

Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

**Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar**

DISSERTAÇÃO:

**CUIDAR COM A FAMÍLIA: PERSPETIVA DOS
ENFERMEIROS/ESTUDANTES EM CONTEXTO ACADÉMICO**



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área De Enfermagem de Saúde Familiar

CUIDAR COM A FAMÍLIA: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS/ESTUDANTES EM CONTEXTO ACADÉMICO

Unidade Curricular: Dissertação

Docente Orientador: Professor Doutor João Frade

Dico José Manuel Sanca

Leiria, março de 2024

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço ao meu Deus pelo dom da vida, pela saúde e capacidade, a Deus por ter permitido que eu tivesse coragem e força para não desanimar durante esta caminhada e por permitir que ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo deste percurso, aos meus professores que de uma forma ou de outra me apoiaram neste percurso académico pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de mestrado e de uma forma especial ao meu Coordenador, orientador e professor Doutor João Frade pelo que através dos seus ensinamentos permitiram que eu pudesse hoje estar a concluir este mestrado, pelo apoio e pela coragem que me deu nesta caminhada e pelo esclarecimento, pela Enfermeira especialista e Mestra em Enfermagem de Saúde Familiar da USF dos Pousos pela orientação de ensino clínicos, Paula Renca e toda equipa do mesmo Centro de Saúde.

A minha família pelo amor carinho e de uma forma especial aos meus pais pela coragem pelo apoio moral, emocional financeira, aos meus colegas da turma pelo companheirismo e pela troca de experiência que me permitiram crescer não só como ser, mais também de como formado pelo ambiente amistoso no qual convivemos durante esta caminhada e pelos conhecimentos, o que foi muito fundamental na elaboração deste trabalho uma forma especial a Eunice Gil pelo apoio em tudo, pela minha Namorada que me incentivou a cada momento e não permitiu que eu desistisse e pelo apoio moral, ao Ricardo que sempre esteve comigo neste trabalho.

Ao Pastor pela carta que fez a escola pela minha dispensa das aulas e as provas no Sábado aos meus irmãos em Cristo pelas orações nos momentos mais conturbado no meu Mestrado.

RESUMO

Neste trabalho de dissertação, foi realizado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, aborda a importância da família na prática da enfermagem. Evidências destacadas por Wright e Leahy (2011), ressaltam o impacto significativo da família na saúde e bem-estar, enfatizando que os enfermeiros devem considerar a família como parte integrante da prática. A pesquisa enfatiza o papel dos enfermeiros na valorização e reforço do apoio familiar na prestação de cuidados de alta qualidade. Diversas definições de família são discutidas, sendo a visão de Sampaio (1985) de que a família é um sistema interligado e em constante interação com o ambiente externo destacada como relevante na enfermagem familiar.

Método: Este estudo é da natureza quantitativa, descritivo, transversal, e foi realizado com 113 enfermeiros/estudantes da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLEI), e foi usado o instrumento de colheita de dados com questionários para a caracterização sociodemográficos e profissional e foi utilizada a escala importância da família nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE - AE), (Oliveira, 2011).

Resultados: Na amostra total, a maioria dos participantes era do sexo feminino, com idades entre 20 e 57 anos (67,3%), sendo a idade média de 28,13 anos. A maioria dos inquiridos vivia em união de facto (92,9%), sendo que os estudantes do 12º ano representavam a maior parcela (63,7%). Quanto à formação, a maioria possuía licenciatura (31,0%) e estava envolvida em cuidados de saúde primários (81,75%). As variáveis sociodemográficas e profissionais, especialmente idade e categoria profissional, influenciaram a atitude dos enfermeiros/estudantes em relação à importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem. A idade e título profissional estiveram associados a importância atribuída à família ($p < 0,05$).

Conclusão: As variáveis associadas a importância atribuída à família foram a idade e título profissional, as restantes variáveis parecem não estar associada a importância atribuída à família pelo grupo estudado.

Palavra-chave: Família, Atitudes dos Enfermeiro e Enfermagem Familiar.

ABSTRACT

This dissertation, conducted to obtain a Master's degree in Family Health Nursing, explores the significance of the family in nursing practice. Evidence highlighted by Wright and Leahy (2011) underscores the substantial impact of the family on health and well-being, emphasizing that nurses should regard the family as an integral part of practice. The research underscores the role of nurses in valuing and reinforcing family support in delivering high-quality care. Various definitions of family are discussed, with Sampaio's (1985) perspective that the family is an interconnected system in constant interaction with the external environment highlighted as relevant in family nursing.

Method: This study, of a quantitative, descriptive, cross-sectional nature, involved 113 nurses/students from the Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLEI). Data collection utilized questionnaires for sociodemographic and professional characterization, and the Importance of Family in Nursing Care – Nurses' Attitudes (IFCE-AE) scale was employed.

Results: In the total sample, the majority of participants were female, aged between 20 and 57 years (67.3%), with a mean age of 28.13 years. Most respondents were in a de facto union (92.9%), with 12th-grade students representing the largest proportion (63.7%). Regarding education, the majority held a bachelor's degree (31.0%) and were involved in primary healthcare (81.75%). Sociodemographic and professional variables, particularly age and professional category, influenced the attitudes of nurses/students towards the importance attributed to the family in nursing care. Hypotheses were formulated to address the research questions.

Conclusion: As demonstrated in this study, the importance attributed to the family in nursing care increases with age.

Keywords: Family, Nurses' Attitudes and Family Nursing

LISTA DE ABREVIATURA, SIGLAS E ACRÓNOMOS

EF – Estrutura Familiar

EF – Enfermagem Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

MCAF – Modelo de Calgry de Avaliação Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação Intervenção Familiar

USP – Unidade de Saúde Primários

USD – Unidade Saúde Diferenciados

USF – Unidade Saúde Familiar

EEEECSF – Enfermagem

M – Média

Mo – Moda

IPLeiria – Instituto Politécnico de Leiria

ESSEI – Escola Superior de Saúde de Leiria

INE – Instituto Nacional de Estatística

TS – Teste Students

DR – Diário de República

TA – Teste Anova

DP – Desvio Padrão

SIG – Significância

PM – População e Amostra

UICISA:E – Unidade de Investigação e Ciência de Saúde: Enfermagem

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ÍNDICE

RESUMO	IV
LISTA DE ABREVIATURA, SIGLAS E ACRÓNOMOS.....	VI
ÍNDICE DE FIGURA.....	VII
ÍNDICE DE TABELAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IX
INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1 FAMÍLIA	13
1.2 ESTRUTURA FAMILIAR.....	15
1.3 FAMÍLIA COMO SISTEMA.....	17
1.4 ENFERMAGEM.....	18
1.4.1 Enfermagem de Saúde Familiar	19
1.4.2 Enfermeiro de Família.....	21
1.5 MODELOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	23
1.5.1 Modelo de Avaliação Familiar de Calgary.....	23
1.5.2 Avaliação estrutural.....	24
1.5.3 Avaliação do desenvolvimento.....	24
1.5.4 Avaliação funcional.....	24
1.6 MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF).....	25
1.7 MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM.....	26
1.8 ESTUDOS RECENTES SOBRE A TEMÁTICA	27
2. METODOLOGIA	30
2.1 QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	30
2.2 TIPO DE ESTUDO	31
2.3 HIPÓTESES	31
2.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	34
2.6 VARIÁVEIS.....	34
2.7 INSTRUMENTO DE COLHETA DE DADOS	37
2.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS.....	40
3. RESULTADOS	42
3.1 ANÁLISE DESCRITIVA.....	43

3.1.1 Categoria Sociodemográfica e Profissional, Idade e Ano de Exercício Profissional ..	43
3.1.2 Importância da Família Associada a Caracterização à Variável Dependente	48
3.2 ANÁLISE INFERENCIAL	49
4. DISCUSSÃO	58
CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	69

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1: Representação esquemática do modelo calgary de avaliação familiar	25
--	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Dimensão da escala FINC-NA	28
Tabela 2: Operacionalização das Variáveis em Estudo..... Erro! Marcador não definido.	
Tabela 3: Dimensões e Itens da Escala IFCE-AE.....	38
Tabela 4: Caracterização da amostra quanto a idade e quanto ao ano de exercício profissional	44
Tabela 5: Caracterização da amostra quanto ao sexo	44
Tabela 6: Distribuição de amostra sobre o estado Civil.....	45
Tabela 7: Caracterização de amostra quanto a habilitação académica	45
Tabela 8: Estão em representação as categorias profissionais.....	46
Tabela 9: Distribuição da amostra quanto a área de especialização	47
Tabela 10: Amostra quanto ao contexto atual de prestação de serviços	47
Tabela 11: Caracterização da amostra de formação no âmbito de enfermagem familiar	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização da variável dependente	49
Gráfico 2: Distribuição da amostra quanto a idade	50
Gráfico 3: Distribuição da amostra quanto ao sexo	50
Gráfico 4: Distribuição da amostra por habilitação académica	52
Gráfico 5: Distribuição da amostra quanto a categoria profissional	53
Gráfico 6: Valores das variáveis por tempo de exercício profissional	54
Gráfico 7: Caracterização da amostra relativamente ao estado civil	54
Gráfico 8: Caracterização da amostra quanto a formação em enfermagem familiar	56
Gráfico 9: Distribuição da amostra relativamente ao serviço onde exerce funções	57

INTRODUÇÃO

A evolução dos contextos históricos e sociocultural levou a família a diversidade de transformações, traduzida em mudança em sua estrutura, papéis e funções.

E na família que recebem suporte material e psicológica em situação de maior stresse pessoal, pelo que, enquanto o valor, a família ocupa um lugar primordial na vida dos indivíduos seja na saúde, na doença, na alegria nas adversidades. Porém em nosso meio hospitalar a família é tanta vezes esquecidos ou ignorada, ou se é lembrada, é apenas vistas como um recurso.

A família exerce um papel significativo no hospital, nomeadamente na internação de adultos, idosos, crianças e mulheres grávidas. Elas devem ser parte integrante de intervenção de saúde em qualquer fase da doença em todos os contextos de assistência, o que aponta para relevância da relação entre o cuidado ao individuo e o seu contexto familiar, como um fator indispensável ao cuidado integral da pessoa do paciente. (Martins et al. 2012)

Tendo em conta os padrões de qualidade de cuidado definido pela Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Saúde Família (EEECSF), desenvolve a sua prática numa parceria colaborativa com as famílias, com base na força de pessoa/família e não tanto nas doenças ou problemas, assumindo como foco a família como unidade de cuidados e valorizando simultaneamente a relação entre a saúde dos vários membros e saúde da família na sua globalidade. Deste modo será o profissional de referência que garante o acompanhamento especializado da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Em Portugal, o reconhecimento da relevância da família nos cuidados de saúde, levou a regulamentação das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar que suporta a importância de termos profissional de enfermagem com formação especializada para trabalhar com a família (Hagedoorn et al., 2017).

A relação entre enfermeiros e familiares é central para qualidade da prática clínica em enfermagem, e são hoje, várias as investigações que procura perceber a importância atribuída à família pelos enfermeiros e de que forma a valorização da família por partes destes profissionais, determinam o sucesso dos cuidados de enfermagem prestado (Hagedoorn et al. 2017).

A família representa para a pessoa doente uma poderosa fonte de suporte, e inerente ao processo de cuidar e encontra-se intrinsecamente, envolvida no processo saúde doença. Por isso é de suma importância a preocupação e o comprometimento de a família seja integrada nos cuidados de saúde garantindo a promoção de saúde familiar. Apesar de todo o desenvolvimento ocorrido, quer na orientação política, quer no desenvolvimento da teoria em enfermagem de família, verifica-se ainda, na construção das práticas dos enfermeiros, relacionadas com desagastamento entre a teoria e a prática, e que se devem a várias razões, tais como: alguns enfermeiros acreditam que a presença da família significa que o seu trabalho está a ser observado e avaliado, sentindo-se, por isso, ameaçado (Martins, 2004).

As atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento da família afetam a sua disposição de integrar e envolver às famílias no cuidado em enfermagem, e conhecimento das atitudes dos enfermeiros face à família ajuda-nos a compreender de que forma os enfermeiros contextualizam o indivíduo e os seus processos de saúde ou doença, no seio do seu contexto familiar. Por outro lado, permitem ao enfermeiro conhecer as forças que à família detém, de modo que, em conjunto e num trabalho de parceria, consigam planear intervenções que vão ao encontro das necessidades da família.

Apesar das evidências científicas revelaram uma atitude favorável dos enfermeiros em relação à importância dada à família nos cuidados de enfermagem às famílias, são em número reduzido (Fernandes et al. 2015).

Dá ênfases à relação e a reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvidos para promover a participação dos seus membros em todas as etapas. Tem como finalidade, a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde (Figueiredo, 2012).

No decorrer deste trabalho “Cuidar com a Família: Perspetiva dos Enfermeiros/estudantes em contexto académico,” tem como finalidade: a importância da família nos cuidados de enfermagem, em contexto académico e as atitudes dos enfermeiros/estudantes, face a inclusão das famílias no cuidar.

Esta dissertação está organizada em cinco grandes capítulos, onde é que o primeiro capítulo se refere ao enquadramento teórico, ou seja, é um capítulo da revisão da literatura para melhor compreensão do tema em estudo, e no mesmo capítulo veremos os conceitos da família e da enfermagem. Seguimos com a estrutura da família, enfermagem familiar, enfermagem de família, modelos de avaliação e intervenção familiar, modelos teóricos de enfermagem, estudo recente sobre o tema. O segundo capítulo, vemos os métodos, as questões e objetivos da investigação, tipos de estudos, descrever as hipóteses, população e amostra, critério de inclusão e exclusão, variáveis e instrumentos de colheita dos dados. No terceiro capítulo analisaremos os dados, ou seja, é o capítulo de análise dos dados, análise descritiva, análise sociodemográfica e análise inferencial.

O quarto capítulo é o da discussão onde serão apresentados os resultados do estudo.

Na conclusão mostra uma breve descrição dos principais resultados que foram obtidos com esta investigação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No decorrer deste capítulo vamos descrever alguns conceitos sobre o problema em análise, à família e a enfermagem, a estrutura da família, família como sistema.

1.1 FAMÍLIA

É habitual pensarmos na família como um lugar onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que, nesse longo percurso, pensamos de ir ter mais de uma família.

Mas a família é, também, um grupo institucionalizado, relativamente estável, e que constitui uma importante base da vida social.

Deparamos com inúmeras definições de família, resultados das diferentes ciências que estuda a família, tais como, Psicologia, Economia e Sociologia. Estas têm contribuído para as transformações sofridas pelo conceito da família ao longo dos anos nas diferentes culturas. Mas talvez o mais importante, seja, vê-la como um todo. Ler sistematicamente a família implica, então, ter uma visão global da sua estrutura (dimensão espacial) e do seu desenvolvimento (dimensão temporal), define-a como um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantêm o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através estádio de evolução diversificados (Sampaio, 1985; Alarcão, 2000).

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

“A família é um grupo ou unidade funcional, todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerando um sistema que é maior que a soma das partes.” (Wright e Leahey 2011).

Relvas (2000), define a família como sendo um contexto natural para crescer, envolvendo complexidade e uma teia de laços sanguíneos e afetivos, gerado de amor e sofrimento.

É na família, não importa que tipo seja, que as pessoas crescem, nutrem-se fisicamente, psicologicamente e socialmente e ganham um sentido de si e de coletividade enquanto

uma unidade cultural familiar, cultivam crenças valores acerca da vida e progridem ao longo do ciclo vital (Martins et al. 2012).

A enfermagem de Família, enquanto área disciplinar, reconhece o potencial do sistema familiar como promotor da saúde dos seus membros de forma a capacitá-la para responder de forma produtiva ao processo de saúde/doença, ao longo do seu ciclo vital. (Martins et al. 2012).

A família quando organizada como estrutura na sua globalidade, sofre mudanças e alterações de valorizar quando um dos seus membros têm um problema de saúde, pois as angústias, os medos, os sofrimentos e as dúvidas, estão presentes assim como estrutura no seu todo caracteriza-se fundamentalmente quando estabelece inter-relação entre os seus membros específicos de estrutura, organização e funcionalidade (Figueiredo, 2010).

A família representa o pilar fundamental das sociedades humanas, na realidade, ela constitui a primeira base na qual a maioria dos seres humanos constroem a sua personalidade. Por isso é essencial conceber e desenvolver um caminho para integrar à família nos cuidados de saúde das pessoas. (Oliveira et al. 2011).

As famílias continuam a ser espaço privilegiado de cuidados de suporte a vida e à saúde dos seus membros constituindo-se elas mesmas, como unidade dotadas de energia com capacidade auto-organizativa. A família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer para os enfermeiros que presta cuidados (Figueiredo, 2009).

Falar da família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos: do que sentimos uma vez que todos nós temos uma família e cada um de nós é capaz de identificar quais as pessoas a que chama a sua família; do que sabemos dado que, ao longo dos tempos, cada Cultura, cada disciplina científica, cada área da sociedade criou a sua própria definição de família originando uma multiplicidade de conceitos, cada um procurando encerrar em si todas as possibilidades de estrutura e focos que a família foi tomando (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O conceito da família apresentado pela OMS em 1994, coloca uma tónica no eixo relacional sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológico ou legais quando trabalhamos com a família. A família não pode ser limitada a laços de sangue, casamento, parceiro sexual ou adaptação familiar. Família é um grupo cujas relações baseada na confiança, suporte mútua e um destino comum. Esta ideia é reiterada na

SAÚDE 21 e é identificado como a unidade básica da sociedade (Hennssy e Gladin, 2006).

Seja qual for a definição ou modelo de família é sempre um conjunto de pessoas considerada como unidade social, como um todo sistémico onde se estabelece relações entre os seus membros e o meio externo.

Entende-se que a família constitui um sistema dinâmico que contém outros subsistemas relacionados e desempenha funções importantes na sociedade, como funções emocionais, educacionais de sociedade reprodutivas, Dias, (2000).

Alguns fundamentos teóricos relacionados com a evolução e mudança conduzem a novos conceitos de família, novas dinâmicas, novos valores diferentes tipos com identidades próprias construindo histórias de vida que reproduzem, (Dias, 2000).

As famílias também possuem uma estrutura e um modo de funcionamento. A estrutura e funcionamento estão intimamente relacionados e interage intimamente um com o outro. Ao longo do tempo, a estrutura e a dinâmica da organização interna das famílias sofreram profundas alterações, tais como: o número médio de filhos diminuiu, a taxa de fecundidade diminuiu, o número de solteiros aumentou, famílias alargadas diminuíram e as famílias mistas aumentaram, etc., devido ao aumento do número de divórcios, ao aumento dos casamentos de facto e livres e, mais recente, ao surgimento de família homossexuais.

Diferentes tipos de famílias são entidades dinâmicas com identidades próprias, compostas por membros ligados por sangue, afeto ou interesses, que convivem por um período durante o qual constroem uma história de vida única e irrepitível (Alarcão, 2000; Amaro, 2006; Relvas, 1997).

1.2 ESTRUTURA FAMILIAR

Configuração e a estrutura familiar são conceitos fundamentais que nos permite conhecer e compreender a composição e funcionamento de uma família. O conceito de configuração familiar, diz respeito ao conjunto de indivíduos que compõem o núcleo familiar (Grzybowski & Wagner, 2011).

Pode-se pensar a configuração em termos de arranjos e disposição dos membros que compõem uma família. Sendo assim, as famílias têm diferentes configurações, estas variam desde as mais clássicas, como por exemplo: mãe, pai e filhos que reproduzem o

modelo tradicional definido pela consanguinidade e parentesco até as mais complexas que consiste nos nossos dias (Grzybowski & Wagner, 2011).

Nos tempos atuais não é tão simples identificar e classificar aqueles que são os membros da família. O laço de sangue que foi historicamente considerada como principal na definição da composição do grupo familiar, hoje passa a dar lugar a outras características, como por exemplo: o parentesco, a coabitação, a afinidade, entre outros, pode-se dizer que a composição da família têm sua definição muito além dos fatores biológicos e legais, tornando os aspetos de subjetividade um importante papel na definição da configuração familiar, pois estes aspetos integram os significados da convivência (Grzybowski & Wagner, 2011).

Alguns dos principais fundamentos teórico associado a evolução e a mudança familiar conduziram as novas conceções de família, novas dinâmicas, novos valores, diferentes tipos com identidade própria, construindo uma história de vida que não se pode replicar. As transformações levaram a alterações na família que deixou de ser um modelo tradicional prevalente, aparecendo novas formas de organização familiar tornando-se um fenómeno de carácter global, Dias, (2011).

Segundo (Dias 2000, e Leandro, 2001) assim, foram esses fatores que contribuíram de uma forma decisiva para as alterações na estrutura e dinâmica familiar: fatores económicos, políticos, social, cultural, demográfico e tecnológico.

INE, (2018), segundo os dados facultados, mostra que as últimas décadas em Portugal, no período de 1992 – 2018, verificou-se um envelhecimento demográfico, as famílias são menos numerosas, o casamento continua a ser a forma de organização da família predominante, mais que tem vindo a perder terreno, tendo aumentado as famílias monoparentais, quase duplicaram, pessoas que habitam sós duplicaram, enquanto os casais sem filhos tiveram um aumento a rondar os 50%.

Conforme a sua composição, existe várias denominações familiar, o ICN através da CIPE define várias configurações familiar:

- Família nuclear: constituído marido, esposa e um ou mais filhos;
- Família monoparental: composta por figura parental única; pai, mãe ou outro cuidador e a presença de um ou mais crianças ou outros dependentes;

- Família alargada: grupo que envolve além dos pais e filhos, exemplo, os avós, tios e primos;
- Família reconstruída: família em que um dos cônjuges, ou ambos, são divorciados e coabitam filhos de pelo menos de um dos progenitores;
- Família homossexuais: constituída por cônjuges do mesmo sexo;
- Família comunas: grupos de pessoas que coabitam, com objetivo de vida em comum, congregações irmandade (Henriques & Santos, 2019).

1.3 FAMÍLIA COMO SISTEMA

A teoria dos sistemas afirma que qualquer mudança em um componente afeta todos os outros, o que significa que qualquer alteração tem impacto em todos membros do sistema, ou seja, da família (Andrade & Martins, 2011).

A família na perspetiva sistémica ascende essencialmente a dois objetivos:

Um interno – proteção psicossocial dos seus membros;

E o externo acomodação a uma cultura e transmissão dessa mesma cultura (Dias, 2011).

O sistema familiar é um todo, uma globalidade, em que o todo é mais do que a soma das suas partes (Amaro, 2006b).

A família é um sistema, à semelhança de um organismo vivo e por isso deve ser analisada como um todo onde cada membro é o que por si mesmo e pelas relações que estabelece

com os outros membros da família significados, o poder, a formação e distribuição de afetos. Dias, (2011).

Cada elemento da família participa em diversos sistemas e subsistemas, desempenhando em simultâneo, diversos papéis em diferentes contextos, implicando outros tantos estatutos, funções e tipo de interação (Henriques & Santos, 2019).

Distinguem-se vários subsistemas:

- Subsistema conjugal: há presença de eu, tu e nós marido e mulher;
- O subsistema filial: aparece com o nascimento do primeiro filho que modifica o sistema, seguindo-se outros filhos, hoje talvez, o segundo e raramente o terceiro;

- Subsistema parental: tem como responsabilidade essencialmente a educação, a socialização, proteção a todos os níveis;
- Subsistema fraternal: estabelece as relações entre os irmãos, que dentro da normalidade deveriam ser relações forte descobrindo como cooperar (Relvas, 1997).

A forma como se organiza este subsistema, o tipo de relações que se estabelecem entre eles e no interior de cada um, coincide com a estrutura da família, que é, a organização dos seus membros ou elementos e respetivas funções e papeis, “quem, com quem, para fazer o quê, como quando e onde” (Relvas, 2000).

A família enquanto sistema aberto transforma-se numa unidade funcional para os seus membros, ao permitir o seu desenvolvimento e bem-estar através do intercâmbio entre o sistema familiar e o exterior, possibilitando que cada membro tenha as suas formas de se movimentar, realizar tarefas e funções que conduzem o seu crescimento. Todos os sistemas têm fronteiras que o ligam ao exterior sobre o qual atuam, sendo também influenciado pelo meio que os cerca. Estes dois sistemas estão em transformação, são flexíveis adaptam-se e por isso complementa-se (Dias, 2011).

De acordo com Bertalanffy (2008), distingui também sistema fechado e sistema aberto, caracterizando-se os primeiros pela entropia, o caos, simplicidade, a homogeneidade, o determinismo e a causalidade linear. Nos sistemas abertos há interação dinâmica entre os seus componentes, que tem a sua característica fundamental com o exterior pelas interações, que se mantendo afastado dos equilíbrios, num estado de mudança contínuas (Figueiredo, 2012).

Para o funcionamento dos subsistemas, é preciso existir os limites ou fronteiras, entre os diferentes subsistemas e também entre os suprassistemas que obedece ao princípio de permeabilidade e permite a troca de informação com o meio (Monteiro, 2019).

1.4 ENFERMAGEM

O “pensar em enfermagem” em família sempre foi um tema da enfermagem como ciência, mas a enfermagem de família é um campo disciplinar recente, tendo sido introduzido a partir da década de 90. Florence Nightingale criou a enfermagem centrada na família como um centro de serviço e ajudou as famílias dos militares em combate na guerra da Crimeia a receber cuidados nos hospitais e a implementar cuidados de enfermagem distribuído por áreas nos domicílios (Jordão, 2019).

1.4.1 Enfermagem De Saúde Familiar

O enfermeiro deve participar no desenvolvimento e implementação de política e programas de saúde com finalidade de uma melhoria de saúde e de bem-estar das famílias (Cossette et al. 2016).

Os três conceitos que envolve a enfermagem de saúde familiar de acordo com Hagedoom et al (2017) são estes: O indivíduo; à família e comunidade, e tem como foco principal a promoção da saúde da família, ajudando à família a identificar os seus problemas e também e mobilizar estratégias e recursos para enfrentar de uma forma coletiva e individualmente.

Nos últimos anos, a área da enfermagem de Saúde familiar tem vindo a ser objeto de estudo, por ser uma área específica, ele assente em diferentes, mas complementares perspetivas conceptuais, tendo-se assistido uma grande variedade de prática clínicas, desenvolvidas com às famílias, procurando colmatar necessidades em saúde, reais ou sentidas (Hanson, 2005).

A saúde familiar representa a soma dos estados de saúde dos membros que a compõem, que refere à prevalência e incidência de doença na família. Falando da saúde familiar é falar da inter-relação com o funcionamento familiar como agente social primário, o seu melhor ou pior funcionamento será um do fator dinâmico que influi na conservação da saúde no aparecimento da doença.

De acordo com Frieman, (1998) além da capacidade de se adaptar no sistema familiar como componente de promoção da saúde familiar, as suas capacidades de aprendizagem uma dimensão essencial na melhoria do funcionamento da família no presente e no futuro, face as alterações de saúde da família.

Os aspetos contributivos para o desenvolvimento dessas capacidades são os processos de formação de identidade, processamento de informação e a estrutura de papéis, processo de comunicação e cooperação que promove o desenvolvimento de saúde individuais e familiares (Gilliss et al. 2012).

A saúde familiar deve ser vista como um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar que inclui fatores biológicos, psicológicos, espirituais sociológicos e cultural do sistema familiar. Assim, podemos dizer que, a saúde do indivíduo é afetada pela família e vice-versa (Hanson, 2005).

A relação que existe entre enfermeiros e familiares é fundamental para a qualidade da prática clínica da enfermagem, e hoje há diversas investigações que procuram compreender a importância dada à família pelos enfermeiros e como a valorização da família por estes profissionais determina o sucesso da enfermagem e cuidados prestados (Hagedoorn et al. 2017).

Um enfermeiro da enfermagem familiar nunca deve sentir ameaçado pela presença do familiar e, por outro lado, o familiar não deve ser visto como quem substituirá algumas de suas funções. Independentemente da sua área de atuação, os enfermeiros devem ser qualificados e capazes de envolver às famílias em áreas da sua prática clínica, formando e capacitando às famílias para a resolução dos seus problemas (Frade et al. 2021).

O enfermeiro por sua vez deve preparar e formar à família para prestar os cuidados, num espírito de cooperação para aumentar a qualidade dos cuidados (Kholia et al. 2018).

Para que haja um bom cuidado da enfermagem à família, deve haver uma boa interação entre o enfermeiro e à família, ou seja, uma relação interpessoal significativa e terapêutica. Deve o papel do enfermeiro, reconhecer à família como sujeito do seu processo de viver.

Os pressupostos associados à enfermagem de família integram uma filosofia de parceria com a família para apoiá-la na procura de solução dos problemas identificados, que engloba na execução e no planeamento das intervenções (Baia et al. 2014).

A partir deste pressuposto, que representam alguns dos aspetos mais importantes caracterizadores do sistema familiar, compreende-se que enfoque da enfermagem de família nas relações, em que a finalidade da intervenção é uma mudança, numa perspetiva dinâmica de bem-estar nas dimensões internacionais, funcionais, e estruturais do sistema familiar.

1.4.2 Enfermeiro de Família

Figueiredo (2012), aborda a enfermagem de família como um campo disciplinar da enfermagem, desenvolvendo domínio em teórico em modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família como alvo de cuidados, em teorias de ciências sociais da família, terapia familiar e enfermagem.

Na sua área de intervenção, o enfermeiro de família trata a família como uma unidade de cuidados e fornece cuidados gerais e específicos em todas as fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, em conjunto com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis (Diário de República, n.º 149/2014, p. 4).

O enfermeiro de família conecta as famílias, outros profissionais e recursos da comunidade, como serviços de saúde, grupos de voluntariado solidário e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso à saúde, (Diário de República, n.º 149/2014, p. 4).

As teorias sociológicas, ou seja, as teorias das ciências sociais da família são as mais desenvolvidas e informativas sobre os fenómenos familiares, tais como a função familiar, a interação ambiente-família, as dinâmicas dentro da família, as mudanças ao longo do tempo e as suas respostas à saúde e à doença. Contudo, estas teorias não são suficientes para a avaliação e intervenção da enfermagem familiar (Hanson, 2005).

A enfermagem de família surge como arte e ciência, alicerçada ao pensamento sistémico com uma abordagem que ultrapassa o paradigma da ciência tradicional, permitindo a compreensão de todos os fatores que inteiram a unidade familiar (Hanson, 2005).

Na prestação de cuidados de saúde, o enfermeiro de saúde deve ter um papel fundamental, na resolução dos problemas e ter a capacidade de reconhecer os fatores que interferem e prejudicam ou não no seio familiar (OMS, 2000).

“O enfermeiro de família é um profissional que quando é integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, numa área geodemográfica definida em toda a caminhada da vida, em vários contextos da comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011; 2017).

Para a resolução nas dinâmicas interna e na estrutura e o seu funcionamento da família, o enfermeiro de família deve trabalhar com estas dinâmicas, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas como todo familiar e com o meio envolvente (Ordem dos enfermeiros 126/2011).

Falar da enfermagem ou de enfermeiro de família é falar de uma profissão que cuida e cuja sua arte é complexa e subtil e que está enraizada num profissionalismo que não só se manifesta através dos atos, mais também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para terem uma saúde melhor (Hesbeen, 2001).

De acordo com Ordem dos Enfermeiros, (2002), a primeira conferência ministerial dos cuidados de enfermagem, realizada em junho de 1988 em Viana, dali é reconhecido que os enfermeiros para atingir as metas de saúde para todos deviam as alterações. Ao passar dos tempos, em 1995 foi desenvolvida experiência piloto e política de saúde que tem como objetivo mostrar a importância da saúde familiar e também o modelo de enfermeiro de família com os métodos de trabalho, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados.

No decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, foram feitas a primeira referência legal ao enfermeiro de família, em Portugal, que tem como objetivo, consagrar a prática do enfermeiro de família e para ser atribuído a cada enfermeiro de família 300 a 400 famílias por determinada área geográfica (Ferreira, 2022).

Desta forma, é designado o enfermeiro de família que assegura os cuidados diferenciados, de qualidade, porque ele se torna como uma figura principal ou central nas equipas multidisciplinares. Neste âmbito, o enfermeiro de família deve assegurar a determinado número de família um leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados nos domicílios (Correia, 2022).

Falar do enfermeiro de família é falar de um profissional com perfis de competências, comuns e específicos.

Competência é conjunto de conhecimentos, capacidade de ação e comportamento estruturados, em função das características e âmbito de ação que o enfermeiro de família tem de desenvolver no exercício da sua atividade profissional, (Dias, 2006).

Competências comuns do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Refere-se às competências que todos os enfermeiros especialistas possuem, independentemente de sua área de especialização. Essas competências são demonstradas por meio de excelentes habilidades de planejamento, gestão e supervisão de cuidados e suporte eficaz ao exercício profissional em área como formação, pesquisa e assessoria (Diário de República n.º 35/2011). E de acordo com o mesmo Diário de República n.º 35/2011, a Responsabilidade profissional; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento da Aprendizagem profissional são quatro domínios de competências comuns.

Competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Conforme o (Diário de República 2ª série, 2018), estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doença e controlo de situação complexa; colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família; monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situação complexa; desenvolve a prática de enfermagem de família baseada na evidência científica; intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas; facilita a resposta da família em situação de transição complexa; envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar; formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.

1.5 MODELOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

A avaliação e intervenção familiar de enfermagem, exigem a utilização de modelos que permitam a concepção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções.

1.5.1 Modelo de Avaliação Familiar de Calgary.

Olhando para esta perspetiva, o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF), apresenta-se com uma estrutura multidimensional, que engloba três dimensões a saber: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Wright e Leahey, 2002).

Dentro destas dimensões integram várias categorias e subcategorias com os quais permitem avaliação sistémica da família, numa perspetiva dinâmica e de continuidade.

1.5.2 Avaliação estrutural.

Este, permite conhecer o aspeto da estrutura da família, e integra o aspeto relativos à estrutura interna, externa e contexto. Mostra uma visão sobre composição da família, os vínculos entre os seus membros e entre outros elementos significativos como a família alargada ou os sistemas mais amplos, assim como o contexto onde a família se insere (Wright e Leahey, 2002).

Portanto, avaliar estrutura interna (Composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites); Externa (famílias extensas e sistemas mais amplos) e o contexto (etnia, raça, classe social, religião, espiritualidade e ambiente) (Silva et al, 2009).

1.5.3 Avaliação do desenvolvimento.

De acordo com (Wright e Leahey, 2002) mostra que a compreensão dos fenómenos exclusivos da família associado ao seu crescimento, à sua trajetória evolutiva a nível funcional, estrutural e interacionais.

1.5.4 Avaliação funcional.

Relativamente a avaliação do desenvolvimento, de acordo com o MCAF, esta integra a avaliação do ciclo vital da família que se refere à trajetória típica que a maioria das famílias percorre (Wright e Leahey 2008). Caracteriza a forma como os membros da família interagem uns com os outros. Apresenta as funcionalidades: Funcionamento instrumental que centra nas atividades do quotidiano da vida da família, enquanto o funcionamento expressivo direciona-se para os padrões de interações, que se subdivide em subcategorias: comunicação emocional; comunicação verbal; comunicação não verbal; comunicação circular; solução de problemas; papéis; influência e poder; crenças; alianças e uniões. Hanson, (2005).

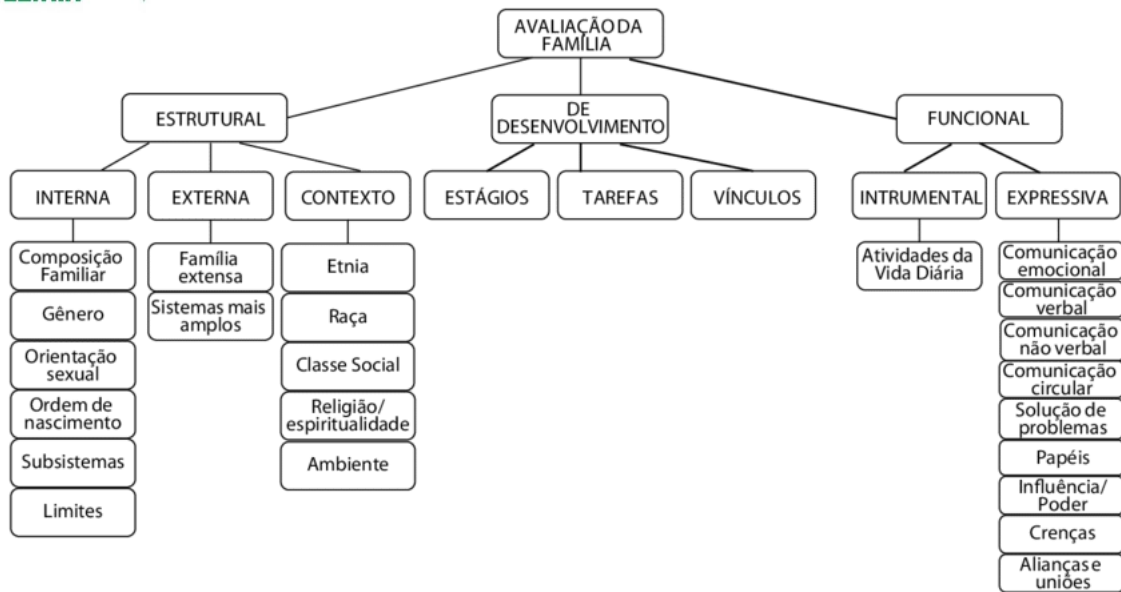


Figura 1: Representação esquemática do modelo calgary de avaliação familiar

1.6 MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)

O modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF), que foi construído, ou seja, foi desenvolvido por Figueiredo (2009; 2012), dá respostas às necessidades dos enfermeiros de família no âmbito de Cuidado de Saúde Primário (CSP), sendo um instrumento de referência teórica e operativo no desenvolvimento de práticas direcionadas a família.

O MDAIF sustenta-se no pensamento sistémico enquanto referencial onde as fontes teóricas são Modelo de Avaliação da Família de Calgary, que se considera a família como unidade de cuidados, em particular para cada um dos membros e no geral a família como um todo. O instrumento de recolha de dados deste modelo tem como a constituição a Matriz Operativa que se estabelece na estrutura organizativa e compreensiva das relações da família e por outro lado, permite a interligação do processo de enfermagem na prática da enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2012).

APGAR Familiar.

De acordo com Rebelo et al, 2011, consiste num questionário individual aos membros da família e este foi desenvolvido por Smilkstein em 1978 e é constituído por cinco dimensões: participação, crescimento, adaptação, afeto e resolução/dedicação. Este

modelo permite uma avaliação da família quanto a sua funcionalidade e disfuncionalidade.

Modelo de Resiliência.

Foi desenvolvido por McCubbin em 1993 enquanto trabalhava com famílias estressadas para analisar o motivo para as diversas maneiras famílias responderam a similares fatores estressantes. Este modelo permite que os enfermeiros identifiquem seus pontos fortes e capacidade de resposta ao estresse. O modelo afirma que com a interações com as famílias ajudam os enfermeiros a melhorar a resiliência e a regeneração, (Hanson, 2005).

1.7 MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM

À medida que as abordagens da terapia familiar contribuíram para o desenvolvimento em consolidação do conhecimento em enfermagem familiar, alguns modelos e teorias também contribuíram para o desenvolvimento da prática orientada para a família, incluindo, como a de Dorothea Orem, Rogers, Callista Roy, Betty Neuman, Imogene King e Moyra Allen (Figueiredo, 2012).

- **A teoria de Dorothea Orem**, que é o modelo de autocuidado, das escolas das necessidades, integra autocuidado e sistemas de enfermagem, afirmando que as famílias surgem em situações de défices de autocuidado, promovendo ou executando o autocuidado ao nível das áreas afetadas Dorothea 1993, 2001, citado por (Figueiredo, 2012).

Dorothea Eilabeth Orem examina as razões pelas quais pessoas precisavam de enfermagem quando mencionou o termo “autocuidado” pela primeira vez. O autocuidado, de acordo com Orem, é o conjunto de ações que uma pessoa toma para o seu próprio bem, para prevenir ou tratar problemas de saúde (Silva et al. 2009).

- **A teoria de Martha Rogers**, integrado na Escola do Ser Humano Unitário, vê o ser humano como um campo multidimensional de energia, integrando mútua contínua com o meio ambiente (Hanson, 2005).

- **A teoria de Betty Neuman 1982**, baseia-se em várias teorias das ciências sociais das famílias, vendo-as como m grupo de pessoas criando e mantendo uma cultura comum com o objetivo central de continuidade (Neuman, 1983), citado por Hanson 2005. O

modelo sugere que os sistemas familiares são ameaçados quando são expostos a tensão que afetam a sua estabilidade e bem-estar, e que objetivo principal da família é manter a estabilidade através de integridade estrutural (Whall e Fawcett, 1991, citado por Hanson, 2005).

1.8 ESTUDOS RECENTES SOBRE A TEMÁTICA

A relação do enfermeiro com as famílias sempre foi crucial para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, pois o sistema familiar atua como parceiro e promotor da sua saúde (Frade et al., 2021).

De acordo com Frade et al., (2021), as atitudes em relação ao envolvimento familiar afetam a sua capacidade de interagir e envolver as famílias nos cuidados de enfermagem. A compreensão destas atitudes ajuda os enfermeiros a contextualizar os indivíduos e os seus processos de saúde no seu contexto familiar, permitindo-lhes planear intervenções com base nas necessidades familiares.

O mesmo estudo mostra que, os enfermeiros que demonstram atitudes favoráveis ao envolvimento da família nos cuidados reconhecem a relação fundamental entre enfermeiros e família, exigindo dos enfermeiros preparação e formação das famílias para cuidados baseados na cooperação (Kholiaf et al. 2018).

O estudo de (Fernandes et al. 2015), revela que a maioria dos enfermeiros portugueses que trabalham em diferentes contextos de cuidados de saúde têm uma atitude positiva face às famílias, indicando o seu apoio à integração familiar.

A amostra foi constituída por 164 indivíduos nos quais, 71 já eram profissionais que totaliza (43,29%) e 93 eram estudantes de enfermagem que totaliza (56,70%). A idade compreendida foi de 42,93 anos, no primeiro grupo e tem como variação entre os 22 e 58 anos de idade e de 20-40 anos no segundo grupo, com uma variação entre 18,89 e de 22,77 anos de idade, Frade et al. (2021).

O mesmo estudo mostra que a média da importância atribuída à família foi maior nos estudantes de enfermagem com media de 83,776 pontos e nos enfermeiros a media é de 80,605 pontos e com estes valores mostra que estatisticamente a diferença entre os grupos é significativa ($p \leq 0,23$). Na avaliação a importância atribuída a família nas diferentes dimensões da escala FINC-NA, foi verificado que existem diferenças entre os

dois grupos em estudo, estudantes (media=11,215 pontos) e enfermeiros (media=8,631 pontos).

Tabela 1: Dimensão da escala FINC-NA

Nível de importância atribuída à família			<i>t</i> Student
	Enfermeiros <i>n</i> = 71	Estudantes <i>n</i> = 93	<i>p</i> -value
Escala Total - FINC_NA	80,605	83,776	
Intervalo de variação	45-98	63-100	0,023
Fator 1 - Família parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	38,281	39,161	0,331
Intervalo de variação	12-48	26-48	
Fator 2 - Família recurso nos cuidados de enfermagem	33,43	33,39	0,855
Intervalo de variação	24-40	27-40	
Fator 3 - Família fardo	8,831	11,215	0,001
Intervalo de variação	6-13	6-16	

De ponto de vista de Mackie et al., (2018), mostra que uma revisão integrativa recente concluiu que as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias também podem ajudar ou dificultar o envolvimento das famílias nos cuidados.

Segundo (Hoplock et al. 2019), disse que embora as atitudes positivas dos enfermeiros em relação às famílias possam levar a uma melhor comunicação, relacionamento e resultados, e atitudes menos favoráveis podem resultar em sentimentos negativos em sentimentos negativos entre os membros da família (sentir-se excluído e menos capacitados para participa dos cuidados.

De acordo com Hoplock et al (2019), nos diz que é fundamental como os enfermeiros pensam sobre a importância da família nos cuidados de enfermagem porque esses pensamentos podem afetar o comportamento dos enfermeiros e dos familiares.

Benzein et al., (2008) as pesquisas mostraram que as atitudes dos enfermeiros geralmente são positivas em relação à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

De acordo com Henriques & Santos, (2019) no que concerne a atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem pela aplicação da versão modificada da Escala Importância das famílias dos Cuidados de Enfermagem (IFCE-AE), segundo esta versão, verificou-se que o score médio alcançado é de 94,75, comparando este resultado com o de Saveman et al., (2011) onde é que a média foi 104 pontos, o resultado do estudo feito por Henriques et al, ficou ligeiramente abaixo, mais nunca deixa de ser considerada muito importante dada a participação da família nos cuidados de enfermagem.

Segundo (Benzein et al. 2008), a maioria dos enfermeiros no estudo uma atitude de suporte em que a família é um parceiro dialogante e recursos de coping ($\alpha=0,90$); família: como recursos nos cuidados de enfermagem ($\alpha=0,84$), com tudo isso, considera-se importante o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, ou seja, um importante pré-requisito para envolver e interagir com as famílias ao longo do processo de cuidados.

2. METODOLOGIA

Neste presente capítulo serão abordados alguns temas como a questão da investigação, tipos de estudos, hipóteses, população e amostra, critério de inclusão e exclusão.

A “metodologia” vem dos termos gregos, “meta” que significa, para além de “odos,” ou seja, caminho e “logos” que significa discurso ou estudo. Estudar e avaliar vários caminhos disponíveis, bem como suas aplicações correspondendo a um conjunto de procedimentos que avaliam para a obtenção de conhecimento (Vilelas, 2022).

Indicam-se as técnicas, procedimentos e material a serem utilizado na pesquisa, bem como a dimensão teórica da investigação, de acordo com o problema enunciado e os objetivos pretendidos pelo pesquisador Graciano et al, (2011).

Neste capítulo será descrito com detalhes como foi feita a pesquisa, e nele inclui a abordagem do estudo, o tipo de estudo, os sujeitos de estudo (população e amostra), os procedimentos que foi realizados e que vai dar respostas as questões de investigações, os objetivos, instrumento de colheita de dados.

2.1 QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Fortin et al., (2009) as questões de pesquisa são escritas em forma de interrogativo e normalmente incluem uma ou duas variáveis e a população a se estudada. Derivaram diretamente dos objetivos definidos e forneceram as informações necessárias para atingir esses objetivos.

OBJETIVOS:

- 1º Conhecer as atitudes dos estudantes na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidar;
- 2º Analisar atitudes dos estudantes na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
- 3º Identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos estudantes, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

De acordo com as metas, ou seja, os objetivos definidos, temos as seguintes questões:

1. Quais são as atitudes dos estudantes na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidar?
2. Quais são as atitudes dos estudantes na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados?
3. Qual é a relação existente entre as atitudes dos estudantes na abordagem à família e algumas características sociodemográficas e profissionais?

2.2 TIPO DE ESTUDO

Quanto ao problema que se encontra em análise, se opta por estudo que se identifica como transversal quanto ao tempo, descritivo e quantitativo, de acordo com o método de análise de dados; correlacional, que se trata de controlo das variáveis e de análise de dados.

Segundo (Gray, 2017), citado por Sampaio 2020, “uma investigação é descritiva uma vez que tem como intuito oferecer à pesquisa uma forma de descobrir um novo significado, descrever o que já existe; determinar a frequência com que algo ocorre ou categorizar a informação.”

Quanto ao método e à forma de abordar o problema (Richardson et al. 2007), classifica as pesquisas em quantitativa e qualitativa. Para Vieira (1996), **a pesquisa qualitativa** pode ser definida como a que se fundamenta principalmente em análise qualitativas, caracterizando-se, em princípio, pela não utilização de instrumentos estatístico na análise de dados. Esse tipo de análise tem por base conhecimentos teórico-empíricos que permite atribuir-lhe cientificidade.

A pesquisa quantitativa, é aquela que se caracteriza pelo emprego de instrumento estatísticos, tanto na coleta como no tratamento dos dados, e que tem como finalidade ou objetivos, medir as relações entre as variáveis.

2.3 HIPÓTESES

As questões de investigação surgem como anunciadas, prevendo-se as relações entre o público-alvo e as variáveis chave e a verificação empírica (Fortin et al. 2009). Segundo o problema de investigação e, com o objetivo de dar resposta ao problema a ser analisado, e também para conhecer as relações entre a atitude dos enfermeiros/estudantes face à

família com as variáveis sociodemográficas e profissionais, com a pretensão de verificar as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 - A atitude dos estudantes, perante a importância da família no cuidar está associada a idade;

Hipótese 2 - Atitudes dos estudantes, perante a importância da família no cuidar, é associada ao sexo;

Hipótese 3 – A importância das famílias no cuidar está associada as habilitações académicas;

Hipótese 4 - Às atitudes dos estudantes, na importância das famílias no cuidar, está associado ao estado civil;

Hipótese 5 – A atitude dos estudantes, perante a importância da família no cuidar, está associada ao tempo de carreira;

Hipótese 6 – A categoria profissional, está associada a atitudes dos estudantes, perante a importância das famílias no cuidar;

Hipótese 7 – A importância das famílias no cuidar, está associada a formação em enfermagem de saúde familiar;

Hipótese 8 – Os serviços onde exerce os profissionais as suas funções, está associada às atitudes dos estudantes perante a importância da família no cuidar.

2.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Quando o conjunto de dados que temos é exaustivo dizemos por simplesmente que forma uma população, e quando algumas, mas não todas, as entidades estão presentes, a coleção de valores obtidos chamamos isso de amostra.

De acordo com Fábio Apolinário (2004), “entende-se por população ou universo em uma pesquisa de natureza teórico-empírica, um grupo de pessoas, objetos ou eventos que possui um conjunto de características comuns que o definem. Enfim, a totalidade de pessoas, objetos ou eventos que se deseja estudar e realizar sobre a qual se efetivarão generalizações.”

Todos os indivíduos ou objetos com características comuns são chamados de população Polit e Beck, (2011). Falando da população alvo do presente estudo, é composta por todos os estudantes da enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei).

Quanto a tamanho de amostra, Marilyn, (2011), um problema comum, cuja definição é fundamental na etapa de criação de um projeto de pesquisa é o cálculo do tamanho de amostra. Verifica-se que o tamanho da amostra de uma proporção aumenta, quando aumentamos o nível de confiança do intervalo ou quando diminuimos a margem do erro.

Por outro lado, a população alvo é composta por uma seleção de indivíduos que atendem os critérios de seleção previamente estabelecidos (Fortin, 2009).

De acordo com Vilelas (2022), devido a grandeza dos elementos que compõem a população alvo pode ter, seria praticamente impossível analisá-la totalmente. E para estudar uma parte representativa da população em estudo que corresponde uma parte de toda a população como resultado, ou seja, foi escolhida uma amostra que por sua vez representa a população como um todo.

De acordo com Landa et al., (2004), uma população muito grande, torna de fazer uma numeração completa de todos os valores na mesma, ou seja, é um pouco prático ou impossível, os mesmos autores mostram que a amostra geralmente representa um subconjunto de tamanho manejável.

“Muitas vezes não é desejável nem viável inquerir todos os elementos da população que se pretende estudar, especialmente quando o número de elemento da população é muito elevado. Daí que se inquiria um subgrupo que seja representado da população, ou seja, recolhe-se uma amostra” Nunes et al, (2019).

A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma uma réplica da população alvo, ela deve ser representativa da população visada, ou seja, as características da população devem estar na presente na amostra selecionada.

No estudo presente, as nossas amostras são constituídas por todos os estudantes do 12º ano, da licenciatura e do mestrado que estudam na Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei).

Neste estudo o método que foi selecionado é o não probabilístico da conveniência, onde é que o investigador faz ou seleciona os objetos, ou seja, os elementos que compõe uma população em estudo. O mesmo método permite ao investigador estimar o erro amostral, que se traduz pela tendência das estimações estatísticas a flutuarem de uma amostra para outra.

2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O estabelecimento de critério de inclusão e exclusão para os participantes de um estudo é uma prática padrão e necessária na elaboração de protocolos de pesquisa de alta qualidade. Critérios de inclusão são definidos como as características chaves da população alvo que os investigadores utilizarão para responder à pergunta do estudo (Hulley et al, 2007). Critério de inclusão típicos incluem características demográficas, clínicas e demográfica. Por outro lado, critério de exclusão são como aspetos dos potenciais participantes que poderiam interferir no sucesso do estudo ou aumentar o risco de um desfecho desfavorável para esses participantes. Neste sentido, para o estudo presente foram definidos como critério de inclusão todos os estudantes e enfermeiros da licenciatura e do mestrado em Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLEI), para o critério de exclusão, foram definidos todos os estudantes e enfermeiros da licenciatura e do mestrado em Portugal.

Segundo Fortin et al., (2006, p. 311), afirma que os critérios de inclusão devem às características essenciais dos elementos da população em aos critérios de inclusão utilizados para caracterizar a população em estudo.

2.6 VARIÁVEIS

Como o nome sugere, uma variável é um fenómeno que varia, portanto, o objetivo da investigação é entender por que os valores de uma variação e como é que essa variação pode variar outras variáveis, ou seja, influenciar outras.

Segundo Vilelas (2022), portanto, as variáveis são as qualidades, propriedades ou características de itens, indivíduos ou circunstâncias que são estudadas durante uma investigação.

Dependendo das funções na pesquisa, as variáveis podem ser dependentes e independentes de investigação, atributos e estranhas Fortin et al. (2009, p.171).

Sabe-se que a investigação ou pesquisa científica, de um modo geral, tem por objetivo descobrir de que maneira um ou vários fatores mudam quando outros são alterados. Variáveis são, portanto, nomes usados em ciência para definir conceitos, propriedades, dimensões e funções de um objeto que está sendo estudado. Assim, variáveis são valores, factos ou fenómenos que, numa hipótese, são considerados em sua dimensão de inter-relação causal, de modo que um ou mais desses fatores são determinados como causa e outros. Santos, (2012). Deste modo, considera-se como variável independente as variáveis sociodemográficas e profissionais e quanto a variável dependente, são considerados as atitudes dos estudantes de enfermagem face a importância atribuída à família no cuidar como se vê na tabela a seguir.

Tabela 2: Operacionalização das Variáveis em Estudo

Variável1	Escala de medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta	
Sociodemográfico	Género	Variável qualitativa nominal	Masculino	
			Feminino	
	Idade	Variável quantitativa de razão	Continua	20-30
				31-40
41-50				
Estado civil	Variável qualitativa nominal	Discreta	57 anos ou mais	
			Solteiro (5)	
Profissional	Grau académico	Variável qualitativa nominal	União de facto (105)	
			Divorciado (2)	
	Título profissional	Variável qualitativa nominal	Discreta	Viúva (1)
				Licenciatura (72)
	Tempo de exercício profissional	Variável quantitativa	Continua	Mestrado (41)
				Entre 1 e 30 anos
	Contexto atual de trabalho	Variável qualitativa nominal	Discreta	Enfermeiro
				Enfermeiro especialista
Unidade funcional onde exerce funções (CSP)	Variável qualitativa nominal	Discreta	Doutorado	
			CSP	
Formação em enfermagem de família	Variável qualitativa nominal	Discreta	CSD	
			Resposta dividida em dois	
Formação em enfermagem de família em que contexto	Variável qualitativa nominal	Discreta	Sim	
			Não	
			Contexto Académico	
			Formação continua e outros	

Varável dependente- escala IFCE-AE			
Variável	Escala de medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta
Atitudes dos estudantes de enfermagem face a importância da família no cuidado	Variável qualitativa	Discreta	- Concordo completamente - Discordo completamente - Concordo; - Discordo
	Variável quantitativa	Continua	

2.7 INSTRUMENTO DE COLHETA DE DADOS

Após a criação do modelo do processo de investigação, a elaboração dos componentes teóricos e a definição do tipo de estudo, é necessário construir o dispositivo que permita a coleta de dados em situações reais. Em geral, um instrumento de coleta de dados é qualquer ferramenta que um investigador possa recorrer para aprender saber as características e extrair as informações (Vilelas, 2022).

Para este estudo, foi utilizado um instrumento de colheita de dados composto por duas partes. A primeira inclui a informação sobre os dados sociodemográficos e profissionais dos estudantes da enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria, enquanto a segunda parte utilizou uma escala de importância das famílias nos cuidados de enfermagem e atitudes dos enfermeiros IFCE-AE, (Oliveira et al. 2011)

De acordo com Oliveira et al, (2011), a escala original é constituída por vinte e seis itens, cada um é representado por uma opinião sobre a participação da família nos cuidados de enfermagem. Embora essas afirmações pareçam semelhantes, elas são diferentes uma das outras e a sequência não segue um caminho específico.

Uma escala de concordância de estrutura Likert é usada para responder a cada item. As opções incluem: Discordo completamente (1 ponto); Discordo (2 pontos); Concordo (3 pontos) e concordo completamente (4 pontos). A escala também avalia as dimensões da família como um recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens), a família como um

parceiro de conversa (8 itens), um fardo (4 itens) e um recurso a pontuação da escala pode variar de 26 a 104, (Benzein,2008).

Em 2009, Oliveira et al, traduziram, validaram e adaptaram uma escala para Portugal para o núcleo de Investigação de Enfermagem de família da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e a escala foi chamada de “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE).

De acordo com Oliveira ete al (2011), ao longo desse processo a escala foi alterada em relação às dimensões considerada na versão inicial. A versão portuguesa deste estudo considera apenas três dimensões a saber: a família como parceiro de discussão e recurso de coping, ou seja, de enfrentamento com doze (12) questões (4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25);

Família como um recurso nos cuidados de enfermagem, com dez questões (questões 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22) e por último, família como fardo, com 4 itens (2, 8, 23, 26)

Tabela 3: Dimensões e Itens da Escala IFCE-AE

Dimensões	Itens
<p>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</p>	<p>4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6 - No primeiro contacto com os membros da Família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p>9 - Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12 - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p>15 - Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p> <p>16 - Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p>17 - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar</p>

	<p>melhor com as situações.</p> <p>18 - Considero os membros da família como parceiros.</p> <p>19 - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p> <p>24 - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.</p>
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	<p>1 - É importante saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.</p> <p>5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).</p> <p>7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p>11 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p>13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p>20 - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.</p> <p>21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22 - É importante dedicar tempo às famílias.</p>
Família: fardo	<p>2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26 - A presença de membros da família deixa-me em Stress.</p>

Uma escala deve reunir as seguintes características para ser considerada sustentável de conter informações objetivas:

Validade e Fiabilidade, de acordo com Vilelas (2022), Validade: refere-se à capacidade de uma escala de medir as qualidades para as quais foi construída e não qualidade comparáveis. Em outras palavras uma escala tem validade quando o que afirma medir.

Fiabilidade: é uma medida de consistência de escala para distinguir um valor de outro e de uma forma consistente, ou seja, se ele valoriza os mesmos objetos de uma forma consistente.

A validade é um termo que se refere ao grau de precisão com que um conceito é medido, a validade também pode ser várias maneiras incluindo validade conceitual, validade vinculada ao e validade do conteúdo (Fortin et al., 2009).

Os resultados de u participante em cada item do questionário devem ser consistentes entre si ao longo do questionário, pois Relvas (2022), define a fiabilidade como a consistência interna de um instrumento.

O autor também menciona que pode usar o teste alfa (α) de Cronbach para avaliar a consistência interna de um questionário. O resultado de exame varia entre 0 e 1, com a seguinte leitura sendo a mesma:

- a. Superior a 0,9 – se considera uma consistência muito boa
- b. Entre 0,8 e 0,9 – é uma consistência boa
- c. Entre 0,7 e 0,8 – razoável
- d. Entre 0,6 e 0,7 – é uma consistência fraca
- e. Inferior a 0,6 – se considera uma consistência inadmissível (Vilelas, 2022).

2.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS

Todas as etapas do processo são abrangidas pelo olhar da ética na investigação, enquanto a qualidade ética dos procedimentos e o respeito pelos princípios e valores são importantes (Nunes, 2020, p. 5). De acordo com a mesma autora, os critérios essenciais para uma avaliação ética de um estudo incluem a relevância do estudo, a revisão científica, o número de participante envolvidos, a relação risco-benefício, uma revisão ética independente e a garantia de que os direitos dos participantes sejam respeitados como consentimento informado, esclarecendo e livre, bem como confidencialidade e proteção dos dados.

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2003), estabelece diretrizes Éticas para a investigação em enfermagem que listam seis princípios morais que devem orientar uma investigação. Esses princípios foram respeitados durante todo o processo de investigação. Isso inclui:

- Confiança, ou o princípio de estabelecer confiança entre o investigador e o participante;
- Veracidade, informando sobre risco e vantagens, segundo o princípio ético de dizer a verdade você deve-se associar ao consentimento livre e esclarecido;
- Beneficência ou “fazer o bem” para o indivíduo e para a sociedade. Considere aqui o valor da pessoa humana;
- A avaliação da maleficência é baseada no princípio de “não causar danos”, é uma avaliação de risco possíveis;
- Justiça, o princípio de “proceder com equidade” e não favorecer uma comunidade em detrimento de outra;
- A confidencialidade, o conceito de “proteger” as informações pessoais que podem ser coletadas durante um estudo e diferença de um anonimato (ICN,2003, como citado em (Nunes, 2020). Para este estudo foi solicitado a todos os participantes que preenchessem a declaração de consentimento de uma forma voluntária e informada, que este estudo teve o parecer da comissão de Ética e com o parecer da Unidade de Investigação em ciência da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) para o projeto de investigação. E para recolha dos dados desta investigação foram utilizados o formulário eletrónico que foi aplicado e foi criado no Google Doc e no mesmo se consta o termo de consentimento livre, as características sociodemográficas e a versão da escala FINC-NA que foi traduzida e validada para português no ano 2009 (Oliveira et al., 2011). Este foi facultado através das redes sociais (WhatsApp), por (E-mail) e por (Facebook).

Em termos individuais, distingamos a autorização institucional do pessoal - não é da mesma natureza abordar uma pessoa para ser sujeito do estudo, na sua qualidade individual ou abordar um profissional no âmbito das suas funções numa determinada organização. Entrevistar ou aplicar questionários a enfermeiros, no seu contexto de trabalho, requer autorização institucional, pela natureza institucional dos dados. Diferentes é, por exemplo, colocar um questionário on-line e fazer apelo ao seu preenchimento (através de pedidos de endereçamento de emails as redes sociais) (Nunes, 2020).

Isso foi feito em conformidade com os princípios da declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial e da Lei de proteção de dados pessoais (Decreto-Lei nº 67/98, revogado pela Declaração de Retificação nº 22/98, de 1998).

3. RESULTADOS

Neste capítulo será respondido as questões para esta investigação de acordo com os objetivos do estudo e também os dados e as hipótese, para este efeito foram selecionada as duas análises a saber, análise descritiva e análise inferencial onde é que cada uma destas tem as suas funções, o primeiro permite fazer um resumo dos dados e as informações sociodemográfica que foram recolhidas enquanto que o segundo nos mostra que preocupa-se com o raciocínio necessário para, a partir dos dados, se obter conclusão gerais, com a finalidade de obter uma informação acerca de uma população com base numa amostra Ferreira (2005).

3.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Há na verdade dois tipos de procedimentos em estatísticas, a saber: A estatística ou análise descritiva e estatística inferencial.

O primeiro, é um método que permite fazer uma descrição e resumir as informações que vem de resultado da observação de uma amostra, e que pode ser por intermedio de gráfico, tabelas e valores característicos, Bulhões (2021).

O segundo tipo de procedimento em estatística, tem como a preocupação o raciocínio necessário para, a partir dos dados, se conseguem umas conclusões gerais e com a finalidade de obter afirmação sobre uma população e de dar respostas às hipóteses com base numa amostra (Ferreira, 2005).

3.1.1 Categoria Sociodemográfica e Profissional, Idade e Ano de Exercício Profissional

Idade:

Quanto a variável dos profissionais que são representados nesta tabela, mostra que a faixa etária está entre os 20 a 57 anos de idade, ou seja, o mínimo é de 20 anos e o máximo é de 57 anos de idade onde é que a idade compreendida entre 20 a 30 anos é de 76 estudantes que equivale a (67,3%), dos 31 a 40 anos, 15 que corresponde a (13,5%), de 41 a 50 anos, 16 indivíduos, que corresponde a (14,3%) e de 51 a 57 anos, 6 estudantes com a percentagem de (5,4%), e vemos que, no que toca com a idade, a média é de 28,13, moda é de 21 e desvio padrão é de 10,850.

No que concerne ao número de exercício profissional, temos como mínimo 1, o máximo 30, a média é de 17,03, a moda é de 15 e desvio padrão 7,101.

Tabela 4: Caracterização da amostra quanto a idade e quanto ao ano de exercício profissional

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio padrão
Idade	113	20	57	28,13	21	10,850
Nº de anos de exercício profissional	36	1	30	17,03	15	7,101
N responde	36					

Sexo:

Nesta tabela 5, estão em representados os géneros, ou seja, o sexo dos inquiridos que participaram neste estudo, de acordo com esta variável, nota-se que nesta amostra há 97 indivíduos que são do sexo feminino que corresponde a (85,8%), e 16 indivíduos são do sexo masculino que corresponde (14,2%).

Tabela 5: Caracterização da amostra quanto ao sexo

Valido					
	Masculino	16	85,8%	85,8	85,8
	Feminino	97	14,2%	14,2	14,2
	Total	113	100,0%	100,0	

Estado Civil:

No total de 113 indivíduos e no que concerne ao estado civil dos mesmos, 5 são solteiros que corresponde a (4,4%), no que concerne aos indivíduos que vivem na união de facto é de 105 que corresponde a (92,9%) no que diz respeito ao divórcio, temos 2 indivíduos que equivale a (1,8%) e viúvas é de 1 indivíduos (0,9%).

Tabela 6: Distribuição de amostra sobre o estado Civil

		Frequência	%	% Vali- da	% acumu- lada
Válido	União de facto	105	92,9	92,9	92,9
	Solteiro	5	4,4	4,4	97,3
	Viúva	1	0,9	0,9	98,2
	Divorciado	2	1,8	1,8	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Habilitação Académica;

No que diz respeito ao estudo de variáveis de caracterização dos profissionais em estudo que no total é de 113 estudantes, onde é que 35 estudantes que corresponde (31,0%), são estudantes de licenciatura, e no que concerne ao estudante do mestrado, é de 5, que equivale a (4,4 %). E por outro lado, os estudantes doutorados é de 1, (0,9%), e por último, os de 12º ano 72 que corresponde a (63,7%) vamos analisar as suas habilitações académicas, os serviços onde exercem, formação em enfermagem de família.

Tabela 7: Caracterização de amostra quanto à habilitação académica

	Frequência	Percentagem	% Válida	%Acumulada
Habilitações Académicas	Licenciatura	35	31,0	31,0
	Mestrado	5	4,4	4,4

= 113	Doutoramento	1	0,9	0,9
	12º Ano	72	63,7	63,7
	Total	113	100,0	

Categoria Profissional:

No que diz respeito a variável da categoria profissional dos estudantes que vão ser analisada na tabela em baixo, ou seja, na tabela número 5, de acordo com o estudo, verificou-se que no total de 113 indivíduos, 35 são enfermeiro que corresponde a (31,1%), enfermeiros especialista é 5 e que equivale a (4,4%) e com maior número a apresentar neste estudo são os do 12ª, 72 que corresponde a (63,7%), os omissos, ou seja, aquele que não é mencionado é o 1 que dá a (0,9%).

Tabela 8: Caracterização da amostra que diz respeito a categoria profissional

Válido	Frequência Percentagem % Válida % Acumulada			
	Enfermeira	35	31,0	31,3
Enfe. Especialista	5	4,4	4,5	35,7
Est. 12ª	72	63,7	64,3	100,0
Tota	112	99,1	100,0	
Doutorado	1	0,9		
Total	113	100,0		

Área de Especialização:

Relativamente a caracterização da amostra e pela análise da tabela em baixo, verifica-se que no total de 113 indivíduos tem poucos números dos especialistas, ou seja, só temos 10 especialista que é 8,8% e nestes números temos 1 que é especialista em saúde mental e psiquiatria, 1 em saúde Infantil e pediatria e por último temos 5 especializado em saúde comunitária.

Tabela 9: Distribuição da amostra quanto a área de especialização

A área de especialização (título atribuído pela Ordem dos enfermeiros)	Frequência		Percentagem	
Especialista Saúde mental e Psiquiatria	1		0,9%	
Especialista em saúde Infantil e pediatria	1		0,9 %	
Especialista em saúde comunitária	5		4,4 %	
	3		2,7 %	
	10		8,8 %	
Omisso	103		91,2 %	
Total	113	113	100,0 %	

O serviço onde exerce as funções

No que diz respeito ao serviço por onde exerce as funções de acordo com a tabela em baixo, mostra que no total de 113 indivíduos, dos quais, 40 responderam sim e 73 não responderam, 36 dos quais pertence ou prestam cuidados nos Cuidados de Saúde Primários que equivale a (31,9 %), 4 pertencem a Cuidado de Saúde Diferenciado e que tem como (3,5 %).

Tabela 10: Amostra quanto ao contexto atual de prestação de serviços

Contexto atual onde exerce (n=113)	Frequência			percentagem		% Acumulada	
Cuidado de saúde primários	36		31,9 %	90,0			
Cuidado de saúde diferenciados	4		3,5 %	10,0			
Total	40		35,4 %	100,0			
Omisso	73						
Total	113						

Alguma vez frequentou formação no âmbito da enfermagem de família

No que concerne a frequência de formação no âmbito da enfermagem de família alguma vez, de acordo com a tabela 8, é de notar que 73 (64,6%) respostas são válidas onde é que 17 responderam sim que equivale a (15,0%), e 23 responderam não que tem como percentagem de (20,0 %).

Tabela 11: Caracterização da amostra de formação no âmbito de enfermagem familiar

	Frequência	Percentagem	% válida	% acumulada
<i>Válido</i>	73	64,6%	64,6%	64,6%
<i>Sim</i>	17	15,0%	15,0%	79,6%
<i>Não</i>	23	20,4%	20,4%	100,0%
<i>Total</i>	113	100,0%	100,0%	

3.1.2 Importância da Família Associada a Caracterização à Variável Dependente

Nas mais diversas áreas do conhecimento, as medidas de posição variação relativa são utilizados com frequência na análise exploratória, média, mediana, mínimo e máximo 1º, 2º e 3º quartil e estes são as medidas descritivas mais comuns e elas também podem ser apresentado em gráficos como é o caso de Boxplot.

No que concerne a importância atribuída à família associada a variável dependente e as somatórias das pontuações, demonstra um valor, ou seja, uma média de 82,2 pontos, no que diz respeito a mediana é de 83,0 pontos e para irmos mais a frente e ter uma análise mais profunda, vamos saber da pontuação do mínimo, do máximo e do desvio padrão, no que concerne ao valor mínimo 45,0 pontos e o máximo 100,0 pontos.

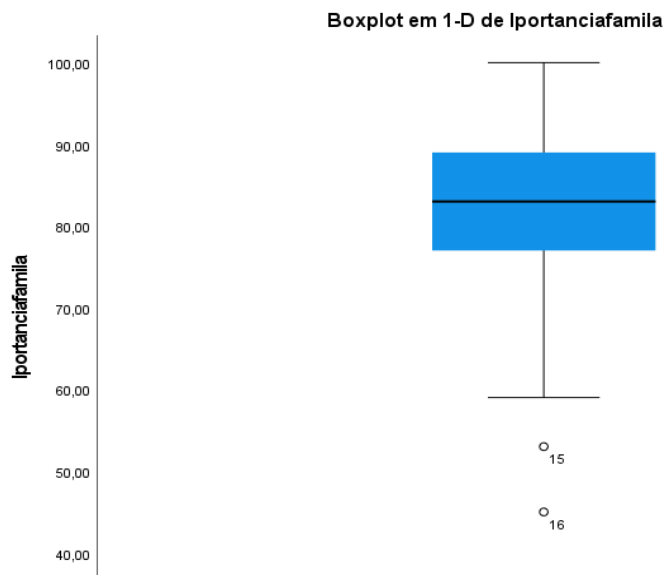
Verificamos que 95% de intervalo de confiança para a média, temos esses limites, limite inferior 80,5 e limite superior é de 83,9 e os 5% é da média aparada que corresponde a 82,6.

Para ver estas variações destes dados, fomos ao gráfico Boxplot e com o mesmo, observamos, ou seja, encontramos o valor máximo e o valor mínimo.

Também vemos a existência de um valor na observação que é atípica ou discrepante que está fora do intervalo.

De acordo com as medidas de dispersão, temos a amplitude de 55,00 e uma amplitude interquartil de 12,00. O grau de curtose é de 2,196.

Gráfico 1: Caracterização da variável dependente



3.2 ANÁLISE INFERENCIAL

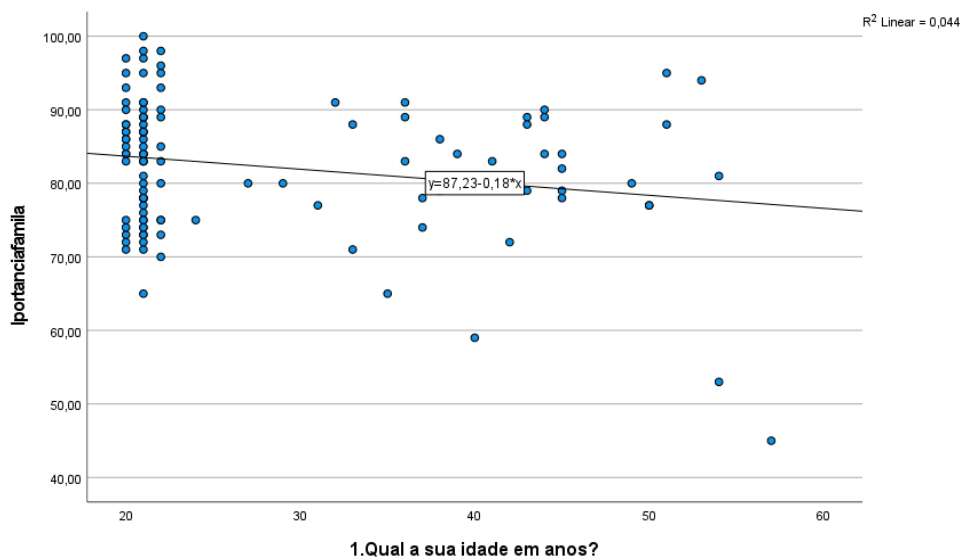
É uma dedução feita com base em informações ou um raciocínio que usa dados disponíveis para chegar a uma conclusão.

H1 - A importância atribuída à família está associada à idade.

No que concerne à idade dos inquiridos, vemos no gráfico seguinte que a importância atribuída à família varia com a idade, ou seja, por cada ano que passa a importância atribuída à família diminui 21,1% ($r=0,211$). No entanto, do ponto de vista estatística essa

associação é significativa sendo o valor de $p = 0,025$, ou seja, é inferior a 0,05. O gráfico que se segue mostra que a importância atribuída à família diminui com o número de ano que passa.

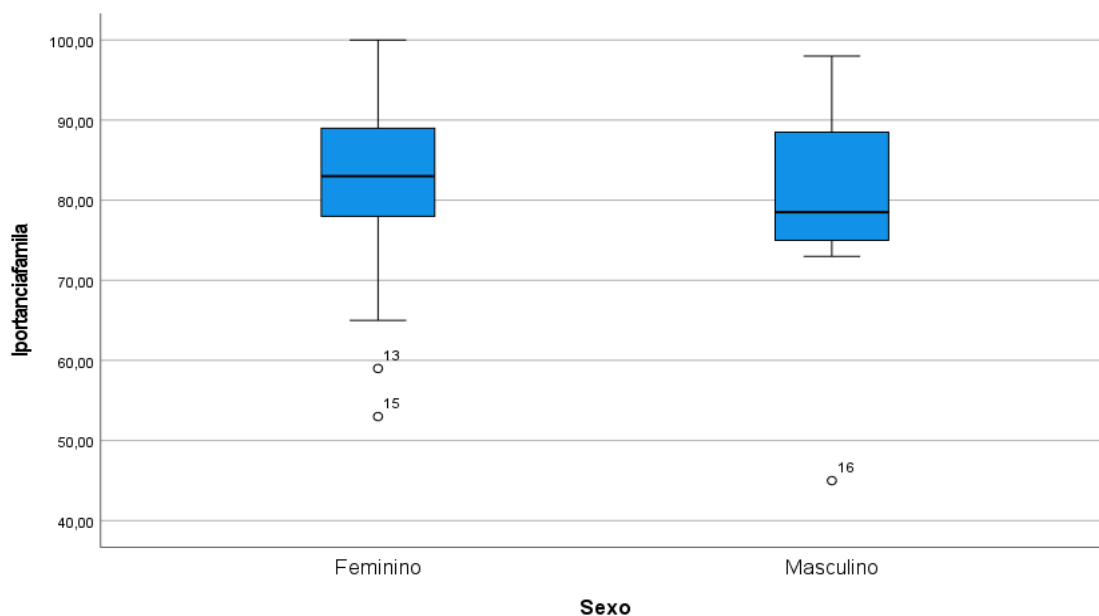
Gráfico 2: Distribuição da amostra quanto a idade



H2 - Importância atribuída à família varia com o sexo.

Para avaliar se a importância atribuída a família varia com o sexo, utilizamos o *T student*, verificamos que a média da importância atribuída à família foi maior nos estudantes do sexo feminino (média = 82,6), relativamente ao sexo masculino (80,6). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativa ($p = 0,151$), como se pode ver no gráfico que se segue.

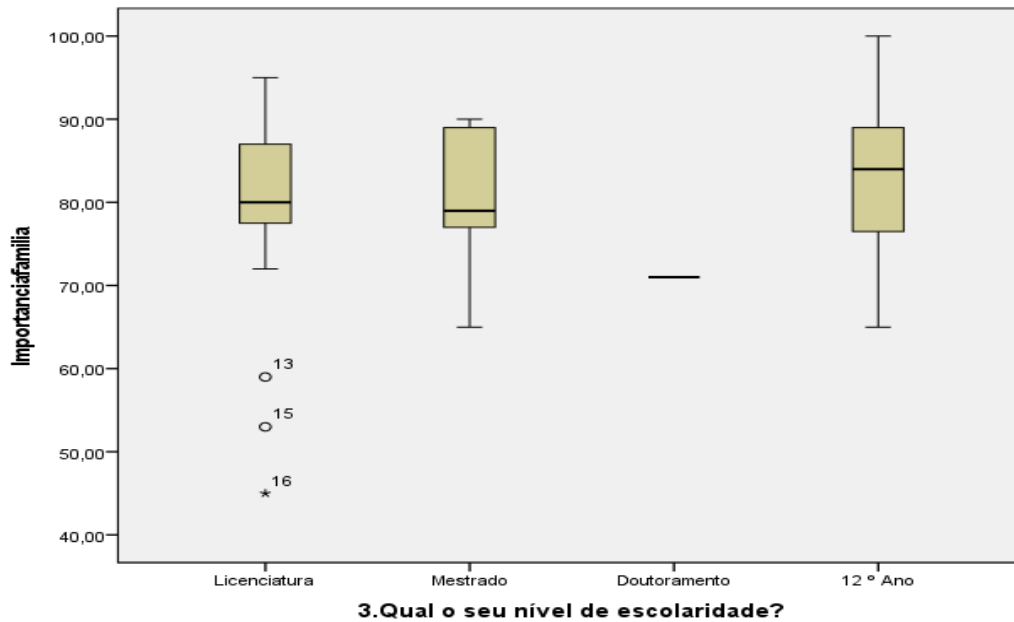
Gráfico 3: Distribuição da amostra quanto ao sexo



H3 - Importância varia com o nível da escolaridade.

Para avaliar se a importância atribuída à família varia com o nível da escolaridade, utilizamos o *Anova*, verificamos que na comparação vemos que cada um tem a sua média, Licenciatura (média = 80), Mestrado (média = 80), Doutorado (média=71) e para 12º (média =83,65) mas a diferença não é estatisticamente significativa, ($p = 0,128$), como se pode ver no gráfico que se segue.

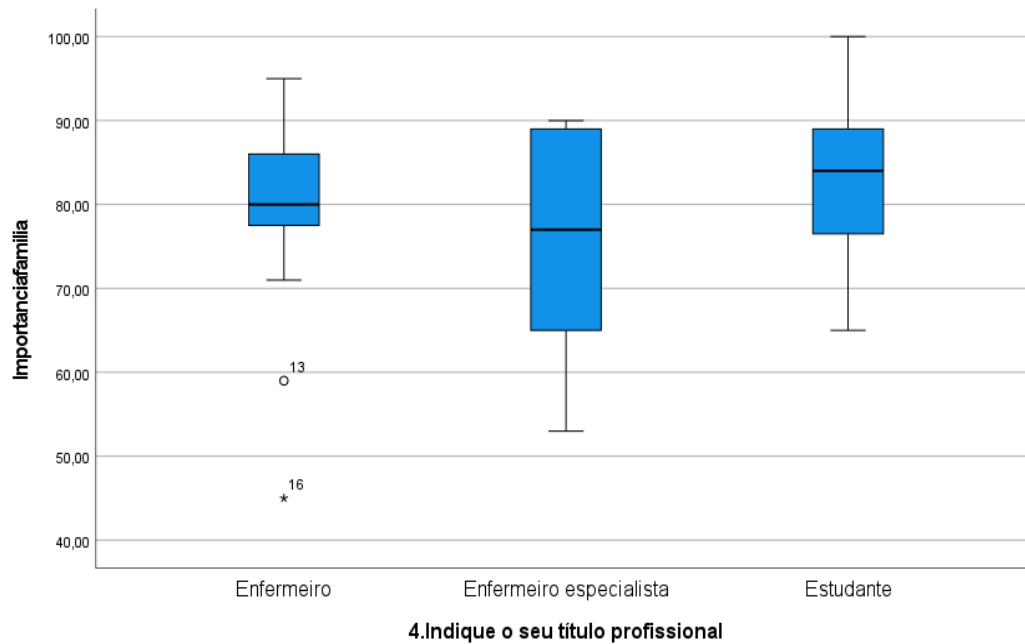
Gráfico 4: Distribuição da amostra por habilitação académica



H4 - A importância atribuída à família varia com o título profissional.

Para avaliar se a importância atribuída à família varia com o título profissional, utilizamos o *anova*, verificamos que a média da importância atribuída à família foi maior nos estudantes (média = 83,21), relativamente aos enfermeiros (média=80,31) e no que concerne ao enfermeiro especialistas (74,80). No entanto, esta diferença é estatisticamente significativa ($p = 0,036$), como se vê no gráfico que se segue.

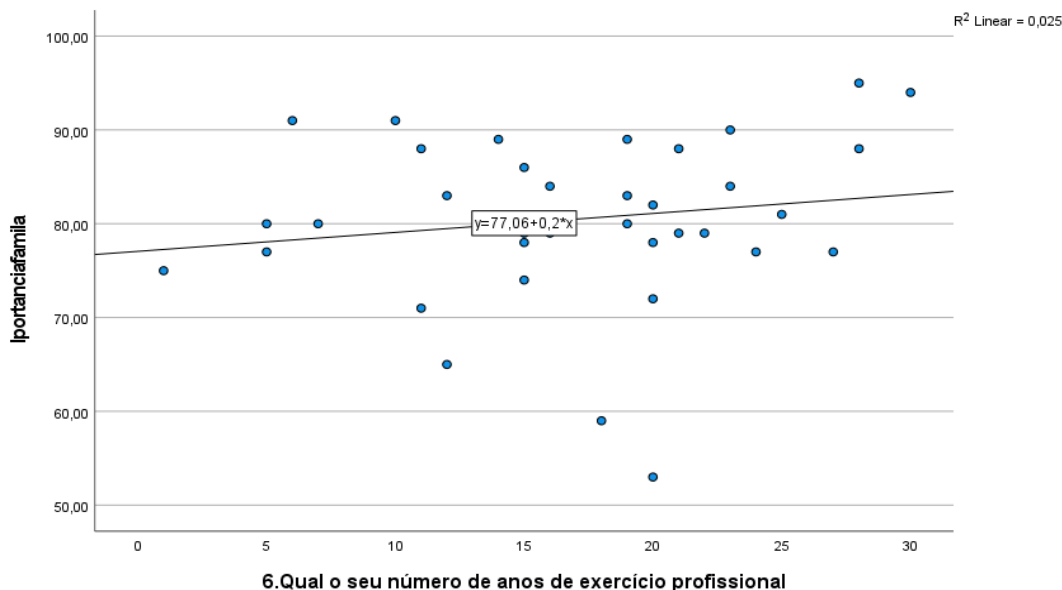
Gráfico 5: Distribuição da amostra quanto a categoria profissional



H5 - A importância atribuída à família está associada com anos de exercício profissional.

No que concerne a tempo ou os anos de exercício de serviço, vemos no gráfico seguinte que a importância atribuída à família varia com o tempo de serviço, ou seja, por cada ano que passa a importância atribuída à família aumenta 15,9% ($r=0,159$). No entanto, no ponto de vista estatística essa associação não é significativa ($p = 0,354$). O gráfico que se segue mostra a importância atribuída à família aumenta com o número de ano de exercício profissional.

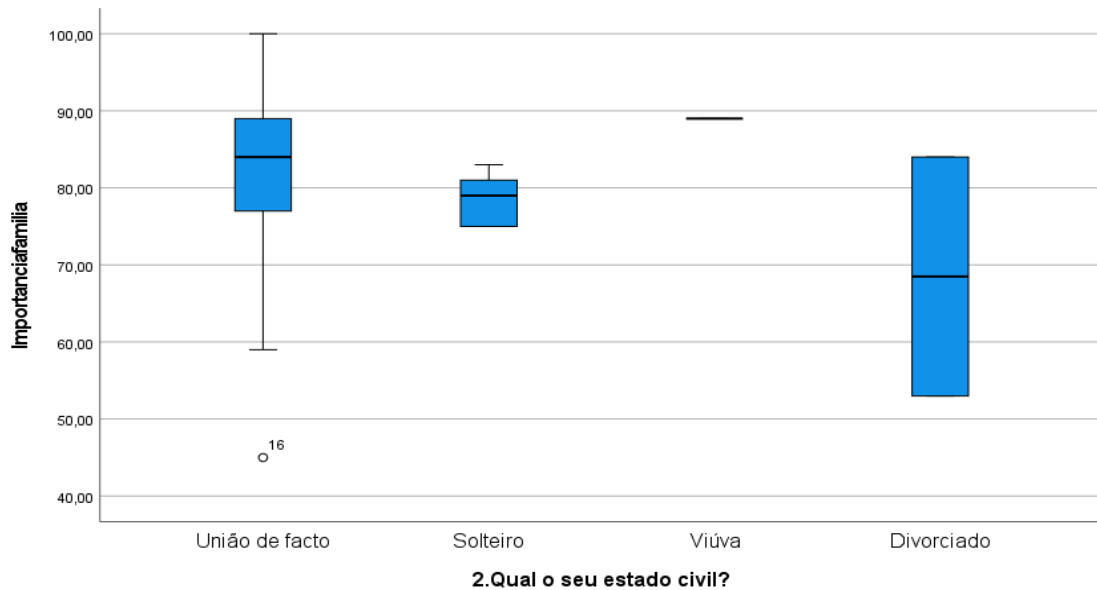
Gráfico 6: Valores das variáveis por tempo de exercício profissional



H6 - A importância atribuída à família está associada com o estado civil.

Para avaliar se a importância atribuída à família varia com o estado civil utilizamos ANOVA, verificamos que a média da importância atribuída à família nos enfermeiros que vivem em união de facto (média = 82,61), relativamente aos enfermeiros que vivem solteiros (média = 78,60), no que concerne a viúva (média = 89,00), e para divorciado (média = 68,5). No entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p = 0,107$), como se vê no gráfico que se segue.

Gráfico 7: Caracterização da amostra relativamente ao estado civil

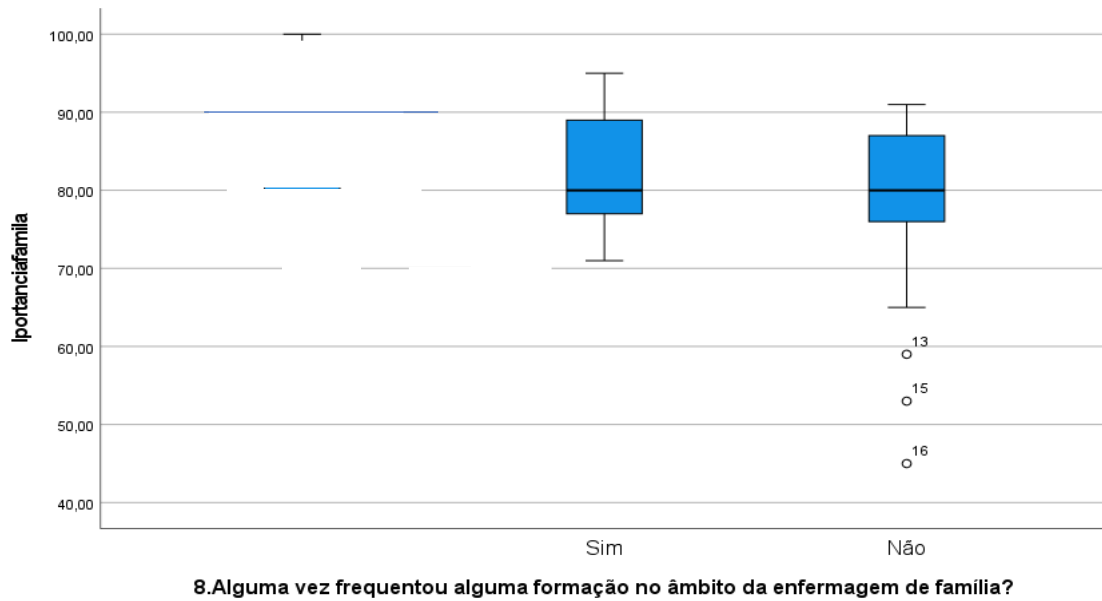


H7 - A importância atribuída à família varia com a formação em enfermagem.

Para avaliar se a importância atribuída à família varia com a formação em Enfermagem, utilizamos o *T student*, verificamos que a média da importância atribuída à família foi maior nos estudantes que responderam sim (média 82,11), relativamente aos estudantes pontos que responderam não (média =78,4). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p = 0,193$), como se vê no gráfico que se segue.

+

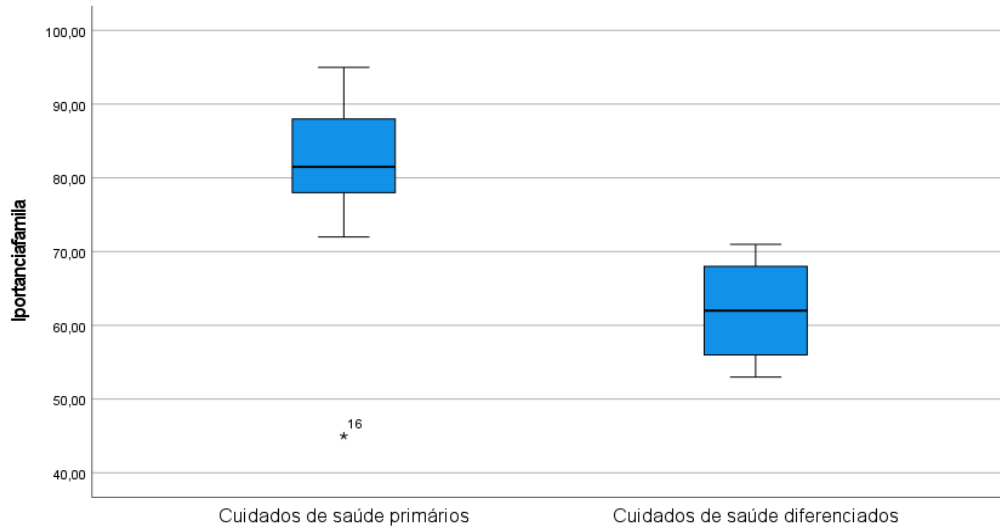
Gráfico 8: Caracterização da amostra quanto a formação em enfermagem familiar



H8 - A importância atribuída à família varia com contexto atual de prestação de serviço.

Para avaliar se a importância atribuída à família varia com o contexto atual de prestação de cuidado de enfermagem, utilizamos o *T student* verificamos que a média da importância atribuída à família foi maior nos enfermeiros que trabalham no cuidado de saúde primários, (média=81,75), relativamente aos enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde diferenciados (média= 62). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p = 0,55$), como se pode ver no gráfico que se segue.

Gráfico 9: Distribuição da amostra relativamente ao serviço onde exerce funções



7. Qual o seu contexto atual de prestação de cuidados de enfermagem?

4. DISCUSSÃO

De acordo com (Fortin et al. 2009), citado por Francisco, (2017), “diz que a discussão é caracterizada como sendo o capítulo da interpretação dos dados e resultados da investigação, também mostra que é no decorrer da discussão que o investigador compara os seus frutos, ou seja, o seu resultado do trabalho com a investigação que já foi elaborado, anteriormente elegidos e agrupados.”

Neste capítulo iremos analisar e discutir os resultados, ou seja, os dados tendo em conta os objetivos determinados e as interrogações de investigação, que estabelecem a atitude dos estudantes no que concerne a importância atribuída a família face as variáveis independente e dependente.

Nos dados alcançados, implica destacar que fizeram parte deste estudo 113 inquiridos nos quais, 5 enfermeiros especialista, 35 enfermeiros e 72 estudantes e 1 doutorado.

De acordo com o contexto do enquadramento teórico e os métodos efetuados, temos a pretensão de interpretar os resultados por isso vemos que é necessária uma discussão e para ter esta é preciso uma crítica de reflexão para poder estabelecer, ou seja, procurar estabelecer a relação entre os resultados obtidos (Fortin, 2009), citado por Sampaio, (2020).

Conselho internacional de Enfermagem (2006), citado por (Frade et al. 2021), “compreende que à família é um conjunto de pessoas visto como uma unidade social ou um todo coletivo, formado por elemento conectado por consanguinidade, identidade emocional ou parentes legais, que inclui pessoas importantes para o doente.”

Com a intenção de explanação e de análise, ou seja, de esclarecer os resultados através averiguação do cumprimento dos objetivos anteriormente estabelecido e um desses é caracterização do perfil da amostra quanto às variáveis contextuais em estudo, sociodemográfica e profissionais.

No que concerne às características sociodemográficas e profissionais vemos que a idade dos estudantes que foram entrevistados ou que participaram na investigação, vemos que a idade compreendida está entre os 20 a 57 anos de idade, em que o mínimo é de 20 anos e o máximo é de 57 anos.

76 inquiridos têm idade compreendida entre os 20 e 30 anos (67,3%), 15 participantes da investigação têm a idade compreendida entre 31 e 40 anos de idade (13,5%), 16 indivíduos com idade compreendida entre 41 e 50 anos (14,3%) e 6 profissionais com a idade compreendida entre 51 e 57 anos (5,4%). Com todas essas informações vemos que a média é de 28,13 e a moda situa-se nos 21 anos, desvio padrão é de 10,85.

Foi os dados que obtive e que nos outros estudos também obtiveram uns resultados pouco diferentes, de acordo com Ferreira, (2022), obteve uma média de idade 45,19 anos. E no outro estudo realizado por Oliveira (2011), obteve uma média de 35,68 anos, também em comparação com estudo realizado por Sousa (2011); (Chaves et al 2017) e Benzei et al (2008), todos estes estudos mostram que a variável idade tem uma diferença significativas na atitude dos enfermeiros face à família.

No estudo realizado por (Frade et al, 2021), no que concerne a idades, os dados de amostra estão em conformidade com estudo de Santos, (2012), em que as idades oscilam entre os 24 e os 43 anos com uma média de 33,8 anos.

O estudo de Pires, (2016) não está em conformidade como estudo realizado por Frade et al (2021), onde que observou que não existe uma relação estatisticamente significativas com as variáveis experiências profissional formação e formação em enfermagem familiar. Ao contrário do estudo de Silva et al., (2013) e Ângelo (2014), aqui verifica-se que a variável idade deve ser um factor determinante na atitude positiva correlação a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, quando maior for a idade maior será o suporte para à família. No estudo realizado por (Ferreira et al. 2023), no que refere a idade foi identificado como factor associado a atribuição à família, por mais velho que for o enfermeiro maior é atribuição da importância a integração da família no cuidado de enfermagem, estes resultados corroboram com os estudos de (Frade et al. 2021). **No que diz respeito ao género** verifica-se que o maior número dos inquiridos se encontra no sexo feminino, ou seja, 97 participantes (85,8%) são do género feminino e os (14,2%) são do sexo masculino, ou seja, 16 indivíduos e de acordo com *T studets* utilizado para avaliar a importância atribuída à família em comparação como género para achar a média, verificamos que a maioria se encontra no sexo feminino (média = 82,6) e no sexo masculino (média = 80,6) e com estes valores vemos que

estatisticamente existe as diferenças mais que que não são significativas porque ($p = 0,151$).

Em comparação com o estudo realizado por Sampaio, (2020), que tem um resultado parecido pelo análise da escala global à variável sexo não revela diferença estatisticamente significativas porque esta variável apresenta um ($p = 0,051$), e também no estudo de Benzein et al., (2008), na sua investigação chegou a conclusão que os enfermeiros do sexo feminino apresenta apresentam atitudes mais favoráveis.

No que diz respeito a habilitação académica, 35 indivíduos (31%) são da licenciatura, 5 são do mestrado (4,4%), os de doutorado 1 (0,9%) e a maior percentagem se encontra nos inquiridos do 12^a ano, 72 (63,7%). Para saber as variações na habilitação académica e importância atribuída à família, usamos o *anova* onde é que vemos que cada um tem a sua média mais as diferenças não é estatisticamente significativas ($p = 0,128$).

No que concerne a categoria profissional, os resultados que obtemos mostra que a diferença com a importância atribuída à família é estatisticamente significativa. No total de 113 indivíduos, 35 são os enfermeiros (31,1%), 5 enfermeiros especialistas (4,4%), o maior número que verificamos nesta amostra é formada por 72 (63,7%) abordados se localiza na categoria dos estudantes do 12^a ano e 1 omissos (0,9%), e para avaliar ou achar a média e valor do p , utilizamos *Anova* e verificamos que a maior média se encontram nos estudantes (média = 80,21), a segunda maior média se encontra nos enfermeiros (média = 80,31) e com a (média = 74,80) são dos enfermeiros especialistas. Com estes dados chegamos a conclusão de que estatisticamente esta diferença de importância atribuída à família no cuidado da enfermagem é estatisticamente significativas ($p=0,36$).

Tavares (2017), sustenta que 46,5% dos enfermeiros têm especialidade e 12,7% têm mestrado ou doutoramento. Relativamente a média nacional, OE (2021), ressalva que o enfermeiro tem uma elevada formação académica e mais formação especializada, onde é que 77,3% são licenciados, 9,7% tem bacharelato, 5,7% tem mestrado e 0,1 dos enfermeiros tem doutoramento. No estudo realizado por Oliveira et al., (2011), mostraram que o 83,8% são licenciatura, 8,2% têm o bacharelato e 2,2% são do mestrado.

No que concerne ao estado civil, de acordo com o que vemos nesta amostra, a maioria dos inquiridos são, ou seja, vivem em união de facto 105 (92,9%), os que vivem na

condição de salteiros 5 que equivale a (4,4%), relativamente aos divorciados 2 (1,8%) e viúvas representa o menor número nesta amostra 1 (0,9%). Fomos avaliar a importância atribuída à família em comparação ao estado civil com a finalidade de achar as médias, união de facto (média = 82,61), soteiros (média = 78,60), divorciados têm uma (média = 68,5) e no que diz respeito a média da viúva (89%), com estes resultados verificamos que há diferenças nesta avaliação mais que estatisticamente não são significativas, ($p=0,107$).

Para ver outros estudos que falam sobre a mesma variável, o estudo de Ferreira (2022) e Tavares, (2017), são quase semelhante, ou seja, são corroborativa 66,7% dos inquiridos são casados, 4,8% vivem em união de facto, 14,3% são divorciados 14,3% são solteiros e quanto ao segundo autor que também chegou a conclusão que 78,9% são casados e todos os outros estão representam 21,8%..

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, este também é considerado uma das variáveis na importância atribuída à família e verificamos que existe um aumento de 15,9% ($r=0,159$) por cada ano que passa e vemos que estatisticamente esta associação não é significativas ($p=0,354$).

Depois de obtermos estes dados sobre o tempo de exercício profissional vemos também outros autores a tratar da mesma variável, como Ângelo et al., (2014), nos mostra que quanto maior for experiência profissional menor é o suporte à família. Enquanto no estudo de Siva et al (2013), quanto maior for o número de anos de exercício profissional menor será a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem. Em comparação com o estudo de Ferreira, (2022), no que concerne ao tempo de exercício profissional é causa fundamental que de uma forma positiva influenciam na importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem, são os enfermeiros com mais anos de ano de experiência profissional são os que apresentam atitudes mais completos.

Relativamente a formação em enfermagem, (Frade et al.2021), eles consideram de que de acordo com os resultados obtidos, ou seja, a conclusão que chegaram é que quanto maior for a formação na área da enfermagem de saúde familiar maior será a importância atribuída à família. A respeito disto Freitas, (2009) também se enquadra no mesmo resultado que quando maior for a formação profissional maior a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem.

No que concerne ao serviço onde exerce funções, 36 inquiridos exercem, ou seja, prestam serviços nos Cuidados de Saúde Primários que totaliza uma percentagem de (31,9%), relativamente os que prestam serviços nos Cuidados de Saúde Referenciados são 4 (3,5%). Na avaliação da importância atribuída à família com esta variável, ou seja, com a comparação com o contexto atual, foi utilizado o *T students* e foi verificado a maior média nos inquiridos que trabalham nos Cuidados de Saúde Primários, (média = 81,75) e os que trabalham nos Cuidados de Saúde Referenciados têm uma (média = 62) e vemos que com estes valores chegamos a uma conclusão de que estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,01$).

No presente estudo à semelhança de outros estudos ou investigações, foram utilizados testes paramétricos, a saber, *T Student* e *Anova* foi também utilizado análise de comparação múltipla de *Tukey*.

Em comparação com o estudo realizado por (Frade et al 2021), mostra que a importância atribuída à família a média foi maior nos estudantes de enfermagem (média = 83,776) em relação aos enfermeiros (média = 80,605), e com estes valores, verifica-se que a diferença existente entre os dois grupos é estatisticamente significativa onde é que ($p= 0,023$).

Para terminar esta discussão iremos falar um pouco das validades:

Validade Interna

Quanto à validade interna, é importante destacar que este trabalho de investigação seguiu rigorosamente os métodos científicos. Foram percorridas todas as fases do método científico, incluindo a recolha de dados e a utilização de metodologias e métodos estatísticos válidos e significativamente comprovados. Além disso, foram empregados instrumentos criteriosos de validação, tais como a verificação da consistência interna dos dados e a aplicação de técnicas de análise estatística apropriadas. A utilização destes métodos científicos confere validade interna ao estudo, garantindo que os dados obtidos são fiáveis e foram analisados com ferramentas e testes adequados, minimizando assim possíveis vieses e garantindo a robustez dos resultados obtidos.

Validade externa

No que diz respeito à validade externa, esta refere-se à capacidade do estudo de generalizar os seus resultados para uma população mais ampla, ou seja, de extrapolar as

conclusões obtidas para contextos além da amostra estudada. É fundamental que os resultados sejam aplicáveis não apenas ao grupo específico de participantes envolvidos no estudo, mas também a uma população mais representativa e diversificada. No entanto, é importante salientar que a generalização dos resultados para a população em geral deve ser realizada com cautela, especialmente quando a amostra do estudo é pequena. Embora os resultados possam ser robustos e respaldados por métodos científicos válidos, a representatividade da amostra pode ser limitada, o que pode afetar a aplicabilidade dos resultados a outras populações. Portanto, ao interpretar os achados deste estudo, é essencial considerar as possíveis limitações da generalização e a necessidade de replicação em amostras mais abrangentes para garantir a validade externa dos resultados.

Limitações no estudo

A principal limitação deste estudo, como mencionado anteriormente, reside no tamanho reduzido da amostra. Esta limitação restringe a capacidade de generalização dos resultados para além da amostra estudada.

Além da questão do tamanho da amostra, é importante reconhecer outras possíveis limitações deste estudo. Uma delas é a possibilidade de viés de seleção, visto que os participantes foram recrutados de uma única instituição ou região, o que pode limitar a representatividade dos resultados para outras populações. Além disso, o estudo pode ter sido afetado por viés de resposta, onde os participantes podem ter respondido de maneira tendenciosa ou influenciada por diversos fatores. Outra limitação pode ser a falta de controle de variáveis externas que poderiam influenciar os resultados, como diferenças individuais dos participantes ou mudanças no ambiente durante o período do estudo. Essas limitações devem ser consideradas ao interpretar e generalizar os resultados deste trabalho de investigação.

CONCLUSÃO

Esta dissertação de mestrado tem como objetivos, compreender as atitudes dos estudantes/enfermeiros face a importância atribuída à família no cuidado de enfermagem. E definimos como objetivos específicos, a caracterizar o perfil de amostra quanto às variáveis contextuais: Sociodemográfico e profissionais; avaliar a atitudes dos estudantes/enfermeiros em contexto académico face a inclusão das famílias no cuidado de enfermagem e identificar a relação existente entre as variáveis contextuais em estudo e as atitudes dos estudantes/enfermeiros no contexto académico face a inclusão das famílias, também à família, para o suporte dos utentes ela é muito fundamental e ela serve como um elo de ligação com o mundo exterior e concluímos também que têm as suas funções como uma unidade sistémica.

Para tal, esta análise se apoia num conjunto de variáveis sociodemográfico e profissionais. Para a realização deste estudo foi em primeiro lugar uma revisão da literatura, ou seja, uma revisão bibliográfica sobre a família, enfermagem de saúde familiar, modelos de avaliação familiar. A família é vista para muitas ciências como conjunto das pessoas que vivem juntos e concluímos que a maior definição da família é vê-la como um todo.

Conclui-se ainda que a idade interfere na importância atribuída à família no cuidado de enfermagem, e por outro lado vemos que o método de estudo se baseia num estudo quantitativo, descritivo e correlacionais e para este estudo também e para avaliar a importância atribuída à família recorreu-se a um instrumento de colheita de dados que é composto por duas partes, a primeira foi constituída por questões sociodemográficos e profissionais e a segunda, foi utilizada a escala Importâncias das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros. É de lembrar que a amostra para este estudo é constituída por 113 indivíduos onde é que a maioria são do sexo feminino 97 (85,8%), os que prestam serviços no cuidado de saúde primário (média= 81,75) e os que prestam serviços no cuidado de saúde diferenciado (média= 62).

Para responder as perguntas do estudo foi criado um conjunto das hipóteses com a finalidade de conhecer as relações existente as variáveis contextuais em estudo e as atitudes dos estudantes/enfermeiros da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei).

Durante este percurso houve muitas dificuldades e limitações, nomeadamente ao da amostra que foi pequena que limita a possibilidade de trabalhar com toda facilidade. O tempo para escrever este trabalho, situações financeiras contribuiu muito de uma forma negativa neste processo, dificuldades enormes na informática e uma outra limitação é de poder encontrar os inquiridos e foi por este motivo que nos levaram a utilizar as redes sociais e e-mail.

Apesar das limitações e dificuldade identificados, e outras que ainda pode ser apontado, considera-se que o estudo realizado permitiu conhecer melhor as atitudes dos estudantes/enfermeiros na importância atribuída à família no cuidado de enfermagem.

Na implicação na prática da enfermagem e para a melhoria dos cuidados e inclusão das famílias no cuidado de enfermagem, sugere-se que haja mais estudos e investigações nesta área que vão poder identificar, avaliar as variáveis que influenciam de uma forma negativa a atitude dos enfermeiros.

Por fim, este estudo constitui apenas um contributo para o conhecimento da atitude dos estudantes/enfermeiros. Dada a importância do tema considera-se que há muito que percorrer ainda no campo da investigação nesta área por ser, portanto um fértil de trabalho para outros investigadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(Des) equilíbrios familiares: Uma visão sistemática*. <http://baes.ua.pt/handle/10849/34>
- Ângelo, M., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F. P., Santos, C. C. da S. dos, Martinho, M. J. C. M., & Amaro, F. (2006b). *Introdução à sociologia da família*. Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e
- ALARCÃO M. & RELVAS, A. P. (2002). *Novas formas de família*, Coimbra: Quarteto.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) equilíbrios familiares: Uma visão sistemática*. <http://baes.ua.pt/handle/10849/34>
- Amaro, F. (2006). *Introdução à sociologia da família*. Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e
- Baia, R. de S. M., Gonçalves, L. H. T., & Oliveira, M. de F. V. de. (2014).
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., Berg, A., & Saveman, B.-I. (2008). Families' Importance in Nursing Care: Nurses' Attitudes—An Instrument Development. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 97–117. <https://doi.org/10.1177/1074840707312716>
- Cossette, S., Belaid, H., Heppell, S., Mailhot, T., & Guertin, M.-C. (2016). Feasibility and acceptability of a nursing intervention with family caregiver on self-care among heart failure patients: A randomized pilot trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 2(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0077-8>
- <https://www.redalyc.org/journal/3882/388269408003/388269408003.pdf>
- Dias, M. O. (2000). A família numa sociedade em mudança. Problemas e influências recíprocas. *Gestão e desenvolvimento*, 9, 81–102. <https://journals.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/8>
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica—o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e desenvolvimento*, 19, 139–156. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9176>
- Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018.
- Fernandes, C. S., Gomes, J. A. P., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. T. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 21–30. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388243209002.pdf>
- Ferreira, S. M. G. (2022). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em saúde familiar* [PhD Thesis]. <https://iconline.ipliria.pt/handle/10400.8/7990>

- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. *Loures: Lusociência*, 183. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Programa_s_ite.pdf
- Friedman, M. (1998). *Family Nursing: Research, theory, and practice*. Stamford: Apleton e Lange.
- Figueiredo, M. H. de J. S. (2010). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/85134/2/139323.pdf>
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: lusodidacta.
- Frade, J. M., Henriques, C. M. G., & Frade, M. de F. G. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: Perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, e20158.
- Francisco, E. F. S. S. (2017). *Atitude dos enfermeiros e a família na área hospitalar* [Master's Thesis, Instituto Politecnico de Viseu (Portugal)]. <https://search.proquest.com/openview/ef8e20e02e21ed06e67d07d89cc83985/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Freitas, A. P. C. (2009). *Enfermagem com famílias: Perspectiva dos enfermeiros de cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira* [PhD Thesis, Universidade da Madeira (Portugal)]. <https://search.proquest.com/openview/10e0e95edf055ddb8f39793ce3e31707/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Frade, J.M.; Henriques, C.M.; & Frade, M.F. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspectiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV2015>
- Grzybowski, L. S., & Wagner, A. (2011). *Desafios psicossociais da família contemporânea: Pesquisas e reflexões*.
- . Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., van der Schans, C., & Luttik, M. L. (2017). Aspects of family caregiving as addressed in planned discussions between
- Hanson, S. M. (2005). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. (No Title). <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130282273241231360>
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: Programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- INE. (2018). Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição. Obtido 5 de Setembro de 2019, de <https://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+domésticos+privados+total+e+por+tipo+de+composição+-19>

- Kholiaf, SN, Nursalam, MN, Merruana, A., Ahsan, BN e Tantut, S. (2018). Modelo estrutural de atuação do enfermeiro de saúde pública na implementação da enfermagem de família baseada no capital relacional de enfermagem. *Jornal Internacional de Ciências do Cuidado*, 11(2), 914-926. <http://www.internationaljournalofcaringsciences>
- Leandro, M. E. (2001). *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*. Universidade Aberta. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/10847>
- Martins, M. M. F. P. da S. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 74–79. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600011>
- Martins, M. M. F. P. da S. (2004). *O adulto doente e a família uma parceria de cuidados*. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64647/2/92603_W_4_MAR_001_01_P.pdf
- Martins, M. M., Martinho, J., Carvalho, J. C., Fernandes, I., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2012). Enfermagem e Famílias: Conceções e práticas dos enfermeiros em unidades de internamento. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*, 44–54. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31851>
- Oliveira, P. da C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S. P., Figueiredo, M. H. de J. S., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. J. C. M., Figueiredo, M. do C. A. B., Andrade, L. M. da C., Carvalho, J. C. M. de, & Martins, M. M. F. P. da S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), Artigo 6. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária – Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e Na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Leiria. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Pires, E. da I. F. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: A visão do enfermeiro de família* [Master's Thesis, Instituto Politecnico de Braganca (Portugal)]. <https://search.proquest.com/openview/80c677c75d4d531ca575f43778f16ce6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Relvas, A. P. (1997). *O ciclo vital da família*. <https://philpapers.org/rec/RELOCV>
- Ver Bras Enferm, Brasília 2012 jul-ago; 65 (4): 685-90
- Rev Esc Enferm USP 2011; 45(6):1331-7 www.ee.usp.br/reeusp
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família* (2a edição). Porto: Afrontamento.
- INE. (2018). Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição. Obtido 5 de Setembro de 2019, de <https://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+domésticos+privados+total+e+por+tipo+de+composição+-19>

Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, em Diário da República, 2ª série, n.º 35.

Sousa, E. S. (2011). *A família: atitudes do enfermeiro de reabilitação* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Universidade de Porto). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9365>

Santos, M. L. V. A. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho profissional do enfermeiro* [PhD Thesis, Universidade de Lisboa (Portugal)].

<https://search.proquest.com/openview/7c225e2c38a5e6ed907dabc333b2d672/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

nurses, patients with chronic diseases and family caregivers: A qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 16(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0231-5>

Sampaio, A. M. M. (2020). *CUIDAR COM A FAMÍLIA: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO HOSPITALAR* [PhD Thesis]. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/5180>.

Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar*. (Afrontamento, Ed.). Porto.

Saveman, B.-I., Benzein, E. G., Engström, Å. H., & Årestedt, K. (2011). Refinement and Psychometric Reevaluation of the Instrument: Families' Importance in Nursing Care—Nurses' Attitudes. *Journal of Family Nursing*, 17(3), 312–329. <https://doi.org/10.1177/1074840711415074>

Silva, M., Costa, M., & Silva, M. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(11), 19–28. <https://doi.org/10.12707/RIII13105>

Tavares, M. C. M. (2017). *Atitude dos enfermeiros: A importância da família no cuidar* [Master's Thesis, Instituto Politecnico de Viseu (Portugal)]. <https://search.proquest.com/openview/2037a690180aa15ea2f629aeea0c99e5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

Wright, LM; Leahey M. Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo (SP): Roca, 2012. *Rev. Rene*, 15(5), 904–905. <https://biblat.unam.mx/es/revista/rev-rene/articulo/wright-l-m-leahey-m-enfermeiras-e-familias-guia-para-avaliacao-e-intervencao-na-familia-5-ed-sao-paulo-sp-roca-2012>

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DA ÉTICA

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnC)

Parecer Nº P808-10-2021

Título do Projeto: "CUIDARFAM"

Identificação das Proponentes

Nome(s): João Frade¹, Carolina Miguel Henriques² outros investigadores que venham a trabalhar no projeto

Filiação Institucional: ¹ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; ² Unidade Investigação em Ciências da Saúde: UICISA: E – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: João Frade

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

O presente pedido parte do Parecer 561/02-2019 cujo conteúdo se descreve:

"Partindo da temática das transições e do impacto na pessoa e na família, o objetivo deste estudo é avaliar a importância atribuída à família, pelos estudantes de enfermagem e pelos enfermeiros em diferentes contextos na prestação de cuidados de enfermagem e, identificar fatores associados à importância atribuída à família pelos estudantes de enfermagem e enfermeiros.

Será um estudo transversal, descritivo-correlacional, de cariz quantitativo, com início de colheita de dados agendado para março de 2019 e término para março de 2021.

Estudantes de enfermagem e enfermeiros portugueses constituem a amostra do estudo, onde se impõem critérios de inclusão como alunos a estudar em instituições de ensino superior portuguesas e enfermeiros a trabalhar em instituições portuguesas.

Estão descritos os locais onde irão decorrer os trabalhos nomeadamente, nas escolas superiores de enfermagem e saúde portuguesas, bem como instituições prestadoras de cuidados de saúde portuguesas. É referido pelos investigadores que essas instituições serão previamente contactadas no sentido de formalizar o pedido de autorização, pois será a partir daí que será solicitada a colaboração das mesmas para divulgação na instituição de "um link para os participantes acederem ao estudo".

Foram anexados os instrumentos de colheita de dados, referindo os investigadores que o preenchimento será on line. Foi referido que a investigação garantirá a confidencialidade e anonimato assim como será garantida a voluntariedade e a autonomia dos participantes, através do referido preenchimento.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética. Contudo, o presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde o estudo será desenvolvido."

Solicitam agora os investigadores que o prazo de colheita de dados e data prevista de fim dos trabalhos seja prorrogada até março de 2026.

Face ao exposto, e dado que não existem alterações ao projeto, somos do parecer que a data poderá ser estendida conforme pedido dos investigadores.

O relator:



Data: 09/11/2021 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Flomena Bokello

ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO

aceita participar voluntariamente no estudo.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Como a obtenção dos dados é feita através de um link que dá acesso ao autopreenchimento do instrumento de colheita de dados, será colocado um pequeno texto preliminar ao preenchimento do questionário, onde consta a seguinte informação:

A equipa de investigação composta por João Frade e Carolina Henriques e outros docentes da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e estudantes de licenciatura e mestrado da área de enfermagem da mesma escola, está a desenvolver um estudo no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

O enfermeiro de saúde familiar nos diversos contextos do sistema de saúde, apresenta-se como um profissional com competências específicas inserido numa equipa multidisciplinar desenvolvendo um trabalho de parceria que capacita as famílias para a resolução de crises acidentais que ocorrem durante o ciclo vital, no próprio contexto vivencial em que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos também às necessidades da família.

A sua participação nesta investigação é deveras importante e consta no preenchimento de um questionário estruturado em duas partes, sendo que na primeira parte constam os dados sociodemográficos, na segunda parte a Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (Barbiéri, MC et al., 2009). A sua participação é voluntária, podendo desistir em qualquer momento. São garantidas as regras do anonimato e a confidencialidade, sendo os dados usados apenas para o desenvolvimento do presente estudo. Se necessitar de esclarecimentos adicionais, poderá contactar os investigadores do projeto através de: joao.frade@ipleiria.pt; carolina.henriques@ipleiria.pt

Ao aceder ao este link e com o preenchimento do questionário e respetiva submissão on-line está a autorizar a utilização dos dados que forneceu no preenchimento do questionário para efeitos de investigação científica, muito obrigado pela colaboração.

A equipa de Investigação.

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados

4 – Projeto de Investigação (máximo 20 páginas)

5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s) (máximo 1 página por cada)