

A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros

The Family in Primary Care: characterization of nurses' attitudes

La Familia en la Atención Primaria: evaluación de las actitudes de los enfermeros.

Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes Martins Moreira da Silva*;

Maria Arminda da Silva Mendes da Costa**; Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva***

Resumo

As orientações nacionais e internacionais evidenciam as práticas de enfermagem centradas na família. Realizámos um estudo quantitativo, com objetivo de caraterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em Cuidados de Saúde Primários, na Administração Regional de Saúde do Centro, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Inquirimos uma amostra de 871 enfermeiros de centros de saúde da região centro de Portugal, com a versão Portuguesa da Escala Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA), (Benzei *et al.*, 2008), validada por Oliveira *et al.* (2009; 2011). Os resultados obtidos, com scores médios elevados nas dimensões Família: recurso nos cuidados de enfermagem (76.48 pontos) e Família: parceiro dialogante e recurso de coping (73.33 pontos) e baixos na dimensão Família: fardo (21.60 pontos), evidenciam que os enfermeiros possuem atitudes de suporte em relação à família, estando relacionadas com a formação que possuem, o tempo de experiência profissional, a unidade onde trabalham e o método de organização dos cuidados. Concluímos que os enfermeiros da Administração Regional de Saúde do Centro possuem atitudes de suporte face à família, o que constitui um critério importante para a qualidade dos cuidados que prestam em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Palavras-chave: enfermagem familiar; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; atenção primária à saúde.

Abstract

National and international guidelines on show that nursing practices are focused on families. We have conducted a quantitative study, with the objective of characterizing the attitudes of nurses working in primary health care in regional health centers, on the importance of involving the family in nursing care. We studied a sample of 871 nurses at health centers in the central region of Portugal, using the Portuguese version of the Families Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes scale (FINC-NA) (Benzei *et al.*, 2008), validated by Oliveira *et al.* (2009; 2011). The results showed high average scores on the following dimensions: Family: use of nursing care (76.48) and Family: partner in the dialogue and coping resources (73.33), and low scores on Family: burden (21.60). These results highlight that nurses have supportive attitudes towards families, and these are related to training, length of professional experience, the unit where they work, and the method of organization of care. We conclude that nurses in regional health centers have supportive attitudes towards families, which is an important criterion for the quality of care they provide in the context of primary health care.

Keywords: family nursing; health knowledge, attitudes, practice; primary health care.

* Mestre em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [margarida@esenfc.pt]. Morada: Rua D. João I, nº 93, 3045-054, Coimbra, Portugal.

** Doutora em Ciências da Educação. Professora Coordenadora com Agregação. Escola Superior de Enfermagem do Porto [armindacosta@gmail.com].

*** Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal [mmartins@esenf.pt].

Resumen

Las directrices nacionales e internacionales destacan prácticas de enfermería centradas en la familia. Realizado estudio cuantitativo, con el objetivo de caracterizar las actitudes de los enfermeros que trabajan en la Atención Primaria de Salud en Administración Regional de Salud Center, en la importancia de involucrar a la familia en los cuidados de enfermería. Inquirió una muestra de 871 profesionales de enfermería de los centros de salud de la región central de Portugal, con la versión portuguesa de la escala "Importancia de las familias en el cuidado de enfermería: enfermeras actitudes (FINC-NA)" (Benzei *et al.*, 2008), validada por Oliveira *et al.* (2009) e Oliveira *et al.* (2011). Los resultados obtenidos, con puntuaciones promedio altos sobre las dimensiones de la función: familia de enfermería (76.48), familia: socio en el diálogo y la acción para hacer frente (73.33) y baja dimensión familiar: carga (21.60), destacar que enfermeras tienen actitudes de apoyo hacia la familia está relacionada con la formación que tienen experiencia profesional en el tiempo, la unidad en la que trabajan y el método de organización de la atención. Concluimos que los enfermeros en Administración Regional de Salud Center tienen actitudes cara de apoyo a la familia, que es un criterio importante para la calidad de la atención que ofrecen en la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: enfermería de la familia; conocimientos, actitudes y práctica en salud; atención primaria de salud.

Recebido para publicação em: 13.04.13

Aceite para publicação em: 21.10.13

Introdução

A importância da família nos cuidados de saúde tem sido evidenciada, não só no desenvolvimento da literatura de enfermagem, como também no estabelecimento de políticas de saúde. Em Portugal, é hoje clara a relevância da família nos cuidados, destacando-se: a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), iniciada em 2005 com a estratégia de reconfiguração dos centros de saúde (CS) e a implementação das unidades de saúde familiar (USF), onde o enfermeiro é considerado um elemento central das equipas multiprofissionais; os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde é definido o exercício profissional do enfermeiro, na relação interpessoal com a pessoa, ou com um grupo de pessoas (família ou comunidades) (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar que designa que os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais. (Regulamento n.º 126/2011).

O interesse pela saúde familiar, nomeadamente pela metodologia de ação do enfermeiro de família nos CSP, conduziu à realização de uma revisão da literatura, concluindo-se uma escassez de estudos quer a nível nacional, quer a nível internacional. Esta constatação levou-nos à seguinte questão: como é que os enfermeiros que trabalham em CSP constroem e produzem os cuidados às famílias? Iniciámos o estudo pela caracterização das atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP, para posteriormente analisarmos o processo de construção e produção de cuidados às famílias. Neste artigo divulgamos os resultados parciais do estudo, orientado pelo objetivo geral - caracterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em CSP na Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Enquadramento/Fundamentação Teórica

Portugal tem sido pioneiro em muitas reformas nos CSP, nomeadamente ao ter considerado estes cuidados como a principal «porta de entrada» no

sistema de saúde e consagrado o conceito de CS como elemento de base para a proteção e fomento da saúde nas comunidades. Este facto ocorreu em 1971, e só dois anos mais tarde, surge a orientação internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o desenvolvimento dos CSP como cuidados de primeira linha a serem prestados nos contextos onde as pessoas vivem, próximos das suas residências ou locais de trabalho.

A introdução destes conceitos, bem como a criação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, em 1971, que destaca o enquadramento social das atividades da saúde e da assistência à família, enquanto instituição básica do desenvolvimento integral do homem e a primeira responsável pelo bem-estar dos seus membros, foi considerada a primeira reforma dos CSP em Portugal.

Sete anos após a criação desta lei, no ano 1978, realiza-se a Primeira Conferência Internacional sobre CSP em Alma-Ata, tendo daí resultado a visão dos CSP, como assistência essencial, colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade.

Em 1983, surge outro marco importante na organização dos CSP em Portugal: a criação dos CS de segunda geração, definidos como unidades prestadoras de cuidados primários dirigidos ao indivíduo, família e comunidade, onde é privilegiada a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os utentes.

Em Portugal, apesar de não ter sido posta em prática, foi prevista outra reestruturação dos CSP em 1999, com a criação dos CS denominados de terceira geração e a integração do conceito de USF. Um ano após a publicação desta legislação, realizou-se em Munique a Segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS-Região Europeia, onde se perspetivou o enfermeiro como *pivot* central do desenvolvimento e coordenação das intervenções na comunidade, sendo a família o núcleo central da sua intervenção (World Health Organization, 2000).

Nas políticas de Saúde Para Todos No Século XXI (OMS, 2003, p. 23) é também evidenciado o papel do enfermeiro de família, nomeadamente, na Meta 15, onde é defendida a necessidade de um setor da saúde mais integrado, com ênfase mais forte nos CSP, designando-se o enfermeiro de saúde familiar, o profissional de saúde responsável por proporcionar a um número limitado de famílias "(...) *um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados domiciliários.*"

A mais recente reforma dos CSP em Portugal, iniciada em 2005, volta a dar ênfase às USF e às equipas multiprofissionais de saúde, com a reconfiguração dos CS e implementação das USF. Nestas unidades, foi instituído o perfil profissional do enfermeiro de família, como elemento facilitador para desenvolver o modelo de trabalho em equipa, assumindo-se a necessidade de clarificação do papel profissional aos utentes e a outros parceiros profissionais, devendo aproveitar-se a proximidade das famílias no acesso aos cuidados para evidenciar “(...) não só a oferta de cuidados terapêuticos mas também de cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisões e para o autocuidado, ao longo de todo o ciclo de vida” (Neves, 2012, p.133).

Para além das políticas nacionais para organização dos CSP, onde é realçada a importância da família nos cuidados, os Planos Nacionais de Saúde (PNS): 2004-2010 e 2012-2016 salientam também a abordagem centrada na família e no ciclo de vida, por permitirem uma perceção mais integrada dos problemas de saúde. O último documento mencionado salienta, ainda, a importância do enfermeiro de família, propondo que entre este e o cidadão se promova a confiança numa relação que difunda a proximidade e continuidade de cuidados personalizados, sendo um dos principais gestores da sua situação de saúde e responsáveis pela mobilidade entre os vários serviços de saúde.

As diretrizes descritas em relação aos CSP, quer no que respeita à organização dos serviços, quer à orientação dos cuidados, demonstram a importância das práticas clínicas de enfermagem centradas na família e na relação que cada enfermeiro estabelece com a mesma no processo de cuidados.

A este respeito, Benzein *et al.* (2008) apresentam a perspetiva de Söderström *et al.* que defendem que, se os enfermeiros acreditam que a família e o relacionamento com ela é importante para a qualidade dos cuidados, estes serão mais propensos a iniciar interações com as famílias.

Para analisarmos as atitudes dos enfermeiros face à família, atendemos ao conceito de atitude de Eagly e Chaiken definida como um conjunto de visões mentais e de avaliações relativamente a uma ideia, objeto ou uma pessoa, constituindo uma combinação de crenças, sentimentos ou avaliações (Gleitman, Fridlund e Reiseberg, 2011).

Vários autores defendem que para estudar as atitudes, é necessário ter em conta a sua estrutura.

Rosemberg e Hovland (Ajzen, 1989) sugerem uma visão tri-composta em que a atitude pode assumir as seguintes variáveis: Variáveis independentes e mensuráveis, que são os estímulos - indivíduos, situações, grupos sociais e outros objetos da atitude; Variáveis intervenientes - o afeto, a cognição e o comportamento; Variáveis dependentes mensuráveis, que constituem: as respostas do sistema nervoso simpático e a descrição verbal dos afetos (ligada ao afeto); as respostas perceptuais e a descrição verbal das crenças (ligadas à cognição); as ações abertas e descrições verbais relativas a comportamentos (ligadas ao comportamento).

Da revisão da literatura efetuada, em relação às atitudes dos enfermeiros face às famílias nos CSP, foram encontrados três estudos. O primeiro consiste num estudo Sueco, de Benzein *et al.* (2008), que valida a escala *Families' Importance in Nursing Care-Nurses' Attitudes (FINC-NA)*, numa amostra de 634 enfermeiros selecionados aleatoriamente de CSP e de cuidados de saúde diferenciados. O segundo, efetuado em Portugal, numa amostra de 136 enfermeiros da ARS do Norte, por um grupo de investigadores (Oliveira *et al.*, 2009 e Oliveira *et al.*, 2011), descreve os processos de tradução, validação e adaptação transcultural dessa mesma escala, que avalia as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem, denominando-a: *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)*. O terceiro, realizado por Freitas (2009), a 372 enfermeiros dos centros de saúde da Região Autónoma dos Açores, teve como objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a enfermagem com famílias.

Dado o presente quadro de desenvolvimento da temática da saúde familiar, a importância do enfermeiro nas atuais equipas de saúde e a relevância das atitudes dos enfermeiros face à família, para a qualidade dos cuidados, entendemos pertinente o desenvolvimento deste estudo.

Metodologia

Realzamos um estudo quantitativo, do tipo descritivo e correlacional, tendo como população todos os enfermeiros que trabalham em CSP na ARS do Centro. Tivemos como critérios de inclusão na

amostra os enfermeiros da população alvo, que se disponibilizassem para participar no estudo e que tivessem funções diretas com os utentes e famílias, excluindo-se, assim, todos os que não estivessem envolvidos diretamente nas práticas de cuidados e cujas funções fossem apenas na área da gestão. Com estes critérios obtivemos uma amostra de 871 enfermeiros, de uma população de cerca de 1800 enfermeiros.

O objetivo geral deste estudo foi caracterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em CSP na ARS do Centro, relativamente à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. E, como objetivos específicos: analisar a relação das atitudes identificadas com as habilitações académicas e profissionais, a formação em enfermagem de família, o tempo de experiência profissional, a unidade funcional de saúde onde trabalham e a metodologia de trabalho que utilizavam.

Como instrumento de colheita de dados, aplicámos um questionário composto por duas partes: a primeira, com questões de caracterização sociodemográfica e profissional, nomeadamente, a idade, sexo, tempo de serviço, grau académico, categoria profissional, tipo de formação em enfermagem de família, unidade onde trabalham e metodologia de trabalho que orienta a sua prática; e a segunda parte, constituída pela escala: “*A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)*”, validada para a população portuguesa por Oliveira *et al.* (2009) e Oliveira *et al.*, (2011).

O enunciado desta escala apresenta como conceito de família: «membros de família, amigos, vizinhos ou outros significantes» ou seja, todos os elementos que as famílias consideram significativos, para além dos membros da família consanguíneos ou legalmente instituídos. Os itens da escala são classificados em cognitivos (eu penso), afetivos (eu sinto) e comportamentais (eu faço no meu trabalho), propondo-se estes a avaliar as dimensões Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, com 12 itens; Família: recurso nos cuidados de enfermagem, com 10 itens e Família: fardo, com 4 itens. Cada item é respondido através de uma escala de concordância, tipo *Likert*, com quatro opções compreendidas entre, discordo completamente (1) e concordo completamente (4). No total da escala os *scores* podem variar entre 26 e 104, sendo que, quanto maior for o *score* obtido nas duas primeiras

dimensões (Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* e Família: recurso nos cuidados de enfermagem) e menor for o *score* obtido na terceira dimensão (Família: fardo) mais importância atribuem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja, mais atitudes de suporte revelam. (Oliveira *et al.*, 2009 e Oliveira *et al.*, 2011).

No referido processo de validação e resultante da determinação da consistência interna, do total dos itens da escala, obteve-se um valor de $\alpha=0,87$, revelador de uma boa consistência interna (Oliveira *et al.*, 2009 e Oliveira *et al.*, 2011).

Previamente à aplicação deste instrumento, desenvolvemos um conjunto sequencial de procedimentos éticos e formais, nomeadamente: a solicitação de autorização para utilização da escala aos autores; o pedido de autorização para a realização do estudo ao presidente da comissão de ética da ARS do Centro; o pedido de aplicação do instrumento de colheita de dados aos presidentes dos conselhos executivos dos agrupamentos de centros de saúde e aos presidentes dos conselhos de administração das unidades locais de saúde, da região centro; a solicitação aos enfermeiros que compõem os conselhos clínicos das unidades referidas e, posteriormente, aos enfermeiros chefes ou responsáveis dos centros de saúde ou/e das unidades funcionais de saúde, para colaboração junto dos restantes enfermeiros na aplicação do questionário.

Para o tratamento dos dados, utilizámos estatística descritiva e inferencial recorrendo ao programa informático IBM SPSS *Statistics* 18. Aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov e, não tendo sido verificada distribuição normal em nenhuma das dimensões da escala [Dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* ($Z=0.112$, $p < 0.001$); Dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem ($Z=0.089$, $p < 0.001$) e na dimensão Família: fardo ($Z=0.138$, $p < 0.001$)], optou-se pela aplicação de testes não paramétricos.

Resultados

Quanto às características sociodemográficas, os enfermeiros inquiridos foram maioritariamente do sexo feminino (88.5%), sendo a média de idade 40.59 anos, com desvio padrão 8.63 anos. O tempo médio de exercício profissional situou-se em 16.37

anos, com desvio padrão de 8.42 anos e o tempo de exercício profissional em CSP apresentou uma média de 12.16 anos, com desvio padrão de 7.93 anos. Dos enfermeiros inquiridos, 90.9% possuía licenciatura em enfermagem e 27.8 % cursos de pós-licenciatura ou de especialidade em enfermagem. A maioria (69.6%) não possuía formação em enfermagem de família. O método de trabalho mais frequente era o de enfermeiro de família (55.0%). No que concerne ao tipo de unidade funcional, verificámos que 69.2% dos enfermeiros desempenhava funções em UCSP, 18.3% trabalhava em USF, 5.6% em outras unidades, 3.7%, em unidades de cuidados na comunidade (UCC) e 3.2% em unidades de saúde pública (USP). Relativamente às atitudes, e pela análise da tabela 1, podemos constatar que na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* os resultados variaram

entre 30.60 e 100.00 pontos, sendo a média 73.33 pontos com desvio padrão 11.97 pontos. Metade dos inquiridos posicionou-se em resultados superiores a 72.22 pontos e 25.0% em resultados acima de 83.33 pontos. Na dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem, os resultados situaram-se entre 36.70 e 100.00 pontos, sendo a média 76.48 pontos com desvio padrão 12.61 pontos. Constatamos, ainda, que 50.0% dos enfermeiros obteve resultados de pelo menos 76.67 pontos e 25.0% superiores a 86.67 pontos. Por último, na dimensão Família: fardo, observamos resultados compreendidos entre 0.00 e 66.70 pontos. O valor médio foi de 21.60 pontos, com desvio padrão de 15.19 pontos. Nesta dimensão, 50.0% dos enfermeiros obteve resultados inferiores a 25.00 pontos e 25.0% apresentou valores inferiores a 8.33 pontos.

TABELA 1 – Medidas descritivas observadas para as dimensões da escala IFCE-AE

Dimensão	\bar{X}	s	P ₂₅	Md	P ₇₅	x _{min}	x _{max}
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	73.33	11.97	63.89	72.22	83.33	30.60	100.00
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	76.48	12.61	66.67	76.67	86.67	36.70	100.00
Família: fardo	21.60	15.19	8.33	25.00	33.33	0.00	66.70

Aplicámos o teste Kruskal-Wallis para proceder ao cálculo da relação da atitude dos enfermeiros em função das habilitações académicas que possuíam, cujos resultados se encontram na tabela 2. Apenas na dimensão Família: fardo se encontrou diferença estatisticamente significativa ($p=0.018$), revelando que quanto mais habilitações académicas possuem,

maior importância atribuem à família, ou seja, mais atitudes de suporte apresentam nos cuidados de enfermagem. Estas evidências são demonstradas em função de serem os enfermeiros com o grau de mestre que apresentam uma menor média nesta dimensão (15.89 pontos).

TABELA 2 – Relação da IFCE-AE com as Habilitações Académica

Dimensão	Habilitações académicas	n	\bar{X}	Md	c ²	p
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Bacharelato em Enfermagem	47	71.57	69.44	3.545	0.170
	Licenciatura em Enfermagem	792	73.26	72.22		
	Mestrado	32	77.60	77.78		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Bacharelato em Enfermagem	47	75.11	76.67	3.627	0.163
	Licenciatura em Enfermagem	792	76.38	76.67		
	Mestrado	32	80.83	81.67		
Família: fardo	Bacharelato em Enfermagem	47	26.95	25.00	8.019	0.018
	Licenciatura em Enfermagem	792	21.52	25.00		
	Mestrado	32	15.89	16.67		

Os resultados apresentados na tabela 3, referentes à aplicação do teste U de Mann-Whitney que permitiu relacionar as atitudes dos enfermeiros em função de possuírem, ou não, formação especializada em enfermagem, mostram a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões. Estas evidências indicam que os enfermeiros

especialistas apresentam atitudes de maior suporte, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem [Família: *parceiro dialogante e recurso de coping* (76.71 pontos), Família: recursos nos cuidados de enfermagem (78.88 pontos) e Família: fardo (18.53 pontos)].

TABELA 3 – Relação da IFCE-AE com a Habilitação de Especialista

Dimensão	Especialidade em Enfermagem	n	\bar{X}	Md	z	p
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Sim	206	76.71	77.78	-4.486	<0.001
	Não	665	72.28	69.44		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Sim	206	78.88	80.00	-3.169	0.002
	Não	665	75.73	73.33		
Família: fardo	Sim	206	18.53	16.67	-3.412	0.001
	Não	665	22.56	25.00		

A aplicação do teste U de Mann-Whitney permitiu relacionar as atitudes dos enfermeiros em função do facto de possuírem formação em enfermagem de família. Analisando os resultados da tabela 4, constatámos a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* ($p=0.012$)

e Família: fardo ($p=0.002$), mostrando que os enfermeiros com formação em enfermagem de família evidenciam atitudes de maior suporte relativamente à importância das famílias nos cuidados de enfermagem [Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* (75.03 pontos) e Família: fardo (19.17 pontos)].

TABELA 4 – Relação da IFCE-AE com a formação em Enfermagem de Família

Dimensão	Formação em Enfermagem de Família	n	\bar{X}	Md	z	p
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Sim	265	75.03	75.00	-2.526	0.012
	Não	606	72.59	69.44		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	Sim	265	77.64	76.67	-1.670	0.095
	Não	606	75.97	73.33		
Família: fardo	Sim	265	19.17	16.67	-3.076	0.002
	Não	606	22.66	25.00		

Procedemos ao estudo da relação entre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem e a idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício em CSP, através da aplicação do coeficiente de correlação de *Spearman* e do respetivo teste de significância. Os resultados da tabela 5 mostram que todas as correlações são fracas e estatisticamente não significativas. As correlações positivas da dimensão

Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* com a idade ($r_s = 0.07$; $p=0.033$) e com o tempo de exercício profissional ($r_s = 0.09$; $p=0.009$) indicam que os enfermeiros mais velhos e com maior tempo de exercício profissional tendem a evidenciar atitudes de maior suporte, ou seja, tendem a atribuir maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

TABELA 5 – Correlação da IFCE-AE com a Idade, Tempo de Exercício Profissional e Tempo de Exercício Profissional em CSP

Dimensão	Idade		Tempo de exercício profissional		Tempo de exercício em CSP	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	+0.07	0.033	+0.09	0.009	+0.03	0.449
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	+0.03	0.356	+0.04	0.246	+0.02	0.641
Família: fardo	-0.02	0.619	-0.05	0.178	-0.01	0.798

Através da aplicação do teste Kruskal-Wallis, relacionámos as atitudes dos enfermeiros com o tipo de unidade funcional em que exerciam funções. Os resultados observados na tabela 6 revelam que os enfermeiros que trabalhavam em UCSP apresentam, nas medidas de tendência central, valores mais baixos nas dimensões *Família: parceiro dialogante e recurso*

de *coping* (72.64 pontos) e *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* (75.76 pontos) e valor mais elevado na dimensão *Família: fardo* (22.75 pontos), o que significa que estes evidenciam atitudes de menor suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

TABELA 6 — Relação da IFCE-AE com o tipo de Unidade Funcional

Dimensão	Tipo de Unidade Funcional	n	\bar{X}	Md	c^2	p
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	USF				6.262	0.044
	UCSP	159	75.16	72.22		
	UCC, USP, Outra	603	72.64	69.44		
		109	74.47	75.00		
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	USF				6.880	0.032
	UCSP	159	78.03	76.67		
	UCC, USP, Outra	603	75.76	73.33		
		109	78.20	80.00		
Família: fardo	USF				11.330	0.003
	UCSP	159	19.18	16.67		
	UCC, USP, Outra	603	22.75	25.00		
		109	18.81	16.67		

Os resultados da tabela 7 demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala IFCE-AE, quando relacionadas com o método de trabalho, evidenciando-se que os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade de acordo com o método funcional são os que demonstram atitudes de menor suporte face à

importância das famílias nos cuidados de enfermagem [*Família: parceiro dialogante e recurso de coping* (70.60 pontos), *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* (74.28 pontos) e na dimensão *Família: fardo* (25.22 pontos)].

TABELA 7 – Relação entre a IFCE-AE e o Método de

Trabalho

Dimensão	Método de trabalho	n	\bar{X}	Md	c^2	p
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Método funcional				16.963	<0.001
	Método de equipa	193	70.60	69.44		
	Método de enfermeiro de família	199	75.01	75.00		
		479	73.73	72.22		

Família: recurso nos cuidados de enfermagem					
Método funcional					
Método de equipa	193	74.28	73.33	7.338	0.026
Método de enfermeiro de família	199	77.67	76.67		
	479	76.86	76.67		
Família: fardo				14.061	0.001
Método funcional	193	25.22	25.00		
Método de equipa	199	21.61	25.00		
Método de enfermeiro de família	479	20.15	16.67		

Discussão

Os enfermeiros que participaram neste estudo evidenciaram atribuir bastante importância às famílias nos cuidados de enfermagem, ou seja, apresentaram atitudes de suporte face à família. O mesmo questionário foi aplicado a 136 enfermeiros que trabalham em CSP na ARS do Norte, tendo-se verificado que também estes apresentam uma idêntica atitude de suporte em relação às famílias (Oliveira *et al.*, 2009 e Oliveira *et al.*, 2011). Estes resultados vão ao encontro de todas as orientações nacionais e internacionais para o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem e da assunção pelos enfermeiros do compromisso e obrigação ética e moral de incluir as famílias nos cuidados (Wright e Leahey, 2009).

Os enfermeiros que possuem maiores habilitações académicas (grau de mestre) atribuem maior importância à família nos cuidados. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Freitas (2009), apontando para a existência de uma diferença significativa nos enfermeiros com licenciatura e mestrado, em relação aos enfermeiros com bacharelato, atribuindo, os primeiros, maior importância à família. Contudo, por verificamos apenas a existência de diferença estatisticamente significativa na dimensão Família: fardo, esta ocorrência pode evidenciar o facto de muitos enfermeiros realizarem o segundo ciclo de estudos fora da área da enfermagem, o que os leva a não interiorizarem a Família como parceiro dialogante e recurso de *coping* e a Família como recurso nos cuidados de enfermagem. Esta constatação revela, ainda, a importância e a necessidade emergente da implementação de cursos de pós-graduação na área da enfermagem de família.

Já os enfermeiros inquiridos que possuem cursos de pós-licenciatura ou formação especializada em enfermagem revelam atribuir maior importância às famílias, com existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões. Estes resultados,

também encontrados por Freitas (2009), podem estar relacionados com a inclusão de conteúdos sobre a família nos programas dos cursos de pós-licenciatura ou especialização em enfermagem.

À semelhança das evidências científicas resultantes da investigação de Oliveira *et al.* (2009) e Oliveira *et al.* (2011), também neste estudo se constatou que os enfermeiros que possuem formação em enfermagem de família atribuem maior importância às famílias nos cuidados. No entanto, por no presente estudo se ter verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* e Família: fardo, e de idêntica relação não se ter verificado na dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem, tal resultado poderá estar relacionado com o facto dos enfermeiros com formação em enfermagem de família lhe atribuírem importância, mas não a integrarem no processo de cuidados. Esta constatação vai ao encontro dos resultados de alguns estudos (Vaughan-Cole, 1998; Segaric e Hali, 2005; Wright e Leahey, 2009), em que a percepção que os enfermeiros possuem não é a que orienta as práticas, podendo esta relacionar-se com constrangimentos do contexto dos cuidados, com crenças integrantes da própria atitude e/ou com a falta de clareza nos conceitos: «família»; «contexto familiar»; «família como objeto de cuidados»; «família como contexto». Para nós, esta constatação pode ainda estar relacionada com a falta de clareza no conceito de «enfermeiro de família», enquanto método de organização dos cuidados e modelo de orientação das práticas.

Quanto ao facto de os enfermeiros mais velhos e com maior tempo de exercício profissional evidenciarem atitudes de maior suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem [o que foi também concluído no estudo de Benzein *et al.* (2008)], este resultado poderá ser justificado pelo facto de os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional, centrarem a sua atividade nos

utentes e não nas famílias. Tal facto vai ao encontro da perspetiva de que a enfermeira perita, com mais tempo de exercício profissional, “(...) *toma em linha de conta tanto as necessidades dos membros da família, como as dos doentes (...) sabe quando permitir aos membros da família terem um maior papel, e quando os deve substituir*”. Enquanto os enfermeiros iniciados, os iniciados avançados e mesmo os competentes (há menos de três anos no mesmo serviço) não são suficientemente experientes para reconhecer uma situação no seu todo ou identificar os aspetos mais importantes (Benner, 2001, p.13). Por outro lado, o facto de terem uma menor experiência profissional pode condicionar a perspetiva da valorização dos resultados em saúde, quando a família é tomada como alvo dos cuidados. Relativamente aos inquiridos que trabalham em UCSP terem evidenciado atitudes de menor suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, este resultado poderá ter estado relacionado com a recente criação destas unidades (simultaneamente à colheita de dados), que trouxeram novas formas de organização dos cuidados e, conseqüentemente, exigiram adaptações dos profissionais, sem ter existido uma preparação prévia. Por outro lado, pode também relacionar-se com as evidências do estudo de Teixeira (2012), iniciado em 2005, cujos resultados apontaram para um efeito discriminatório entre os profissionais que trabalham em USF e CS, o que na atualidade assume a correspondência verificada entre USF/UCSP. Quanto ao facto de os enfermeiros que trabalham segundo o método funcional apresentarem atitudes de menor suporte em relação à família, esta constatação pode, por um lado, estar relacionada com o próprio conceito de método funcional, onde a importância metodológica está centrada nos procedimentos e técnicas e não na pessoa e/ou família e, por outro, com o facto dos enfermeiros que trabalham pelo método funcional não terem igual oportunidade de conhecerem as famílias, como os que trabalham pelo método de enfermeiro de família. A metodologia de orientação dos cuidados pelo método funcional integra-se na visão do modelo biomédico e não na conceção das práticas orientadas para as respostas humanas aos processos de vida. O modelo biomédico dirige os profissionais de saúde para assumir as funções de avaliador e controlador das intervenções terapêuticas e, quando essa posição é adotada por profissionais de saúde, entra em desacordo com as condições necessárias para uma

participação mais ativa da família nos cuidados (Bruce *et al.*, 2002). Esta configuração é também evidenciada no estudo de Oliveira e Marcon (2007) sobre o trabalho da enfermagem brasileira com famílias, sendo reconhecido que, embora o foco pretendido seja a família, na prática, as atividades têm tendência a centrar-se na vertente assistencial e muito direcionadas para o elemento da família que apresenta um problema de saúde, o que reforça a necessidade de discussão crítica e reflexiva que conduza a uma prática mais avançada, que considere tanto as necessidades e o estado de saúde dos indivíduos que compõem a família, como o seu funcionamento, a sua estrutura e as suas funções a partir de modelos de avaliação e intervenção familiar de que são exemplo o modelo de avaliação e intervenção de Calgary (Wright e Leahey, 2009) e o modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

Também o facto da maioria dos enfermeiros inquiridos trabalhar segundo o método de enfermeiro de família e não serem estes que evidenciam atitudes de maior suporte em relação à importância das famílias nos cuidados, pode estar relacionado com a indefinição das orientações sobre a metodologia de ação.

Conclusão

Os resultados deste estudo permitem-nos concluir que os enfermeiros que trabalham em CSP, na ARS do Centro, possuem atitudes de suporte face à importância da família nos cuidados o que constitui um critério importante para a qualidade dos cuidados. Evidenciou-se também que os enfermeiros inquiridos, que apresentam atitudes de maior suporte são os que possuem maiores habilitações académicas e profissionais, os que possuem formação específica em enfermagem de família, os que têm mais tempo de experiência profissional e os que não têm como método de organização dos cuidados, o método funcional ou à tarefa.

Não sendo excluída a possibilidade de existirem outros fatores contextuais que devem ser estudados em profundidade, utilizando outras metodologias, para compreender como se constroem as práticas de enfermagem centradas na família e quais os fatores determinantes para o seu desenvolvimento; atrevemo-nos a afirmar que urge a necessidade de adequar as variáveis que evidenciaram diferenças estatisticamente significativas com as práticas em uso nos CSP.

Tendo-se verificado a formação pós graduada e a formação específica em enfermagem de família como fatores facilitadores de atitudes de maior suporte para com a família, sublinha-se a necessidade de implementação de cursos de especialidade em enfermagem de saúde familiar, conforme Regulamento n.º 126/2011 que define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar e a criação de orientações específicas para o desenvolvimento e produção das práticas clínicas nos CSP.

O tipo de unidade funcional onde os enfermeiros trabalham parece condicionar as atitudes destes para com as famílias, pelo que seria importante realizar outro estudo que contemplasse apenas enfermeiros que trabalham em UCSP e em USF. Também o método de organização dos cuidados de enfermagem no trabalho com famílias deve ser orientador da avaliação e intervenção da família, em que os principais requisitos são o atendimento da família como alvo e não como contexto onde o indivíduo se insere.

Como limitações encontradas no estudo, salientamos o facto da colheita de dados ter sido realizada num período de transição na reorganização dos CSP com a recente reforma, que implicou entre outras, a formação de novas equipas de saúde e novas metodologias de trabalho, o que pode ter influenciado os resultados do estudo. Por outro lado, há a salientar que apesar, da referência ao enfermeiro de família constar em algumas orientações nacionais, só estão legisladas as competências do enfermeiro especialista em saúde familiar (sem que ainda tenha existido qualquer curso específico nesse sentido) e só mais recentemente (a 1 de agosto de 2012) foi nomeado, por Despacho, um grupo de trabalho para preparação da legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro de família.

Referências Bibliográficas

AJZEN, Icek (1989) - Attitude structure and behavior. In PRATKANIS, R. [et al.] - **Attitude structure and function**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

BENNER, Patrícia (2001) - **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto.

BENZEIN, Eva [et al.] (2008) - Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care a survey of Swedish nurses. **Journal of Family Nursing**. Vol. 14, nº 2, p. 162-180.

BRUCE, Beth [et al.] (2002) - A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. **Journal of Family Nursing**. Vol. 8, nº 4, p. 408-429.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta (2012) – **Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família**. Loures: Lusociência.

FREITAS, Alexandra Paula (2009) - Avaliação e intervenção de enfermagem de família nos CSP na RAM. In ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO - **Da investigação à prática de enfermagem de família** [e-book]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Linha de Investigação de Enfermagem de Família. Disponível em WWW: <URL: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/enfermagem_de_familia.pdf>.

GLEITMAN, Henry ; FRIDLUND, Alan J. ; REISBERG, Daniel (2011) – **Psicologia: serviço de educação e bolsas**. 9ª ed. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.

NEVES, Marília Maria (2012) - O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**. Série 3, nº 8, p. 125-134.

OLIVEIRA, Palmira Conceição [et al.] (2009) - Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: validação da escala IFCE-AE". In ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO - **Da investigação à prática de enfermagem de família** [e-book]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Linha de Investigação de Enfermagem de Família. Disponível em WWW: <URL: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/enfermagem_de_familia.pdf>.

OLIVEIRA, Palmira Conceição [et al.] (2011) - Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. **Revista da Escola Enfermagem USP**. Vol. 45, nº 6, p. 1331-1337.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão ; MARCON, Sónia Silva (2007) - Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 15, nº 3, p. 431-438.

OMS (2003) - **Saúde para todos no século XXI: uma Introdução**. Lisboa: Lusociência.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: OE.

REGULAMENTO n.º 126/2011. D.R. II Série. 35 (11-02-18) 8660-8661.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 157/2005. D.R. I Série B (05-10-12) 5981-5982.

SEGARIC, Cheryl ; HALL, Wendy (2005) - The family theory–practice gap a matter of clarity? **Nursing Inquiry**. Vol. 12, nº 3, p. 210-218.

TEIXEIRA, Lurdes (2012) – **A reforma do centro de saúde: percursos e discursos**. Lisboa: Mundos Sociais.

VAUGHAN-COLE, Beth (1998) - Family systems theory for nursing practice. In VAUGHAN-COLE, B. J. M. ; MALONE, J. ; WALKER, B., ed. lit. - **Family nursing practice**. Philadelphia: WB Saunders Company. p. 19-37.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000) - **Munich declaration: nurses and midwives: a force for health**. Copenhagen: WHO.

WRIGHT, Lorraine ; LEAHEY, Maureen (2009) - **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família**. 4ª ed. São Paulo: Roca.