

A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM:
ATITUDES DOS ENFERMEIROS, EM CONTEXTO PEDIÁTRICO.

Sara Raquel Machado Lemos

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM: ATITUDES DOS ENFERMEIROS, EM
CONTEXTO PEDIÁTRICO.**

**THE IMPORTANCE OF FAMILIES IN NURSING CARE:
NURSES' ATTITUDES IN THE PEDIATRIC CONTEXT**

Dissertação orientada pela Professora Doutora
Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo e
coorientada pela Professora Doutora Luísa Maria
da Costa Andrade

Sara Raquel Machado Lemos

Porto, 2019

*"As conquistas dependem de 50% de inspiração, criatividade e sonhos,
e 50% de disciplina, trabalho árduo e determinação."*

Augusto Cury

DEDICATÓRIA

A vida tem destas coincidências... na fase em que a saudade aumenta, pela ausência de uma das pessoas mais importantes da minha vida, surge o tema que mais me toca, a “Família”. A ti, avó Alda, que durante estes meses de ausência, estiveste tão presente neste meu caminho. Quantas vezes as lágrimas caíram enquanto o meu pensamento saía dos livros e voava até ti.

Dedico também ao meu filho e ao meu marido, que nem por um segundo deixaram de me dar força para a realização deste sonho, o vosso amor incondicional e compreensão, em todos os momentos, foi o alicerce indispensável para ter força, mesmo nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Quero também agradecer a todos os que colaboraram comigo nesta caminhada e que me deram a força e o estímulo para nunca desanimar.

Em especial, à Professora Doutora Maria do Céu Barbieri e à Professora Doutora Luísa Andrade, pela orientação científica, partilha de saberes, pela confiança que sempre depositaram em mim e pela paciência, dando-me o privilégio de aceitarem embarcar comigo neste projeto.

Aos meus pais, irmã e sogros que foram sem dúvida um grande apoio, principalmente pelos momentos que estiveram a cuidar do meu filho, para poder estar a trabalhar. E, aos meus cunhados pela o incentivo na concretização desta etapa.

À professora Teresa Martins pela sua ajuda preciosa e, também, pela calma quem me transmitiu num dos momentos mais críticos.

Às Instituições Hospitalares do Norte que me facilitaram a concretização do estudo e a todos os colegas enfermeiros dos serviços de Pediatria, porque sem eles esta tese não teria o mesmo valor.

Aos meus amigos mais chegados e às minhas colegas de trabalho, pelo incentivo, apoio e preocupação incondicional.

A todos aqueles que contribuíram para que este trabalho fosse possível, o meu muito sincero... OBRIGADA!

RESUMO

A família é um suporte no processo saúde/doença dos seus membros, nomeadamente em situações complexas como o caso da hospitalização. O envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem tem demonstrado ganhos em saúde. Esta relação colaborativa entre a tríade enfermeiro, cliente e família é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros. Devido à sua importância, as atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem têm sido amplamente estudadas através da escala *Families Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes* (FINC-NA).

De forma a perceber quais são as atitudes dos enfermeiros portugueses quanto ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, foram elaborados dois estudos. No primeiro estudo, pretende-se a partir de uma *scoping review*, com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*, mapear e compilar a investigação científica produzida em Portugal, referente as atitudes dos enfermeiros sobre a importância de envolver as famílias nos cuidados com a aplicação da escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE).

Já, no segundo estudo, realizou-se um estudo quantitativo, de natureza descritiva, transversal, com os objetivos de: caracterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em contexto pediátrico sobre a importância de envolver as famílias nos cuidados de enfermagem com recurso à mesma escala, na versão atualizada e identificar as relações entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a sua atitude face à família, em contexto pediátrico. A amostra foi constituída por 226 enfermeiros que exercem a sua prática profissional em serviços de pediatria, em três Instituições Hospitalares do Norte do País.

No primeiro estudo foram incluídos na revisão 13 estudos. Os enfermeiros portugueses apresentaram atitudes favoráveis face à família nos cuidados de enfermagem com *scores* médios totais da escala superiores a 73 pontos. A dimensão com maior expressividade foi a dimensão família como recurso nos cuidados de enfermagem. No segundo estudo, os enfermeiros de pediatria possuem, na sua maioria, atitudes favoráveis perante a importância de incluir as famílias nos cuidados. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao grau académico, ao título profissional, ao serviço onde trabalham, à experiência com familiares gravemente doentes e à orientação para o cuidado das famílias no local de trabalho ($p < 0,05$).

Concluiu-se que os enfermeiros portugueses evidenciam atitudes favoráveis face à família, envolvendo-as nos cuidados prestados, o que constitui um critério importante na humanização dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Atitude do Pessoal de Saúde; Enfermagem Familiar; Família; Pediatria.

ABSTRACT

Family is a support in the health / illness process of its members, particularly in complex situations, such as hospitalization. Family involvement in nursing care has shown health gains. This collaborative relationship between the nurse, cliente and family is influenced by the nurses' attitudes. Due to this, nurses' attitudes towards families and their involvement in health services have been studied through the Families Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes (FINC-NA) Scale. Two studies were carried on in order to understand what attitudes of Portuguese nurses regarding family involvement in nursing care are. The first study, a scoping review according Joanna Briggs Institute guidelines, intended to map and compile the scientific research produced in Portugal, referring to nurses' attitudes about the importance of involving families in the health care with the application of the Portuguese version of FINC-NA entitled "The Importance of Families in Nursing Care - Attitudes of Nurses" (IFCE-AE).

In the second study, a quantitative, descriptive and cross-sectional study, was conducted with the goals of: i) characterizing the attitudes of nurses working in a paediatric context about the importance of involving families in nursing care, and ii) identifying the relationships between the sociodemographic and professional characteristics of nurses with their attitude towards the family in a paediatric context. The sample was made by 226 nurses who practice in paediatric services, in three hospitals in the North of Portugal.

In the scoping review, 13 studies were included. Portuguese nurses showed favourable attitudes towards the family in nursing care with total average *scores* above 73 points (maximum 126). The most significant dimension was "family as a resource in nursing care". In the second study, paediatric nurses presented mostly favourable attitudes towards the importance of including families in care. There were statistically significant differences in nurses' attitudes towards family regarding the sociodemographic variables: academic degree, professional title, unit of care, experience with severely ill family members and the orientation for care of families in the workplace ($p < 0.05$).

It is possible to conclude that Portuguese nurses show favourable attitudes towards the family, involving them in the health care provided, which is an important criterion in the humanization of care.

KEY WORDS: Attitude of Health Personnel; Family Nursing; Family; Paediatrics.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CCF - Cuidados centrados na família

CFI - Comparative Fit Index

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CSD - Cuidados de Saúde Diferenciados

DGS - Direção Geral de Saúde

DP - Desvio padrão

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FINC-NA - Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes

GFI - Goodness of Fit Index

H - Teste Kruskal-Wallis

ICN - International Council of Nursing

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

IFNA - International Family Nursing Association

JB - Joanna Briggs Institute

M - Média

Máx - Máximo

Md - Mediana

Min - Mínimo

n - Número

ns - Sem diferenças estatísticas ($p > 0,05$)

OE - Ordem dos Enfermeiros

p - Valor de probabilidade

PCC - Participants, Concept e Context

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RMR - Root Mean Square Residual

RMSEA - Root Mean Square Error of Aproximation

r_s - Correlação de Spearman

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

U - Teste de Mann-Whitney

UNIESEP - Unidade de Enfermagem de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

χ^2/df - Qui-quadrado normalizado

α de Cronbach - Alpha de Cronbach

% - percentagem

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA.....	21
1. A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: <i>SCOPING REVIEW</i> DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES	23
1.1. Da construção à validação da escala “a importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE)	27
1.2. Atitudes dos enfermeiros portugueses face à família medidos pela aplicação da escala IFCE-AE	33
1.2.1. Método de Revisão	33
1.2.2. Apresentação dos resultados	35
1.2.3. Discussão dos resultados	42
2. ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À FAMÍLIA, EM CONTEXTO PEDIÁTRICO.	47
2.1. Material e Método	52
2.1.1. Questões de investigação e objetivos do estudo.....	52
2.1.2. Desenho do estudo	52
2.1.3. População e amostra.....	53
2.1.4. Instrumento de colheita de dados.....	53
2.1.5. Variáveis em estudo.....	55
2.1.6. Considerações éticas.....	56
2.1.7. Procedimentos adotados na análise dos dados.....	57
2.2. Apresentação e análise dos resultados	58
2.2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros	59
2.2.2. Análise fatorial.....	61
2.2.3. Consistência interna	63
2.2.4. Atitudes dos enfermeiros para com as famílias	63

2.2.5. Relação entre as atitudes dos enfermeiros face às famílias e as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros em estudo	65
2.3. Discussão dos resultados	68
CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS	93
ANEXO I - Questionário IFCE-AE	
ANEXO II - Declaração de consentimento informado	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise da consistência interna da escala versão original FINC-NA e da versão portuguesa IFCE-AE	31
Tabela 2 - Análise da consistência interna da escala versão modificada FINC-NA.....	32
Tabela 3 - Distribuição dos estudos incluídos na revisão de acordo com o número atribuído, autor(es)/ano de publicação, contexto, amostra, <i>scores</i> obtidos nos diferentes fatores e no <i>score</i> total da escala	37
Tabela 4 - Análise da consistência interna da escala IFCE-AE nos diversos estudos, em Portugal.....	39
Tabela 5 - Análise da consistência interna da escala FINC-NA modificada.....	55
Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais de enfermagem	59
Tabela 7 - Análise fatorial exploratória: componentes e cargas fatoriais da IFCE-AE	61
Tabela 8 - Índices de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória	62
Tabela 9 - Validade interna da escala IFCE-AE na versão atualizada	63
Tabela 10 - Dimensões e <i>score</i> total da escala IFCE-AE	64
Tabela 11 - Comparação de médias e desvios padrão das pontuações obtidas das dimensões da IFCE-AE e escala global face às variáveis: sexo, grau académico, título profissional, formação em enfermagem de família, experiência anterior com familiares gravemente doentes e orientação para o cuidado das famílias. Valores do teste de <i>Mann-Whitney</i> e valor de <i>p</i>	65
Tabela 12 - Comparação de médias e desvios padrão das pontuações obtidas das dimensões da IFCE-AE e escala global face à variável serviços de afiliação dos profissionais estudados. Valores do teste de <i>Kruskall Wallis</i> e valor de <i>p</i>	67
Tabela 13 - Correlação das pontuações obtidas das dimensões e do <i>score</i> total da escala IFCE-AE com a idade e tempo de exercício profissional total e no serviço atual. Valores de correlação de <i>Spearman</i> e valor de <i>p</i>	68

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões da escala FINC-NA.....	28
Quadro 2 - Dimensões da escala IFCE-AE	30
Quadro 3 - Estratégia PCC	34
Quadro 4 - Critérios de inclusão e exclusão	35
Quadro 5 - Principais conclusões dos estudos analisados sobre a influência das variáveis sociodemográficas e/ou profissionais nas atitudes dos enfermeiros	40
Quadro 6 - Dimensões do FINC-NA na versão revista por Saveman et al., 2011	54
Quadro 7 - Variáveis independentes (perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros)	55
Quadro 8 - Variável dependente - Atitudes dos Enfermeiros face à família.....	56

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos.....	35
Figura 2 - Pontuações médias corrigidas pelo número de itens.....	64

NOTA INTRODUTÓRIA

A família é o principal pilar da criança, a sua primeira referência e é o lugar onde se desenvolve, aprende e forma como indivíduo. Esta preserva-se como uma unidade emocional e afetiva e num evento crítico, nomeadamente quando ocorre uma hospitalização, toda a dinâmica familiar é afetada. Perante tais acontecimentos desenvolvem-se sentimentos desagradáveis, como preocupação, medo, incerteza e culpa em todos os seus membros, colocando-os numa situação de vulnerabilidade (Felipin et al., 2018; Wright & Leahey, 2013).

As necessidades de cuidados que decorrem desta vulnerabilidade devem ser alvo de atenção dos profissionais de saúde, no sentido da promoção do bem-estar das famílias. Para isso, é fundamental incorporá-las nos cuidados prestados, tornando-as membros efetivos no processo de cuidar (Mendes, 2018). A qualidade das relações é influenciada pela forma como a empatia, o diálogo e o contacto entre profissionais de saúde e os elementos da família e/ou criança/adolescente se estabelecem. Os enfermeiros estão na linha da frente neste processo. Frequentemente, são os mais disponíveis para ajudar as famílias na compreensão do processo de doença, do tratamento e das intervenções de manutenção/recuperação da saúde (Wright & Leahey, 2013).

A relação colaborativa estabelecida entre o enfermeiro, criança/adolescente e família é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros. A atitude envolve dimensões afetivas, cognitivas e comportamentais como resposta a um estímulo (Oliveira et al., 2011). As atitudes dos enfermeiros podem ter efeitos profundos não só na forma como realizam o seu trabalho, mas também, na qualidade do mesmo. Um indicador para avaliar esta qualidade é medir as atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento das famílias nos cuidados (Benzein, Johansson, Årestedt, Berg & Saveman, 2008a). Tal como referem os autores Oliveira et al. (2011, p.1332), “as atitudes dos enfermeiros nos contextos de interacção terapêutica com as famílias traduzem o entendimento dos mesmos sobre a importância de as integrar no processo de cuidados, gerando práticas mais ou menos conducentes à potencialização funcional das famílias”.

Partindo deste pressuposto, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no ano letivo de 2018/2019, desenvolveu-se uma investigação visando descrever as atitudes dos enfermeiros que exercem a sua atividade no contexto pediátrico, sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem, intitulada “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros, em contexto pediátrico”.

Os enfermeiros estão numa posição privilegiada para promover o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, no entanto, as atitudes e crenças que possuem podem influenciar favorável ou desfavoravelmente a sua prática (Mackie, Marshall & Mitchell, 2017). Com o intuito de medir as atitudes dos enfermeiros, enfermeiras investigadoras suecas desenvolveram a escala *Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes* (FINC-NA) constituída por 26 itens agrupados em quatro dimensões: família como um recurso nos cuidados de enfermagem (constituída por dez itens), família como um parceiro dialogante (oito itens), família como um fardo (quatro itens) e família como próprio recurso (quatro itens) (Benzein et al., 2008a).

Nesta dissertação surge um projeto ambicioso onde se pretende, numa primeira fase, mapear e compilar os estudos empíricos produzidos em Portugal, referente às atitudes dos enfermeiros sobre a importância de envolver as famílias nos cuidados, através da aplicação da escala versão original FINC-NA traduzida e validada em Portugal, por Oliveira et al. (2011). Posteriormente, realizou-se uma investigação de campo, com a mesma escala, contudo, na versão modificada por Saveman, Benzein, Engström e Årestedt (2011) com a finalidade de avaliar a importância atribuída pelos enfermeiros ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, em contexto pediátrico.

Face ao exposto, o trabalho encontra-se estruturado em dois capítulos, organizados sob a forma de artigos a submeter a revistas de enfermagem. O primeiro artigo apresenta a *scoping review* nomeada “a importância das famílias nos cuidados de enfermagem: *scoping review* das atitudes dos enfermeiros portugueses” com o objetivo de mapear e analisar as atitudes dos enfermeiros portugueses, nos diversos contextos da prática clínica, sobre a importância da inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem. A concretização desta pesquisa foi com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI).

No segundo artigo “atitudes dos enfermeiros face à família, em contexto pediátrico”, delinearam-se os seguintes objetivos: caracterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em contexto pediátrico sobre a importância de envolver as famílias nos cuidados de enfermagem e identificar as relações entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a sua atitude face à família, em contexto pediátrico. Este estudo tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional cujos dados foram obtidos através da aplicação de um questionário com a escala IFCE-AE, versão modificada por Saveman et al. (2011).

A preocupação na melhoria dos cuidados centrados na humanização e intervenções de qualidade têm sido uma constante na Disciplina de Enfermagem. Pelo que se considera que este estudo é pertinente e tem potencial para contribuir para o avanço do conhecimento em enfermagem. Especialmente, na promoção da reflexão sobre a prática profissional, e na exposição de informação atual da área da Enfermagem de Família em contexto pediátrico.

1. A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: SCOPING REVIEW DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES

A família é entendida como um sistema, em que cada elemento pode ser considerado como um todo e simultaneamente uma parte, podendo participar em diversos sistemas e subsistemas, ocupando ao mesmo tempo diferentes papéis, em contextos díspares. A estrutura de cada família está intrinsecamente relacionada com as relações, funções e papéis que cada elemento desenvolve no centro desta. A vida familiar é uma experiência humana única, com identidade própria e intransmissível, já que cada família possui características individuais, dinâmicas, autónomas e com identidade própria. Esta unicidade é sedimentada pelos valores, crenças, conhecimentos e práticas que cada sistema é composto (Galvin, Braithwaite & Bylund, 2015; Relvas, 2006).

As funções que uma família desenvolve são essencialmente de proteção, coesão, nutrição, socialização e resolução de problemas. Os elementos desta, partilham um compromisso e um vínculo afetivo entre os seus membros, podendo estar ou não relacionados, da mesma forma que podem viver, ou não, juntos. Referindo ainda que esta relação pode ser estabelecida por consanguinidade, por adoção, matrimónio ou fortes laços emocionais (Galvin et al., 2015; Kaakinen, Coehlo, Steele & Robison, 2018; Wright & Leahey, 2013).

Nas últimas décadas, as alterações na sociedade, levaram a transformações significativas na estrutura e organização familiar. Surge assim, a necessidade de conhecer as várias formas de família da atualidade: a família biológica, a família nuclear, a família de apenas um progenitor, a família adotiva, a família comunitária e as famílias ou casais de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, intersexuais, transgéneros ou twin-spiriteds (Wright & Leahey, 2013).

Na mesma linha de pensamento, embora com todos estes processos de mudança familiar constante, a família preserva-se como uma unidade emocional e afetiva caracterizando-se pelas suas dimensões psicológica e social. Entender a complexidade das relações, os processos de desenvolvimento e o funcionamento das famílias permite uma prática direcionada para a capacitação funcional das mesmas, potenciando a sua capacidade auto-organizativa (Figueiredo, 2012).

Importa referir que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) identifica estas características na definição proposta de família: “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2015, p. 143).

O seio familiar tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada elemento, tendo um peso considerável perante um episódio de doença. Existe uma influência assumida da interação familiar e o seu impacto na doença, pois estas têm competências, forças e processos interrelacionais únicos, que influenciam as suas crenças de saúde. Por este motivo, torna-se fundamental a consideração destas vertentes na tomada de decisão, bem como nas práticas diárias dos cuidados de saúde praticados pelos enfermeiros. O enfermeiro tem o dever ético e moral de as envolver nas suas práticas quotidianas (Wright & Leahey, 2013).

A enfermagem de família é entendida como os cuidados de enfermagem na saúde e na doença, em que o enfermeiro identifica, prescreve, implementa e avalia as intervenções necessárias segundo as respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais (Wright & Leahey, 2013). Estes cuidados dão resposta às necessidades das famílias como um todo e dos seus membros individualmente, maximizando o bem-estar destas e promovendo o potencial máximo da saúde familiar (Kaakinen et al., 2018).

Segundo diversos estudos é no seio familiar que os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos e claro está, quando um ou mais elementos têm problemas de saúde, toda a unidade familiar, incluindo a sua dinâmica é afetada. Quando confrontados com situações complexas de saúde, nomeadamente no caso da hospitalização, os clientes e suas famílias, podem apresentar sentimentos de incerteza, medo, ansiedade, frustração, culpa ou mesmo de impotência (Mackie, Marshall, Mitchell & Ireland, 2018; Mattila, Kaunonen, Aalto & Åstedt-Kurki, 2014; Saveman, 2010).

Como elemento privilegiado na equipa multidisciplinar, o enfermeiro é o profissional que acolhe o cliente e que deve envolver a família, no sentido de a integrar no processo de tratamento e reabilitação do familiar (Mackie et al., 2017; Mattila, et al., 2014). Os enfermeiros são também fortes aliados na recolha de informações que possam ser necessárias para a prestação de cuidados mais eficazes à pessoa hospitalizada, de forma a satisfazer as suas necessidades e gostos, assim como, a perceção de singularidades do utente, humanizando os cuidados prestados. A comunicação entre profissionais e família constitui-se como um importante suporte de apoio tanto a nível dos cuidados de enfermagem, como a nível da unidade familiar (Berger, Flickinger, Pfoh, Martinez & Dy, 2014; Mattila et al., 2014; Mendes, 2018).

Os enfermeiros são os profissionais que apresentam maior proximidade com o cliente. O apoio oferecido em conexão com a prestação de cuidados pode contribuir para a saúde dos membros do cliente e da família de muitas formas, podendo ser uma base para uma relação de cuidado significativa. Este apoio pode basear-se no fornecimento de informações de acordo com a situação individual do cliente, tanto em suporte escrito, como oral. Mas pode ir mais além, como o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito, positiva e empática (Doupnik et al., 2017; Mattila et al., 2014).

O relacionamento entre enfermeiros e família permite amenizar o sofrimento, a ansiedade e promove a recuperação individual e coletiva. É de salientar, que a interação das famílias com os enfermeiros, em situações de doença crítica, permite obter um suporte cognitivo e emocional de enorme significado (Beer & Brysiewicz, 2017; Mendes, 2018). E, quando as famílias são envolvidas nos cuidados de saúde obtém-se maiores ganhos em saúde e o aumento da segurança do cliente (Berger et al., 2014; Goodridge et al., 2018).

Importa referir que Portugal evidencia no Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020, publicado pela Direção-Geral de Saúde (DGS), a importância da inclusão da família nos cuidados de saúde e enfoca a importância desta, em todas as etapas do ciclo vital. Acrescenta ainda, a relação entre os ganhos em saúde com a relação de proximidade entre enfermeiros e clientes, dando ênfase ao papel do enfermeiro e dos seus cuidados individualizados e personalizados (DGS, 2015).

Por tudo o que já foi referido, existe concordância que a atitude dos profissionais influencia a qualidade dos cuidados centrados na família e é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro, utente e família (Benzein, Johansson, Årestedt & Saveman, 2008b; Wright & Leahey, 2013).

Atitude (do latim *aptitudine*) composta pelos termos *actus* (ação ou ato) e *aptitudo* (aptidão) é um conceito mediador entre o pensamento e a ação, decorre do conjunto de valores, sentimentos, crenças e experiências vividas, traduzindo-se em comportamentos observáveis. As atitudes podem ser favoráveis ou desfavoráveis relativamente a objetos, pessoas, ou em relação a algum dos seus atributos (Coelho & Mendonça, 2017).

Segundo Lima (2010), as atitudes avaliam-se em três componentes: componente cognitivo (crenças ou pensamentos que quer sejam totalmente fundamentadas ou totalmente falsas, resultam na atitude), afetivo (reflete o que a pessoa sente sobre algo) e comportamental (refere-se a uma intenção para o indivíduo agir de determinada forma). Estas componentes estão intrinsecamente relacionadas, já que quanto maior for a consistência e a coesão entre as três componentes, mais estável será a atitude.

As atitudes dos enfermeiros podem ter efeitos profundos não só na forma como realizam o seu trabalho, mas também na qualidade do mesmo (Beinzein et al., 2008b). Segundo a psicossociologia as atitudes são instáveis e por isso mesmo, facilmente alteráveis (Coelho & Mendonça, 2017).

Simultaneamente, a cognição, o afeto e o comportamento dos enfermeiros face às famílias tem sido alvo de análise, no sentido de compreender a interação destes com a família nos cuidados de saúde, assim como as suas perceções, experiências, pontos de vista, atitudes e crenças (Beinzein et al., 2008b; Oliveira et al., 2011).

Segundo Benzein e seus colaboradores (2008b) uma atitude positiva dos enfermeiros face à família nos seus cuidados, favorece o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de

partilha e de coresponsabilização entre os intervenientes. Quando os enfermeiros acreditam que o envolvimento da família nos cuidados e a relação que estabelecem com esta é fundamental para a qualidade dos seus cuidados, a interação com as famílias flui.

Os enfermeiros estão numa posição privilegiada para promover o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, no entanto, as atitudes e crenças que possuem podem influenciar favorável ou desfavoravelmente a sua prática (Mackie et al., 2017).

De um modo geral, os enfermeiros assumem a importância de envolver os familiares nos cuidados, contudo mantém-se uma relutância da promoção desta envolvimento na prática (Berger et al., 2014).

O enfermeiro que tem como foco o cuidado centrado na família (CCF), deve estabelecer uma relação empática, partilhar a tomada de decisão, responder às necessidades físicas e emocionais do cliente, mas também considerar as suas crenças e valores. Esta prática estima a individualidade e a preservação da identidade, contribuindo para a satisfação dos cuidados, o envolvimento nos mesmos, o sentimento de bem-estar e a criação de um ambiente terapêutico (Hetlanda, McAndrewb, Perazzoc & Hickmand, 2018).

O CCF compreende uma abordagem para o planeamento, a prestação e a avaliação dos cuidados em parceria com a família, beneficiando simultaneamente todos os intervenientes.

De um modo geral, esta conceção de cuidados para além de permitir minimizar o sofrimento das famílias, possibilita que estas adquiram competências de sustentabilidade e adaptação, no sentido de ultrapassarem estas vivências com maior suporte (Mendes, 2015; Mendes, 2018). Além disso, fortalece os recursos dos membros da família, melhora a sua qualidade de vida e melhora as suas relações mútuas (Mattila et al., 2014).

Segundo a literatura, os serviços em que a prática dos CCF é instituída demonstram ganhos, como: a diminuição da mortalidade, a diminuição do período de internamento e uma melhor adesão ao(s) tratamento(s) (Herrin et al., 2016).

A *International Family Nursing Association* (IFNA) destaca que a formação é fulcral na aprendizagem de competências e habilidades no âmbito da família para que o enfermeiro as desenvolva no sentido de aumentar a sua capacidade de tomada de decisões e priorização de cuidados (IFNA, 2015). Também a formação permite desenvolver competências para um trabalho em equipa, onde se incluem profissionais, clientes e famílias, convivendo lado a lado com as diversidades culturais, sociais e económicas das pessoas envolvidas, embora este ainda seja um desafio dos enfermeiros gestores (Carman et al., 2013).

Alguns autores descrevem como fatores dificultadores ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem: a falta de recursos humanos e materiais; o pouco investimento dos centros hospitalares na aplicação de estratégias que permitam envolver as famílias nos cuidados; o facto dos profissionais se sentirem observados e avaliados na presença destes,

sentindo-se ameaçados; a influência das experiências pessoais e profissionais dos enfermeiros; a falta de formação em enfermagem de família, continuando a orientar as suas práticas para o cuidado individualizado e ainda o facto de a enfermagem ter uma prática enraizada com base no modelo biomédico, onde a família está presente mas não é vista como cliente (Benzein et al., 2008b; Goodridge et al., 2018; Herrin et al., 2016; Hetlanda et al., 2018; Kaakinen et al., 2018).

Importa também salientar, que para promover eficazmente o envolvimento da família nos cuidados é importante reconhecer que nem todos os clientes e as famílias querem ser envolvidos da mesma forma e que a sua prontidão para o envolvimento deve ser reavaliada regularmente (Carman et al., 2013).

Contudo, a investigação em enfermagem de família tem sofrido grandes avanços e desenvolvimentos nos contextos da prática. O interesse dos enfermeiros relativamente a importância das famílias e o contributo que estas apresentam tem sido alvo de estudo, não só de que forma estas são englobadas nos cuidados, mas também qual a melhor abordagem de cuidados a implementar, tanto a nível internacional, como nacional.

1.1. Da construção à validação da escala “a importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE)

A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE) foi uma escala desenvolvida na Suécia, por Eva Benzein, Pauline Johansson, Kristofer Årestedt, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman, tendo como principal objetivo avaliar as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Este instrumento foi intitulado *Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes* (FINC-NA) (Benzein et al., 2008a).

O processo de construção desta escala iniciou-se no primeiro semestre de 2003, com uma revisão sistemática da literatura. Foram selecionados vinte e três artigos pertinentes sobre a temática, reunindo-se assim evidências essenciais para a construção de um instrumento capaz de medir as atitudes dos enfermeiros em relação à importância das famílias no cuidado de enfermagem. Estes artigos abordavam a área de adesão e crenças familiares, interação entre enfermeiros e familiares, participação dos familiares nos cuidados, família como um recurso nos cuidados e a família como próprio recurso, estrutura familiar e influência da doença nos familiares.

As autoras nomearam, após interpretação dos resultados, 117 itens para a criação da primeira versão do instrumento. Esta primeira prosposta sofreu uma análise de avaliação

crítica por investigadores experientes na área de enfermagem de família reduzindo-os a 82 itens. Posteriormente, estes itens foram discutidos pelos investigadores experientes em enfermagem de família e, também, por investigadores com domínio na construção de instrumentos, que ajudaram na sua reestruturação. Esta versão foi submetida ao pré-teste e verificada a validade de conteúdo. Após esta análise ficaram 59 itens. Por fim, o instrumento foi submetido a uma amostra de maior dimensão e foram realizados testes psicométricos com recurso à análise fatorial e à análise da consistência interna. Desta validação da escala restaram os 26 itens da versão final do FINC-NA.

A FINC-NA utiliza uma escala de concordância de estrutura do tipo *Likert*, com quatro opções, que variam desde discordo completamente (1), a concordo completamente (4). A pontuação varia entre 26 e 104, sendo que quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são favoráveis. Os itens que compõe a escala foram agrupados em quatro dimensões: família como um recurso nos cuidados de enfermagem (constituída por dez itens), família como um parceiro dialogante (oito itens), família como um fardo (quatro itens) e família como próprio recurso (quatro itens), explanado no Quadro 1. Os itens foram classificados em dimensões cognitivas (eu penso...), afetivas (eu sinto...) e comportamentais (no meu trabalho...). A primeira parte da escala contempla questões sobre a caracterização sociodemográfica, a experiência de cuidar famílias e a experiência de ter um familiar gravemente doente (Benzein et al., 2008a).

Quadro 1 - Dimensões da escala FINC-NA

Dimensões	Itens
1- Família como um recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens)	- A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho. - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança. - A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o). - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente. - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente. - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho. - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil. - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho. - A presença de membros da família é importante para os mesmos. - É importante dedicar tempo às famílias.

2- Família como um parceiro dialogante (8 itens)	- Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados. - No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente. - É importante saber quem são os membros da família do utente. - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente. - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados. - Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente. - Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente. - Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.
3- Família como um fardo (4 itens)	- A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar. - A presença de membros da família deixa-me em stresse. - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho. - Não tenho tempo para cuidar das famílias.
4- Família como próprio recurso (4 itens)	- Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações. - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação. - Considero os membros da família como parceiros - Pergunto às famílias como as posso apoiar.

Fonte: Benzein et al. (2008b).

Apresenta-se como um instrumento simples, contudo permite medir as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem, a partir de uma perspetiva genérica, o que a tornou um instrumento promissor e apelativo (Hagedoorn et al. 2018, Mackie et al. 2018; Alfaro Díaz, Esandi Larramendi, Gutiérrez-Alemán & Canga-Armayor, 2019). Neste estudo, o conceito de família utilizado abrange para além dos membros da família consanguíneos ou legalmente instituídos, os vizinhos, amigos e outras pessoas significativas (Benzein et al., 2008b).

O grupo de enfermeiras que desenvolveram o instrumento testaram-no na realidade sueca, numa amostra de 634 enfermeiros, de vários contextos da prática clínica.

Dada a pertinência e importância da problemática, relativa ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, este tema tem sido explorado em vários estudos, com recurso a aplicação do instrumento *Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes* (FINC-NA). São exemplo disso, a Holanda, Taiwan, Noruega e Bélgica, Austrália, Espanha, Portugal, Coreia do Sul e Islândia (Hagedoorn et al., 2018; Hsiao & Tsai, 2015; Luttik et al., 2017; Mackie et al., 2018; Pascual-Fernández et al., 2015; Oliveira et al., 2011; Oh, Kim, Yoo & Cho, 2018; Skuladottir, Konradsdottir & Agustsdottir, 2010).

Em Portugal, em 2009, investigadores da Unidade de Enfermagem de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) realizaram um estudo de tradução, adaptação transcultural e validação da escala FINC-NA. Oliveira e seus colaboradores testaram e validaram a versão portuguesa denominada “a importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE). Tal como a versão original este instrumento foi constituído por 26 perguntas existindo uma escala de concordância de estrutura do tipo *Likert* (quatro opções). Contudo, as conclusões da análise fatorial e a avaliação da consistência interna de cada fator/dimensão sugeriram mudanças na composição da escala, nomeadamente no que diz respeito às dimensões. A FINC-NA suporta quatro dimensões, no entanto o IFCE-AE foi subdividida em três subescalas que podem ser mensuradas como três dimensões/fatores independentes: “família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” (12 itens), sendo o *score* variável entre 12 e 48, com ponto médio de total dos pontos de 30; “família: recurso nos cuidados de enfermagem” (10 itens), com *score* variável entre 10 e 40, com ponto médio de total dos pontos de 25; e “família: fardo” (4 itens), com *score* variável entre quatro e 16, com ponto médio de total dos pontos de 10. As dimensões da escala e os itens correspondentes são reproduzidos no Quadro 2 (Oliveira et al., 2011).

Quadro 2 - Dimensões da escala IFCE-AE

Dimensões	Itens
1- Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i> (12 itens)	4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente. 6. No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente. 9. Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados no primeiro contato; poupa-me tempo no meu trabalho futuro. 12. Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente. 14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados. 15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente. 16. Pergunto às famílias como as posso apoiar. 17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações. 18. Considero os membros da família como parceiros. 19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente. 24. Convido os membros da família a opinar quando do planeamento dos cuidados. 25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.

2- Família: recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens)	1. É importante saber quem são os membros da família do utente. 3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho 5. A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o). 7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança. 10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho. 11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente. 13. A presença de membros da família é importante para os mesmos. 20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil. 21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho. 22. É importante dedicar tempo às famílias.
3- Família: Fardo (4 itens)	2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho. 8. Não tenho tempo para cuidar das famílias. 23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar. 26. A presença de membros da família deixa-me em stress.

Fonte: Oliveira et al. (2011).

A consistência interna da escala utilizada na adaptação transcultural realizada por Oliveira et al. (2011), para validar a escala IFCE-AE, foi analisada com recurso ao cálculo do coeficiente *alpha (a) de Cronbach* de cada uma das dimensões da escala, assim como da escala total. Na versão original a consistência interna de cada uma das dimensões variou entre 0,69 e 0,81 e a da escala total foi de 0,88. Na versão portuguesa as dimensões obtiveram um *a de Cronbach* que variou entre 0,49 e 0,90 e a escala total foi de 0,87, como demonstra a Tabela 1. Nesta versão a escala total obteve um valor muito próximo da versão original revelando uma boa consistência interna e uma elevada precisão na versão.

Tabela 1 - Análise da consistência interna da escala versão original FINC-NA e da versão portuguesa IFCE-AE

Escalas	Dimensões	Nº Itens	<i>a Cronbach</i>
Original Benzein et al., 2008a	Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	10	0,81
	Família como um parceiro dialogante	8	0,79
	Família como um fardo	4	0,69
	Família como próprio recurso	4	0,70
<i>a Cronbach Total</i>			0,88
Variância explicada			52,74%

Validação Portuguesa Oliveira et al., 2011	Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	12	0,90
	Família: recursos nos cuidados de enfermagem	10	0,84
	Família: um fardo	4	0,49
<i>a Cronbach Total</i>			0,87
Variância explicada			47,79%

Fonte: Benzein et al. (2008a); Oliveira et al. (2011).

Embora amplamente utilizada, a escala FINC-NA tem apresentado algumas limitações, tais como variações da homogeneidade dos itens que a compõe, diferenças de correlações, com as subescalas e a escala total e soluções fatoriais das diferentes dimensões divergentes da versão original, pelo que em 2011, foi proposto por Britt-Inger Saveman, Eva G. Benzein, Åsa H. Engström e Kristofer Årestedt, um estudo que visasse refinar e reavaliar o FINC-NA quanto à variância/distribuição dos itens: homogeneidade, dimensionalidade, estabilidade e consistência interna. Um outro objetivo foi examinar se algum dos conteúdos do FINC-NA exibe um item diferencial para o género e, se sim, até que ponto.

Após este estudo, surgiu a versão modificada que mantém os mesmos 26 itens, como a versão original, contudo, para aumentar o número de respostas utilizou a escala de concordância de estrutura do tipo *Likert*, desta vez com cinco opções, que variam desde discordo completamente (1), em que a terceira opção corresponde à menção nem discordo, nem concordo e a concordo completamente (5) (Saveman et al., 2011).

A nova versão do FINC-NA revista demonstrou maior distribuição do *score*, maior homogeneidade entre os itens, cargas fatoriais estáveis, ausência de diferença em relação ao género, boa estabilidade e aumento da consistência interna nas diversas dimensões (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise da consistência interna da escala versão modificada FINC-NA

Escala	Dimensões	Nº itens	<i>a Cronbach</i>
Modificada Saveman et al. 2011	Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	10	0,79
	Família como um parceiro dialogante	8	0,71
	Família como um fardo	4	0,86
	Família como próprio recurso	4	0,80
<i>a Cronbach Total</i>			0,89

Fonte: Saveman et al. (2011).

Mantém quatro dimensões como na escala original: família como um recurso nos cuidados de enfermagem (constituída por 10 itens), família como um parceiro dialogante (oito itens), família como um fardo (quatro itens) e família como próprio recurso (quatro itens) e a pontuação varia entre 26 e 130, sendo que quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são favoráveis.

1.2. Atitudes dos enfermeiros portugueses face à família medidos pela aplicação da escala IFCE-AE

Como referido anteriormente, em Portugal após a tradução e validação da escala IFCE-AE, têm surgido vários estudos com a sua aplicação. Deste modo, entende-se a importância em analisar os resultados obtidos nestes estudos, compreender como se comportou a escala nos diferentes contextos e se existem diferenças relativamente às variáveis sociodemográficas e profissionais.

Para o efeito realizou-se uma *Scoping Review*, de acordo com The Joanna Briggs Institute (JBI) com vista a mapear as evidências científicas disponíveis em Portugal, que utilizaram a escala IFCE-AE (Peters et al., 2017; Munn et al., 2018).

1.2.1. Método de Revisão

O processo foi composto por etapas sequenciais: a formulação das questões e objetivos para a elaboração da revisão; delimitação dos critérios de inclusão e exclusão da amostra e pesquisa bibliográfica; definição da informação a selecionar; recolha dos resultados, interpretação dos mesmos e apresentação da síntese do conhecimento produzido (Peters et al., 2017).

Uma das particularidades da metodologia de revisão sistemática é que não é necessária a análise metodológica dos estudos incluídos, já que não se pretende encontrar a melhor evidência científica, mas sim mapear a já existente.

Para a construção das perguntas de revisão, aplicou-se a estratégia PCC (*participants, concept e context*), descrito no Quadro 3.

Quadro 3 - Estratégia PCC

Participantes	Conceito	Contexto
- Enfermeiros	- As atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem medidos pela escala versão portuguesa validada “a importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros”.	- Estudos realizados em serviços de Cuidados de Saúde Primários ou Cuidados de Saúde Diferenciados, em Portugal.

Fonte: elaborado pela autora.

Foram incluídos na *Scoping Review* estudos cujos participantes fossem profissionais de enfermagem, onde as suas atitudes sobre a importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem tivessem sido medidas pela escala versão portuguesa validada IFCE-AE e em serviços de Cuidados de Saúde Primários ou Cuidados de Saúde Diferenciados, em Portugal.

As questões norteadoras desta pesquisa foram:

- a) Quais são as atitudes dos enfermeiros portugueses sobre o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, medidos pela escala IFCE-AE?
- b) Quais são os fatores sociodemográficos e/ou profissionais que influenciam as atitudes dos enfermeiros portugueses sobre o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem?
- c) Qual a validade e fidelidade da escala IFCE-AE nos estudos realizados em Portugal?

Para a pesquisa foram consultadas as bases de dados internacionais Scopus, MEDLINE (através da PubMed) e CINAHL (através da EBSCO) e nacionais nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Também, foi pesquisada literatura cinzenta, no Google Académico.

As palavras-chave foram definidas tendo em conta a nomenclatura abreviada e por extenso da escala em Português e Inglês. Assim sendo, utilizou-se como descritores “IFCE-AE”, “FINC-NA”, “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros” e “Families’ Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes”. Durante a busca os descritores foram cruzados entre si com o uso do booleano “OR”. Para a identificação final da amostra foram delineados critérios de inclusão e exclusão, descritos na Quadro 4.

Quadro 4 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
- Artigos/teses que contenham metodologia claramente identificada, com recurso ao questionário IFCE-AE; - População em estudo composta por Enfermeiros; - Aplicação da escala em Portugal.	- Estudos realizados noutros países que não Portugal, com a escala versão portuguesa; - Estudos com a aplicação da escala versão modificada (5 opções);

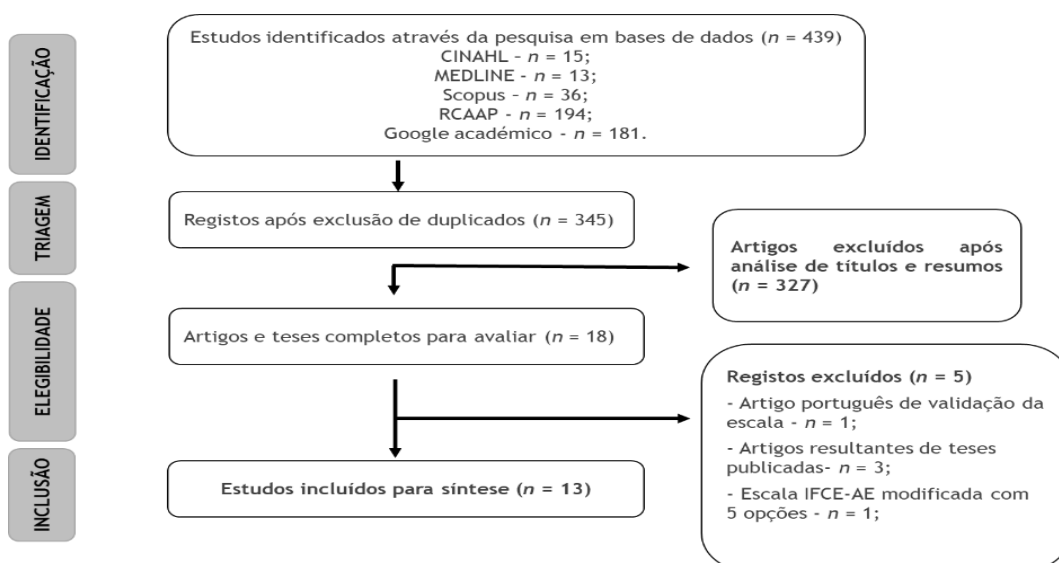
Fonte: elaborado pela autora.

As pesquisas de artigos nas bases de dados e a seleção dos estudos, com base nos critérios de inclusão e exclusão definidos, foram realizadas por três investigadores independentes. Não existiu discrepância de opiniões quanto à inclusão/exclusão dos artigos analisados (Peters et al., 2017).

1.2.2. Apresentação dos resultados

O resultado desta pesquisa foi inicialmente de 439 estudos. Por forma a sistematizar o processo de inclusão e exclusão dos estudos optou-se pela metodologia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses*) (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009). A seleção dos artigos é apresentada no seguinte fluxograma (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos



Fonte: Adaptado de Moher et al. (2009).

Após o processo de avaliação e seleção dos estudos foram incluídos, na *scoping review*, quatro artigos e nove teses (oito teses de mestrado e uma de doutoramento).

A significativa discrepância entre o número de artigos identificados na pesquisa inicial e os incluídos no estudo deve-se ao facto de a maioria terem utilizado a escala IFCE-AE no Brasil. Os dados dos estudos apresentam-se em forma de tabela (Tabela 3), no qual se identificam algumas características dos estudos, como o título, o ano, a população/amostra, e as principais conclusões nos diferentes fatores e no *score* total.

Tabela 3 - Distribuição dos estudos incluídos na revisão de acordo com o número atribuído, autor(es)/ano de publicação, contexto, amostra, scores obtidos nos diferentes fatores e no score total da escala

Estudo	Autor(es)/ Ano / Título	Contexto	Amostra	Score Dimensão 1	Score Dimensão 2	Score Dimensão 3	Score total das atitudes
A1.	Alves, 2011 <i>Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito</i>	CSD	n = 85	M - 35,7 DP (4,21)	M - 30,9 DP (3,99)	M - 8,9 DP (1,84)	M - 76,42 DP (6,55)
A2.	Alves, 2012 <i>Atitudes dos enfermeiros face à família e sua relação com a vulnerabilidade da família - Estudo em contexto pediátrico</i>	CSD	n = 152	Md - 36	Md - 31	Md - 8 Mín-Máx (4 - 12)	Md - 76 Min-Máx (58 - 97)
A3.	Fernandes, Pereira Gomes, Martins, Pereira Gomes e Gonçalves (2015) <i>A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar</i>	CSD	n = 160	M - 36,4 DP (4,03)	M - 30,6 DP (3,03)	M - 12,2 DP (1,76)	M - 79,2 Min-Máx (65 - 104)
A4.	Fernandes, Nóbrega, Ângelo, Torre e Chaves (2018) <i>Importância das famílias nos cuidados à pessoa com transtorno mental: atitudes de enfermeiros</i>	CSP	n = 328	M - 40,2 DP (5,3)	M - 33,5 DP (3,9)	M - 12,3 DP (1,9)	M - 85,9
A5.	Francisco, 2017 <i>Atitude dos Enfermeiros e a Família na Área Hospitalar</i>	CSD	n = 174	M - 36,18 DP (4,03) Min-Máx (26-64)	M - 30,64 DP (3,42) Min-Máx (24-40)	M - 8,44 Min-Máx (26-64)	M - 75,26 DP (6,53) Min-Máx (59-100)
A6.	Galinha, Ribeiro e Pinto, 2014 <i>Contributos das técnicas de mediação familiar na relação enfermeiro-família em serviços de urgência</i>	CSD	n = 90	M - 34,34 Min- Máx (26-46)	M - 29,27 Min- Máx (22-37)	M - 9,12 Min- Máx (5-15)	

A7.	Martins et al., 2010 <i>Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital</i>	CSP e CSD	<i>n</i> = 347 (190 do CSD e 156 dos CSP)	CSD: M - 35,7 DP (7,51) ----- CSP: M - 37,9 DP (6,66)	CSD: M - 31,5 DP (9,56) ----- CSP: M - 32,2 DP (3,53)	CSD: M - 8,09 DP (1,84) ----- CSP: M - 8,07 DP (1,71)	CSD: M - 75,4 DP (15,98) ----- CSP: M - 78,4 DP (7,33)
A8	Pires, 2016 <i>A importância das famílias nos cuidados de Enfermagem: a visão do enfermeiro de família</i>	CSP	<i>n</i> = 90	M - 40,4 DP (4,4)	M - 33,9 DP (3,9)	M - 7,2 DP (2,1)	M - 81,6 DP (8,2)
A9.	Rodrigues, 2013 <i>A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro</i>	CSD	<i>n</i> = 226	M - 35,82 DP (4,23) Min-Máx (25-48)	M - 30,48 DP (3,49) Min-Máx (20-39)	M - 8,65 DP (1,97) Min-Máx (4-15)	M - 74,96 DP (6,70) Min-Máx (55-93)
A10.	Santa, 2014 <i>Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos</i>	CSD	<i>n</i> = 80	Fem: M - 33,34 DP (3,62) Min - Máx (25 - 45) ----- Masc: M - 33,86 DP (4,26) Min - Máx (28 - 45)	Fem: M - 30,78 DP (3,28) Min - Máx (23 - 36) ----- Masc: M - 30,05 DP (3,56) Min - Máx (25 - 39)	Fem: M - 8,95 DP (1,55) Min - Máx (5 - 12) ----- Masc: M - 9,29 DP (1,38) Min - Máx (7 - 12)	Fem: M - 73,07 DP (6,66) Min - Máx (57 - 92) ----- Masc: M - 73,19 DP (7,51) Min - Máx (61 - 88)
A11.	Silva, 2011 <i>Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários</i>	CSP	<i>n</i> = 871	M - 73,3 DP (11,97) Min-Máx (30 - 100)	M - 76,5 DP (12,61) Min-Máx (36 - 100)	M - 21,6 DP (15,19) Min-Máx (0 - 66)	
A12.	Sousa, 2011 <i>A família - atitudes do enfermeiro de Reabilitação</i>	CSD	<i>n</i> = 480	M - 35,61 DP (4,75)	M - 30,99 DP (3,57)	M - 8,15 DP (1,89)	
A13.	Tavares, 2017 <i>Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar</i>	CSP	<i>n</i> = 71	M - 39,90 DP (4,13) Min-Máx (28-48)	M - 33,45 DP (3,43) Min-Máx (28-40)	M - 6,84 DP (1,70) Min-Máx (4-12)	M - 80,20 DP (6,47) Min-Máx (65-94)

Fonte: elaborado pela autora. Legenda: Dimensão 1 - “Família como parceiro dialogante e recurso ao *coping*”; Dimensão 2 - “Família como recurso nos cuidados”; Dimensão 3 - “Família como fardo”; CSD - Cuidados de Saúde Diferenciados; CSP - Cuidados de Saúde Primários; Fem. - Feminino; *n*- número; Masc. - Masculino; M - Média; Md - Mediana; Min - Mínimo; Máx - Máximo; DP - desvio padrão.

Dos estudos incluídos, verificou-se uma predominância de estudos na área dos Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), com análise de oito estudos, quatro realizadas em Cuidados de Saúde Primários (CSP) e um estudo, em ambos os contextos.

A análise da Tabela 3 permitiu afirmar que os enfermeiros portugueses evidenciaram atitudes favoráveis perante a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem. Em todos os estudos os *scores* médios totais da escala foram superiores a 73 pontos. Os resultados dos estudos incluídos nesta revisão demonstraram que os enfermeiros possuem maioritariamente atitudes positivas face à família, sendo a pontuação média mais expressiva na dimensão “família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*”, seguido da dimensão “família como recurso nos cuidados de enfermagem”, garantindo a sua presença nos cuidados e envolvendo-a nos mesmos. A dimensão família como fardo é a dimensão que apresenta pontuações médias mais baixas.

Esta conclusão não se observa nos resultados apresentados por Alves (2012) e Fernandes, Nóbrega, Ângelo, Torre e Chaves (2018) em que os enfermeiros evidenciaram maiores *scores* na segunda dimensão “família como recurso nos cuidados de enfermagem” e posteriormente na primeira dimensão “família: parceiro dialogante e recurso de *coping*”. Foi consensual em todos os estudos que a terceira dimensão “família como fardo” apresentou-se como a subescala com menor *score*.

No sentido de verificar a consistência interna do instrumento de recolha de dados para as diferentes populações em estudo, os autores calcularam o *a de Cronbach*, demonstrado na Tabela 4. Alguns autores revelam o *a de Cronbach* apenas para o resultado total da escala, enquanto que outros calculam-no também para cada uma das dimensões.

Tabela 4 - Análise da consistência interna da escala IFCE-AE nos diversos estudos, em Portugal

<i>a Cronbach</i>				
	<u>Fator 1</u>	<u>Fator 2</u>	<u>Fator 3</u>	<u>Escala total</u>
Alves, 2011	0,82	0,84	0,61	0,83
Alves, 2012	0,81	0,75	0,54	0,83
Fernandes et al., 2015	--	--	--	0,66
Fernandes et al., 2018	--	--	--	0,91
Francisco, 2017	0,73	0,82	0,53	0,83
Galinha et al., 2014	--	--	--	0,77
Martins et al., 2010	--	--	--	0,87
Pires, 2016	0,87	0,86	0,62	0,91

Rodrigues, 2013	0,84	0,80	0,66	0,82
Santa, 2014	0,74	0,79	0,11	0,82
Silva, 2011	0,85	0,84	0,65	--
Sousa, 2011	0,87	0,78	0,59	0,83
Tavares, 2017	0,85	0,79	0,54	0,82

Fonte: adaptado pela autora da literatura mencionada. Legenda: -- Não apresentam resultados/ não calculado.

De acordo com Ribeiro (2010), os resultados, na sua maioria, apontam para uma boa consistência interna, valores obtidos superiores a 0,8. No estudo de Fernandes, Pereira Gomes, Martins, Pereira Gomes e Gonçalves (2015) e Galinha, Ribeiro e Pinto (2014) os valores de *a de Cronbach* foram de 0,66 e 0,77, respetivamente. Estes foram os valores de consistência interna mais baixos obtidos de todos os estudos analisados (Tabela 4). Também se verificou que nos estudos de Alves (2012), Santa (2014), Francisco (2017) e Tavares (2017) que os valores de *a de Cronbach* no último fator (família como um fardo) tem uma consistência interna baixa, contudo, semelhante ao resultado da escala original na versão portuguesa, que também tem uma consistência baixa (0,49).

As variáveis habilitações académicas, título profissional, formação em enfermagem de família e contexto de trabalho são aquelas em que se verifica uma relação estatisticamente significativa com atitudes favoráveis dos enfermeiros quanto ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, no maior número de estudos como se observa no Quadro 5.

Quadro 5 - Principais conclusões dos estudos analisados sobre a influência das variáveis sociodemográficas e/ou profissionais nas atitudes dos enfermeiros

Variáveis em estudo	Conclusão dos estudos	Autores dos estudos
Idade	• Os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar atitudes de maior suporte face à família, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem;	• Silva, 2011 • Sousa, 2011
Género	• Os enfermeiros do sexo feminino tendem a evidenciar atitudes de maior suporte face à família;	• Galinha et al., 2014
Tempo de exercício profissional	• Os enfermeiros com maior tempo de exercício profissional total tendem a evidenciar atitudes de maior suporte face à família;	• Silva, 2011 • Sousa, 2011
Ter filhos	• Os enfermeiros com filhos tendem a evidenciar atitudes de maior suporte face à família;	• Galinha et al., 2014
Estado civil	• Os enfermeiros casados tendem a evidenciar atitudes de maior suporte face à família;	• Galinha et al., 2014
Habilitações académicas	• Os enfermeiros com maior grau académico (mestrado) tendem a evidenciar atitudes de maior suporte face à família;	• Fernandes et al., 2018 • Francisco, 2017 • Rodrigues, 2013 • Silva, 2011 • Sousa, 2011

Categoria profissional	• Os enfermeiros chefes tendem a evidenciar atitudes de maior suporte face à família;	• Francisco, 2017
Título profissional	• Os enfermeiros com formação especializada em enfermagem tendem a evidenciar atitudes de maior suporte face à família;	• Fernandes et al., 2018 • Pires, 2016 • Rodrigues, 2013 • Silva, 2011 • Sousa, 2011
Formação em Enfermagem de Família	• Os enfermeiros que possuem formação em enfermagem de família são os que evidenciam atitudes de maior suporte face à família;	• Alves, 2012 • Francisco, 2017 • Martins et al., 2010 • Silva, 2011 • Sousa, 2011
Método de trabalho	• Os enfermeiros que trabalham segundo o método funcional evidenciam menores valores nas atitudes de suporte face à família, ou seja, revelam atribuir menor importância às famílias nos cuidados de enfermagem;	• Silva, 2011
Contexto de trabalho	• Os diferentes contextos de trabalho influenciam as atitudes dos enfermeiros;	• Fernandes et al., 2018 • Pires, 2016 • Silva, 2011
Experiência com familiares gravemente doentes	• Os enfermeiros que tiveram experiência com familiares gravemente doentes evidenciam atitudes de maior suporte face à família;	• Pires, 2016 • Sousa, 2011

Fonte: elaborado pela autora.

Pela análise dos resultados dos 13 estudos analisados, quanto à variável idade verifica-se que os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar atitudes de maior suporte face à família, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem, conforme se constata nos estudos de Silva (2011) e Sousa (2011).

Quando analisado o género Galinha et al. (2014) afirma que as mulheres apresentam valores médios mais elevados na primeira e segunda dimensão, enquanto os homens apresentam valores médios mais elevados na terceira dimensão. Ou seja, as mulheres possuem uma atitude mais favorável perante a família nos cuidados, do que os homens. Quanto ao estado civil, na investigação realizada por Galinha et al. (2014), os autores referem que os enfermeiros solteiros possuem um valor médio mais elevado na dimensão que considera a família como um fardo.

Silva (2011) e Sousa (2011) concluíram nos seus estudos que os enfermeiros mais velhos e com maior tempo de exercício profissional total tendem a evidenciar maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

A formação, quer a formação académica quer a formação em enfermagem de família, é a variável que mais consistentemente influencia as atitudes dos enfermeiros quanto ao envolvimento das famílias nos cuidados. Em vários estudos a variável habilitações académicas tem demonstrado significado estatístico quando avaliada a sua influência nas atitudes dos enfermeiros (Fernandes et al., 2018; Francisco, 2017; Rodrigues, 2013; Silva,

2011; Sousa, 2011). Os estudos de Silva (2011) e Fernandes et al. (2018) referem que os enfermeiros com maior grau académico são aqueles que consideram menos a família como um fardo. Verificou-se também, que os enfermeiros com formação especializada em enfermagem apresentam atitudes de maior suporte relativamente à família, apresentando valores de médias superiores às dos restantes enfermeiros no que diz respeito às atitudes positivas face à família (Fernandes et al., 2018; Pires, 2016; Rodrigues, 2013; Silva, 2011; Sousa, 2011). Para Francisco (2017) os enfermeiros chefes apresentam melhores atitudes na primeira e segunda subescala, enquanto os enfermeiros graduados obtiveram uma pontuação média mais elevada na terceira subescala.

Quanto à variável, formação em enfermagem de família, vários foram os estudos que demonstraram que os enfermeiros com esta formação apresentam médias superiores nas dimensões representativas de atitudes mais favoráveis ao envolvimento das famílias nos cuidados e média inferior na dimensão que considera a família como um fardo (Alves, 2012; Francisco, 2017; Martins et al., 2010; Silva, 2011; Sousa, 2011).

No estudo de Silva (2011) relativamente à variável, método de trabalho, a autora afirma que os enfermeiros que trabalham segundo o método funcional evidenciam valores inferiores nas atitudes de suporte face à família, ou seja, revelam atribuir menor importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

Verificou-se ainda que, quanto ao contexto de trabalho, que vários investigadores concluíram que este influencia as atitudes dos enfermeiros. Esta influência foi averiguada tanto em estudos com participantes em cuidados de saúde primários como em cuidados de saúde diferenciados (Fernandes et al., 2018; Pires, 2016; Silva, 2011).

Finalmente, a variável experiência pessoal com familiares gravemente doentes, verifica-se o valor estatístico nos estudos de Pires (2016) e Sousa (2011). Na segunda subescala, “família como um recurso nos cuidados de enfermagem” o valor significativo confirma que, os enfermeiros que passaram por uma experiência pessoal com familiares doentes, possuem atitudes de valorização da participação das famílias nos cuidados.

1.2.3. Discussão dos resultados

O objetivo desta *scoping review* foi mapear e analisar os estudos que implementassem a escala IFCE-AE em amostras portuguesas. Para atingir este objetivo foram selecionados 13 estudos que se incluíram nesta revisão.

A atitude dos profissionais é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, sendo reconhecido que uma atitude favorável potencia o

desenvolvimento de um trabalho de parceria e partilha entre os intervenientes, o que acontece na maioria dos profissionais interpelados em Portugal. Os estudos nacionais revelam pontuações finais do *score* total da escala superiores a 73 pontos. Estes dados são corroborados tanto pelos estudos produzidos a nível nacional, como internacional (Ângelo et al., 2014; Beinzein et al., 2008; Broekema, Luttik, Steggerda, Paans & Roodbol, 2018; Chaves et al., 2017; Oliveira et al., 2011; Ribeiro, 2016). Estas referências vão de encontro às orientações nacionais e internacionais para a envolvimento da família nos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2013). A confirmação de que as atitudes dos enfermeiros são favoráveis no envolvimento das famílias revela que a maioria dos profissionais apoia a importância do trabalho em parceria e, numa forma geral, têm a perceção que esta atuação favorece o restabelecimento e a promoção da saúde dos seus utentes e famílias.

Quanto às dimensões da escala, a dimensão 1 “parceiro dialogante e recurso de *coping*” é a que apresenta médias mais elevadas, o que permite inferir que os enfermeiros consideram em primeira instância a família como uma fonte de informação, um interlocutor com quem se pode estabelecer uma conversação terapêutica. O enfermeiro deve desenvolver competências para uma relação empática, terapêutica e de escuta ativa, o que contribui para aproximação das famílias. Uma relação de colaboração com as famílias é caracterizada por uma relação recíproca não hierárquica, em que as famílias são percebidas como especialistas, potenciando os seus pontos fortes e recursos. Esta relação permite capacitar as famílias para fazer face aos eventos previsíveis ou acidentais que implicam mudança e reorganização dos seus papéis (Benzein et al., 2008b; IFNA, 2015).

Em contrapartida, no estudo de Alves (2012), Fernandes et al. (2018) e Silva (2011) que a dimensão 2 “família um recurso para os cuidados de enfermagem” revelou-se com médias superiores, em comparação com a primeira dimensão. A possibilidade deste dado pode relacionar-se com a existência de práticas segundo o modelo biomédico, onde a família está presente, mas não é vista como cliente. É necessário investir na formação, para a valorização da família nos cuidados de enfermagem e para a mudança do foco de comportamentos e de atitudes nos cuidados (Chaves et al., 2017; Duhamel, Dupuis, Turcotte, Martinez & Goudreau, 2015;).

Considerar a família como um fardo significa dificuldades acrescidas para a concretização do trabalho de enfermagem, considerando a sua presença uma fonte de stress e falta de tempo para cuidar destas (Benzein et al., 2008b). Frequentemente acontece quando o enfermeiro estabelece prioridades na sua atividade profissional e estas podem não incluir o envolvimento da família nos cuidados. As barreiras pessoais, organizacionais e ambientais são muitas vezes apontadas como o motivo desta atitude, dificultando o desenvolvimento de um relacionamento cooperativo entre enfermeiros e famílias (Ângelo et al., 2014; Benzein et al., 2008b; Hetlanda et al., 2018). Em todos os estudos analisados, esta dimensão

teve valores mais baixos, denotando-se que os enfermeiros portugueses não sentem a família como um fardo.

No âmbito da análise das variáveis que pudessem influenciar a atitude dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias como: a idade; o género; estado civil; a experiência profissional; o grau académico; a categoria profissional; o tempo de exercício profissional; o método de trabalho; o contexto de cuidados; a formação em enfermagem à família e as experiências com familiares gravemente doentes existem ligeiras diferenças nas pontuações médias totais, particularmente em algumas variáveis. Estas diferenças podem inferir que as atitudes são influenciáveis.

De acordo com as autoras da escala original (Benzein et al., 2008b), as mulheres possuem atitudes mais favoráveis na participação dos familiares nos cuidados. Este facto foi também verificado no estudo nacional realizado por Galinha et al. (2014) e a nível internacional por Gusdal, Martin, Josefsson e Adolfsson (2017), Linnarsson, Benzein e Årestedt (2015) e Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir e Saveman (2011). Contudo, não foi corroborado na versão validada da escala em Portugal (Oliveira et al., 2011).

A idade, também é um fator que contribui na influência das atitudes dos enfermeiros. Este resultado é igualmente identificado, tanto na escala original (Benzein et al., 2008b) como nos estudos portugueses de Silva (2011) e Sousa (2011). O mesmo se verifica nos estudos de Blöndal et al. (2014), Cruz (2015), Gusdal et al. (2017) que mencionam que os enfermeiros mais velhos evidenciam atitudes de maior suporte com maiores *scores* na primeira e segunda dimensão.

No que se refere ao estado civil, existe pouca literatura que valide a contribuição desta variável nas atitudes, em Portugal apenas foi mencionado pelos investigadores Galinha et al. (2014).

Importa referir que a variável habilitações literárias contribui amplamente para a influência das atitudes dos enfermeiros, tanto a nível nacional, como internacional. Vários autores afirmam que quanto mais diferenciado o nível de ensino, mais favoráveis são as atitudes verificadas (Benzein et al., 2008b; Gusdal et al., 2017; Luttik et al., 2017; Sveinbjarnardottir et al., 2011).

Embora a variável formação em enfermagem de família seja pouco mencionada em estudos internacionais, existem investigações que incluem um programa de intervenção sobre enfermagem de família e comparam as avaliações pré e pós intervenção. Verificou-se assim, uma mais-valia para os enfermeiros, oferecendo-lhe as ferramentas necessárias para a aquisição de novos conhecimentos e práticas e ao mesmo tempo sensibilizando-os para a importância das famílias nos cuidados (Blöndal et al., 2014; Broekema et al. 2018; Cruz, 2015; Svavarsdottir et al., 2015; Sveinbjarnardottir et al., 2011).

As evidências apresentadas, aquando do processo de construção da FINC-NA, mencionam que os enfermeiros recém-formados não apresentam atitude de suporte em relação à família, apresentando valores elevados na dimensão 3 (Benzein et al., 2008b). O que é corroborado pelos autores portugueses Silva (2011) e Sousa (2011), assim como por Blöndal et al. (2014), Gusdal et al. (2017), Hsiao & Tsai (2015) e Sveinbjarnardottir et al., (2011). Ambos concluíram que os enfermeiros com alguns anos de experiência detêm maior facilidade de incluir os membros da família como unidade de cuidados. Em contrapartida, Ângelo et al. (2014) e Cruz (2015) verificaram o inverso nos estudos realizados no Brasil.

Embora as políticas nacionais e internacionais foquem a importância da inclusão dos familiares nos cuidados em unidades de cuidados de saúde primários e diferenciados, mantém-se uma limitação para esta prática (Berger et al., 2014). Quanto mais os serviços são especializados, por exemplo nas unidades de cuidados intensivos, maior a exigências dos cuidados, e por este motivo os enfermeiros necessitam de dar prioridade às suas intervenções, ficando a família para segundo plano. Já em contexto pediátrico, tem se verificado uma maior valorização da família integrando-a nos cuidados (Ângelo et al., 2014; Benzein et al., 2008b; Saveman et al., 2011). Outros contextos onde a aproximação das famílias é evidente são os serviços de cuidados paliativos, de cuidados de saúde primários e psiquiatria (Hsiao & Tsai, 2015; Saveman et al., 2011; Sveinbjarnardottir et al., 2011). Porém, nos serviços de curta duração e nos serviços mais especializados, essa realidade ainda não está enraizada (Blöndal et al., 2014).

Alguns estudos internacionais revelaram significado estatístico quanto à variável experiência pessoal de membros da família com doença grave (Benzein et al., 2008b; Hsiao & Tsai, 2015; Linnarsson et al., 2015, Sveinbjarnardottir et al., 2011). O mesmo foi corroborado em Portugal por Pires (2016) e Sousa (2011).

2. ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À FAMÍLIA, EM CONTEXTO PEDIÁTRICO.

Considerada uma unidade básica da sociedade e ligada por laços afetivos, a família é uma unidade complexa, dinâmica e influenciada pelo meio social e cultural de onde esta está inserida. Nesta unidade, não há forma de se eleger o papel/função de cada elemento, a não ser o papel de esposa e marido, através do matrimônio, ou de pai ou mãe, aquando do nascimento de um filho (Relvas, 2006). No meio familiar, dos pais são esperados sentimentos de amor, cabendo-lhes a função de proteger, guiar, cuidar, educar e “dar amor e afeto”. A representação destes papéis está intrinsecamente relacionada com as vivências de ser filho, ou seja, é influenciado pelos modelos de pa(ma)ternidade da sua família de origem (Carrillo, Bermúdez, Gutiérrez, Suárez & Delgado, 2016; Martins, Abreu & Figueiredo, 2017).

A parentalidade é um dos acontecimentos mais marcantes na vida dos indivíduos, assinalado pelo início de uma nova fase do ciclo vital da família. É um processo complexo de aprendizagem e desenvolvimento, em que ser pai ou mãe, é dependente de diversos fatores pessoais, sociais, culturais e até inclusive dos atributos e do temperamento da criança. Não é um processo automático, inicia-se com o nascimento de um filho e exige uma reorganização de identidades e papéis. Estas alterações são possíveis utilizando estratégias e respostas parentais com recurso a processos cognitivos (de aprendizagem), relacionais (suporte familiar) e operacionais (partilha de tarefas) (Martins et al., 2017).

Hospitalização da criança/adolescente

O desejo de ter um filho faz parte de uma construção e de um desejo, onde os pais constroem um lugar imaginário para este, baseado nas suas expectativas. Contudo, este acontecimento normativo, pode ser perturbado no momento em que a condição de saúde da criança é alterada. Por exemplo, face ao evento de hospitalização de um filho, os pais perdem a sua expectativa de parentalidade “normal” (Costa et al., 2018).

Acontecimentos “acidentais” no seio de uma família, nomeadamente a doença de um filho, repercutem-se na alteração de toda a dinâmica familiar. A vulnerabilidade, stress e o sofrimento impostos às famílias, durante as transições saúde/doença, desafiam as suas forças e recursos, exigindo uma adaptação para enfrentar as mesmas (Costa et al., 2018; Figueiredo, 2012). Compreender a experiência da família neste contexto é fulcral para os

profissionais, para que possam apoiar e intervir, no sentido de responder às suas necessidades (Coats et al., 2018; Doupnik et al., 2017; Johnston, 2018).

A criança e o adolescente, quando hospitalizados, trazem na bagagem as suas famílias, tornando-se um desafio para a enfermagem pediátrica. Os enfermeiros não cuidam só das partes deste sistema, mas sim, para mantê-lo funcional, cuidam-no num todo (Costa et al., 2018; Felipin et al., 2018; Wright & Leahey, 2013). Por tudo isto, parece lógico afirmar que a enfermagem assume um papel importante na promoção da saúde e no acompanhamento das famílias, durante e após o diagnóstico de doença à criança/adolescente.

A experiência da hospitalização exige uma readaptação de toda a unidade familiar, pois as expectativas normais dos pais, em relação ao filho, são comprometidas quando este necessita de cuidados de saúde. Os pais experienciam sentimentos de vulnerabilidade, pela dependência súbita de uma equipa multidisciplinar, para se sentirem capazes de cuidar do seu filho. Para a diminuição dos efeitos negativos da vivência destes acontecimentos, e ao mesmo tempo, das repercussões negativas para a família, é crucial identificar precocemente os conflitos do papel parental (as necessidades cognitivas, emocionais, comportamentais e das relações conjugais) e providenciar estratégias eficazes (Costa et al., 2018; Sigurdardottir, Garwick & Svavarsdottir, 2017).

Uma boa comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica e empática com a família, o fornecimento de informação, em formato escrito ou oral, escuta ativa e a providência de recursos para o apoio social são alguns dos contributos para melhorarem o bem-estar dos pais durante e após a hospitalização da criança e/ou adolescente (Doupnik et al., 2017; Sigurdardottir et al., 2017).

Cuidados Centrados na Família

Os enfermeiros estão na linha da frente no processo de cuidados, são estes os mais disponíveis para ajudar as famílias na compreensão do processo de doença, do tratamento e das intervenções de manutenção/recuperação da saúde. A equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental na manutenção da saúde física e psicológica da unidade familiar (Johnston, 2018; Wright & Leahey, 2013).

Para um CCF é necessário conhecer a estrutura familiar e compreender a sua organização, percebendo e respeitando as suas características individuais, as crenças e os seus valores (Kaakinen et al., 2018; Shields, 2015), como já referido anteriormente, o reconhecimento da família como foco de cuidados é indispensável para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Neste ponto de vista, a família deve assumir uma postura ativa no processo de cuidar (Azevedo et al., 2018; Shield, 2015).

As famílias e os profissionais de saúde precisam colaborar e trabalhar como parceiros iguais nos cuidados. De realçar, que os enfermeiros devem ajudar a potenciar a capacidade dos pais para o seu novo papel parental, informar para o processo de negociação de cuidados e envolver os mesmos na tomada de decisão (Feeg et al., 2015; Mendes, 2016).

O objetivo do CCF é reconhecer a família como uma parte fundamental dos cuidados de saúde, garantindo a sua participação no planeamento dos cuidados de saúde e visa estimular e fortalecer o vínculo natural da família com a criança, promovendo um funcionamento familiar saudável, mesmo em situações de doença (Felipin et al., 2018; Shield, 2015).

É importante para os pais verem respeitada a sua aptidão e mestria para cuidar do filho que está doente, partilhando as responsabilidades dos cuidados no hospital com os elementos da equipa, para deste modo, continuarem a sentirem-se confiantes enquanto pais (Mendes, 2016).

Este modelo tem sido amplamente aplicado em todo o mundo, no seio das instituições e na prática clínica e é constituído pelos seguintes elementos: considerar a família como a peça central na vida de uma criança; o respeito pelas preferências da família (a diversidade cultural, étnica, racial, espiritual, social, económica, educacional e geográfica); reconhecer e respeitar as estratégias de *coping* de cada família, valorizá-las e incluí-las em todo plano de recuperação (quer sejam desenvolvimentais, educacionais, emocionais ou financeiros); encorajar e facilitar o apoio à família e redes de apoio, a partilha de informação de uma forma útil, honesta e completa, para promover a tomada de decisão participativa; a colaboração em todos os níveis de prestação de cuidados e uma abordagem baseada nos pontos fortes e de suporte das crianças/adolescentes e famílias (Coombs et al., 2017; Felipin et al., 2018).

A base deste modelo é a parceria de cuidados e inúmeros estudos tem demonstrado que os benefícios vão para além das crianças/adolescentes e familiares, incluindo os prestadores de serviços e as instituições hospitalares (Chaves et al., 2017; Shield, 2015).

O cuidado com as famílias transcende a técnica, requer do enfermeiro uma interação com competência e sensibilidade, a criação de vínculos e um reajustamento das suas atitudes segundo as situações. O enfermeiro tem de ter a competência de capacitar as famílias no sentido de se auto-organizarem e encontrarem as forças e recursos para a resolução dos seus problemas de saúde (Coats et al., 2018; Costa et al., 2018; Sigurdardottir et al., 2017).

A família é considerada uma referência de humanização dos cuidados e um dos pilares indispensáveis de sustentação no processo de recuperação (Felipin et al., 2018; Wright & Leahey, 2013). Não estar com as pessoas que a criança/adolescente confiam, num ambiente hospitalar, pode potenciar reações emocionais. Sabe-se atualmente que a presença dos pais, durante os procedimentos invasivos, reduz os níveis de ansiedade dos membros da família e

também a ansiedade, a dor e os comportamentos de fuga nas crianças, acelerando o processo de recuperação (Sağlık & Çağlar, 2019).

Os familiares, principalmente as mães, em caso de hospitalização, são o cuidador mais próximo das crianças/adolescentes (Costa et al., 2018). Com esta aproximação pretendem proteger o filho do sofrimento psíquico e físico, tais como, da dor, das angústias, das tristezas e choros, dos procedimentos invasivos e da rutura familiar, que pode acontecer nesta fase. O facto de os enfermeiros envolverem os elementos da família nos cuidados, nas rotinas durante o internamento, dando a oportunidade de expressar as suas necessidades e as da criança, assim como, ter a oportunidade de questionar e ver as suas dúvidas, apazigua e fortalece a relação com as famílias (Azevedo et al., 2018).

Desta forma, é importante a implementação de estratégias e intervenções que promovam às famílias a adopção de mecanismos de *coping* e adaptação aos sentimentos provocados pela hospitalização de um filho. Manter os pais permanentemente junto dos seus filhos, uma comunicação positiva, aberta, empática, respeitosa e um bom relacionamento entre equipa de enfermagem/família, facilita a parceria de cuidados, bem como, possibilita a corresponsabilização dos cuidados prestados à criança/adolescente (Azevedo et al., 2018; Costa et al., 2018; Johnston, 2018).

Também, durante o internamento, o enfermeiro pode potenciar o método de *coping* das famílias ao prestar informações relativas à saúde e ao estado da criança/adolescente, ao manter a relação de vínculo criança/adolescente/família, ao incentivar à participação nos cuidados da criança/adolescente internada, bem como ao promover a manutenção da esperança e da rede social de apoio (Azevedo et al., 2018; Coombs et al., 2017).

Este envolvimento pode ser influenciado pelas crenças e valores das famílias, contudo o diálogo deve ser sempre priorizado e a família reconhecida pela equipa como participantes nos cuidados, capazes de desenvolver as competências necessárias para o papel de prestadores de cuidados e não como obstáculos (Felipin et al., 2018).

O envolvimento dos pais tem um efeito positivo sobre o bem-estar psicológico, físico e social da criança e fortalece a capacidade funcional da família. Ou seja, fortalece a continuidade das relações estabelecidas e do desempenho de papéis, assim como, facilita a competência parental após a alta e diminui os níveis de ansiedade destes (Sağlık & Çağlar, 2019).

Não obstante, o CCF mantém-se como um desafio do ponto de vista estrutural, ideológico e das práticas dos profissionais de saúde. É importante superar as limitações subjacentes aos recursos materiais e humanos, dos serviços de saúde, mas também, as práticas já instauradas (Coats et al., 2018). A literatura refere que a falta de comunicação eficaz, as expectativas profissionais e as questões de poder e controle são muitas vezes o fator inibitório para a negociação aberta e mútua entre as famílias e os profissionais de enfermagem (Feeg et al., 2015; Shield, 2015).

Embora seja uma abordagem que tem vindo a ser explorada há mais de cinco décadas, existem unidades de cuidados que, pela sua constituição, mostram limitações para a prática. Como exemplo temos as unidades de cuidados intensivos que apresentam como fatores dificultadores a estrutura física, o equipamento e tecnologia avançada, as rotinas exigentes e prolongadas, o que dificulta a permanência dos pais na unidade, assim como a participação plena nos cuidados (Bagnasco et al., 2017; Butler, Willetts & Copnell, 2017).

Quando os enfermeiros não envolvem as famílias nos cuidados, a família sente-se fragilizada, sem suporte, aumentando os sentimentos de vulnerabilidade, depressão e sofrimento. Estudos comprovam que, as famílias que adquirem a capacidade de participar dos cuidados hospitalares de uma criança, estão preparadas para receber informações e a participar nas tomadas de decisão e apresentam mecanismos capazes de melhorar a sua saúde emocional. E também contribuem para melhorar a condição de saúde da criança e a vivência da hospitalização (Doupnik et al., 2017).

A discrepância de conceções de cuidados, mesmo em serviços apoiados pela filosofia de CCF, deve-se também à falta de um guia de boas práticas universal, pouco investimento em formação sobre a aplicação deste conceito, assim como falta de metas institucionais e a diversidade cultural (Bagnasco et al., 2017).

De um modo geral, os enfermeiros têm dificuldades em identificar este modelo, destacando apenas pontos isolados desta filosofia. Conhecer o conceito de cuidado centrado na família deve ser o primeiro passo, no sentido de reconhecer a sua importância, e uma passagem crucial para a sua efetiva implementação nos serviços de saúde (Felipin et al., 2018).

A qualidade da relação entre os profissionais de saúde e os membros da família é importante para entender como as práticas ou atitudes podem ser usadas para maior benefício da saúde e do bem-estar dos elementos da família (Chaves et al., 2017; Mackie et al., 2017). A atitude envolve dimensões afetivas, cognitivas e comportamentais como resposta a um estímulo (Oliveira et al., 2011).

A atitude dos enfermeiros nos últimos anos tem sofrido alterações, denota-se por parte dos profissionais de enfermagem uma maior valorização da presença e colaboração da família nos cuidados, o que implica atitudes mais positivas (Benzein et al., 2008b). Por isso, é interessante observar as atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento dos pais no cuidado da criança hospitalizada, pois tudo isso influencia a dinâmica do trabalho.

As atitudes ou crenças dos enfermeiros em relação ao envolvimento das famílias nos seus cuidados são consideradas fundamentais para a possibilidade de mudanças terapêuticas, levando à diminuição do sofrimento e à recuperação entre os familiares (Saveman, 2010).

2.1. Material e Método

A finalidade desta investigação centrou-se na necessidade de avaliar a importância atribuída pelos enfermeiros de pediatria ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, de forma a contribuir para uma melhoria da intervenção de enfermagem na família em contexto pediátrico.

2.1.1. Questões de investigação e objetivos do estudo

Neste sentido, a questão de partida para este estudo foi: “Qual a atitude dos enfermeiros sobre o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico?”.

De acordo com a questão de investigação e a natureza do estudo, delinearam-se os seguintes objetivos: caracterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em contexto pediátrico sobre a importância de envolver as famílias nos cuidados de enfermagem e identificar as relações entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a sua atitude face à família, em contexto pediátrico.

2.1.2. Desenho do estudo

No sentido de dar resposta aos objetivos planeados foi necessário optar por uma metodologia que garantisse a credibilidade e validação do estudo. Desta forma, e uma vez definida pelo investigador a problemática a estudar, realizou-se um estudo quantitativo, do tipo descritivo e correlacional. Esta investigação é transversal, uma vez que a obtenção dos dados ocorre num único momento para cada participante (Fortin, 2009).

2.1.3. População e amostra

Da população alvo em estudo fizeram parte profissionais de enfermagem dos serviços de Pediatria Médica, Pediatria Cirúrgica, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), Neonatologia e Urgência de Pediatria, de três Instituições Hospitalares do Norte de Portugal.

Os critérios de inclusão na amostra foram: ser enfermeiro e exercer as suas atividades profissionais em unidades hospitalares de pediatria. A colheita de dados aconteceu de 6 de maio a 25 de junho de 2019. A amostra obtida foi de 226 enfermeiros, de uma população de 370 enfermeiros.

2.1.4. Instrumento de colheita de dados

O instrumento utilizado no estudo foi a escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE), versão revista da escala por Saveman et al. (2011).

Conforme referido anteriormente no Capítulo 1 “*A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: scoping review das atitudes dos enfermeiros portugueses*” o questionário é dividido em duas partes, a primeira, com questões de caracterização sociodemográficas e profissionais: sexo, idade, grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional (total e no serviço atual), formação em enfermagem de família, serviço onde exercem atividade, experiência prévia com familiares com patologia grave e se o local de trabalho possui uma orientação para os cuidados com as famílias. A segunda parte é referente à escala IFCE-AE. Este instrumento permite medir as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem e apresenta 26 itens. Optou-se pela versão revista e proposta por Saveman et al., em 2011, que sugere a aplicação da escala de *Likert* com cinco opções de resposta: discordo completamente (1) a concordo completamente (5). Esta versão apresentou melhor comportamento quanto à distribuição dos *scores*, homogeneidade e dimensionalidade (Saveman et al., 2011).

Mantém quatro dimensões como na escala original (Quadro 6): família como um recurso nos cuidados de enfermagem (constituída por 10 itens), família como um parceiro dialogante (8 itens), família como um fardo (quatro itens) e família como próprio recurso (quatro itens). A pontuação varia entre 26 e 130, sendo que quanto maior o *score* obtido, mais atitudes dos enfermeiros sobre a família são favoráveis.

A escala FINC-NA foi traduzida, adaptada e validada para Portugal, pelos investigadores da UNIESEP, que autorizam a utilização da escala, versão Portuguesa IFCE-AE. A autorização para a aplicação da escala FINC-NA modificada por Saveman et al. (2011) foi concedida para a investigação internacional sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros, no qual se inclui o presente estudo.

Quadro 6 - Dimensões do FINC-NA na versão revista por Saveman et al., 2011

Dimensões	Itens
1- Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho. 4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente. 5. A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o). 7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança. 10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho. 11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente. 13. A presença de membros da família é importante para os mesmos. 20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil. 21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho. 22. É importante dedicar tempo às famílias.
2- Família como um parceiro dialogante	1. É importante saber quem são os membros da família do utente. 6. No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente. 9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro. 12. Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente. 14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados. 15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente. 19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente. 24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.
3- Família como um fardo	2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho. 8. Não tenho tempo para cuidar das famílias. 23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar. 26. A presença de membros da família deixa-me em stresse.

4- Família como próprio recurso	16. Pergunto às famílias como as posso apoiar. 17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações. 18. Considero os membros da família como parceiros 25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.
--	---

Fonte: Saveman et al. (2011).

Na Tabela 5, pode verificar-se o cálculo de fidelidade das várias dimensões e do *score* total na escala revista por Saveman et al. (2011).

Tabela 5 - Análise da consistência interna da escala FINC-NA modificada

Dimensões	<i>a Cronbach</i> (Saveman et al., 2011)
1- Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	0,79
2- Família como um parceiro dialogante	0,71
3- Família como um fardo	0,86
4- Família como próprio recurso	0,80
<i>a Cronbach da Escala Total</i>	0,89

Fonte: Saveman et al., 2011.

2.1.5. Variáveis em estudo

Neste estudo foram identificadas variáveis independentes e dependentes, cuja operacionalização foi descrita no Quadro 7 e 8, respetivamente.

Quadro 7 - Variáveis independentes (perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros)

Variável	Dimensão	Indicador
Perfil sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros	Sexo	Feminino Masculino
	Idade	[20-30]; [31-40]; [41-50]; ≥51
	Grau académico	Bacharelato Licenciatura

		Mestrado Doutoramento
	Título profissional	Enfermeiro Enfermeiro Especialista
	Tempo de exercício profissional	≤1; [2-5]; [6-10]; [11-15]; [16-20]; ≥20
	Tempo de exercício profissional no serviço atual	≤1; [2-5]; [6-10]; [11-15]; [16-20]; ≥20
	Formação em Enfermagem de Família	Sim Não
	Serviço onde trabalha	Neonatologia Pediatria Médica Pediatria cirúrgica Urgência de Pediatria UCIP
	Experiências anteriores com familiares gravemente doentes	Sim Não
	Orientação para o cuidado das famílias	Sim Não

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 8 - Variável dependente - Atitudes dos Enfermeiros face à família

Variável	Dimensão	Indicador
Atitudes dos enfermeiros face à família	Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Nem Discordo/Nem Concordo; 4. Concordo; 5. Concordo completamente
	Família como um parceiro dialogante	
	Família como um fardo	
	Família como próprio recurso	

Fonte: Saveman et al. (2011).

2.1.6. Considerações éticas

O planeamento e a execução de um estudo de investigação implicam responsabilidade e profissionalismo por parte do investigador, assim como o seu compromisso no cumprimento e respeito pelos princípios éticos.

Deste modo, no âmbito da metodologia selecionada e correspondente ao estudo em execução, foram realizados um conjunto sequencial de procedimentos éticos e formais. Foi solicitada a autorização para a colheita de dados nas diferentes instituições hospitalares, através de requerimentos dirigidos aos Presidentes do Conselho de Administração e à apreciação das comissões de ética. Foram também solicitadas as autorizações aos respetivos

diretores clínicos e enfermeiros chefes de cada serviço e a autorização para a colaboração na colheita de dados aos enfermeiros de cada unidade.

Os pareceres favoráveis foram obtidos, na primeira instituição com o número de parecer N/Ref.^a 2019.056(048-DEFI/049-CE, na segunda instituição N°: 03/19 e na terceira instituição com o N°: 21/2019-1 tornando possível a realização da colheita de dados.

Na mesma linha de pensamento, foi ainda obtido o consentimento informado de todos os participantes no estudo, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e a Lei da Proteção de Dados Pessoais (Decreto-Lei n.º 67/98 de 26 de outubro, 1988). Para estes efeitos, foi realizada uma declaração de consentimento informado cujo interesse foi de apresentar um resumo dos elementos para a compreensão do projeto de investigação: a contextualização do estudo, os objetivos, os pressupostos éticos que asseguram o respeito pela individualidade da pessoa, pela confidencialidade e privacidade dos dados. Após o conhecimento de toda a informação relevante do estudo os participantes, através do consentimento livre e esclarecido, deram a permissão para participação no estudo.

2.1.7. Procedimentos adotados na análise dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa IBM SPSS versão 25.0. Numa primeira etapa efetuou-se uma análise exploratória dos dados através de uma descrição univariada das variáveis, recorrendo a medidas de tendência central, partição e dispersão.

As pontuações da escala total de IFCE-AE e as subescalas foram tratadas como escalares (contínuas). Os valores em falta no instrumento foram substituídos por imputação de valores médios de itens como sugerem os autores da versão original (Benzein et al., 2008b).

Seguiu-se uma análise bivariada entre a IFCE-AE e as principais variáveis estudadas. Tendo por base as opções adotadas pelos autores da escala versão original e pela validação portuguesa (Benzein et al., 2008b; Oliveira et al., 2009) optou-se pelo uso de estatística não paramétrica. Assim, no estudo das diferenças entre dois grupos independentes usou-se o teste de *Mann Whitney* (U). Na comparação de três ou mais grupos independentes recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* (H). Para avaliar a força de associação entre variáveis contínuas/ordinais utilizou-se a correlação de *Spearman* (r_s).

A consistência interna foi avaliada através do coeficiente *Alpha de Cronbach*, que fornece uma medida de fidelidade, sendo obtida com base na média das intercorrelações entre todos os itens da escala. Para uma boa consistência interna o valor de *alpha* deve ser superior a

0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número de itens muito baixo (Ribeiro, 2010).

Procedeu-se a uma análise fatorial exploratória da escala através da análise dos componentes principais com rotação ortogonal segundo o método varimax com normalização do tipo *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). Esta estatística permite agrupar os itens num conjunto homogêneo e assim, identificar a relação de um grupo de itens com as diferentes dimensões. Para a determinação do número de fatores foram adotados os seguintes critérios: (1) *eigenvalues* >1; (2) exclusão das cargas fatoriais <0,40; (3) cada fator deve explicar no mínimo 5% da variância; (4) aplicação dos princípios de descontinuidade (Almeida & Freire, 2008; Polit & Hungler, 2000). Explorou-se uma solução forçada a três e a quatro fatores na tentativa de perceber se a versão em estudo apresentava uma solução alinhada com a versão original da IFCE-AE ou com a versão portuguesa (Benzein et al., 2008b; Oliveira et al. 2011).

Face aos resultados obtidos decidiu-se evoluir para uma análise fatorial confirmatória utilizando o programa AMOS (versão 24, IBM SPSS). Utilizou-se a matriz de covariância da IFCE-AE, tendo o modelo reflexivo estudado 26 variáveis observadas e 30 variáveis exógenas. De modo a poder estimar os parâmetros de cada item, para dar escala aos fatores, fixou-se a variância destes em 1. A normalidade foi avaliada pelo coeficiente de simetria e curtose uni e multivariada e a existência de *outliers* avaliada pela distância quadrada de *Mahalanobis*. Utilizou-se o Método da Máxima Verossimilhança de Estimação. O ajustamento local foi avaliado pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. A fiabilidade composta e a variância extraída média de cada fator foram avaliados como descrito por Marôco (2018). O ajustamento do modelo teve para além dos índices de modificação as considerações teóricas subjacentes e as recomendações de Kline (2011). Os índices de ajustamento utilizados foram: Qui-quadrado normalizado (χ^2/df), o *Root Mean Square Residual* (RMR), o *Goodness of Fit Index* (GFI) o *Comparative Fit Index* (CFI), o *Root Mean Square Error of Aproximation* (RMSEA). Foi considerada uma significância estatística quando o valor de *p* foi inferior a 0,05.

As subescalas da IFCE-AE foram transformadas a partir da soma dos itens.

2.2. Apresentação e análise dos resultados

A exposição dos resultados teve como referência os objetivos que orientaram a presente investigação. Neste sentido, foram apresentados os resultados através de tabelas onde se demonstram os dados mais relevantes do estudo.

2.2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

Do total da amostra (370 enfermeiros), obtiveram-se 226 questionários, o que perfaz uma taxa de resposta de 61,1%. A caracterização socio demográfica e profissional dos enfermeiros em estudo está representada na Tabela 6. Na apresentação dos resultados é mostrada as frequências absolutas e relativas dos dados válidos (excluíram-se os valores omissos).

Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais de enfermagem

Variáveis (n=226)	n	%
Sexo		
Feminino	207	92,4%
Masculino	17	7,6%
Idade (anos)		
20 a 30	31	13,9%
31 a 40	105	47,1%
41 a 50	57	25,6%
Mais de 51	30	13,5%
Grau académico		
Bacharelato	1	0,4%
Licenciatura	197	87,2%
Mestrado	27	11,9%
Doutoramento	1	0,4%
Título profissional		
Enfermeiro	95	42,0%
Enfermeiro especialista	131	58,0%
Tempo de exercício profissional (em anos)		
Menos de 1	0	0,0%
2 a 5	20	8,9%
6 a 10	49	21,9%
11 a 15	48	21,4%
16 a 20	32	14,3%
Mais de 20	75	33,5%
Tempo de exercício profissional no serviço atual (em anos)		
Menos de 1	25	11,3%
2 a 5	49	22,2%
6 a 10	43	19,5%
11 a 15	37	16,7%
16 a 20	23	10,4%
Mais de 20	44	19,9%

Formação em Enfermagem de Família		
Sim	49	22,1%
Não	173	77,9%
Serviço onde trabalha		
Neonatologia	78	34,5%
Pediatria médica	53	23,5%
Pediatria cirúrgica	18	8,0%
Urgência de pediatria	40	17,7%
UCIP	37	16,4%
Experiências anteriores de familiares gravemente doentes		
Sim	172	76,1%
Não	54	23,9%
Orientação para o cuidado das famílias		
Sim	108	49,3%
Não	111	50,7%

Fonte: elaborado pela autora.

Através da análise da Tabela 6, verifica-se que a amostra é predominantemente do sexo feminino. No que se refere à idade, o grupo etário mais representativo localiza-se entre os 31 e os 40 anos, com 47,1% da amostra.

Relativamente ao grau académico, a grande maioria dos profissionais são licenciados. Quanto ao título profissional, uma parte expressiva da amostra possuía uma especialidade (58,0%).

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional total, verificou-se que a maior percentagem dos enfermeiros (33,5%) exerce a sua atividade profissional há mais de 20 anos, seguidamente, com representatividade muito similar, exercem a profissão entre 6 a 10 anos e 11 e 15 anos. Relativamente ao tempo de serviço na atual unidade verifica-se que o intervalo de tempo 2 a 5 anos (22,2%) foi o mais figurativo.

A maioria dos participantes afirmou não possuir formação em Enfermagem de Família (77,9%).

No que concerne ao serviço onde atualmente trabalham, verificou-se que 34,5% trabalha no serviço de neonatologia, 23,5% na pediatria médica, 17,7% na urgência de pediatria, 16,4% na unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) e 8% na pediatria cirúrgica.

Uma percentagem correspondente a 76,1% dos enfermeiros refere ter tido experiências prévias com familiares gravemente doentes.

Quanto à existência de uma orientação para o cuidado das famílias no local de trabalho, 50,7% da amostra referiu que o serviço não estava orientado para o cuidado das famílias.

2.2.2. Análise fatorial

No sentido de se verificar a organização dos itens da escala, seguindo a proposta de Saveman et al. (2011), efetuou-se uma análise fatorial exploratória. O índice KMO (ou seja, a medida de homogeneidade das variáveis) obteve o valor de 0,85 mostrando adequação do tamanho da amostra. A solução encontrada sugeriu sete fatores com uma variância explicada de 60,9% e, portanto, bastante diferente da escala original (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise fatorial exploratória: componentes e cargas fatoriais da IFCE-AE

Itens	Componentes						
	1	2	3	4	5	6	7
Q21	0,738						
Q19	0,736						
Q22	0,735						
Q20	0,684						
Q25	0,451						
Q16		0,818					
Q17		0,748					
Q14		0,516					
Q6			0,787				
Q9			0,656				
Q24			0,517				
Q15				0,760			
Q13				0,626			
Q4				0,605			
Q11							
Q26					0,764		
Q23					0,684		
Q2					0,684		
Q8					0,458		-0,408
Q1						0,778	
Q12				0,450		0,538	
Q3						0,527	
Q5						0,515	
Q10							0,612
Q7			0,421				0,553
Q18	0,453						0,473

Fonte: elaborado pela autora.

Como a escala modificada apresentada por Saveman et al. (2011) apresenta quatro fatores, procedeu-se a uma análise com definição prévia, forçando a solução fatorial a 4 fatores.

A análise dos resultados mostrou que as alocações dos itens aos fatores divergiam um pouco das dimensões da versão modificada. Por último, testou-se uma solução forçada a três fatores no sentido de perceber se os resultados seriam sobreponíveis aos encontrados por Oliveira et al. (2011) numa amostra de participantes portugueses. Também aqui os resultados foram bastante divergentes.

Face aos resultados encontrados e tendo por base o modelo teórico da IFCE-AE decidiu-se proceder a uma análise fatorial confirmatória. Foi testado o modelo dos autores da versão modificada Saveman et al. (2011) com quatro fatores (Tabela 8 - Modelo 1) e o modelo sugerido por Oliveira et al. (2011) realizado numa amostra de participantes portugueses (Tabela 8 - Modelo 2). Os resultados apresentados na Tabela 8 indicam que os índices de ajustamento não se adequam aos modelos testados, mostrando que os valores de CFI são indicativos de um sofrível valor nos índices de ajuste comparativo. Como o Modelo 1 e correlacionados os erros dos itens 7 e 10; 7 e 22; 16 e 17; 1 e 2; 6 e 7. Testou-se este novo modelo (Tabela 8 - Modelo 3) tendo os índices de ajustamento melhorado substancialmente. Contudo, o valor de CFI continua em níveis pouco aceitáveis.

Tabela 8 - Índices de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória

	x ² /df	RMR	GFI	CIF	RMSEA	IC90%
Modelo 1	2,777	0,056	0,766	0,712	0,089	0,082-0,096
Modelo 2	2,782	0,060	0,764	0,708	0,089	0,082-0,096
Modelo 3	2,451	0,056	0,797	0,768	0,080	0,073-0,088

Fonte: elaborado pela autora.

Face aos resultados obtidos no estudo de validade fatorial optou-se por construir as dimensões da escala segundo as indicações dos autores Saveman et al. (2011).

2.2.3. Consistência interna

O estudo da fiabilidade compreendeu a determinação da consistência interna da escala IFCE-AE e das dimensões obtidas após análise fatorial, tendo sido calculado o coeficiente *a* de Cronbach (Tabela 9).

Tabela 9 - Validade interna da escala IFCE-AE na versão atualizada

Escala IFCE-AE	Dimensões	Nº Itens	<i>a</i> Cronbach
Versão atualizada	Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	10	0,79
	Família como um parceiro dialogante	8	0,74
	Família como um fardo	4	0,61
	Família como próprio recurso	4	0,68
<i>a Cronbach Total</i>			0,83

Fonte: elaborado pela autora.

A consistência interna da escala global mostra uma boa consistência interna (*a* de Cronbach de 0,83) (Ribeiro, 2010). Também as dimensões família como um recurso nos cuidados de enfermagem e família como um parceiro dialogante apresentaram boa consistência interna 0,79 e 0,74, respetivamente. De salientar que, as dimensões família como um fardo ($\alpha = 0,61$) e família como próprio recurso ($\alpha = 0,68$), revelaram valores de consistência interna razoáveis que também, como referem os autores da versão Portuguesa Oliveira et al. (2010), devem-se ao facto destas subescalas possuírem poucos itens na sua constituição.

2.2.4. Atitudes dos enfermeiros para com as famílias

Relativamente às atitudes dos enfermeiros para com as famílias, e pela análise da Tabela 10, constatou-se que a média total dos enfermeiros em contexto pediátrico foram de 95,15 pontos (DP=9,33), sendo o *score* mínimo obtido de 64 e o máximo de 118, num total possível de 26 a 130. Estes dados indicam que os enfermeiros inquiridos têm uma atitude favorável no que se refere a envolverem as famílias nos cuidados de enfermagem.

Tabela 10 - Dimensões e *score* total da escala IFCE-AE

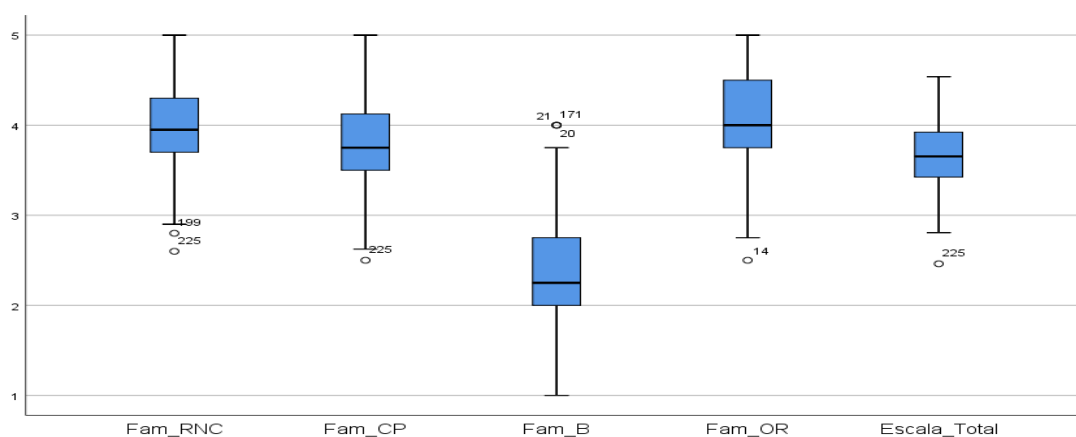
Dimensão	Nº itens	Média total (DP)	Média	Mínimo	Máximo
Dimensão 1	10	39,57 (4,58)	3,96	26,00	50,00
Dimensão 2	8	30,29 (3,86)	3,79	20,00	40,00
Dimensão 3	4	9,44 (2,69)	2,36	4,00	16,00
Dimensão 4	4	16,21 (2,06)	4,05	10,00	20,00
Score Total	26	95,15 (9,33)	3,66	64,00	118,00

Fonte: elaborado pela autora.

Constatou-se que na dimensão 1, família como um recurso nos cuidados de enfermagem, os resultados variaram entre 26 e 50 pontos, sendo a pontuação média nesta subescala de 39,57 (DP=4,58). Na dimensão 2, família como um parceiro dialogante, os resultados situaram-se entre 20 e 40 pontos, sendo a média da pontuação 30,29 (DP=3,86). Quanto à dimensão 3, família como um fardo, os resultados obtidos encontram-se entre 4 e 16 e a média da pontuação foi de 9,44 pontos (DP= 2,69). Por fim, na família como próprio recurso, dimensão 4 observou-se valores de *score* entre 10 e 20, com a média das pontuações de 16,21 (DP=2,06) e média de 4,05, indiciando ser a dimensão melhor pontuada da escala.

A Figura 2 mostra a dispersão das pontuações médias, corrigidas pelo número de itens, atribuídos pelos enfermeiros, a cada dimensão e *score* total da escala. Verifica-se um padrão de variação homogêneo entre as dimensões, excepto na dimensão família como fardo (Fam_B) em que os participantes pontuam com *scores* médios mais baixos. A quarta dimensão, família como próprio recurso (Fam_OR) é a dimensão onde os enfermeiros pontuam com valores mais altos.

Figura 2 - Pontuações médias corrigidas pelo número de itens



Fonte: elaborado pela autora. Legenda: Fam_RNC- Família como recurso de cuidados de enfermagem; Fam_CP- Família como parceiro dialogante; Fam_B- Família como um fardo; Fam_OR- Família como próprio recurso.

2.2.5. Relação entre as atitudes dos enfermeiros face às famílias e as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros em estudo

Os resultados relativos à relação das variáveis: sexo, grau académico, título profissional, formação em enfermagem de família, experiência anterior com familiares gravemente doentes e orientação para o cuidado das famílias com as pontuações médias das dimensões e o *score* total da escala IFCE-AE, com recurso ao teste não paramétrico *Mann-Whitney (U)* encontram-se na Tabela 11.

Tabela 11 - Comparação de médias e desvios padrão das pontuações obtidas das dimensões da IFCE-AE e escala global face às variáveis: sexo, grau académico, título profissional, formação em enfermagem de família, experiência anterior com familiares gravemente doentes e orientação para o cuidado das famílias. Valores do teste de *Mann-Whitney* e valor de *p*

Variável	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Dimensão 4	Score total
Sexo					
Feminino M (DP)	39,62 (4,64)	30,35 (3,88)	9,45 (2,67)	16,27 (2,07)	95,30 (9,51)
Masculino M (DP)	39,06 (4,10)	29,74 (3,78)	9,11 (2,98)	15,65 (2,00)	93,53 (7,40)
U (<i>p</i>)	1582,00 (ns)	1558,00 (ns)	1606,00 (ns)	1469,00 (ns)	1519,00 (ns)
Grau académico					
Licenciatura M (DP)	39,28 (4,63)	30,17 (3,95)	9,43 (2,47)	16,07 (1,99)	94,58 (9)
Mestrado M (DP)	41,52 (3,83)	31,15 (3,17)	9,52 (2,39)	17,26 (2,18)	99,22 (7)
U (<i>p</i>)	1868,50 (0,01)	2228,50 (ns)	2621,50 (ns)	1826,00 (0,01)	1885,00 (0,01)
Título profissional					
Enfermeiro M (DP)	38,82 (4,90)	30,09 (3,93)	10,06 (2,75)	15,70 (2,05)	94,22 (9,73)
Especialista M (DP)	40,10 (4,27)	30,45 (3,82)	8,99 (2,56)	16,58 (1,99)	95,82 (9,01)
U (<i>p</i>)	5207,50 (0,036)	6007,50 (ns)	4795,50 (0,003)	4678,00 (0,001)	5716,00 (ns)
Formação enf. família					
Sim M (DP)	39,82 (4,65)	30,45 (4,06)	9,19 (2,46)	16,50 (2,03)	95,43 (0,98)
Não M (DP)	39,41 (4,58)	30,23 (3,85)	9,54 (2,76)	16,10 (2,06)	94,95 (9,22)

U (p)	3993,50 (ns)	3913,00 (ns)	4084,50 (ns)	3749,50 (ns)	4078,00 (ns)
Exp. c/ familiares doentes					
Sim M (DP)	39,63 (4,52)	30,40 (3,81)	9,20 (2,63)	16,26 (2,15)	95,19 (9,28)
Não M (DP)	39,36 (4,80)	29,96 (4,02)	10,19 (2,77)	16,04 (1,77)	95,04 (9,58)
U (p)	4407,50 (ns)	4229,00 (ns)	3785,50 (0,039)	4279,00 (ns)	4407,50 (ns)
Orient. p/ cuidar das famílias					
Sim	39,63 (4,53)	30,77 (3,78)	9,18 (2,48)	16,63 (1,81)	96,02 (8,92)
Não	39,59 (4,74)	29,94 (3,92)	9,66 (2,89)	15,78 (2,22)	94,49 (9,88)
U (p)	4407,50 (ns)	5322,00 (ns)	5311,50 (ns)	4627,50 (0,003)	5407,50 (ns)

Fonte: elaborado pela autora. Legenda U - Teste *Mann-Whitney*; Dimensão 1- Família como recurso de cuidados de enfermagem; Dimensão 2- Família como parceiro dialogante; Dimensão 3- Família como um fardo; Dimensão 4- Família como próprio recurso; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

Analisando os resultados apresentados na Tabela 11, verificou-se que as variáveis: grau acadêmico, título profissional, experiência com familiar gravemente doente e orientação para o cuidado das famílias no local de trabalho apresentam significado estatístico ($p<0,05$), em uma ou mais dimensões da escala e/ou no *score* total da mesma, o que é indicativo que influenciam as atitudes dos enfermeiros.

Apenas um participante tinha bacharelato e um, o doutoramento, pelo que na análise das dimensões da escala apenas foram analisadas as categorias do grau acadêmico licenciatura e mestrado. O grau acadêmico revelou significado estatístico na dimensão 1, 4 e *score* total com pontuações médias superiores no grau de mestre (Tabela 11).

De acordo, com os dados expostos no possuir a especialização verifica-se que esta influência as atitudes dos enfermeiros quanto ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. O teste *Mann-Whitney* revelou diferenças significativas na dimensão 1 ($p=0,036$), na dimensão 3 ($p=0,003$) e na dimensão 4 ($p=0,001$). Os especialistas apresentam atitudes mais favoráveis na inclusão das famílias nos cuidados família como recurso de enfermagem ($M=40,10$ pontos), família como próprio recurso ($M=16,58$ pontos) e família como fardo ($M=8,99$ pontos).

Quanto à experiência com familiares gravemente doentes verificou-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,039$), na dimensão 3, família como fardo (pontuação média de 9,20).

A dimensão 4, família como recurso, revelou significado estatístico na variável presença de orientação para o cuidado das famílias ($p=0,003$) com uma pontuação média de atitudes de 16,63 pontos.

Neste estudo não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da escala e o *score* total e o género e a formação em enfermagem de família.

Para comparar os grupos, segundo o serviço onde exercem a sua atividade profissional, aplicou-se o teste *Kruskal-Wallis* (H) para avaliar a relação dos mesmos nas dimensões e *score* total da escala (Tabela 12).

Tabela 12 - Comparação de médias e desvios padrão das pontuações obtidas das dimensões da IFCE-AE e escala global face à variável serviços de afiliação dos profissionais estudados. Valores do teste de *Kruskal Wallis* e valor de p

Variável	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Dimensão 4	Score total
Serviço					
Neonatologia	38,12 (4,75)	29,26 (4,22)	9,65 (2,65)	15,99 (2,18)	92,96 (10,21)
Pediatria médica	42,40 (4,21)	32,68 (3,51)	8,72 (2,65)	17,15 (2,04)	100,75 (8,16)
Pediatria cirúrgica	39,36 (3,30)	30,00 (2,30)	9,47 (2,10)	15,73 (1,73)	93,61 (5,51)
Urgências pediatria	39,54 (4,39)	29,60 (4,09)	9,33 (2,71)	15,75 (1,94)	93,90 (9,82)
UCIP	38,70 (3,73)	29,94 (2,29)	10,14 (3,20)	16,06 (1,75)	94,41 (6,56)
H; (p)	28,90 (0,000)	26,54 (0,000)	7,84 (ns)	14,61 (0,006)	25,75 (0,000)

Fonte: elaborado pela autora. Legenda: H - Teste *Kruskal-Wallis Test*; Dimensão 1- Família como recurso de cuidados de enfermagem; Dimensão 2- Família como parceiro dialogante; Dimensão 3- Família como um fardo; Dimensão 4- Família como próprio recurso; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

Dos resultados apresentados na Tabela 12, constatou-se que o serviço onde os enfermeiros trabalham exercem influência nas atitudes destes profissionais.

A pediatria médica foi o serviço onde as atitudes dos enfermeiros foram mais favoráveis, com pontuações médias de 42,40 pontos na dimensão 1; 32,68 pontos na dimensão 2; 17,15 pontos, na dimensão 3 e 100,75 pontos no *score total*. No que concerne ao serviço existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão 1 e 2 ($p=0,000$), na dimensão 4 ($p=0,006$) e no *score* total ($p=0,000$).

Na Tabela 13, analisou-se a relação entre as pontuações médias das dimensões e do *score* total da escala IFCE-AE com as variáveis idade e tempo de exercício profissional total e no serviço atual, recorrendo à correlação de Spearman (r_s).

Tabela 13 - Correlação das pontuações obtidas das dimensões e do *score* total da escala IFCE-AE com a idade e tempo de exercício profissional total e no serviço atual. Valores de correlação de *Spearman* e valor de *p*

Variável	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Dimensão 4	Score total
Idade (r_s ; p)	0,01 (ns)	-0,11 (ns)	-0,11 (ns)	0,10 (ns)	-0,06 (ns)
Tempo exerc. profissional (r_s ; p)	0,02 (ns)	-0,11 (ns)	-0,09 (ns)	0,10 (ns)	-0,05 (ns)
Tempo exerc. profissional serviço atual (r_s ; p)	-0,02 (ns)	-0,11 (ns)	-0,13 (ns)	0,04 (ns)	-0,07 (ns)

Fonte: elaborado pela autora. Legenda: r_s - *Teste de correlação de Spearman*. Dimensão 1- Família como recurso de cuidados de enfermagem; Dimensão 2- Família como parceiro dialogante; Dimensão 3- Família como um fardo; Dimensão 4- Família como próprio recurso; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

Não se observou existência de correlações estatisticamente significativas nas variáveis idade do profissional de enfermagem e do tempo que este exerce a sua atividade, nem do tempo no serviço atual.

Em síntese, após a análise preliminar da amostra, constatou-se que as atitudes dos enfermeiros não são influenciadas pelas suas características pessoais: género e idade, nem pelas características profissionais: tempo de exercício profissional e formação em enfermagem de família. Por outro lado, inferiu-se que o grau académico, o título profissional, o serviço onde trabalham, a experiência com familiares gravemente doentes e a orientação para o cuidado das famílias no local de trabalho evidenciaram diferenças estatisticamente significativas.

2.3. Discussão dos resultados

No presente estudo, constatou-se que o género predominante é o feminino (92,4%), o que vai de encontro à literatura estudada, que afirma que a profissão de enfermagem é essencialmente um mundo feminino. Os dados fornecidos pelo documento referente às estatísticas da Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2018, evidenciam esta representatividade, em que 83% dos enfermeiros são mulheres no distrito do Porto. Os enfermeiros que trabalham nos cuidados de internamento pediátricos são jovens, entre os 31 e os 40 anos, com 47,1% de representatividade. Comparando estes dados com os disponibilizados pela OE, a mesma inferência é expressa por 35,7% da população total de profissionais de enfermagem, sendo o grupo etário mais representativo em Portugal (OE, 2018).

A avaliação psicométrica da escala FINC-NA tem sido realizada em diferentes países e com conclusões similares à versão modificada por Saveman et al. (2011), mantendo a estrutura de quatro subescalas, como o caso dos estudos conduzidos na Holanda, Austrália, Espanha, embora este último, ainda com a aplicação da escala de concordância de *Likert* de quatro pontos (Hagedoorn et al., 2018, Mackie et al., 2018; Pascual-Fernández et al., 2015). Contudo, a análise realizada por Mackie et al. (2018) sugere a remoção de seis itens e a redefinição das dimensões, com outras nomeações.

No presente estudo, considerou-se pertinente realizar uma análise fatorial, já que foi utilizada a escala de *Likert* com cinco opções de resposta e foi necessário verificar se a organização dos itens da escala seria sobreponível à proposta de Saveman et al. (2011). Os resultados foram divergentes relativamente às conclusões de Saveman et al. (2011). Da análise fatorial realizada inicialmente a solução encontrada sugeria sete fatores com uma variância explicada de 60,9%. Este resultado pode estar relacionado com a população em estudo e o contexto, já que segundo a literatura consultada, também na Coreia do Sul, os autores avaliaram os aspetos psicométricos da escala com enfermeiros a exercerem a sua atividade em pediatria e obtiveram resultados aproximados. Estes autores concluíram ainda que a escala seria constituída apenas por 24 itens, depois de avaliada a validade de conteúdo e a fiabilidade e composta por seis fatores (Oh et al., 2018). A versão Coreana intitula-se *Families' Importance in Nursing Care-Pediatric Nurses' Attitudes* (KFINC-PNA) e os autores renomearam as dimensões em: “family as a conversational partner”, “family as a participant in care”, “family as a supporter for the nurse”, “family as a burden”, “family as a recipient of empowerment” e “family as its own resource”.

As tentativas de verificação do ajuste dos resultados encontrados ao modelo, primeiro do autor da versão modificada de Saveman et al. (2011) e depois da versão portuguesa de Oliveira et al. (2011), através da análise fatorial confirmatória, não sugerem ajustamentos confiáveis. Os resultados encontrados terão de ser, em futuros estudos de investigação, confrontados com amostras com outras características, já que esta amostra de enfermeiros em contexto pediátrico pode ter levado ao enviesamento dos resultados. No presente estudo, apenas o valor de CFI mostrou-se sofrível, se mais estudos vierem a demonstrar esta fragilidade, poderá ser um indicador favorável para as propriedades psicométricas da escala.

Pela análise do comportamento da escala, nos diferentes estudos analisados (Mackie et al., 2018; Oh et al., 2018) e em comparação com os resultados do presente estudo, leva a pensar que a escala é determinada pelos diferentes contextos onde é aplicada, sendo influenciada pelas atitudes, significados e modelos de atuação dos enfermeiros no seu contexto profissional.

As variações tanto a nível de reconstituição das dimensões, como alteração do número de itens, deve merecer uma reflexão mais profunda e talvez um estudo multicêntrico em que os aspetos conceituais de orientação dos cuidados fosse também uma variável em estudo.

No que se refere à consistência interna da escala total, pode-se afirmar que no presente estudo obteve um bom resultado (α de *Cronbach* de 0,83), sendo relativamente próxima da escala traduzida e validada para português, cujo α de *Cronbach* é de 0,87, à escala versão modificada com $\alpha = 0,89$ e similar ao resultado obtido por Oh et al. (2018) com $\alpha = 0,88$ e ao de Pascual-Fernandes et al. (2015) com $\alpha = 0,86$ para a escala total (versões que aplicaram a escala a participantes que exercem a atividade em pediatria). Já os valores obtidos por Hagedoorn et al. (2018) foram ligeiramente inferiores em comparação com os encontrados em outros estudos (Gusdal et al., 2017; Linnarsson et al., 2015; Saveman et al., 2011). Assim, tudo leva a crer que, contrariamente à validade de construto, a escala mantém uma consistente e boa fidelidade, especificamente de consistência interna.

Os resultados encontrados não são sobreponíveis a nenhum estudo metodológico da FINC-NA. Porém, clinicamente a escala faz sentido e é reconhecida pelos enfermeiros estudados como uma medida importante para avaliar as atitudes face à valorização e implicação das famílias nos cuidados. A apoiar esta afirmação, uma revisão sistemática sobre as propriedades de medição de instrumentos de avaliação de atitudes dos enfermeiros para a importância das famílias que envolvem em sua prática clínica, concluíram que o instrumento de colheita de dados, com a escala FINC-NA, mede mais adequadamente as atitudes de enfermeiros frente a importância de envolver as famílias na sua prática clínica, recomendando-o para investigações futuras (Alfaro Díaz et al., 2019).

Os enfermeiros dos serviços de pediatria, que participaram neste estudo, apresentam atitudes favoráveis no que diz respeito ao envolvimento das famílias nos cuidados com as crianças/adolescentes hospitalizadas. Este resultado realça-se pela elevada pontuação média de 95,15 pontos no *score* total da escala IFCE-AE, de um total possível de 130 pontos. Esta inferência permite afirmar que os enfermeiros de pediatria possuem atitudes de suporte perante as famílias a que prestam cuidados.

Para uma atitude de suporte, o pré-requisito fundamental é convidar e envolver as famílias nos cuidados de enfermagem, promovendo o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de corresponsabilização entre os intervenientes. Quando os enfermeiros acreditam que os membros da família são importantes e necessários para uma melhor prestação de cuidados e com mais qualidade, então são profissionais melhor capacitados para estabelecer interações significativas com as famílias. A atitude favorável perante a família envolve a valorização dos seus saberes, das suas crenças e da sua tomada de decisão durante o processo terapêutico, mesmo em situações de divergência (Benzein et al., 2008b).

Este resultado corrobora com a generalidade das investigações nacionais como: Alves (2011), Alves (2012), Fernandes et al. (2015), Fernandes et al. (2018), Figueiredo et al. (2012), Francisco (2017), Galinha et al. (2014), Martins et al. (2010), Oliveira et al. (2011), Pires (2016), Rodrigues (2013), Santa (2014), Silva (2011), Sousa (2011), Tavares (2017) e internacionais como: Ângelo et al. (2014), Benzein et al. (2008b), Blöndal et al. (2014),

Broekema et al. (2017), Cruz (2015), Chaves et al. (2017), Gusdal et al. (2017), Linnarsson et al. (2015), Luttik et al. (2018), Hsiao e Tsai (2015), Pascual-Fernández, Morotejedor, Ignacio-Cerro, Cervantes Estévez e García Pozo (2016), Ribeiro (2016), Svavarsdottir et al. (2015) e Sveinbjarnardottir et al. (2011).

Importa focar mais especificamente os estudos Alves (2012), Ângelo et al. (2014), Cruz (2015), Pascual-Fernández et al. (2016) e Ribeiro (2016) em que os participantes possuem características similares, já que nas suas amostras incluem unidades pediátricas, todos obtiveram *scores* médios da pontuação total da escala sugestivos de atitudes favoráveis dos enfermeiros à participação das famílias nos cuidados e cujos resultados sustentam o presente estudo.

As áreas de pediatria, quando aplicada a escala FINC-NA, têm sobressaído, dos restantes serviços hospitalares sendo os profissionais destas unidades os que têm atitudes mais favoráveis face à família (Ângelo et al., 2014; Benzein et al., 2008b). Estes resultados, podem fundamentar-se no facto de a criança/adolescente estar frequentemente acompanhada pelos pais e/ou familiares. A presença parental é uma realidade para os profissionais de enfermagem, o que naturalmente os capacita de distintas competências e habilidades na interação com as famílias no processo de cuidar. O cuidado centrado na família é uma realidade nos serviços de pediatria, desde há algumas décadas, o que contribui para um aumento de competências relacionais dos enfermeiros e uma aproximação dos membros de família nos cuidados (Felipin et al., 2018).

Embora a média de *score* total da escala IFCE-AE seja muito satisfatória é de destacar que existiram enfermeiros com *scores* inferiores (mínimo encontrado foi de 64 pontos), ou seja, existem profissionais que apresentam atitudes menos favoráveis ao envolvimento das famílias nos cuidados. Segundo a literatura sabe-se que são estes os mais propensos a evitar as famílias durante o processo de cuidar (Linnarsson et al., 2015). Contudo, e como se obteve *scores* máximos de 116 pontos, pode-se concluir que existem enfermeiros na amostra que apresentam atitudes bastante favoráveis ao envolvimento das famílias nos cuidados. O enfermeiro que apresenta uma atitude de suporte para com as famílias tende a reconhecer o papel fulcral que a família detém na recuperação do familiar e é mais propenso a incentivar a sua participação (Alfaro Díaz et al., 2019). Considerando as diferentes dimensões que compõe a escala, a primeira dimensão, família como recurso de cuidados de enfermagem, como o próprio nome indica, representa os enfermeiros que consideram a família como recurso nos cuidados, valorizando a sua presença e as suas capacidades, tornando-os parceiros. Esta relação consiste numa relação de colaboração, parceria e de reciprocidade não hierárquica (Benzein et al., 2008b). Relativamente à segunda dimensão, família como parceiro dialogante, insere-se no reconhecimento da importância do diálogo com a família, sendo esta a principal fonte de informação sobre o cliente e a própria unidade familiar. Foca-se nesta dimensão a importância do cuidado partilhado, do diálogo e da

negociação dos cuidados, sendo fundamental a capacidade de discutir com os membros da família sobre o planeamento destes. As interações entre família e os enfermeiros é sustentada pela informação que é recebida, onde a comunicação é uma componente essencial para que esta se estabeleça (Benzein et al., 2008b). Na terceira dimensão, ver a família como um fardo, significa não ter tempo para cuidar destas, bem como não serem desejadas nos momentos de prestação de cuidados (Benzein et al., 2008b). Uma das barreiras no estabelecimento de uma relação colaborativa positiva entre enfermeiros e famílias pode estar relacionado com o facto do enfermeiro considerar a família como um fardo, pondo em causa a qualidade dos cuidados. Esta conceção pode ter relação efetiva com as barreiras pessoais, organizacionais e ambientais (Ângelo et al., 2014; Benzein et al., 2008b; Fernandes et al., 2015; Hetlanda et al., 2018). Já na quarta dimensão, a família como próprio recurso, os enfermeiros reconhecem que estas estão imbuídas de forças e recursos, capazes de fazer face a qualquer evento, mesmo os que impliquem mudança e reorganização de papéis. Os profissionais de enfermagem reconhecem a família como *expertises* e ajudam na potencialização dos seus recursos e pontos fortes (Benzein et al., 2008b).

No estudo apresentado, verifica-se que as atitudes com *scores* médios mais elevados são representadas pela dimensão da família como próprio recurso (dimensão 4), seguido da dimensão da família como recurso de cuidados de enfermagem (dimensão 1), da dimensão da família como parceiro dialogante (dimensão 2) e por fim, da dimensão família como fardo, que é a dimensão em que os participantes possuem *scores* médios mais baixos. Verifica-se que nos estudos supracitados, em contextos pediátricos, a ordem das subescalas que apresentam maiores pontuações são: a “família: parceiro dialogante e recurso de coping”, “família: recurso nos cuidados de enfermagem” e por fim a “família: fardo”. Em análise, constata-se que, no presente estudo, embora seja utilizada a versão modificada de Saveman et al. (2011) que é constituída por quatro dimensões, a sequência de dimensões equipara-se às restantes investigações.

Como referido anteriormente, os resultados do presente estudo indicam que as atitudes dos enfermeiros não são influenciadas pelas suas características pessoais: género e idade, nem pelas características profissionais: tempo de exercício profissional e formação em enfermagem de família. Contudo, destaca-se que o grau académico, o título profissional, o serviço onde trabalham, a experiência com familiares gravemente doentes e a orientação para o cuidado das famílias no local de trabalho são indicativas de influenciar as atitudes dos enfermeiros de pediatria sobre a importância de envolver as famílias nos cuidados.

Embora o género, neste estudo não demonstrasse relações com as atitudes dos enfermeiros, o que tem sido concluído pela maioria dos estudos, com a aplicação da escala. Existem quatro estudos que deduziram o oposto, o estudo de Benzein et al. (2008b), de Galinha et

al. (2014), de Gusdal et al. (2017) e de Linnarsson et al. (2015) revelando que as mulheres apresentam em média, atitudes mais favoráveis que os homens.

Quanto à idade constatou-se que esta não influencia as atitudes dos enfermeiros de pediatria, o que não é corroborado por Ângelo et al. (2014) em que o grupo etário entre 31 e 40 anos são os que apresentam atitudes significativamente mais positivas, sendo estas nas dimensões “família: recurso nos cuidados de enfermagem” e “família: parceiro dialogante” e no *score* total da escala. Por outro lado, Blöndal et al. (2014), Gusdal et al. (2017), Silva (2011) e Sousa (2011) referem que os enfermeiros mais velhos evidenciam atitudes de maior suporte com maiores *scores* na primeira e segunda dimensão. Os enfermeiros mais jovens são mais inexperientes e estão ainda, num processo de aprendizagem no contexto de trabalho, priorizando o cuidado físico e a segurança dos cuidados, em detrimento da valorização da participação da família nos cuidados. Para preparar estes enfermeiros para os desafios de cuidar de famílias é necessário maior investimento na formação de enfermagem de família (Blöndal et al., 2014).

Segundo Caballero et al. (2018) o acesso ao desenvolvimento académico dos enfermeiros através de mestrados e doutoramentos influencia inequivocamente a qualidade dos cuidados. Este progresso académico contribui para elevar as competências dos profissionais em várias áreas de desempenho. Para além disso, contribui para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, permite melhorar o atendimento, obtendo melhores resultados de saúde e permitindo que estes profissionais assumam novas funções e responsabilidades. Os enfermeiros que possuem habilitações académicas superiores (mestrado) são os profissionais que demonstram *scores* mais elevados nas subescalas das atitudes favoráveis (Silva, 2011). Estes dados corroboram os resultados deste estudo já que os profissionais com atitudes de maior suporte são aqueles que possuem um grau académico superior. A nível nacional o mesmo se verifica nos estudos de Fernandes et al. (2018), Francisco (2017), Rodrigues (2013), Silva (2011), Sousa (2011) e também a nível internacional por Gusdal et al. (2017) e Luttik et al. (2017).

Segundo a OE ao enfermeiro especialista é reconhecida a competência científica, técnica e humana na prestação cuidados de enfermagem especializados e durante o processo de especialização adquirem “os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, pp. 4745).

Mais especificamente, a OE refere que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é um profissional apto a trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, independentemente do seu contexto e tem como competências específicas: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, cuidar da

criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Das competências acima descritas pela OE, adquiridas pelos enfermeiros especialistas ao longo da sua formação e prática clínica, pode-se inferir que vão de encontro aos resultados deste estudo. Assim, os enfermeiros com o curso de especialização, mesmo não especificando se a especialização é no âmbito de saúde infantil e pediátrica, são os profissionais com melhores *scores* na primeira e quarta dimensão (família como recurso de cuidados de enfermagem e família como próprio recurso, respectivamente) e menores na dimensão família como fardo. Isto quer dizer que apresentam melhores atitudes sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados e não consideram as famílias como um fardo durante o processo de cuidar. Tal como se refere nas competências específicas dos enfermeiros especialistas, os especialistas consideram a família como unidade de cuidado, o que contribui para os resultados expressos. Outros estudos suportam a mesma conclusão, como a investigação realizada por Fernandes et al. (2018), Figueiredo et al. (2012), autores portugueses, que também utilizaram a versão modificada da escala por Saveman et al. (2011), Gusdal et al. (2017), Pires (2016), Rodrigues (2013), Silva (2011) e Sousa (2011) que afirmam que as atitudes de suporte são potencializadas pela formação numa área especializada de enfermagem.

O tempo de exercício profissional tanto na totalidade dos anos, como no tempo que exercem as suas funções no serviço atual não revelou significância estatística para a influência das atitudes dos enfermeiros. Contudo, comparando com outros estudos, encontram-se conclusões díspares, no caso dos estudos de Ângelo et al. (2014) e Cruz (2015), em que as autoras concluíram que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional tinham menores *scores* na escala IFCE-AE, ou seja, que apresentavam atitudes de menor suporte para com as famílias. Já nos estudos nacionais realizados por Silva (2011) e Sousa (2011), assim como nos estudos de Benzein et al. (2008b), Blöndal et al. (2014), Gusdal et al. (2017), Hsiao e Tsai (2015) e Sveinbjarnardottir et al. (2011) realizados a nível internacional, referem que os enfermeiros com mais experiência profissional dão maior significado e valorização à família, o que se reflete nos seus cuidados.

No estudo de Alves (2012), a autora encontrou resultado estatisticamente significativo nas atitudes dos enfermeiros com experiência profissional no serviço atual, realçando que este resultado pode estar associado ao facto de os enfermeiros em pediatria terem enraizada a filosofia dos cuidados centrados na família, e também porque os participantes do estudo além de serem relativamente jovens são os que possuem mais formação específica.

Embora na pediatria a presença da família seja encarada como uma normalidade devido à fragilidade que a infância impõe e à necessidade do apoio das suas referências familiares, muitas vezes a aprendizagem de enfermagem de família em saúde infantil e a aquisição de competências não se formalizam por meio do ensino. Como se verificou pelos resultados

demonstrados neste estudo, 77,9% dos participantes não possui formação em enfermagem de família. Os inquiridos afirmam não ter contato com esta temática, nem nos planos curriculares da licenciatura, nem na frequência de outras formações. Ainda que, esta formação não apresente significado estatístico neste estudo, é sem dúvida um ponto importante de reflexão, uma vez que os enfermeiros de pediatria interagem diariamente com famílias e não apresentam formação específica nesta área. A associação entre a formação e as atitudes é importante já que todos os profissionais de saúde deveriam possuir conhecimentos das dinâmicas familiares, teoria dos sistemas familiares e intervenção familiar desde a formação de base, conseguindo por consequência, aperfeiçoar as suas competências durante a atividade profissional (Wright & Leahey, 2013).

Estes resultados tornam-se inconsistentes, se por um lado estão em concordância com os encontrados por Alves (2011), Rodrigues (2013), Tavares (2017) em que não há evidência de influência nas atitudes dos profissionais, por outro contrariam o estudo de Ângelo et al. (2014), Blöndal et al. (2014), Broekema et al. (2018), Cruz (2015), Linnarsson et al. (2015), Sveinbjarnardottir et al. (2011) e Svavarsdottir et al. (2015). Destacou-se nestes estudos, que os enfermeiros que tiveram formação em enfermagem de família são os enfermeiros que mencionaram atitudes mais favoráveis ao envolvimento das famílias nos cuidados. Também em Portugal, as investigações de Alves (2012), Martins et al. (2010), Silva (2011), Sousa (2011) e Figueiredo et al. (2012) obtiveram resultados similares, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre a realização de uma formação em enfermagem de família e as atitudes dos enfermeiros. Segundo Alemdar, Ozdemir e Sevinc (2017) o aumento de formação específica e conhecimentos nesta área contribui para que a atitude em relação à participação da família se torne mais positiva.

Um interessante aspecto encontrado na literatura foca-se nos estudos de Blöndal et al. (2014), Broekema et al. (2018), Cruz (2015), Svavarsdottir et al. (2015) e Sveinbjarnardottir et al. (2011) em que demonstraram que os enfermeiros que receberam formação através de um programa de intervenção sobre enfermagem de família e compararam as avaliações pré e pós intervenção, apresentaram melhores competências e atitudes mais positivas em relação à importância da família, assim como, maior tendência a considerar a família como unidade de cuidados (Oliveira et al., 2011; Duhamel et al., 2015). Também Fernandes (2014) no seu doutoramento realizou uma intervenção formativa com recurso a um jogo de tabuleiro, o “Family Nursing Game®” e avaliou o impacto nas atitudes e nos conflitos dos enfermeiros com a família. A autora concluiu que os profissionais de enfermagem sofreram alterações de atitudes para com as famílias, nomeadamente na alteração do foco de cuidados, na avaliação e na intervenção da família. Uma das razões para estes resultados pode centrar-se, no facto de enfermeiros que se sentem competentes, após estas formações, adquirem o principal pré-requisito para alterar o seu comportamento na prática clínica. Também a motivação contribui esta mudança de comportamento quando associada ao processo formativo (Broekema et al., 2018). A literatura refere também que as atitudes são

influenciadas e modificadas após reflexão sobre a formação, permitindo o desenvolvimento de uma valorização da família uniforme entre as equipas multidisciplinares. A falta dela, por consequência, provoca conflito de valores entre os diferentes elementos das equipas multidisciplinares (Butler et al., 2017; Duhamel et al., 2015).

Para orientação dos profissionais de enfermagem a IFNA desenvolveu duas declarações para orientar o desenvolvimento de competências práticas para o enfermeiro, tanto a nível generalista, como a nível avançado em enfermagem de família (IFNA, 2015; 2017).

Os serviços de pediatria têm na sua maioria a presença da família, fator esse, que contribui para uma atitude mais favorável ao envolvimento (Ângelo et al., 2014). No que concerne ao serviço, constatou-se, neste estudo, que os enfermeiros que trabalham em pediatria médica, possuem atitudes mais favoráveis na participação dos pais nos cuidados. Acredita-se que o número elevado de hospitalizações de crianças/adolescentes, com alterações do desenvolvimento ou necessidades de saúde, pode alterar o relacionamento enfermeiro e família, já que os tratamentos podem exigir internamentos prolongados e cuidados permanentes, relacionados com o processo terapêutico (Ribeiro & Calado, 2017). Nas unidades de pediatria e oncologia é recorrente as hospitalizações por doenças crónicas ou por agudização das mesmas, onde a presença da família é comum e esperada, podendo ser um fator favorável nas atitudes dos enfermeiros face à importância de envolver as famílias nos cuidados (Blöndal et al., 2014). Neste sentido, e visto que as famílias têm um papel fundamental na vida destas crianças, os enfermeiros reconhecem estes pais como parceiros ativos e valorizam as suas capacidades como prestadores de cuidados à criança/jovem (Ribeiro & Calado, 2017).

Já em situações de hospitalização esporádica, como acontece frequentemente nos serviços de cirurgia, os enfermeiros de pediatria promovem a manutenção do exercício parental e intervêm mais especificamente no processo terapêutico e na transição saúde/doença, ajudando-os a ultrapassá-la. Nestes serviços a elevada rotatividade de crianças e os cuidados exigentes parece dificultar a interação entre profissional e família, limitando a envolvência destas nos cuidados (Blöndal et al., 2014).

O serviço de urgência pediátrica é o serviço onde ocorre o primeiro contacto dos membros da família com o meio hospitalar e é geralmente de curta duração. É na área da triagem que é estabelecida a primeira interação do profissional de enfermagem com os pais e é neste momento que são informados sobre o processo de atendimento, a dinâmica do serviço e a explicação do processo de triagem. Embora seja um serviço onde a prestação de cuidados é realizada de forma acelerada, é importante preservar o contacto entre a criança/adolescente e os pais, investir na interação para promover uma melhor aceitação dos cuidados (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). No presente estudo, os enfermeiros que trabalham em urgência pediátrica apresentam atitudes favoráveis ao envolvimento das famílias nos cuidados, muito idêntico aos resultados obtidos pelos

participantes que exercem a sua atividade em cirurgia pediátrica. Embora sejam serviços complexos, o estabelecimento de relações menos exigentes com as famílias, o curto período de estadia e dinâmica dos cuidados destas unidades podem explicar este resultado.

Contudo, os cuidados intensivos de pediatria e a neonatologia, neste estudo, apresentaram os *scores* mais elevados na dimensão da família como fardo, o que significa uma atitude menos favorável ao envolvimento parental nos cuidados. Nos serviços em que os cuidados exigem alguma complexidade pode acontecer que a prioridade dos enfermeiros possa não ser a família, mas sim o estado clínico da criança/adolescente (Benzein et al., 2008b; Blöndal et al., 2014; Fernandes et al., 2015). Um estudo, sobre as percepções dos enfermeiros sobre o envolvimento das famílias na unidade de cuidados intensivos pediátricos, expressa exatamente estas características, já que os enfermeiros priorizam a sua atenção às necessidades vitais da criança, sendo a sua preocupação primária (Butler et al., 2017). A natureza complexa do trabalho dos enfermeiros nos cuidados intensivos dificulta o foco no trabalho colaborativo com as famílias (Felipin et al., 2018). Também o ambiente físico destas unidades não contribui para a permanência dos pais perto do leito/berço da criança. Geralmente estas unidades têm pouco espaço entre as camas, com muito equipamento médico, ruídos permanentes, rotinas muito rigorosas e um ambiente pouco acolhedor (Bagnasco et al., 2017; Butler et al., 2017; Hill, Knafl & Santacroce, 2018).

Os estudos em Portugal de Fernandes et al. (2018), Pires (2016), Silva (2011) e os internacionais de Blöndal et al. (2014) e Gusdal et al. (2017), relativamente ao contexto de trabalho, concluíram que este influencia as atitudes dos profissionais. Sveinbjarnardottir et al. (2011) concluiu no seu estudo que os enfermeiros que trabalham em pedopsiquiatria têm melhores pontuações médias no questionário FINC-NA, em comparação com os enfermeiros que trabalham em unidades psiquiátricas com clientes com doença mental aguda. Segundo a autora, este facto justifica-se, pois, na pedopsiquiatria a maioria das terapias incluem o trabalho com os pais e, portanto, os cuidados de enfermagem baseiam-se em intervenções centradas na família. Quanto mais intervenções de enfermagem centradas na família, maior é incidência de atitudes favoráveis ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem.

De acordo com Benzein et al. (2008b), da mesma forma que as experiências pessoais dos profissionais de enfermagem condicionam as suas atitudes, a experiência de ter tido um familiar doente expõe a sensibilidade do enfermeiro e promove uma atitude positiva face às famílias a que prestam cuidados. Como refere também Coelho e Mendonça (2017) as atitudes são instáveis, facilmente alteráveis e dependem dos valores, sentimentos, crenças e experiências vividas pelos enfermeiros. Também neste estudo se verificou significado estatístico quando o enfermeiro relatou já ter vivido a doença de um familiar, pois demonstrou não considerar a família como um fardo durante o processo de cuidar. Dados

semelhantes foram encontrados nos estudos Hsiao e Tsai (2015), Linnarsson et al. (2015), Pires (2016), Sousa (2011) e Sveinbjarnardottir et al. (2011).

No que concerne à orientação para o cuidado das famílias no local de trabalho verificou-se que quando esta está preconizada, contribui favoravelmente nas atitudes dos enfermeiros. A dimensão, família como um próprio recurso, apresentou significado estatístico, o que significa que os enfermeiros que têm uma orientação para a abordagem de cuidados centrados na família tendem a valorizar a família em todo o processo de cuidar, ideia também corroborada por Gusdal et al. (2017). Deste modo, entende-se a necessidade de incorporar um protocolo de orientação para o cuidado das famílias nos diferentes serviços, já que a sua inexistência potencia a dificuldade dos recém-formados ou enfermeiros com pouco tempo de exercício no serviço de pediatria. Estes profissionais necessitam de tempo para entender como trabalhar efetivamente com as famílias (Butler et al., 2017).

CONCLUSÃO

A atitude dos profissionais é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, sendo reconhecido que uma atitude favorável potencia o desenvolvimento de um trabalho de parceria e partilha entre os intervenientes, o que acontece na maioria dos profissionais interpelados em Portugal. Embora as atitudes, crenças, valores e competências dos enfermeiros sejam fundamentais para a qualidade das relações colaborativas com as famílias, não se pode descartar a influência que as atitudes dos membros da família, nomeadamente se experienciaram anteriormente uma hospitalização, assim como as barreiras institucionais, organizacionais e práticas (Benzein et al., 2008b; Hetlanda et al., 2018). Como aspetos facilitadores das relações empáticas e de respeito entre a díade famílias/enfermeiro, destacam-se o suporte emocional e informativo. O suporte é um fator significativo para a formação de uma relação de cuidado. Os familiares têm necessidade de se sentirem seguros e esclarecidos sobre o estado clínico do seu familiar, assim como de se sentirem preparados e apoiados como cuidadores informais (Doupnik et al., 2017; Hetlanda et al., 2018; Mattila et al., 2014). O profissional de saúde sensibilizado para estas questões, potencia os seus atos, a sua forma de pensar, agir e informar, de forma a incorporar as famílias no processo de cuidar, principalmente nas transições saúde/doença (Beinzein et al., 2008b).

Os resultados da *scoping review* realizada são sugestivos de que os enfermeiros portugueses demonstram, na sua generalidade, atitudes favoráveis face à importância no envolvimento das famílias nos cuidados, concebendo-a principalmente como um recurso nos cuidados de enfermagem. Estas verificam-se tanto a nível dos cuidados de saúde primários, como dos cuidados de saúde diferenciados, independentemente da localização geográfica dos participantes. De todas as variáveis estudadas pelos autores destacam-se: o grau académico, o título profissional, a formação em enfermagem de família e o contexto de trabalho como influenciadores das atitudes dos enfermeiros face à família nos cuidados prestados. Globalmente a escala apresenta uma boa confiabilidade, já que dos 13 estudos, 10 apresentam um *a de cronbach* superior a 80, o que apontam para uma boa consistência interna da escala.

Na pediatria, as famílias têm um lugar privilegiado, já que são indissociáveis da criança/adolescente. Por esta razão, os enfermeiros adquirem naturalmente competências que o tornam mais hábeis na prática de cuidados centrados na família. Os resultados da amostra, constituída por enfermeiros a exercer funções em serviços de pediatria de três Instituições Hospitalares do Norte de Portugal apresentaram atitudes favoráveis no que concerne à valorização da presença e colaboração da família nos cuidados de enfermagem. Salienta-se que estes enfermeiros apresentam maiores pontuações na dimensão família

como próprio recurso, o que significa que reconhecem a família como *expertise* e ajudam na potencialização dos seus recursos e pontos fortes. Embora se tenha encontrado evidência que os enfermeiros de pediatria apresentam atitudes favoráveis à participação das famílias nos cuidados, é importante salientar que, neste estudo, as atitudes foram influenciadas pelo serviço onde exercem a sua atividade, pelo grau acadêmico do profissional, pelo título profissional, pela experiência de já ter tido um familiar gravemente doente e também pela presença de orientação para o cuidado das famílias no local de trabalho.

A escala IFCE-AE permitiu medir as atitudes dos enfermeiros face à família e neste estudo obteve um *a cronbach* de 0,83, o que transmite um elevado grau de confiabilidade. A média do *score* total da escala, obtida pelos profissionais de enfermagem em pediatria, foi de 95,15 pontos, o que significa possuem atitudes favoráveis face à importância da família nos cuidados de enfermagem.

A preocupação na busca de cuidados de qualidade para as crianças/adolescentes e suas famílias são universais e similares às diferentes culturas e sociedades, em todo o mundo. O conceito de qualidade tem se demonstrado como amplo e evolutivo, em que as práticas requerem para além de benefícios para o cliente, uma elevada excelência profissional, satisfação para os utilizadores, obtenção de ganhos em saúde, englobando dimensões como a segurança, a efetividade, a eficiência, a equidade e o respeito (Christian, 2018; Mendes, 2016).

A prática de cuidados às famílias está dependente da conceção que os enfermeiros têm sobre a família e a valorização que dão a estas. Os resultados obtidos nestes estudos permitem inferir que há uma necessidade de investimento nos processos formativos relacionados com a família. No sentido de humanizar o processo de cuidar, os enfermeiros devem, dentro das suas unidades de trabalho, delinear estratégias de acolhimento especializado, assim como de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem. Estas estratégias podem surgir por meio de definição de papéis, onde se estabelece desde o primeiro contacto, que o enfermeiro é o elemento que, para além, do acompanhamento da família e da criança, executa os procedimentos técnicos, enquanto o acompanhante promove o seu conforto. Outro ponto interessante seria proporcionar à equipa momentos formativos com foco no cuidado à criança/adolescente e sua família e formação no âmbito da comunicação e estabelecimento de relações positivas, o que contribuiria para uma melhor tomada de decisão dos profissionais de enfermagem, em situações de maior complexidade. A sensibilização e a formação dos profissionais de saúde contribuem para a mudança de atitudes. Especificamente, a formação em enfermagem de família promove a aquisição de competências de avaliação e intervenção na família essenciais ao pleno desenvolvimento de cuidados centrados na família (Azevedo, Lançoni & Crepaldi, 2017; Duhamel et al., 2015).

Considera-se que foram alcançados, com êxito, os objetivos propostos para a concretização dos dois estudos apresentados.

Reconhece-se a importância deste trabalho para a prática clínica em enfermagem, particularmente para a pediatria e da necessidade de cuidados de excelência e de qualidade sustentados por conhecimentos científicos robustos e atuais. A importância de melhorar e desenvolver continuamente conhecimentos, competências e habilidades, contribui para um elevado nível de desempenho profissional dos enfermeiros e para um aperfeiçoamento permanente das suas práticas.

Este percurso investigativo foi um desafio e uma oportunidade de aprendizagem, tanto como profissional, como investigadora. Um caminho que não termina com a defesa da dissertação, uma vez que será proposto aos serviços colaboradores do presente estudo a apresentação e divulgação dos resultados obtidos. Será certamente um momento enriquecedor, fornecendo dados que certamente contribuirão para uma reflexão e melhoria de cuidados.

Como limitações neste estudo apresentam-se, em primeiro lugar, o facto da escala ter sido aplicada a Instituições do Norte de Portugal e considerando a existência de outros contextos e a influência que estes possam acarretar, é necessário que em investigações futuras se aplique a escala noutras regiões do país. Em segundo lugar, ressalta-se que medir as atitudes de enfermeiros implica respostas subjetivas, podendo incitar a respostas socialmente desejáveis, o que também pode ter influenciado a fiabilidade dos resultados do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ângelo, M., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F., Santos, C. C., Martinho, M. J. & Martins, M. M. (2014). Nurses' attitudes regarding the importance of families in pediatric nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 74–79. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600011>
- Alfaro Díaz, C., Esandi Larramendi, N., Gutiérrez-Alemán, T., & Canga-Armayor, A. (2019). Systematic review of measurement properties of instruments assessing nurses' attitudes towards the importance of involving families in their clinical practice. *Journal Of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.14049>
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios (5ª Edição).
- Alemdar, D. K., Ozdemir, F. K., Sevinc, P., (2017). Opinions of nurses working in NICU about family centered care. *Medicine Science International Medical Journal*. doi:10.5455/medscience.2017.06.8697.
- Alves, C. M. (2011). *Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito*. (Tese de Mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Alves, M. A. (2012). *Atitudes dos enfermeiros face à família e sua relação com a vulnerabilidade da família: estudo em contexto pediátrico*. Tese de Mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Azevedo, A. V., Lançoni, A. C., & Crepaldi, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3653-3666. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>
- Azevedo, M. S., Oliveira, I. C., Souza, T. V., Moraes, J. R., Martinez, E. A., & Araújo, B. S. (2018). Empowerment of the mothers of children in a pediatric intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 998-1006. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0689>
- Bagnasco, A., Aleo, G., Timmins, F., Begley, T., Parissopoulos, S., & Sasso, L. (2017). The need for consistent family-centred support for family and parents of children admitted to paediatric intensive care unit. *Nursing In Critical Care*, 22(6), 327–328. <https://doi.org/10.1111/nicc.12327>
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., Berg, A., & Saveman, B. I. (2008a). Families' importance in nursing care: Nurses' attitudes—An instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14, 97-117. <https://doi.org/10.1177/1074840707312716>

- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., & Saveman, B. (2008b). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14, 162-180. <https://doi.org/10.1177/1074840708317058>
- Berger, Z., Flickinger, T. E., Pfoh, E., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2014). Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: A systemic review. *BMJ Quality and Safety*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs2012-001769>
- Blöndal, K., Zoëga, S., Hafsteinsdóttir, J. E., Olafsdóttir, O. A., Thorvardardóttir, A. B., Hafsteinsdóttir, S. A., & Sveinsdóttir, H. (2014). Attitudes of registered and licensed practical nurses about the importance of families in surgical hospital units: Findings from the Landspítali university hospital family nursing implementation project. *Journal of Family Nursing*, 20, 355-375. <https://doi.org/10.1177/1074840714542875>
- Broekema, S., Luttik, M. L. A., Steggerda, G. E., Paans, W., & Roodbol, P. F. (2018). Measuring Change in Nurses' Perceptions About Family Nursing Competency Following a 6-Day Educational Intervention. *Journal of Family Nursing*, 24 (4), 508-537. <https://doi.org/10.1177/1074840718812145>
- Butler, A., Willetts, G., & Copnell, B. (2017). Nurses' perceptions of working with families in the paediatric intensive care unit. *Nursing In Critical Care*, 22 (4), 195-202. <https://doi.org/10.1111/nicc.12142>
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32 (2), 223-231. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>
- Carrillo, S., Bermúdez, M., Gutiérrez, L., Suárez, M. C., & Delgado, X. (2016). Father's Perceptions of their role and Involvement in the Family: A Qualitative Study in a Colombian Sample. *Revista Costarricense de Psicología*, 35 (2), 37-54. Retirado no dia 5/06/2019, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-29132016000200037&lng=en&tlng=en.
- Caballero, V. G., Garcia, B. P., Blazquez, R. A., Hontangas, A. R., Cervera, J. V., & Ferrandiz, E. F. (2018). La importancia del desarrollo academico de posgrado en la mejora profesional enfermera: Masteres y doctorados. *Revista Rol de Enfermería*, 41(7/8), 14-20. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=132150202&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Chaves, R. G., Sousa, F. G., Silva, A. C., Santos, G. F., Fernandes, H. I., & Cutrim, C. M. (2017). Importance of the Family in the Care Process: Attitudes of Nurses in the Context of Intensive Therapy. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11 (12), 4989-4998. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22285p4989-4998-2017>

- Christian, B. J. (2018). Translational Research - The Joy of Caregiving and Pediatric Nursing Practice in Providing Care for Children and their Families. *Journal Of Pediatric Nursing*, 40, 81–83. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.04.006>
- Coats, H., Bourget, E., Starks, H., Lindhorst, T., Saiki-Craighill, S., Curtis, J. R., ... Doorenbos, A. (2018). Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 27 (1), 52–58. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018353>
- Coelho, C., Mendonça, H. (2017). *Teoria, Pesquisa e Aplicação em Psicologia: Organizações e Sociedade Autores*. Curitiba: Editora appris.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (CIPE/ICNP). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Coombs, M., Puntillo, K. A., Franck, L. S., Scruth, E. A., Harvey, M. A., Swoboda, S. M., & Davidson, J. E. (2017). Implementing the SCCM Family-Centered Care Guidelines in Critical Care Nursing Practice. *AACN Advanced Critical Care*, 28 (2), 138–147. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017766>
- Costa, A., Nobre, C., Gomes, G., Rosa, G., Nornberg, P. K., & Medeiros, S. (2018). Perception of the Family in a Pediatric Unit about Nursing Care. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12 (12), 3279–3286. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a238298p3279-3286-2018>
- Cruz, A. C. (2015). *Relacionamento com famílias na prática clínica de enfermagem no contexto neonatal e pediátrico: impacto de uma intervenção educativa e proposição de uma escala de autoeficácia*. (Tese de doutoramento não publicada). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo. doi:10.11606/T.7.2015.tde-14102015-112747.
- Decreto-Lei n.º 67/98 de 26 de outubro. (1988). *Diário da República n.º 247/1998, Série I-A*. Ministério público: Lisboa. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/67/1998/10/26/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de Urgência Pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar em Enfermagem*, 20 (2). Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf
- Doupnik, S. K., Hill, D., Palakshappa, D., Worsley, D., Bae, H., Shaik, A., ... Feudtner, C. (2017). Parent Coping Support Interventions During Acute Pediatric Hospitalizations: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 140 (3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4171>

- Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A. M., & Goudreau, J. (2015). Integrando o Modelo de Crenças da Doença na Prática Clínica: Um Modelo de Utilização do Conhecimento da Enfermagem em Sistemas Familiares. *Journal of Family Nursing*, 21 (2), 322-348. <https://doi.org/10.1177/1074840715579404>
- Feeg V., Paraszczuk A., Cavusoglu H., Sheilds L., Pars H., & Al Mamun A. (2015). How is family centred care perceived by healthcare providers from different countries? Na International Comparison Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 267–276. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.007>.
- Felipin, L. C., Merino, M., Baena, J., Oliveira, R. B., Borghesan, N., & Higarashi, I. (2018). Family-Centered Care in Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit: Nurse's Vision. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17 (2), 1–7. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41001>
- Fernandes, C. S. (2014). *A família como foco dos cuidados de enfermagem-aprendendo com o family nursing game*. (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81243/2/33839.pdf>
- Fernandes, C. S., Pereira Gomes, J. A., Martins, M. M., Pereira Gomes, B., & Gonçalves, L. H. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 21-30. <https://doi.org/10.12707/RIV15007>
- Fernandes, C.S., Nóbrega, M. S., Ângelo, M., Torre, M.I. & Chaves, S. C., (2018). Importância das famílias nos cuidados à pessoa com transtorno mental: atitudes dos enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 22 (4) 1-8. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2018-0205
- Figueiredo, M. C., Santos, M. S., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, M. J. & Fernandes, I. (2012). Atitudes, Conceções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp. 36-43). Porto: ESEP.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas (5ª Ed.).
- Francisco, E. F. (2017). *Atitude dos Enfermeiros e a Família na Área Hospitalar*. (Tese de Mestrado não publicada) Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.19/4534>
- Galinha, F., Ribeiro, M. T., Pinto, J. C. (2014). Contributos das técnicas de mediação familiar na relação enfermeiro-família em serviços de urgência. In Ribeiro, M. T., Matos, P. T., Pinto, H. R., *Mediação familiar: contributos de investigações realizadas em Portugal* (Capítulo 9, pp. 160-177). Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 978-972-54-0417-1.

- Galvin, K. M., Brainthwaite D. O. & Bylund, C. L. (2015). *Family Communication: Cohesion and Change*. New York: Pearson Education, (9ª edição).
- Goodridge, D., Henry, C., Watson, E., McDonald, M., New, L., Harrison, E. L., ... Rotter, T. (2018). Structured approaches to promote patient and family engagement in treatment in acute care hospital settings: protocol for a systematic scoping review. *Systematic reviews*, 7(1), 35. doi:10.1186/s13643-018-0694-9
- Gusdal, A. K., Martin, L., Josefsson, K., & Thors Adolfsson, E. (2017). Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(3), 256–266. <https://doi.org/10.1177/1474515116687178>
- Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., Van der Schans, C. P., Luttik, M. L., & Krijnen, W. P. (2018). Translation and Psychometric Evaluation of the Dutch Families Importance in Nursing Care: Nurses' Attitudes Scale Based on the Generalized Partial Credit Model. *Journal Of Family Nursing*, 24 (4), 538–562. <https://doi.org/10.1177/1074840718810551>
- Herrin, J., Harris, K. G., Kenward, K., Hines, S., Joshi, M. S., & Frosch, D. L. (2016). Patient and family engagement: a survey of US hospital practices. *BMJ quality & safety*, 25 (3), 182–189. doi:10.1136/bmjqs-2015-004006
- Hetlanda, B., McAndrewb, N., Perazzoc, J., & Hickmand, R. (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive Critical Care Nursing*, 44, 67–75. doi:10.1016/j.iccn.2017.08.008
- Hill, C., Knafl, K. A., & Santacroce, S. J. (2018). Family-Centered Care From the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 41, 22–33. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.11.007>
- Hsiao, C., & Tsai, Y. (2015). Factors associated with the perception of family nursing practice among mental health nurses in Taiwan. *Journal of Family Nursing*, 21, 508-528. <https://doi.org/10.1177/1074840715606543>
- International Council of Nursing (ICN). (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Family Nursing Association (IFNA). (2015). *Position statement on generalist competencies for family nursing practice*. Retirado de <http://internationalfamilynursing.org/2015/07/25/ifna-position-statement-on-generalist-competencies-for-family-nursing-practice-2/>
- International Family Nursing Association (IFNA). (2017). *FNA Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing*. Retirado de <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/>

- Johnston, T. (2018). Preserving families psychological and psychosocial health in PICU: a review on the health professionals role. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 36 (1), 56–61. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=131905850&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robison, M. (2018). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. Philadelphia: F. A. Davis Company, (6th edition).
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modelling*. New York: The Guilford (3rd edition) ISBN 978-1-60623-877-6
- Lima, M. L., (2010). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. M. Vala, *Psicologia social* (8ª ed., pp.187-225). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Linnarsson, J. R., Benzein, E., & Årestedt, K. (2015). Nurses' views of forensic care in emergency departments and their attitudes, and involvement of family members. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 266-274. doi:10.1111/jocn.12638
- Luttik, M., Goossens, E., Ågren, S., Jaarsma, T., Mårtensson, J., Thompson, D. R., & Strömberg, A. (2017). Attitudes of nurses towards family involvement in the care for patients with cardiovascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16, 299-308. <https://doi.org/10.1177/1474515116663143>
- Mackie, B. R., Marshall, A., & Mitchell, M. (2017). Acute care nurses' views on family participation and collaboration in fundamental care. *Journal Of Clinical Nursing*, 27 (11–12), 2346–2359. <https://doi.org/10.1111/jocn.14185>
- Mackie, B. R., Marshall, A., Mitchell, M., & Ireland, M. J. (2018). Psychometric testing of the revised “Families’ Importance in Nursing Care–Nurses’ Attitudes instrument.” *Journal of Advanced Nursing*, 74, 482-490. <https://doi.org/10.1111/jan.13442>
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: Report number, (7ª edição).
- Martins, C. A., Abreu, W. J., & Figueiredo, M. C. (2017). Tornar-se Pai ou Mãe: O desenvolvimento do processo parental. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 6 (4), 146-161. <https://doi.org/https://doi.org/10.21664/2238-8869.2017v6i4.p146-161>
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri Figueiredo, M. C. & Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Andrade, L. M., Carvalho, J. C. (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In Barbieri, M. C., Martins, M. M., Figueiredo, M. H., Martinho, M. J., Andrade, L. M. Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Santos, M. R. & Carvalho, J. C. *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp. 20 - 33). Porto: Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família. ISBN: 978-989-96103-3-0

- Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., & Åstedt-Kurki, P. (2014). The method of nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of the support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 305-314. doi:10.1111/scs.12060
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos: Desalojar o desassossego que vive em si*. Lisboa: Lusodidacta.
- Mendes, A. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de Informação: experiência vivida pela família na unidade de Cuidados intensivos. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Mendes, A. (2018). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira Enfermagem*, 71 (1), 170-7. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0163
- Mendes, M.G. (2016). Parceria de cuidados em pediatria: ganhos em saúde para as crianças, para os pais e para os enfermeiros, In J. Vallés, & T. Oterro, *Disenos de la moderna investigación universitaria*, (pp.531-542). Madrid: McGraw- Hill Education.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Plos Medicine*, 6 (7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18 (1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Oh, J., Kim, Y., Yoo, S. & Cho, H. (2018). Validity and Reliability of the Korean Version of the Families' Importance in Nursing Care-Pediatric Nurses' Attitudes Instrument. *Child Health Nursing Research*, 24 (3), 274-286. <https://doi.org/10.4094/chnr.2018.24.3.274>
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Santos, M., Andrade, L., Barbieri, M., Carvalho, J., Martinho, M., & Martins, M. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. E-Book do *II Simpósio Internacional de Enfermagem de Família: da Investigação à Prática de Enfermagem de Família* (pp. 34-48). Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família.
- Oliveira, P. P., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., ... Martins, M. M. (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, 1331-1337. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>

- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). *Estatística de Enfermeiros*. Lisboa: OE. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Pascual-Fernández, M. C., Ignacio-Cerro, M. C., Cervantes Estévez, L., Jiménez Carrascosa, M. A., Medina Torres, M., & García Pozo, A. M. (2015). Questionnaire to evaluate the importance of the family in nursing care. Validation of the Spanish version (FINC-NA). *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 38 (1), 31–39. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=25963456&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Pascual-Fernández, M. C., Morotejedor, M. N., Ignacio-Cerro, M. C., Cervantes Estévez, L., & García Pozo, A. M. (2016). Actitudes de los profesionales de enfermería ante la participación familiar. *Revista Rol de Enfermería*, 39(10), 46–53. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=119345490&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Retirado de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Pires E. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família*. (Tese de Mestrado não publicada) Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança. Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14030/1/A%20import%C3%A2ncia%20das%20Fam%C3%ADlias%20-%20Vers%C3%A3o%20Final.pdf>
- Polit, D. & Hungler B.P. (2000). *Investigacion Científica en Ciencias de la Salud* México: McGraw-Hill Interamericana (6a ed.) ISBN 970102690x
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento, (4ª edição). ISBN 972-36-0413-2.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º 26 - II Série*. Lisboa: Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento n.º 422/2018 de 18 julho. *Diário da República n.º 133 - II Série*. Lisboa: Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>
- Ribeiro, J.L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic, (3.a Edicao).
- Ribeiro, J. (2016). *Atitudes de Enfermeiros nos Cuidados com Famílias no Contexto do Parto e Puerpério Imediato*. (Tese de Mestrado não publicada) Universidade Federal do Maranhão, São Paulo. Recuperado de <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/tede/1362>

- Ribeiro, S. & Calado, G. (2017). Necessidades de cuidados de enfermagem para la familia de enfermos infantiles com enfermedades crónicas. *Revista Ibero-Americana de Salud e Envejecimento*, 3 (3), 1166-1179.
- Rodrigues, L.M. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. (Tese de Mestrado não publicada) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Recuperado de <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4480>
- Sağlık, D. S., & Çağlar, S. (2019). The Effect of Parental Presence on Pain and Anxiety Levels During Invasive Procedures in the Pediatric Emergency Department. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 45 (3), 278–285. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.003>
- Santa A. I. (2014). *Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos*. (Tese de Mestrado não publicada) Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.19/2565>
- Saveman, B. I. (2010). Family nursing research for practice: the Swedish perspective. *Journal Of Family Nursing*, 16 (1), 26–44. <https://doi.org/10.1177/1074840709360314>
- Saveman, B., 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, 312–329. <https://doi.org/10.1177/1074840711415074>
- Shields, L. (2015). What is “family-centered care”? *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3 (2), 139–144. Retirado de <http://ubplj.org/index.php/ejpch/article/view/993/993>
- Sigurdardottir, A. O., Garwick, A. W., & Svavarsdottir, E. K. (2017). The importance of family support in pediatrics and its impact on healthcare satisfaction. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 31 (2), 241–252. <https://doi.org/10.1111/scs.12336>
- Silva, M. A. (2011). *Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários*. Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Skuladottir, A., Konradsdottir, E., & Agustsdottir, A. (2010). Spurningalisti til að meta viðhorf fagfólks til fjölskylduhjúkrunar [Questionnaire to evaluate the attitude of professionals towards family nursing]. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86, 6–10.
- Sousa, E. A. (2011). *Família – atitudes do enfermeiro de reabilitação*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/9365>
- Svavarsdottir, E. K., Sigurdardottir, A. O., Konradsdottir, E., Stefansdottir, A., Sveinbjarnardottir, E. K., Ketilsdottir, A., ... Guðmundsdottir, H. (2015). The

Process of Translating Family Nursing Knowledge Into Clinical Practice.
Journal of Nursing Scholarship, 47, 5-15. doi:10.1111/jnu.12108

Sveinbjarnardottir, E. K., Svavarsdottir, E. K., & Saveman, B. I. (2011). Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following an educational and training intervention program. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 18 (10), 895–903. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01744.x>

Tavares M. C. (2017). *Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar*. (Tese de Mestrado não publicada) Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.19/4532>

Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F. A. Davis Company (6th edition).

ANEXOS

ANEXO I - Questionário IFCE-AE



19000



QUESTIONÁRIO

A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)*

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

Sr/a. Enfermeiro/a,

Quando uma criança é hospitalizada, a doença e o internamento afetam toda a dinâmica familiar. O bem-estar da criança e da família está intrinsecamente colocado em risco. Os enfermeiros são prestadores de cuidados capazes de atuar no sentido de potenciar o envolvimento destas famílias nos cuidados de enfermagem e assim reduzir o risco de perturbações emocionais e físicas inerentes à hospitalização, quer na criança, quer na família. Apesar da assumida relevância, do envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, em Portugal, as atitudes dos enfermeiros neste envolvimento é uma realidade a estudar.

Assim, com este estudo, propomo-nos a dar resposta à seguinte questão de partida: “Qual a atitude dos enfermeiros sobre o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, em contexto pediátrico?”

Este questionário é constituído por duas partes, com um tempo médio de preenchimento de 10 minutos: caracterização sociodemográfica e escala “A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE).

A escala consiste numa série de afirmações gerais sobre a importância da família na assistência de enfermagem. As afirmações são semelhantes, mas não são iguais e não estão organizadas de acordo com uma ordem específica. Por favor, responda rapidamente a essas afirmações, respondendo com a primeira reação que lhe ocorrer quando as lê. Assinale a resposta que melhor descreve a sua opinião em relação a cada afirmação.

O termo família refere-se ao utente/ cliente e familiares, amigos, vizinhos ou outros significativos.

Assim, para o desenvolvimento deste estudo, contamos com a sua participação que é livre e anónima. Salientamos que os resultados serão disponibilizados após a apresentação do estudo à comunidade científica. A sua colaboração é fundamental para que possamos levar a cabo este trabalho, pelo que agradecemos a sua participação. De forma a manter o anonimato dos dados, pedimos que coloque a folha de consentimento informado num envelope destinado a esse fim.

Sara Raquel Machado Lemos

saraquelemos@hotmail.com

Mestranda em Enfermagem De Saúde Infantil e Pediatria,
na Escola Superior de Enfermagem do Porto



As perguntas seguintes destinam-se a caracterizar sócio demograficamente a amostra, solicitando-se que responda, assinalando o item correspondente à sua opção ou escrevendo a resposta nos itens correspondentes.

☐ Masculino

☐ Feminino

2. Idade:

--	--

 (em anos)

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

☐ Enfermeiro

☐ Enfermeiro especialista

5. Tempo de exercício profissional:

--	--

 (em anos)

5.1 No serviço atual:

--	--

 (em anos)

☐ Sim

☐ Não

(assinale todas as que se aplicarem)

- ☐ 1. Contexto Académico
- ☐ 2. Formação contínua
- ☐ 3. Auto – formação

2.1 Na instituição

[illegible]

2.2 Outros contextos: Especifique

[illegible][illegible]

7. Serviço onde trabalha:

[illegible]

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

PARTE II: INSTRUMENTO
“A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM – ATITUDES DOS ENFERMEIROS” (IFCE-AE)*

Responda às seguintes questões, preenchendo o círculo (●) correspondente, tendo em conta o seu grau de concordância, em que:

1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Nem Discordo/Nem Concordo; 4. Concordo; 5. Concordo completamente

Nº	Questões	1	2	3	4	5
1	É importante saber quem são os membros da família do utente.	☐	☐	☐	☐	☐
2	A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.	☐	☐	☐	☐	☐
5	A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).	☐	☐	☐	☐	☐
6	No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.	☐	☐	☐	☐	☐
7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.	☐	☐	☐	☐	☐
10	A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente.	☐	☐	☐	☐	☐
13	A presença de membros da família é importante para os mesmos.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Pergunto às famílias como as posso apoiar.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Considero os membros da família como parceiros	☐	☐	☐	☐	☐
19	Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.	☐	☐	☐	☐	☐
20	O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.	☐	☐	☐	☐	☐
21	Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
22	É importante dedicar tempo às famílias.	☐	☐	☐	☐	☐
23	A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.	☐	☐	☐	☐	☐
24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.	☐	☐	☐	☐	☐
25	Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.	☐	☐	☐	☐	☐
26	A presença de membros da família deixa-me em stresse.	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários:

Terminou o preenchimento deste questionário. Obrigado pela colaboração.

* Versão traduzida, adaptada e validada para Portugal por: Oliveira, M. et al. Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Rev Esc Enferm USP, 2011, 45(6), pp 1331-7.

** Versão original revista por: Saveman, B. et al. Refinement and Psychometric Reevaluation of the Instrument: Families' Importance in Nursing Care-Nurses' Attitudes. Journal of Family Nursing, 2011, 17(3), pp. 312-329.

ANEXO II - Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Conforme a Lei N.º 67/98 de 26 de Outubro e a *Declaração de Helsínquia* da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008)

Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria:

“A importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros em contexto pediátrico”

Caro/a Colega,

Sara Raquel Machado Lemos, estudante do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ano letivo 2018/2019, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação intitulado: ***A importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros***, sob a orientação da Professora Maria do Céu Barbieri Figueiredo e co-orientação da Professora Luísa Andrade.

Este estudo é quantitativo e tem como objetivos: - avaliar as características psicométricas da escala IFCE -AE, revista; - caracterizar as atitudes que os enfermeiros têm sobre o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, em contexto pediátrico; - descrever as relações entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a sua atitude face à família, em contexto pediátrico.

A concretização desta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de

Garante-se o respeito pelos pressupostos éticos inerentes a um trabalho desta natureza, assegurando-se que:

- A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa em participar no estudo supracitado;
- Será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados. Os questionários serão entregues em branco, nos serviços. Após preenchimento, ou não, consoante a vontade de cada participante, o mesmo deverá ser colocado pelo próprio na caixa destinada, que estará no serviço, mantendo deste modo a confidencialidade e anonimato destes.
- A recolha e abertura das caixas será efetuada pela investigadora, fora do respetivo serviço.
- Os questionários serão destruídos após o tratamento dos dados.
- Os dados serão divulgados após a discussão da Tese de Mestrado, prevendo-se a sua publicação em revista nacional ou internacional.



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Conforme a Lei N.º 67/98 de 26 de Outubro e a *Declaração de Helsinquia* da Associação Médica Mundial
(Helsinquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008)

Eu, _____(nome)

concordo em participar no trabalho de investigação *A importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - Atitudes dos enfermeiros*, tendo em conta os pressupostos sobre os quais fui elucidado/a.

Assim, aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Assinatura do participante _____

Assinatura do investigador _____

Local: _____ Data: ____/____/____

Para qualquer esclarecimento ou informação adicional, não hesite em contactar-me:

saraquelemos@hotmail.com

(contacto telefónico: 912676478)