0.3
Solteiro, divorciado, separado ou viúvo	1	16.7	14	21.5	15	21.1	-0.3	0.3
Habilitações acadêmicas								
Pós-graduação	1	16.7	11	16.9	12	16.9	0	0
Especialidade	4	83.3	29	44.6	33	46.5	1	-1
Mestrado	3	50	5	7.7	8	11.3	3.1	-3.1
Doutoramento	0	0	1	1.5	1	1.4	Não aplicavel	

Relativamente ao **tempo de serviço**, a maior parte (60,6%) exerce funções à 21 ou mais anos e 12,7% trabalham pelo menos à 12 anos (cf, Quadro 4).

No que concerne à **categoria profissional**, observa-se que a maioria da amostra pertence à categoria profissional de Enfermeiro graduado (52,1%). Na categoria de Enfermeiro Especialista ou Chefe a totalidade (21,5%) são do gênero.

Quanto ao **tempo de serviço na categoria profissional**, 80,3% dos Enfermeiros tem mais de 13 anos na categoria que detém.

A análise da variável **tempo no atual serviço**, 80,3% dos Enfermeiros tem um tempo no serviço até 7 anos (cf, Quadro 4).

Quanto à questão **tipo de unidade onde exerce funções**, 62% afirma trabalhar em UCSP/USF. Apenas 7%, todos do gênero feminino, exerce em USP.

Dos Enfermeiros inquiridos 80,3% respondeu que já teve **experiência em outro serviço ou área**.

Relativamente à **Enfermagem de Família** 53,5% referiu ser detentor dessa formação (cf, Quadro 4).

Quadro 4 – Caracterização dos Enfermeiros em relação às variáveis profissionais e em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Tempo de serviço								
Até 12 anos	1	16.7	8	12.3	9	12.7	0.3	-0.3
13 aos 20 anos	2	33.3	17	26.2	19	26.8	0.4	-0.4
21 ou mais anos	3	50.0	40	61.5	43	60.6	-0.6	0.6
Categoria profissional								
Enfermeiro	2	33.3	18	27.7	20	28.2	0.3	-0.3
Enfermeiro graduado	4	66.7	33	50.8	37	52.1	0.7	-0.7
Enfermeiro especialista\ ou Chefe	0	0.0	14	21.5	14	19.7	Não Aplicável	
Tempo de serviço na categoria profissional								
Até 12 anos	3	50.0	11	16.9	14	19.7	1.9	-1.9
13 aos 20 anos	1	16.7	29	44.6	30	42.3	-1.3	1.3
21 ou mais anos	2	33.3	25	38.5	27	38.0	-0.2	0.2
Tempo no atual serviço								
Até 2 anos	1	16.7	21	32.3	22	31.0	-0.8	0.8
3 aos 7 anos	4	66.6	31	47.7	35	49.3	0.9	-0.9
8 ou mais anos	1	16.7	13	20.0	14	19.7	-0.2	0.2
Tipo de unidade onde exerce funções								
UCSP/USF	3	50.0	41	63.1	44	62.0	-0.6	0.6
UCC	3	50.0	19	29.2	22	31.0	1.1	-1.1
USP	0	0.0	5	7.7	5	7.0	Não Aplicável	
Experiência em outro serviço ou área								
Sim	4	66.7	53	81.5	57	80.3	-0.9	0.9
Não	2	33.3	12	18.5	14	19.7	0.9	-0.9
Formação em Enfermagem de família								
Sim	4	66.7	34	52.3	38	53.5	0.7	-0.7
Não	2	33.3	31	47.7	33	46.5	-0.7	0.7

Para uma análise mais aprofundada da **formação em família**, foram selecionados apenas os Enfermeiros que possuem essa formação, com o objetivo de se saber em que contexto foi obtida.

Assim, pela análise do quadro 5 verificou-se que a formação foi feita em contexto académico (60.5%), em formação contínua (42.1%) e na instituição (26.3%). A formação em Enfermagem de família realizada na instituição reporta-se apenas ao género feminino (29.4%).

Quadro 5 – Caracterização dos Enfermeiros dos CSP em relação ao contexto da formação em Enfermagem de família e em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	n	%	n	%	N	%	Masc.	Fem.
Contexto académico								
Sim	2	50.0	21	61.8	23	60.5	-0.5	0.5
Não	2	50.0	13	38.2	15	39.5	0.5	-0.5
Formação contínua								
Sim	2	50.0	14	41.2	16	42.1	0.3	-0.3
Não	2	50.0	20	58.8	22	57.9	-0.3	0.3
Na instituição								
Sim	0	0.0	10	29.4	10	26.3	-1.3	1.3
Não	4	100.0	24	73.7	28	73.7	1.3	-1.3
Outros contextos								
Sim	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável	
Não	4	100.0	34	100.0	71	100.0	0.0	0.0

De modo geral, é possível afirmar que os Enfermeiros deste estudo são maioritariamente do género feminino, com idades mais predominantes entre 40 e 49 anos, na sua maioria casados ou a viver em união de facto. São predominantemente Enfermeiros licenciados, com a categoria de enfermeiro/enfermeiro graduado, a exercer a profissão há 21 anos ou mais, com entre 13 a 20 anos de exercício na mesma categoria e entre 3 a 7 anos de funções no atual local de trabalho. Na sua maioria, exercem funções em UCSP/USF mas, no geral, já exerceram funções em outros serviços ou unidades. Estes Enfermeiros possuem, na sua maioria, formação em Enfermagem de Família tendo esta sido obtida, regra geral, em contexto académico.

Competência Emocional e suas Capacidades

Tendo por base os pontos de corte, que é considerado o ponto médio quer para a nota global quer para as capacidades da Competência Emocional, é considerado pelos autores que a um maior score corresponde uma maior capacidade para gerir as emoções.

Relativamente à Competência Emocional os valores variam entre 263 e 482 com valor médio de 360.18 (Dp=39.344) considerando-se uma distribuição assimétrica positiva e leptocurtica (cf. Quadro 6).

No que se refere às capacidades o valor mínimo (41) corresponde à gestão de emoções em grupos e o valor máximo (163) à automotivação (cf. Quadro 6)..

Quanto ao coeficiente de variação as capacidades autoconsciência e gestão de emoções, bem como a Competência Emocional apresentam valores representativos de uma

dispersão fraca. Nas restantes dimensões, automotivação, empatia, gestão de emoções em grupos apresentam dispersão média (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Estatísticas relativas às Capacidades da Competência Emocional

	Min	Max	M	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)
<i>AUTOCONSCIÊNCIA</i>	61	111	82.35	9.679	2.115	1.065	11.7
<i>GESTÃO DE EMOÇÕES</i>	47	110	73.88	11.043	1.628	2.388	14.8
<i>AUTO MOTIVAÇÃO</i>	59	163	79.95	15.311	9.287	21.090	19.1
<i>EMPATIA</i>	43	128	59.48	11.604	10.157	29.085	19.8
<i>GESTÃO DE EMOÇÕES DE GRUPOS</i>	41	87	64.50	10.659	-.164	-.973	16.5
COMPETÊNCIA EMOCIONAL	263	482	360.18	39.344	2.031	2.182	10.9

A maioria dos Enfermeiros (71.8%) apresenta Competência Emocional considerada normal.

Ao comparar a Competência Emocional entre géneros verifica-se que o nível normal é mais prevalente no género feminino (73.8%) (cf, Quadro 7).

Quadro 7 – Níveis da Competência Emocional dos Enfermeiros dos CSP em função género

Sexo Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Teste Fisher: p=0.217
	N	%	N	%	N	%	
Competência emocional diminuída	3	50.0	17	26.2	20	28.2	
Competência emocional normal	3	50.0	48	73.8	51	71.8	

Atitudes dos Enfermeiros dos CSP na Importância da família no cuidar

A variável dependente Importância da família nos cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros foi avaliada através das três dimensões (Família parceiro dialogante e recurso de coping, Família recurso nos cuidados de enfermagem e Família como um fardo) e pelo valor global da escala obtido (cf. Quadro 8).

Ao analisar as estatísticas verifica-se que a globalidade da amostra oscila entre 65 e 94. Nas dimensões o valor mínimo é 4 e o máximo 48. É na dimensão Família como um fardo que os Enfermeiros apresentam índices médios mais baixos (6.84), em contrapartida o mais elevado pertence à dimensão Família parceiro dialogante e recurso de coping (cf. Quadro 8).

Pelos valores de assimetria e curtose a Competência Emocional e respetivas dimensões apresentam uma distribuição simétrica e uma curva mesocurtica. Quanto ao coeficiente de variação apenas a dimensão família como um fardo apresenta uma dispersão média e as restantes dimensões, bem como na sua globalidade uma dispersão fraca (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Estatísticas relativas à atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global) em função do género

	Min	Max	M	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	28	48	39.90	4.134	-0.045	0.220	10.3
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	28	40	33.45	3.434	0.726	-1.564	10.2
Família como um fardo	4	12	6.84	1.704	0.936	0.582	24.9
Importância da família nos cuidados de Enfermagem (Nota Total)	65	94	80.20	6.476	0.431	0.968	8.1

2.2 Análise inferencial

Após a descrição dos resultados, realizou-se análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial tem como propósito generalizar os resultados de uma amostra à população e viabilizar a obtenção de conclusões numa maior dimensão (Fortin, 2009; Pestana & Gageiro, 2008).

Neste sentido, procura-se agora dar resposta às hipóteses formuladas.

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas influenciam a atitudes dos Enfermeiros na importância da família no cuidar

De acordo com os resultados patentes no quadro 9, o género masculino apresenta valores de ordenação média superiores às do género feminino tanto nas dimensões como na nota global da escala. Verificou-se que as diferenças não são estatisticamente significativas quer nas dimensões quer na nota global, o que significa que o género não influencia a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar.

Quanto ao estado civil os Enfermeiros solteiro, divorciado ou viúvo apresentam uma ordenação média mais elevada na dimensão Família parceiro dialogante e recurso de coping. Nas restantes dimensões e na nota global da escala as ordenações médias são mais elevadas nos Enfermeiros com estado civil casado ou a viver em união de facto.

De referir que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões nem na nota global da escala.

Podemos afirmar que o estado civil não interfere na atitude dos Enfermeiros na Importância da família no cuidar (cf. quadro 9).

Quadro 9 – Teste U de Mann Whitney da atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global) em função do género e estado civil

GÉNERO	Masculino	Feminino	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	z	p
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	36.25	35.98	193.5	0.975
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	42.08	35.44	158.5	0.449
Família como um fardo	40.75	35.56	166.5	0.549
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	39.67	35.66	173.0	0.649
ESTADO CIVIL	Casado ou a viver em união facto	Solteiro. Divorciado ou viúvo	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	z	P
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	35.94	36.23	416.5	0.961
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	36.47	34.23	393.5	0.708
Família como um fardo	36.51	34.10	391.5	0.683
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	36.08	35.70	415.5	0.949

O estudo da relação entre o grupo etário e a atitude dos Enfermeiros na Importância da família no cuidar revelou que os Enfermeiros mais novos (≤ 39 anos) são os que apresentam um peso médio (OM=40.71) mais elevado na dimensão Família como um fardo.

Nas dimensões Família parceiro dialogante e recurso de coping e Família recurso nos cuidados de enfermagem, bem como na nota global, os pesos médios são mais elevados nos Enfermeiros com idade compreendida entre 40 e os 49 anos.

É de referir que os Enfermeiros com idade superior ou igual a 50 anos o peso médio mais elevado recai na dimensão Família parceiro dialogante e recurso de coping.

Verificou-se, através do valor de p, que no que se refere ao grupo etário, não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões e na nota global da escala.

No que se refere às habilitações académicas os Enfermeiros com licenciatura apresentam um peso médio mais elevado na dimensão Família como um fardo (OM=38.35). os pesos médios mais elevados nos Enfermeiros detentores de uma especialidade referem-se à dimensão Família parceiro dialogante e recurso de coping e Família recurso nos cuidados de enfermagem e à nota global da escala (OM=41.73 e OM=40.76).

Na dimensão Família recurso nos cuidados de enfermagem o maior valor do peso médio recai nos Enfermeiros que possuem uma pós-graduação (OM=50.88).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar e as habilitações académicas (cf. quadro 10).

Quadro 10 – Teste de Kruskal-Wallis da atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global) em função do grupo etário e habilitações académicas

GRUPO ETÁRIO	≤39 anos	40 - 49 anos	≥ 50 anos	Kruskal-Wallis		
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	X ²	p	
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	30.21	39.72	34.60	2.557	0.278	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	32.71	39.75	32.43	2.173	0.337	
Família como um fardo	40.71	36.85	30.55	2.423	0.298	
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	31.79	40.74	31.53	3.447	0.178	
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	Licenciatura	Pós graduação	Especialidade	Mestrado e doutoramento	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	X ²	p
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	30.31	33.75	41.73	34.33	4.578	0.205
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	32.09	50.88	38.11	33.83	3.498	0.321
Família como um fardo	38.35	29.63	35.65	33.00	0.966	0.810
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	31.20	40.75	40.76	31.86	3.687	0.297

Hipótese 2 – Existe relação entre as variáveis profissionais e a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar.

No que concerne à categoria profissional, é a categoria de enfermeiro que apresenta nas dimensões Família parceiro dialogante e recurso de coping e Família recurso nos cuidados de enfermagem e nota global da escala ordenações médias mais elevadas, é de salientar que a ordenação média mais elevada relativa à Família como um fardo recai no Enfermeiro Especialista/Enfermeiro Chefe (OM=39.96).

Contudo não se encontraram diferenças significativas entre a categoria profissional e a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar.

Ao analisar o tempo de serviço dos Enfermeiros denotou-se ordenações médias mais elevadas nas dimensões Família parceiro dialogante e recurso de coping e Família recurso nos cuidados de enfermagem e nota global da escala.

A dimensão família como um fardo apresenta uma ordenação média mais elevada (OM=40.79) nos Enfermeiros com tempo de serviço até 12 anos.

É nos Enfermeiros que exercem funções na UCSP/USF que se verifica uma ordenação média mais alta da dimensão Família como um fardo (OM=39.49). As melhores ordenações médias com valores superiores correspondem aos Enfermeiros que exercem

funções na USP quanto às dimensões Família parceiro dialogante e recurso de coping e Família recurso nos cuidados de enfermagem e nota global.

É de ressaltar que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de unidade onde o enfermeiro exerce funções e a dimensão Família parceiro dialogante e recurso de coping ($X^2=6.971$; $p= 0.31$) (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Teste de Kruskal-Wallis da atitude dos Enfermeiros dos CSP na Importância da família no cuidar (dimensões e nota global) em função da categoria profissional, tempo de serviço e tipo de unidade onde exerce funções

CATEGORIA PROFISSIONAL	Enfermeiro	Enfermeiro graduado	Enfermeiro especialista/ Enf Chefe	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	X^2	p
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	37.58	36.86	31.46	0.865	0.649
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	40.95	34.70	32.36	1.747	0.417
Família como um fardo	36.48	34.24	39.96	0.825	0.662
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	40.53	35.50	30.86	1.858	0.395
TEMPO DE SERVIÇO	Até 12 anos	13 aos 20 anos	21 ou mais anos	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	X^2	p
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	27.96	37.90	38.06	2.666	0.264
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	36.14	36.25	35.65	0.013	0.994
Família como um fardo	40.79	35.40	34.19	1.023	0.600
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	31.14	36.88	37.54	0.983	0.612
TIPO DE UNIDADE ONDE EXERCE FUNÇÕES	UCSP/USF	UCC	USP	Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	X^2	p
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	31.35	41.64	52.10	6.971	0.031*
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	33.74	38.70	44.00	1.671	0.434
Família como um fardo	39.49	30.80	28.20	3.495	0.174
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	32.99	39.05	49.10	3.441	0.179

Relativamente à formação em Enfermagem de família, os Enfermeiros que não possuem formação em Enfermagem de Família apresentam um valor médio mais elevado na dimensão Família como um fardo (OM=36.38).

As diferenças entre a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar e a Enfermagem de família não foram encontradas, pelo que a formação em enfermagem de família não influencia a atitude dos Enfermeiros (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Teste U de Mann Whitney da atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global) em função da formação em Enfermagem de família

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	Sim	Não	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	z	p
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	36.64	35.26	602.5	0.777
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	38.37	33.27	537.0	0.297
Família como um fardo	35.67	36.38	614.5	0.883
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA (NOTA GLOBAL)	37.61	34.15	566.0	0.481

Hipótese 3 – Existe relação entre a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar e a Competência Emocional

As dimensões Família parceiro dialogante e recurso de coping ($r=0.301$), Família recurso nos cuidados de enfermagem ($r=0.324$) e nota global ($r=0.364$) apresentaram uma associação linear positiva, ou seja, quanto melhor é a Competência Emocional dos Enfermeiros mais favorável é a sua a atitude na importância da família no cuidar.

A Competência Emocional dos Enfermeiros estabeleceu uma associação positiva com a nota global da escala ($r=0.364$; $p=0.02$) e com as dimensões Família parceiro dialogante e recurso de coping ($r=0.301$; $p=0.011$) e Família recurso nos cuidados de enfermagem ($r=0.324$; $p=0.006$). Pode-se afirmar que quanto melhor a Competência Emocional dos Enfermeiros mais favorável é a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Regressão linear simples entre a Competência Emocional e a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global)

	r	r2(%)	t	p
FAMÍLIA: PARCEIRO DIALOGANTE E RECURSO DE COPING	0.301	9.1	2.619	0.011*
FAMÍLIA: RECURSO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	0.324	10.5	2.847	0.006*
FAMÍLIA COMO UM FARDO	-0.001	0.00	-0.007	0.994
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDAR (NOTA GLOBAL)	0.364	13.2	3.244	0.002**

Para concluir o estudo inferencial elaborou-se uma regressão linear múltipla a finalidade de testar o valor preditivo de algumas variáveis independentes que se consideraram interesse estatístico (as dimensões e a Competência Emocional) em relação à variável dependente a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar, (cf. Quadro 14).

O método utilizado foi o de *stepwise* (passo a passo) que cria todos os modelos necessários para determinar quais as variáveis que são preditoras.

Pelo Quadro 14, pode considerar-se que dos fatores que entraram no modelo de predição, apenas a capacidade Empatia da Competência Emocional prediz a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar, explicando 12% da sua variância.

As variáveis estabelecem uma relação direta o que revela que quanto maior a Empatia mais favorável e a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar. (Cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar (dimensões e nota global)

VARIÁVEL DEPENDENTE = Importância da família no cuidar						
R Múltiplo = 0.364						
R ² = 0.132						
R ² Ajustado = 0.120						
Erro padrão da estimativa = 6.073						
F= 10.524						
p= 0.00						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	58.639	-	-	8.773	0.000***	
Empatia	0.060	0.364	0.120	3.244	0.001**	2.075
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p	
Regressão	388.171	1	388.171	10	0.002**	
Residual	2545.069	69	36.885	524		
Total	2933.239	70				

A regressão linear múltipla realizada tendo como variável dependente a dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping revelou que a Competência Emocional é uma variável preditora, sendo que a percentagem da variância explicada é de 7.7%.

Assim sendo, as variáveis estabelecem uma relação direta o que revela que quanto maior a Competência Emocional mais favorável é a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar, na dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping. (Cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping

VARIÁVEL DEPENDENTE = Família como parceiro dialogante e recurso de coping						
R Múltiplo = 0,301						
R ² = 0,090						
R ² Ajustado = 0,077						
Erro padrão da estimativa = 3,971						
F= 6,858						
p= 0,011						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	28,522	-	-	6,526	0,000***	
Competência emocional	0,032	0,301	0,077	2,619	0,011*	1,000
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p	
Regressão	108,151	1	108,151	6,858	0,011*	
Residual	1088,159	69	15,770			
Total	1196,310	70				

A regressão linear múltipla realizada tendo por base a dimensão Família recurso nos cuidados de enfermagem revelou que a Competência Emocional se constitui como variável preditora, sendo que a percentagem da variância explicada é 9.2%.

Neste sentido, também estas variáveis estabelecem uma relação direta significando que quanto maior a Competência Emocional mais favorável é a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar, na dimensão Família recurso nos cuidados de enfermagem (Cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a dimensão Família recurso nos cuidados de enfermagem

VARIÁVEL DEPENDENTE = Família recurso nos cuidados de enfermagem						
R Múltiplo = 0,324						
R ² = 0,105						
R ² Ajustado = 0,092						
Erro padrão da estimativa = 3,272						
F= 8,103						
p= 0,006						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	23,259	-	-	6,548	0,000***	
Competência emocional	0,028	0,324	0,092	2,847	0,006*	1,000
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p	
Regressão	86,762	1	86,762	8,103	0,006*	
Residual	738,816	69	10,707			
Total	825,577	70				

3. Discussão

O conjunto dos resultados obtidos carece de análise e interpretação à luz do tipo de estudo e das referências consultadas. Esta análise e interpretação exige do investigador um pensamento crítico e constitui-se como uma etapa fundamental no processo da investigação (Cunha, 2010).

Nesta etapa são apresentadas e justificadas as dificuldades sentidas e as limitações encontradas à progressão do processo de investigação, referem-se ainda os esforços desenvolvidos no sentido de minimizar desvios e erros, enfatizando a validade dos resultados obtidos (Cunha, 2010).

3.1 Discussão metodológica

A amostra selecionada diz respeito aos Enfermeiros a exercer funções nas unidades funcionais dos CS que integram o ACeS Baixo Vouga, assim, como primeira limitação enuncia-se a exigência do preenchimento de formulário específico para parecer favorável da comissão de ética da ARS Centro para a implementação do estudo, parecer este que determinou o adiamento da distribuição do instrumento da colheita de dados em cerca de três meses. O ACeS Baixo Vouga abrange uma área geográfica de 1.691,6 Km² o que dificultou e atrasou a distribuição e recolha do instrumento de colheita de dados.

Na seleção do instrumento foram tidos em consideração os objetivos do estudo e as características da população, a opção pelo questionário mostrou-se uma opção metodológica assertiva na medida em que permitiu manter o anonimato e confidencialidade da informação colhida. A distribuição do questionário foi realizada através da entrega em envelope ao/à coordenador/a de Enfermagem de cada unidade funcional que distribuiu pelos restantes elementos da equipa, ficando também encarregue da recolha e recolocação no envelope.

A disponibilidade para participar neste estudo ficou aquém do esperado na medida em que apenas se conseguiram obter 71 instrumentos de colheita de dados, representando cerca de 30% da população alvo o que revela uma fraca adesão ao estudo, sentindo-se assim dificuldade em constituir uma amostra representativa e que permitisse extrapolação para a população. Esta baixa adesão deveu-se ao facto de alguns profissionais estarem em gozo de férias, outros não preencheram o questionário alegando esquecimento ou excesso de trabalho e também por recusa pessoal.

Pela análise dos valores apurados considera-se que as opções metodológicas foram as mais adequadas ao tipo de estudo realizado.

A amostra ficou constituída por 71 profissionais de Enfermagem que exercem funções no ACeS Baixo Vouga.

Tendo em conta os resultados obtidos e as características do estudo realizado, consideram-se os resultados passíveis de alguma reflexão e confrontação com a literatura consultada.

3.2 Discussão dos resultados

A discussão de um trabalho de investigação conduz à crítica reflexiva, estabelecendo uma relação entre os resultados e a questão de investigação formulada (Fortin, 2009).

O objetivo do estudo foi identificar a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar e quais as variáveis que a influenciam, considerando as variáveis sociodemográficas e profissionais e a Competência Emocional.

Este subcapítulo direciona-se para a discussão dos resultados obtidos, considerando os objetivos e questões de investigação predefinidos, comparando-os com o conhecimento existente na área em questão. São já vários os constructos e as inferências encontradas que visam o estudo e a avaliação da atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar, apontando na direção da valorização e da capacitação emocional e das relações de parceria enfermeiro/família.

Atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar

Os Enfermeiros dos CSP que participaram neste estudo evidenciaram atitude favorável na importância da família no cuidar. Estes resultados vão ao encontro às orientações nacionais e internacionais para a inclusão da família nos cuidados de enfermagem (Wright e Leahey, 2009).

Resultados obtidos por outros autores corroboram os obtidos, no presente estudo, no sentido de afirmar que os Enfermeiros apresentam atitude de suporte na importância da família no cuidar (Wright e Leahey, 2009; Oliveira et al, 2011; Silva et al, 2013)

Partindo dos pressupostos de Benzein (2008) e Oliveira et al (2009), quanto mais elevado o valor da nota global da IFCE-AE mais favorável é a atitude dos Enfermeiros na inclusão da família nas suas intervenções, neste sentido, e sendo o valor obtido, neste

estudo, na nota global da IFCE-AE de 82, os Enfermeiros dos CSP evidenciam atitude favorável em relação à importância da família no cuidar.

Em concordância com outros autores, apurou-se que a família é principalmente vista pelos Enfermeiros como parceiro dialogante e recurso de coping (Oliveira et al, 2011; Martins et al, 2010; Sousa, 2011; Rodrigues, 2013). No entanto, encontram-se estudos que apontam a Família recurso nos cuidados de enfermagem como a dimensão mais vinculada na atitude dos Enfermeiros (Alves, 2011; Silva et al, 2013).

Assume-se que, na atualidade, os Enfermeiros têm consciência da importância de incluir a família no cuidar, considerando-a como alvo e unidade de cuidados, tendo em conta as suas necessidades específicas. Este estudo valida esta afirmação, revelando a sua preocupação em envolver a família nas suas intervenções e a sua percepção da família enquanto recurso de coping, no caminho para a melhor saúde possível.

Atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar e as variáveis sociodemográficas

Idade

Os resultados obtidos mostram que na sua maioria os Enfermeiros têm entre 40 e 49 anos, no entanto o anuário estatístico da OE aponta o grupo etário maioritário entre 26 e 35 anos, o que não corresponde às características da amostra. Este desvio poderá estar relacionado com o facto de apenas 11% da totalidade dos profissionais de Enfermagem inscritos exercerem funções em CSP e a amostra ser composta apenas por elementos a exercer funções nos CSP (OE, 2015).

Os resultados obtidos da análise da relação entre o grupo etário e a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar mostraram que os Enfermeiros entre 40 e 49 anos apresentam atitude mais favorável nas dimensões positivas (Família parceiro dialogante e recurso de coping e Família recurso nos cuidados de enfermagem). De salientar que os Enfermeiros com 50 ou mais anos apresentam melhor atitude na dimensão Família parceiro dialogante e recurso de coping. Os Enfermeiros mais novos (≤ 39 anos) são os que apresentam atitude mais desfavorável considerando a família como um fardo. O grupo etário não influencia a atitude dos enfermeiros na importância da família no cuidar.

Algumas investigações realizadas obtiveram resultados diferentes, afirmando que são os Enfermeiros mais velhos que evidenciam atitude de maior suporte (Benzein et al, 2008; Silva et al, 2013).

Noutros estudos também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o grupo etário (Sousa, 2011; Rodrigues, 2013).

Género

A maior parte dos Enfermeiros é do género feminino, facto que sobrepõe os dados do anuário estatístico da OE que afirma que, do total de Enfermeiros (67893), 82% são do género feminino (OE, 2015).

Neste estudo apurou-se que o género não influencia a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar, no entanto são os homens quem apresenta atitude mais favorável que aponta no sentido de maior valorização da família no cuidar. São também os homens que se evidenciam quanto à dimensão Família como um fardo.

Este último resultado aponta no sentido do estudo realizado por Sousa (2011) que concluiu que são os homens quem mais considera a família como um fardo, apresentando valores médios mais baixos nas atitudes positivas.

Estudos realizados sobre atitudes dos Enfermeiros face à família nos CSP também não encontraram significância estatística no que se relaciona com o género. (Oliveira et al., 2011; Sousa 2011).

Na investigação realizada por Rodrigues (2013) também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o género, porém os valores médios obtidos foram semelhantes para homens e mulheres, quer nas atitudes positivas quer na dimensão Família como um fardo.

Estado civil

No que se refere ao estado civil, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, no entanto é possível afirmar que os Enfermeiros solteiros, divorciados ou viúvos apresentam atitude mais favorável na dimensão Família parceiro dialogante e recurso de coping enquanto que os Enfermeiros casados ou a viver em união de facto apresentam valores mais elevados nas restantes dimensões.

Na literatura consultada não se encontraram resultados que demonstrem a relação entre a atitude dos Enfermeiros e o seu estado civil.

Habilitações Académicas

Os resultados mostram que são os Enfermeiros licenciados quem apresenta atitude mais desfavorável na importância da família no cuidar apresentando valores elevados na dimensão Família como um fardo. Resultados semelhantes aos encontrados por Rodrigues (2013) e contrários aos de Freitas (2009), que aponta os Enfermeiros licenciados como o grupo que maior importância dá ao trabalho com as famílias.

Apurou-se que os Enfermeiros detentores de especialidade apresentam valores mais elevados nas dimensões positivas quando comparados com os mestres ou doutorados, estes resultados são contrários aos obtidos por outros autores que afirmam que quanto mais diferenciado o nível de ensino mais favoráveis são as atitudes verificadas (Sousa, 2011; Martins et al, 2012; Santos, 2012).

No presente estudo, tal como no estudo de Rodrigues (2013), não se encontraram diferenças estatisticamente significativas que revelem influência das habilitações académicas sobre a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar. No entanto, Sousa (2011) encontrou significado estatístico dimensão Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, indicando que quanto maior o nível de ensino, mais positiva é a atitude do enfermeiro perante a família.

Em suma, e corroborando as conclusões de Rodrigues (2013) e Sousa (2011), rejeita-se a hipótese formulada constatando-se que as variáveis sociodemográficas não influenciam a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família nos cuidados.

Atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar e as variáveis profissionais

Categoria profissional

No que concerne à categoria profissional, a maioria dos Enfermeiros integram a categoria de enfermeiro graduado, seguidos da categoria de Enfermeiro, sendo os Enfermeiros especialistas ou chefes o que se apresentam em menor número. Estes resultados permitem afirmar que a amostra se aproxima da distribuição nacional uma vez que o anuário estatístico da OE mostra que a maioria dos membros inscritos nesta organização integra a carreira na categoria de enfermeiro/enfermeiro graduado.

Quanto à influência que a categoria profissional exerce sobre a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar não se verificou significado estatístico, no entanto constatou-se que são os profissionais com categoria de Enfermeiro quem maior importância atribui à família e que são os Enfermeiros especialistas/Enfermeiros chefes

quem apresenta valores médios mais elevados nas atitudes menos favoráveis, manifestadas na dimensão Família como um fardo.

Estes resultados são contraditórios aos obtidos por Rodrigues (2013) que encontrou significado estatístico, na variável categoria profissional, afirmando que são os Enfermeiros especialistas quem apresenta uma atitude mais favorável na importância da família no cuidar.

Tempo de serviço

No que diz respeito ao tempo de serviço os valores obtidos revelam que os Enfermeiros com menos anos de serviços apresentam atitudes menos favoráveis relativamente à família.

No processo de construção da FINC-NA, encontraram-se evidências de que os Enfermeiros formados recentemente não apresentam atitude de suporte em relação à família, apresentando valores elevados na dimensão Família como um fardo. (Benzein et al, 2008).

Nas dimensões Família parceiro dialogante e recurso de coping e nota global são os Enfermeiros com mais anos de serviço que apresentam atitudes mais favoráveis. Estes dados apontam na direção dos resultados obtidos por Silva et al (2013) que os justifica como facto de a sua menor experiência dos Enfermeiros condicionar a valorização dos resultados em saúde quando a família é incluída nos cuidados, centrando-se mais no utente e menos na família (Silva et al, 2013).

No entanto não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, o que vai de encontro dos resultados obtidos por Rodrigues (2013) que mostraram não existir relação entre o tempo de serviço e a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar.

Tipo de serviço onde exerce funções

Os Enfermeiros que exercem funções nas USP são quem apresenta atitude mais favorável nas dimensões Família parceiro dialogante e recurso de coping, Família recurso nos cuidados de Enfermagem e na nota global.

Da análise da influência do tipo de unidade onde os Enfermeiros exercem funções emergiram diferenças estatisticamente significativas na dimensão Família parceiro dialogante e recurso de coping. Outros autores não encontraram significado estatístico

relativamente à unidade onde os Enfermeiros exercem a sua atividade (Oliveira et al, 2011; Rodrigues, 2013)

Os Enfermeiros que exercem funções em UCSP/USF apresentam valores mais elevados na dimensão Família como um fardo o que é corroborado pelos resultados obtidos por Silva et al (2013). Sendo, no entanto, estes dados contrários às conclusões de Oliveira et al (2011) que afirma que os Enfermeiros que exercem em USF apresentam valores médios superiores aos dos restantes Enfermeiros.

Estes resultados poderão explicar-se pela diferente organização funcional dentro das próprias unidades funcionais e pelas múltiplas exigências com que os profissionais se deparam. Num contexto de grandes exigências, que obrigue ao estabelecimento de prioridades, os Enfermeiros podem direccionar-se para outros focos de atenção em detrimento da família (Benzein et al, 2008).

Formação em Enfermagem de Família

Quanto à formação em Enfermagem de família apurou-se que a maioria dos Enfermeiros possui este tipo de formação embora não se tenha encontrado significado estatístico. Verificou-se uma tendência clara para uma atitude mais favorável na importância da família no cuidar nos Enfermeiros com formação em Enfermagem de família.

Esta tendência é apoiada por Silva et al (2013) que concluiu que os Enfermeiros com formação em Enfermagem de família revelam atitudes de maior suporte, assim como por Oliveira et al. (2011), que declara que os Enfermeiros com este tipo de formação apresentam valores mais representativos face à dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de coping.

Quanto ao contexto em que esta formação foi adquirida a maioria dos Enfermeiros refere tê-la adquirido em contexto académico. Resultados corroborados por outros autores que revelaram que os Enfermeiros que realizaram a formação em contexto académico e contínuo apresentam uma média superior nas atitudes positivas e menor na dimensão Família como um fardo, quando comparados com formação realizada em outros contextos (Barbieri et al, 2010).

Atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar e a Competência Emocional

A “competência emocional do enfermeiro” é um conjunto de capacidades agrupadas em cinco domínios que dão ao enfermeiro a aptidão de entender, regular e controlar

emoções com o intuito de criar e conservar relações interpessoais num ambiente afetivo. (Xavier 2014).

Neste estudo os resultados da influência da Competência Emocional na atitude dos Enfermeiros mostram uma relação positiva, evidenciando que os enfermeiros que demonstram mais capacidades de Competência Emocional têm atitude mais favorável na importância da Família no cuidar. Este resultado vem reforçar as afirmações de Costa (2009), que encontrou relação significativa entre as capacidades da Competência Emocional e a adoção de atitudes de suporte na família.

Relativamente à Competência Emocional, os resultados indicam que os Enfermeiros possuem moderada Competência Emocional. No que se refere às capacidades da Competência Emocional apurou-se que a capacidade de gestão de emoções em grupos apresenta o menor valor e que os valores mais pronunciados são relativos à capacidade da automotivação. No entanto, outros autores obtiveram o maior valor na capacidade da Empatia (Lopes, 2013; Xavier, 2014).

No presente estudo verificou-se que a capacidade Empatia é preditora da atitude dos Enfermeiros. Apurou-se, ainda, que a Competência Emocional é preditora da atitude dos Enfermeiros, na dimensão Família como parceiro dialogante e recurso de coping e na dimensão Família recurso nos cuidados de enfermagem. Pode, então, afirmar-se que os Enfermeiros que possuem Competência Emocional têm uma atitude mais positiva na importância da Família no cuidar.

A literatura consultada refere que Enfermeiros autoconscientes podem gerir melhor as próprias emoções, sentem-se mais empáticos e automotivados gerindo melhor as emoções em grupos. Enfermeiros dotados de Competência Emocional adotam comportamentos assertivos quer com os utentes quer com a restante equipa multiprofissional (Costa, 2009). Vários estudos realçam a prevalência da Competência Emocional na globalidade dos Enfermeiros, independentemente da unidade onde exercem (Santos-Lopes & Veiga-Branco, 2012) e a existência de relação positiva significativa entre a Competência Emocional e o *job engagement* (Barreira & Reis, 2014).

4. Conclusão

A família é o lugar de excelência para a garantia de sobrevivência e da proteção integral dos seus membros. Independentemente da estrutura que apresenta, propicia os aportes afetivos, valores éticos e filantrópicos, desempenhando um papel decisivo na educação e permitindo a cada membro constituir-se enquanto sujeito autônomo.

A ênfase crescente na família tem resultado em mudança da maneira como ela é percebida pela Enfermagem, ultrapassando a visão de ser unicamente um bem para o utente e por isso a sua presença tolerada, e assumido um papel importante tanto na esfera afetiva da recuperação de doenças e manutenção da saúde dos seus membros. Constituindo-se tanto como alvo como unidade de prestação de cuidados.

Os enfermeiros dos CSP desenvolvem, desde há muito, atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, apoiam utentes/família a assumir a doença ou incapacidade crónica, dedicando grande parte do seu tempo no amparo do utente, regra geral em situações de crise/doença, no domicílio.

Atualmente, os Enfermeiros conhecem a necessidade de envolver a família no próprio plano de cuidados considerando-a como foco das suas intervenções e atuando no domicílio. O Enfermeiro deve perceber a família como uma unidade onde os seus membros deverão tomar decisões sobre os próprios problemas de saúde, criando um conceito individual de família saudável.

O Enfermeiro dos CSP é o elo de ligação entre os serviços de saúde e o utente/família não só ajudando a debelar a doença como a criar habilidades, nos seus membros, para a manutenção da saúde. O seu papel consiste na promoção da autonomia, respeitando decisões e ritmos de aprendizagem, na criação da oportunidade reforçando crenças e capacidades, estimulando a partir da família a reprodução e herança de modelos comportamentais de saúde, num processo de crescimento e desenvolvimento.

O sistema institucional na saúde está em constante mudança e é complexo, considera-se por isso a necessidade de desenvolver estratégias promotoras de atitudes de colaboração e interação com as famílias, devendo estas ter em consideração as necessidades específicas de cada circunstância.

A evolução da investigação tem fortalecido a identidade da Enfermagem enquanto disciplina, tornando-se basilar nas novas configurações da prática profissional, contribuindo para a excelência dos cuidados que se reflete nos ganhos em saúde. Neste sentido, propôs-

se realizar uma investigação que considerasse a família como alvo da atenção e intervenção dos enfermeiros dos CSP.

O estudo qualitativo, analítico, descritivo-correlacional e transversal que aqui se expôs, pretendeu determinar a atitude dos Enfermeiros do ACeS Baixo Vouga na importância da família no cuidar e dar a conhecer que tipo de influência sofre esta atitude por parte das variáveis sociodemográficas, das variáveis profissionais e da Competência Emocional.

As principais conclusões alcançadas foram expostas ao longo do estudo e respondem à questão de investigação formulada assim como aos objetivos previamente propostos. A compreensão geral do tema foi concebida através da fundamentação teórica e da metodologia. Os dados apurados foram provenientes de uma amostra de 71 Enfermeiros que exercem funções nos CSP do ACeS Baixo Vouga (região Centro).

Traçando o perfil do Enfermeiro da amostra é do género feminino, com idade entre os 40 e 49 anos, casados ou em união de facto, detentores de pelo menos uma pós-graduação, com 21 ou mais anos de experiência profissional. Têm categoria profissional de Enfermeiros (generalistas), trabalham na UCSP/USF num período entre 3 e 7 anos e são detentores de formação em Enfermagem de família.

Concluiu-se que os Enfermeiros dos CSP apresentavam atitude favorável na importância da família no cuidar. Caracterizando o Enfermeiro quanto à dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de coping (atitude mais favorável) pode dizer-se que é do género masculino, com idade entre os 40 e os 49 anos, solteiro ou divorciado ou viúvo, e detentor de uma especialidade. Possui a categoria profissional de Enfermeiro (generalista), com um tempo de serviço igual ou superior a 21 anos, exerce funções na Unidade de Saúde Pública (USP) e tem formação em Enfermagem de família. Apresenta competência emocional normal.

Relativamente à dimensão Família: como um fardo (atitude menos favorável) tem-se um Enfermeiro do género masculino, com idade menor ou igual a 39 anos, casado ou a viver em união de facto, com uma licenciatura. É detentor da categoria profissional de Enfermeiro especialista/chefe, com um tempo de serviço inferior ou igual a 12 anos, exerce funções numa UCSP/USF e sem formação em Enfermagem de família. Apresenta Competência emocional diminuída

Dos dados obtidos apurou-se que a atitude dos Enfermeiros dos CSP não era influenciada pelas variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações académicas). Das variáveis profissionais apenas o tipo de unidade onde exercem funções influenciava a atitude, nomeadamente na dimensão Família parceiro dialogante e recurso de

coping. A categoria profissional, tempo de serviço, formação em enfermagem de família não interferiram na atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar.

Constatou-se que os Enfermeiros dos CSP apresentam competência considerada normal, sendo mais prevalente no género feminino. A capacidade é a automotivação.

Da análise da relação entre atitude dos Enfermeiros dos CSP e a Competência Emocional concluiu-se que a uma melhor competência emocional dos Enfermeiros corresponde uma atitude mais favorável na importância da família no cuidar.

A Competência Emocional estabeleceu uma associação positiva com as dimensões Família: parceiro dialogante e recurso de coping, Família: recurso nos cuidados de enfermagem e revelou-se como variável preditiva, explicando 7.7% e 9.2% respetivamente.

A Competência Emocional relacionou-se de forma positiva com a nota global da escala, sendo que a capacidade Empatia revelou-se como preditora da importância da família no cuidar, explicando 12%.

A adoção dos fatores que incluem e reforçam um ambiente afetivo de cuidados sustenta a necessidade de desenvolvimento da Competência Emocional, baseada no processo valorativo e educativo que é a literacia emocional.

Tendo em conta que os utilizadores são cada vez mais formados, motivados e conhecedores, a exigência de mais e melhores cuidados e as atuais políticas organizativas dos CSP bem como a intenção governativa de criar o maior número de USF's, apresenta-se como sugestão para investigações, o estudo da influência que o tipo de unidade onde os enfermeiros dos CSP exercem funções tem na atitude dos enfermeiros na inclusão da família nos cuidados, nomeadamente das diferenças entre UCSP e USF.

Sugere-se ainda uma intervenção educativa na área da competência emocional, com especial incidência na capacidade Gestão de emoções em grupos, com vista à apropriação de capacidades que permitam melhorar a atitude dos Enfermeiros dos CSP na importância da família no cuidar.

Este estudo constituiu-se uma ferramenta na identificação de necessidades dos Enfermeiros em estudo e serve especialmente a figura do Enfermeiro de Saúde Comunitária que exerce a sua prática centrada na comunidade, contribuindo no processo de capacitação de grupos tendo como leme as orientações estratégicas das políticas de saúde.

Este estudo contribui para a perceção da família enquanto unidade e enquanto suporte, assim como para a compreensão da competência emocional enquanto facilitadora de uma melhor atitude na interação Enfermeiro/família com vista à persecução do melhor bem-estar para o utente/família.

Referências bibliográficas

- Abreu, S. (2012, junho) *Visitação Domiciliária*. Revista Ordem dos Enfermeiros Disponível em <http://www.ordemEnfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/ArtigosEnfermeiros/VISITADOMICILIÁRIASandraAbreu.pdf>
- ACeS Baixo Vouga (2014). Relatório de atividades. Disponível em http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Documents/Relatoriodeatividades/2014/RelatórioACeSBV_2014.pdf
- Afonso, J.R. (2013) *Competência emocional nos fisioterapeutas da rede nacional de cuidados continuados integrados* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9187>
- Barreira, L. N., Reis(OC), V. (2014). *Inteligência emocional: associação com job engagement em enfermeiros, no contexto da oncologia*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, Lisboa, Portugal. Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5854/tese%20vers%C3%A3o%20final%20pdf.pdf?sequence=1>
- Benzein, E., Jonhansson, P. Arestedt, F., Berg, A., Saveman, B.I. (2008,) *Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care A Survey of Swedish Nurses*. Journal of Family Nursing, 14 (2), 162-180. Disponível em <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1074840708317058>
- Agostinho, M. (2010); *Competência Emocional em Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Ajzen, I. (1989) - *Attitude structure and behavior*. In PRATKANIS, R. [et al.] - *Attitude structure and function*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum. Disponível em

https://www.researchgate.net/profile/Icek_Ajzen/publication/264666774_Attitude_structure_and_behavior/links/53ea591e0cf28f342f4195ed.pdf

Alves, C. (2011) *Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Disponível em file:///E:/tese/doc's%20tese/pdf%20da%20bibliografia%20para%20anexar/Atitudes_dos_Enfermeiros_face_a_Familia_-_Stress_e_Gestao_do_Conflito.pdf

Costa, A. (2009). *Inteligência emocional e assertividade nos Enfermeiros* (Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve). Disponível em <file:///H:/tese/doc'stese/DissertaçãoInteligênciaEmocionaleAssertividadenosEnfer.pdf>

Cunha, M. (2010). *Dispositivos de apoio às aulas de Investigação*. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu.

Escoval, A.; Lívio, A.; Ribeiro, R. (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 roteiro de Intervenções em Cuidados Continuados Integrados. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_3_Roteiro_cuidados-continuados-integrados_coord_AnaEscoval_versao-final.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, 2012

Escola Superior de Saúde de Viseu. (2014). *Guia Orientador de Trabalhos Escritos*. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/Uinvestigacao/Guia_Trabalhos_Escritos_17_7_2014.pdf

- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%deFamíliaUmContextodoCuidarMariaHenriquetaFigueiredo.pdf>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusididacta.
- Lopes, T. (2013). Competência emocional nos Enfermeiros na Rede Nacional Cuidados Continuados integrados. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9592>
- Lopes, W., Saupe, R., Massaroli, A. (2008). Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa-DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v7i2. 5012. *Ciência, cuidado e saúde*, 7(2), 241-247
- Marcos, A. (2014). Adesão terapêutica nos idosos do concelho de Macedo de Cavaleiros. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9916/1/AIC3ADpio20Augusto20Marcos.pdf>
- Marôco, J., Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. Disponível em <http://publicacoes.ispa.pt/publicacoes/index.php/Ip/article/view/763>
- 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, 2007
- Martins, M., Fernandes, C., Gonçalves, L. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Rev Bras*
- Miranda, T. (2010). *Prevenções Básicas de Infecções e Controlo - Vivências dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem no ensino clínico de Urgência (Projeto de Licenciatura)*. Porto: Universidade Fernando Pessoa - Faculdade Ciências da Saúde.

- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, J., Martins, M. (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Rev Esc Enferm USP*, n.45, p. 1331-1337. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermagem (2010). CIPE® Versão 2.0. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa. Traduzido e publicado com autorização do Conselho Internacional de Enfermeiros, Genebra, Suíça. Disponível em <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais – Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem*, p24.
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2008) *Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Sílabo.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de saúde 2012-2016 - 6. Indicadores e metas em saúde*. Lisboa: DGS. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude_.pdf
- Rodrigues, L. (2013) *A Família Parceira no Cuidar – Intervenção do Enfermeiro* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de enfermagem de Coimbra). Disponível em <file:///H:/tese/doc'stese/Familiaparceiranocuidar.pdf>
- Rosenberg, M.; Hovland, C. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitude. Disponível em <file:///C:/Users/enfmo/Downloads/RoutledgeHandbooks-9781410612823-chapter3.pdf>
- Sampieri, R. H., Collado, C. & Lucio, P. (2006). *Metodologia de La Investigación* (4ª ed.). México: McGrawHill
- Santos-Lopes, T., Veiga-Branco, A. (2012). COMPETÊNCIA EMOCIONAL (CE) E LOCAL DE TRABALHO: ESTUDO. In I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e

Educação: Investigar e Intervir para Mudar, Bragança - 6 e 7 De Julho de 201.

Disponível em

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10858/1/CE%20e%20Local%20d%20Trabalho%20-%20RNCC.pdf>

Santos, L. (2012) Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa).

Disponível em

<file:///E:/tese/doc's%20tese/pdf%20da%20bibliografia%20para%20anexar/fundamentação/Abordagem%20sistémica%20à%20família%20-%20Santos,%202012.pdf>

Silva, M. A., Costa, M., Silva, M. M. (2013). Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (11), 19-28. doi: 10.12707/R1113105.

Sousa, E. (2011). A família - Atitudes dos Enfermeiros de reabilitação (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Disponível em

http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1775/1/MER_Tese_Salomé_2011.pdf

Veiga-Branco, A. (2004) Eu professor: Que Competência emocional. In S.M. Jesus (1ª Ed) *Competência Emocional* (pp. 79-83). Coimbra: Quarteto. Disponível

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/5463>

Vilelas, J. (2009) Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo, pp.399. ISBN 978-972-618-557-4.

Wright, L.; Leahey, M. (2009) - Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família. 4ª ed. São Paulo: Roca.

Xavier, S., Nunes, L., Basto, M. (2014) Competência Emocional do Enfermeiro: A

significação do constructo. *Revista Pensar Enfermagem*, 18 (2), 3-19. Disponível em

http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_3_19.pdf.

Xavier, S. (2013). Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10565>

Anexos

Anexo I - Instrumento de colheita de dados

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 **“Atitude dos Enfermeiros: a Importância da Família no Cuidar”**, cujo objetivo principal é identificar a atitude dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários em relação à importância da família no cuidar.

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 _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador/colaborador Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, Mónica Catarina Martins Tavares

Assinatura _____



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE)

Departamento: Enfermagem

Investigadores Principais: Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Investigador Colaborador: Mónica Catarina Martins Tavares

Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Ano: 2016

Estudo:

Exmo.(a) Senhor(a),

No âmbito da investigação sobre o *“Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar”*, solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. As respostas são **confidenciais** e todas são válidas pois traduzem a *sua opinião*.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (.....), deve responder de forma clara e legível, ao que lhe é solicitado.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que **não deixe nenhuma questão por responder**.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

I PARTE - CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1. GRUPO ETÁRIO:

- 20-30 anos
- 31-40 anos
- 41-50 anos
- 51-60 anos
- 61 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
- Mestrado

Qual.....

Qual.....

- Pós-Graduação Qual
- Doutorado Qual

5. CATEGORIA PROFISSIONAL:

- Enfermeiro Enfermeiro Chefe
- Enfermeiro Graduado Enfermeiro Supervisor
- Enfermeiro Especialista
- Outra 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:

- UCSP/USF
- UCC
- USP

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 Acadêmico
- Formação Contínua
- Na Instituição
- Outros Contextos: Especifique

II PARTE – ESCALAS DE AVALIAÇÃO

15. 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 (2008).

Versão Portuguesa: Oliveira, PC;| Fernandes, HI; Vilar, AI; Figueiredo, MH; Santos, MR; Andrade, LM; Barbieri, MC; Carvalho, JC; Martinho, MJ; Martins, MM (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	Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente				
13	A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
14	Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.				
15	Convido os membros da família a participar 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: _____

16. 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:

1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco frequente	4 Por norma	5 Frequente	6 Muito frequente	7 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 Competência Emocional)

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 Competência Emocional)

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/actitudes 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 Competência Emocional)

1. Reconheço-me como uma **pessoa:**

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 cotidiano** (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 contemporalizadora. 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 Competência Emocional)

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 Competência Emocional)

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

Anexo II - Autorização dos autores para utilização da escala

IFCE-AE

Re: Pedido de autorização para utilização da Escala A Importância das Famílias 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^a 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

Palmira Oliveira
"

Anexo III -Autorização da autora para utilização da escala EVCE

1 anexo (47,8 KB)



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 IV – Pedido de Parecer da Comissão de Ética da ARS
Centro**

**Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação pela
Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do
Centro.**

Todos os campos abaixo são de preenchimento obrigatório. Para os campos sem possibilidade de anotação, escrever "não se aplica".

Os documentos necessários devem ser enviados em correio eletrónico em versão pdf em correio eletrónico com o título do estudo.

A submissão a parecer deve ser endereçada ao Senhor Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro IP quando a submissão de faça por correio em papel.

1- Título do Projeto/Trabalho:

"Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar"

2 - Identificação dos proponentes

2.1 - Autor principal/afiliação institucional:

Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade – Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Viseu (Curriculum Vitae - Anexo 1)

2.2 - Co-autor(es) /afiliação institucional:

Mónica Catarina Martins Tavares – Mestranda do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Enfermeira na UCSP Águeda V – ACeS Baixo Vouga (Curriculum Vitae - Anexo 2)

3 - Protocolo.

3.1 - Introdução/Justificação:

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final do curso Mestrado em Enfermagem Comunitária, a Professora Doutora Ana Isabel Andrade e a Mestranda Mónica Catarina Martins Tavares estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Atitudes dos enfermeiros: a importância da família no cuidar".

O gradual envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas 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, Lívio, Ribeiro, 2014). Estes 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).

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários confere à enfermagem uma responsabilidade determinante para a garantia de respostas de qualidade às necessidades da comunidade em matéria de cuidados. Neste sentido o enfermeiro de Saúde Comunitária surge como figura central na execução do diagnóstico de saúde e no estabelecimento de prioridades, formulando objetivos e estratégias que permitam desenvolver e avaliar projetos que visem a solução dos problemas identificados. Sendo também fundamental a sua intervenção na capacitação de grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A investigação e o percurso da profissão têm vindo a fortalecer o papel da família como objeto de estudo da enfermagem. Estes aliados à Reforma dos Cuidados de Saúde Primários estabelecem-se como pilares fundamentais para a integração da família como alvo da prática profissional do enfermeiro (Figueiredo, 2009).

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).

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

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 as autoras na medida em que consideram a família como um recurso importante na prestação de cuidados.

3.2 – Objetivo:

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

3.3 - Material e métodos:

O presente estudo é quantitativo, observacional, descritivo, analítico e transversal.

A variável dependente é a **atitude dos enfermeiros face à importância da família no cuidar**.

As variáveis independentes serão:

- Variáveis sociodemográficas (idade, sexo, categoria profissional, tipo de formação em enfermagem de família, unidade onde trabalham).
- Competências emocionais dos enfermeiros (auto- consciência, gestão de emoções, auto motivação, empatia, gestão de emoções em grupos).

A amostra será constituída pelos enfermeiros que desempenham funções nas diferentes unidades de saúde do ACES do Baixo Vouga.

Os procedimentos éticos a adotar são os pedidos de autorização aos autores das escalas para a sua utilização no estudo, o pedido de parecer à comissão de ética, solicitar autorização aos órgãos de gestão das instituições de saúde para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

Os enfermeiros, após conhecimento dos objetivos do estudo, participarão de forma voluntária dando o seu consentimento informado.

O instrumento de colheita de dados será entregue ao enfermeiro responsável pela gestão de cada unidade assistencial, que distribuirá aos participantes, e efetuará a sua recolha.

O Instrumento de colheita de dados é composto por:

- Questionário Sociodemográfico;
- Escala “Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros (IFCE-AE)”;
- Escala Veiga da Competência Emocional (EVCE).

3.4 – Cronograma:

	Ano 2015						Ano 2016				
	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
Instrumento de coleta de dados											
Aplicação do instrumento de coleta de dados											
Tratamento e análise de dados											
Discussão e conclusões											
Entrega do relatório final											

3.5 - Expectativa de resultados:

Numa conjectura de exigência de eficiência nos cuidados de enfermagem torna-se imperioso conhecer as atitudes dos enfermeiros na importância da família nos cuidados de enfermagem e, se estas atitudes são influenciadas por fatores sociodemográficos e pela competência emocional de cada profissional.

A implementação e gestão dos cuidados adequados às necessidades dos indivíduos/famílias/comunidades dependem da mobilização de competências científicas, relacionais e técnicas da Enfermagem, procurando a detecção e compreensão dos problemas e o estabelecimento de parcerias para a sua resolução.

Os achados resultantes da implementação deste projeto poderão ser esclarecedores da realidade da comunidade especificada no referente às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem, ficando a sugestão da sua aplicação, de forma mais abrangente, a outros agrupamentos de centros de saúde.

3.6 - Local de realização.

O estudo que se pretende desenvolver decorrerá nas instalações da ESSV assim como nas instalações pertencentes ao ACES Baixo Vouga.

3.7 - Concordância da instituição em que se realizará o trabalho

Não se aplica (pedido atual)

3.8 - Consentimento das instituições dos autores do trabalho (anexar documento comprovativo).

(Anexo 3)

3.9 - Projeto de "Consentimento Informado" pela população/amostra estudada:

(Anexo 4)

3.10 - Pedido de autorização pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Não se aplica.

3.11 - Estimativa de custos e fontes de financiamento:

Não se aplica

3.12 - Estimativa de inconvenientes e de seguro (se aplicável).

Não se aplica

3.13 - Trabalho já submetido a outra Comissão de Ética. Se sim anexar o respetivo parecer.

(Anexo 5)

4 - Termo de Responsabilidade:

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Viscu, 4 de março de 2016

O investigador responsável:



(Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade)

Anexo 1 – CV autora Principal

**MODELO EUROPEU
DE
CURRICULUM VITAE**



INFORMAÇÃO PESSOAL

Nome	Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade
Telefone	232 813561
Correio electrónico	aandrade@essv.ipv.pt
Nacionalidade	Portuguesa
Data de nascimento	29 de Maio de 1967
Cartão de Cidadão	076348237zz3
Grau académico	Doutor (Ciências da Educação - Psicopedagogia)
Nº de Membro da OE	2-E-03529
Local de Trabalho	Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde de Viseu Rua Don João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102 3500-843 VISEU Telefone: 232 419100

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

<ul style="list-style-type: none"> • Datas (de – até) • Nome e endereço do empregador • Tipo de empresa ou sector • Função ou cargo ocupado • Principais atividades e responsabilidades 	<p>Desde 2011</p> <p>Instituto Politécnico de Viseu</p> <p>Escola Superior de Saúde de Viseu</p> <p>Professora Adjunta (Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado)</p> <p>Lecionação de aulas teóricas, teórico-práticas no Curso de Licenciatura em Enfermagem nas áreas da Enfermagem de Saúde Comunitária e Fundamentos de Enfermagem</p> <p>Lecionação aulas teóricas nos Cursos de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Saúde Infantil e Pós graduação em Gerontologia e Geriatria.</p> <p>Supervisão, orientação e avaliação dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (3ºAno 6ºSemestre) em Ensino Clínico e estudantes de Mestrado na área da Saúde Comunitária (Centros de Saúde).</p> <p>Colaboração com os Professores Coordenadores</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Datas (de – até) • Nome e endereço do empregador • Tipo de empresa ou sector • Função ou cargo ocupado • Principais atividades e responsabilidades 	<p>De 16 de Setembro de 2008 a 2011</p> <p>Instituto Politécnico de Viseu</p> <p>Escola Superior de Saúde de Viseu</p> <p>Professora Adjunta em Tempo experimental (Comissão de Serviço Extraordinária).</p> <p>Lecionação de aulas teóricas, teórico-práticas e práticas no Curso de Licenciatura em Enfermagem nas áreas da Enfermagem de Saúde Comunitária e Fundamentos de Enfermagem</p> <p>Supervisão, orientação e avaliação dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (3ºAno 6ºSemestre) em Ensino Clínico na área da Saúde Comunitária (Centros de Saúde, USP, UCSP e UCC)</p> <p>Colaboração com os Professores Coordenadores</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Datas (de – até) • Nome e endereço do empregador • Tipo de empresa ou sector • Função ou cargo ocupado • Principais actividades e responsabilidades 	<p>De 16 de Setembro de 2002 a 15 de Setembro de 2008</p> <p>Instituto Politécnico de Viseu</p> <p>Escola Superior de Saúde de Viseu</p> <p>Assistente do 1º Triénio e Assistente do 2º Triénio em Comissão de Serviço Extraordinária</p> <p>Leccionação de aulas teóricas, teórico-práticas e práticas nas áreas da Enfermagem na Comunidade, Epidemiologia e Fundamentos de Enfermagem. Supervisão, orientação e avaliação dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em Ensino Clínico na área de Médico-cirúrgica, nos serviços de Medicina do Hospital São Teotónio de Viseu e Hospital Cândido de Figueiredo de Tondela; em Ensino Clínico na área da Saúde Comunitária (Centros de Saúde do distrito de Viseu); Acompanhamento dos estudantes em Visitas de Estado de acordo com o plano de estudos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Datas (de – até) • Nome e endereço do empregador • Tipo de empresa ou sector • Função ou cargo ocupado • Principais actividades e responsabilidades 	<p>De 19 Novembro de 2001 a 15 de Setembro de 2002</p> <p>Hospital Cândido de Figueiredo de Tondela</p> <p>Hospital – Serviço de Medicina</p> <p>Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária</p> <p>Prestação de cuidados diretos aos doentes internados no Serviço de Medicina; Colaboração na coordenação da equipa, quando solicitada pela Enfermeira Chefe;</p> <p>Educação para a saúde (teórico-prática) aos familiares ou pessoas significativas dos doentes acerca das dificuldades manifestadas ou necessidades detetadas;</p> <p>Aplicação do Sistema de Classificação de Doentes por Grau de dependência (Janeiro 2002);</p> <p>Colaboração na orientação e avaliação dos alunos do Ano complementar de Formação em Enfermagem, no estágio de Enfermagem Gerontológica, do Instituto Jean Piaget de Viseu.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Datas (de – até) • Nome e endereço do empregador • Tipo de empresa ou sector • Função ou cargo ocupado • Principais actividades e responsabilidades 	<p>De 3 de Julho de 2000 a 18 de Novembro de 2001</p> <p>Administração Regional de Saúde do Centro</p> <p>Sub-Região de Saúde de Viseu – Centro de Saúde de São Pedro do Sul e Centro de Saúde de Tondela</p> <p>Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária</p> <p>Realização de consultas de enfermagem dos diversos programas de saúde, de acordo com as normas vigentes da Direcção Geral de Saúde e Coordenação Distrital;</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem no domicílio a todos os utentes em programa de acordo com as indicações da Sub-Região de Saúde de Viseu;</p> <p>Participação na formação de alunos do curso de licenciatura em enfermagem, através do acompanhamento na realização das actividades dos Cuidados de Saúde Primários;</p> <p>Desempenho de funções inerentes à gestão de serviços de enfermagem, em substituição do Enfermeiro Coordenador (16/10 a 2/11);</p> <p>Participação na organização da extensão de saúde de Sul, realizando consultas de enfermagem, vacinação e tratamentos aos utentes af inscrites.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Datas (de – até) • Nome e endereço do empregador • Tipo de empresa ou sector • Função ou cargo ocupado • 	<p>De 20 de Dezembro de 1988 a 29 de Junho de 2000</p> <p>Hospital Cíndido de Figueiredo de Tondela</p> <p>Hospital – Serviço de Medicina, Serviço de Ortopedia e Serviço de Atendimento Permanente (SAP); Bloco Operatório e Serviço de Medicina</p> <p>Enfermeira; Enfermeira Graduada</p> <p>•</p>

**FORMAÇÃO ACADÉMICA E
PROFISSIONAL**

• Datas (de – até)	Fevereiro de 2016
• Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Universidade de Pontificia de Salamanca - Espanha
• Principais disciplinas/competências profissionais	Realização e defesa em Provas públicas da Tese doutoral "Inteligência Emocional dos Seniores: um desafio para o envelhecimento ativo."
• Designação da qualificação atribuída	Doutoramento em Psicopedagogia
• Classificação obtida	Sobressaliente " <i>cum laude</i> "
• Datas (de – até)	Abril de 2014
• Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Instituto Politécnico de Viseu
• Principais disciplinas/competências profissionais	Realizada prova pública para obtenção do título de especialista em Enfermagem (carreira da docência).
• Designação da qualificação atribuída	Especialista em Enfermagem
• Classificação obtida	Aprovada por unanimidade.
• Datas (de – até)	Novembro de 2009
• Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina
• Principais disciplinas/competências profissionais	Realização e defesa em Provas públicas da dissertação de mestrado "A Qualidade de Vida dos Idosos do concelho de Tondela na sua relação com o contexto familiar: Um desafio para a Saúde Pública"
• Designação da qualificação atribuída	Mestrado em Saúde Pública (Pré-Bolonha)
• Classificação obtida	Muito Bom

**Página 5 - Currículo vitae do
António Araújo**

• **Datas (de – até)** De Outubro de 1997 a Julho de 1999

• **Nome e tipo da organização de ensino ou formação** Escola Superior de Enfermagem de Viseu

• **Principais disciplinas/competências profissionais** Opção de Gerontologia e Geriatria
Enfermeira especializada na área de Enfermagem na Comunidade – acesso a concurso para a categoria de Enfermeira Especialista.

• **Designação da qualificação atribuída** Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade – **Licenciatura em Enfermagem**

• **Classificação obtida** 17 (dezassete) valores

Prémio Atribuída **Bolsa de Estudo por Mérito**, aprovado por Despacho Conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde nº 437/99, publicado no Diário da República II Série nº 122 de 26/05/99 (Ano lectivo de 1997/98)

• **Datas (de – até)** De Janeiro de 1986 a Dezembro de 1988

• **Nome e tipo da organização de ensino ou formação** Escola de Enfermagem de Viseu

• **Principais disciplinas/competências profissionais** Enfermeira de Grau I – Competência nos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados

• **Designação da qualificação atribuída** Curso de Enfermagem Geral - atribuída equivalência ao grau de Bacharel em Enfermagem (27 de Abril de 1990)

• **Classificação obtida** 15 (quinze) valores

FORMAÇÃO

COMPLEMENTAR

• **Data** Desde 1989 até 2002

• **Nome** Participação em Simpósios, Jornadas, Congressos, Encontros, Conferências Nacionais e Internacionais

• **Local** Âmbito Nacional e Internacional

• **Data** Desde 2002 até fevereiro 2016

• **Nome** Participação em eventos científicos nacionais e internacionais
Apresentação de comunicações livres e poster em eventos científicos nacionais e internacionais
Publicações Científicas em revistas nacionais e internacionais, livros de atas e livros de resumos

• **Local** Âmbito Nacional e Internacional

Órgãos de gestão**CONSELHO CIENTÍFICO/TÉCNICO-CIENTÍFICO**

Membro efetivo por inerência de categoria, do Conselho Científico da ESSV, desde Dezembro de 2008 a Maio de 2010.

Membro da Comissão Científica "C" do Conselho Científico da ESSV, desde Janeiro a Maio de 2010

Membro do Conselho Técnico-Científico, após eleição, desde Maio de 2010 até setembro de 2014 e desde Janeiro de 2016.

Membro da Comissão Técnico-Científica "B" do Conselho Técnico-Científico da ESSV, desde Maio de 2010 até setembro de 2014 e desde Janeiro de 2016.

Designada pela Coordenadora da CTC B como Vice-coordenadora desta Comissão, desde Maio de 2011 até setembro de 2014.

CONSELHO PEDAGÓGICO

Membro, por eleição em representação dos Assistentes e em representação dos Professores Adjuntos, do Conselho Pedagógico da ESSV (2006-2012)

Viseu, março 2016

Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Anexo 2 – CV co-autora



Europass Curriculum Vitae

Informação pessoal

Apelido(s) / Nome(s) próprio(s)	Martins Tavares, Mónica Catarina	
Morada	R. Dr. Ângelo Graça n 67, 2º esquerdo 3770-066 Oiã	
Telefone	234728148	Telemóvel 934588035
Endereço de correio electrónico	enf.mokas@hotmail.com	
Nacionalidade	Portuguesa	
Data de nascimento	27/02/1982	
Sexo	Feminino	

Motivo de elaboração **Pedido de Parecer à Comissão de Ética da ARSCentro para aplicação do estudo de investigação “Atitude dos enfermeiros: a importância da família no cuidar”.**

Experiência profissional

Datas	Data presente – 08/2014
Função ou cargo ocupado	Enfermeira em Cuidados de Saúde Primários
Principais actividades e responsabilidades	As funções desempenhadas vão de encontro às estabelecidas no regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, as atribuídas no conteúdo funcional para o enfermeiro em Cuidados de Saúde Primários, integrando uma equipa multiprofissional contribuindo para o planeamento e programação das actividades direccionadas para a população abrangida, e de acordo com as normas e critérios da instituição das quais, prestação de cuidados globais ao utente e à família, realização de tratamentos, vacinação, realização de consultas de enfermagem a grupos de riscos como hipertensos e diabéticos, participação em programas de vigilância em Saúde Infantil, Saúde Materna, Saúde do Adolescente, Saúde Juvenil, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Planeamento Familiar e Rastreamento Oncológico, realização de visitação domiciliária. Para além das mencionadas, desempenhou/desempenha ainda funções complementares como Gestão de armazéns de farmácia e material de uso clínico da UCSP, Apoio ao Serviço de Atendimento Complementar e Gestão de Programas de Saúde – Programa Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências Antimicrobianas.
Nome e morada do empregador	UCSPAguadaV Rua da Poça 3750-041 Aguada de Cima

Experiência profissional

Datas	08/2014 - 01/06/2006
Função ou cargo ocupado	Enfermeira em Cuidados de Saúde Primários
Principais actividades e responsabilidades	As funções desempenhadas vão de encontro às estabelecidas no regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, as atribuídas no conteúdo funcional para o enfermeiro em Cuidados de Saúde Primários, integrando uma equipa multiprofissional contribuindo para o planeamento e programação das actividades direccionadas para a população abrangida, e de acordo com as normas e critérios da instituição das quais, prestação de cuidados globais ao utente e à família, realização de tratamentos, vacinação, realização de consultas de enfermagem a grupos de riscos como hipertensos e diabéticos, participação em programas de vigilância em Saúde Infantil, Saúde Materna, Saúde do Adolescente, Saúde Juvenil, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico, realização de visitação domiciliária. Para além das mencionadas, desempenhou/desempenha ainda funções complementares como Responsabilidade pela Estatística de Actividades de Enfermagem, Gestão de farmácia e material de uso clínico na respectiva unidade e no centro de saúde, Apoio ao Serviço de Atendimento Complementar, Esterilização de material, Responsabilidade pelo plano de acção da área da saúde escolar na Unidade de Cuidados Continuados – Grei, Integração na Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Integração na equipa multidisciplinar de Saúde Escolar/Saúde Oral, Orientação pedagógica e Avaliação de alunos de enfermagem em ensinos clínicos.
Nome e morada do empregador	Centro de Saúde de Águeda Av. Calouste Gulbenkian, 173 3750-102 Águeda

Experiência profissional

Datas	09/05/2006 - 10/11/2005; 11/10/2005 – 11/04/2005; 11/04/2005 – 12/10/2004.
Função ou cargo ocupado	Enfermeira em Cuidados de Saúde Primários
Principais actividades e responsabilidades	As funções desempenhadas vão de encontro às estabelecidas no regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, as atribuídas no conteúdo funcional para o enfermeiro em Cuidados de Saúde Primários, integrando uma equipa multiprofissional contribuindo para o planeamento e programação das actividades direccionadas para a população abrangida, e de acordo com as normas e critérios da instituição das quais, prestação de cuidados globais ao utente e à família, realização de tratamentos, vacinação, realização de consultas de enfermagem a grupos de riscos como hipertensos e diabéticos, participação em programas de vigilância em Saúde Infantil, Saúde Materna, Saúde do Adolescente, Saúde Juvenil, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico, realização de visitação domiciliária. Para além das mencionadas, desempenhou/desempenha ainda funções complementares como Responsabilidade pela Estatística de Actividades de Enfermagem, Gestão de farmácia e material de uso clínico na respectiva unidade e no centro de saúde, Apoio ao Serviço de Atendimento Complementar, Esterilização de material, Responsabilidade pelo plano de acção da área da saúde escolar na Unidade de Cuidados Continuados – Grei, Integração na Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Integração na equipa multidisciplinar de Saúde Escolar/Saúde Oral Recolha de produto biológico para realização de análises clínicas, Orientação pedagógica e Avaliação de alunos de enfermagem em ensinos clínicos.

Nome e morada do empregador	Centro de Saúde São Martinho do Bispo Estrada do Espírito Santo das Touregas – Quinta dos Vales São Martinho do Bispo 3045-059 Coimbra
Educação e formação	
Datas	a) 21/01/2014 – 25/06/2014 – Pós Graduação b) 02/10/2000 - 08/09/2004 – Ensino Superior c) 1988- 2000 – Ensino Básico, Preparatório e Secundário
Designação da qualificação atribuída	a) 17 (dezassete) valores b) 14 (catorze) valores c) 15 (quinze) valores
Principais disciplinas/competências profissionais	a) Capacitar para a gestão de serviços de saúde, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, centros de investigação e desenvolvimento, empresas da área da saúde e outras unidades de saúde, de forma a satisfazer as suas necessidades. Pretende a aquisição e desenvolvimento das competências de gestão nos profissionais de saúde com funções e responsabilidades na área, preconizando o confronto sistemático de princípios e modelos que têm caracterizado a gestão das organizações de saúde, face às novas conceções e incertezas do mundo atual. b) Planejar, executar e avaliar cuidados de enfermagem gerais à pessoa saudável ou doente, ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade aos três níveis de prevenção; Participar como elemento activo da equipa multidisciplinar de saúde no planeamento/avaliação de actividades que contribuam para o bem-estar da pessoa, família e comunidade, de forma a prever, minorar ou resolver os seus problemas de saúde; Desenvolver a prática de investigação em enfermagem, em particular, e da saúde em geral; Intervir activamente na formação de enfermeiros e outros profissionais; Participar na gestão de serviços de saúde. c) Disciplinas de componente específica (Matemática, Ciências Físico-Químicas, Ciências da Terra e da Vida, Biologia, Química e Psicologia)
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	a) Escola Superior de Saúde de Viseu b) Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto c) Instituto de Promoção Social da Bairrada – colégio Frei Gil
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	a) Pós Graduação em Gestão e Administração de Serviços de Saúde b) Curso de licenciatura em Enfermagem c) Curso Geral do 1º Agrupamento
Aptidões e competências pessoais	
Primeira língua	Português
Aptidões e competências sociais	Boa capacidade de comunicação devida à experiência na apresentação de trabalhos enquanto aluna de Enfermagem, ao contacto diário com a população abrangida e às formações que tem vindo a realizar enquanto profissional de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários. Capacidade de adaptação a diferentes circunstâncias que advém da execução de várias funções em unidades de Saúde distintas, pertencentes à instituição empregadora.

Aptidões e competências de organização	<p>Sentido de organização e responsabilidade (experiência na gestão de farmácia e material de consumo clínico)</p> <p>Capacidade de gestão de projectos;</p> <p>Capacidade de autocritica e reflexão acerca de técnicas/procedimentos e atitudes/comportamentos adquiridas ao longo do período de aprendizagem quer enquanto aluna quer enquanto profissional de Enfermagem.</p>
Aptidões e competências informáticas	<p>Domínio de aplicações informáticas específicas (SINUS®, SAPE®, SIIMA®, S-Clinico®, MIM@UF®, Glintt ARSC®)</p> <p>Domínio do software Office™ (Word, Excel e PowerPoint)</p> <p>Domínio de Internet na ótica do utilizador.</p> <p>Domínio de aplicações gráficas (PhotoShop)</p>
Informação adicional	<p>Atividade académica a decorrer: Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária</p> <p>Principais Competências decorrentes da formação a decorrer: as descritas no ANEXO I do Regulamento nº 128/2011 do Diário da Republica, 2ª série, nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011, que enumera as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública.</p> <p>Cartão de Cidadão nº 11865102, Validade 02/03/2017</p> <p>Contribuinte nº 216942705</p> <p>Membro nº 2-E-49317 da Ordem dos Enfermeiros</p> <p>A autora do presente documento encontra-se disponível para qualquer esclarecimento assim como, para a entrega de qualquer comprovativo, que se julge necessário.</p>

Anexo 3 – Concordância das Instituições dos autores



IACeS Boizo Vougo I
UCSP Águeda V

Coordenador	Responsável	Responsável	Responsável
BDP	Enfermagem	Az. Técnico	Residentes
Dr.º Jorgeta Santos	Dr.º Paula Bar Santos	Paula Costa	Dr.º Jorgeta Santos

Autorização

A Coordenação da UCSPAguedaV vem pelo presente autorizar a realização do estudo "Atitude dos enfermeiros: A Importância da Família no Cuidar", por solicitação da profissional Mónica Catarina Martins Tavares sob Orientação da Professora Ana Isabel Andrade, no âmbito do 3º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSV.

O Coordenador /O Responsável da UCSP Águeda V

(Jorgeta Santos, Dr.º)



UCSP
Águeda V

Águeda Vila
Águeda e Balsa
Barcelos
Braga

Tel: 234 466363

www.ucspaguada.com.pt
www.essv.org.br

Anexo 4 – 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: a Importância da Família no Cuidar"**, 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 _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador/colaborador Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, Mónica Catarina Martins Tavares

Assinatura _____

**Anexo 5 – Parecer da Comissão de ética de Escola Superior de
Saúde de Viseu**



PARECER
Nº 2/2016

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "ATITUDE DOS ENFERMEIROS: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDAR"

Tendo a estudante Mónica Catarina Martins Tavares sob a orientação do Profª Ana Isabel Andrade, solicitado emissão de parecer sobre o estudo acima referenciado a realizar no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSV, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando tratar-se de um estudo em que os participantes são enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga, pertencente à Administração Regional de Saúde do Centro que possui a sua própria Comissão de Ética;
- Considerando que a Comissão de Ética da ESSV deliberou não dar parecer sobre estudos a realizar em instituições que possuam Comissões de Ética;

Somos de parecer que, em conformidade com o exposto, este pedido seja submetido à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Viseu, 12 de janeiro de 2016

A presidente da CE da ESSV

Anexo V – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Face ao exposto, o parecer da Comissão de Ética é **Favorável**.
O período previsto para a recolha de dados deve ser revisto face à data do presente parecer e autorizações.
O presente parecer não dispensa as autorizações das unidades funcionais onde decorrerá o estudo.

DESPACHO:

Homologado

16.04.2016

Dr. José Manuel Azenha Teresa
Presidente do Conselho Directivo
de A.R.S. Centro, I.P.

ASSUNTO:

Estudo 31/2016 – Atitude dos enfermeiros: a importância da família no cuidar

Autoras: Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade; Mónica Catarina Martins Tavares

As investigadoras propõem-se realizar estudo "observacional, descritivo, analítico e transversal", tendo como objectivos identificar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem e verificar se as atitudes são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas e pelas competências emocionais dos enfermeiros.

Os dados serão colhidos por questionário, de forma anónima e é garantido o anonimato e a confidencialidade.

A participação dos enfermeiros é voluntária. Será utilizado documento para obtenção do consentimento na forma escrita. O exemplar enviado cumpre os requisitos.

É apresentada autorização da coordenadora da UCSP Águeda V para o desenvolvimento do estudo, mas não de outras unidades.

O período para a recolha de dados deverá ser revisto, face à data do presente parecer e autorizações.

Coimbra, 6 de abril de 2016

O relator,

José Carlos Augusto

O Presidente da Comissão de Ética

José Manuel Azenha Teresa