

Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala *Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes**

ATTITUDES OF NURSES TOWARDS FAMILIES: VALIDATION OF THE SCALE *FAMILIES' IMPORTANCE IN NURSING CARE - NURSES ATTITUDES*

ACTITUDES DE LOS ENFERMEROS FRENTE A LA FAMILIA: VALIDACIÓN DE LA ESCALA *FAMILIES IMPORTANCE IN NURSING CARE – NURSES ATTITUDES*

Palmira da Conceição M. Oliveira¹, Henriqueta Ilda V. Fernandes², Ana Isabel S. P. Vilar³, Maria Henriqueta de J. S. Figueiredo⁴, Maria Margarida Silva R. S. Ferreira⁵, Maria Júlia C. M. Martinho⁶, Maria do Céu A. B. Figueiredo⁷, Luísa Maria da C. Andrade⁸, José Carlos M. de Carvalho⁹, Maria Manuela Ferreira P. da S. Martins¹⁰

RESUMO

As atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família condicionam o processo de cuidar. Nosso propósito com este estudo foi nesse sentido: dispor de um instrumento que nos permitisse conhecer esta variável. Assim, nossa proposta foi efetuar a adaptação transcultural e avaliar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)*, que visa avaliar as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Foi seguido o método preconizado pela literatura. A amostra foi constituída por 136 enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários. Os resultados obtidos nos testes de confiabilidade revelam uma boa consistência interna para o total dos itens (Alpha de Cronbach = 0,87). O estudo psicométrico permitiu-nos afirmar que a versão em português da *FINC-NA*, que denominamos *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)*, é um instrumento fidedigno e válido.

DESCRIPTORIOS

Enfermagem familiar
Atitude do pessoal de saúde
Comparação transcultural
Psicometria
Estudos de validação

ABSTRACT

The attitudes of nurses towards families determine the care process. With this study, we aimed to obtain an instrument that would allow us to learn about this variable. Hence, our purpose was to perform the cross-cultural adaptation and evaluate the psychometric features of the Portuguese version of the instrument *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)*, which aims to evaluate the attitudes of nurses towards the importance of involving the patient's family in the nursing care. The method recommended by the literature was followed. The sample consisted of 136 nurses working in primary health care. The results obtained in the reliability tests showed good internal consistency (Cronbach's Alpha=0.87). The psychometric study permits us to state that the Portuguese version of the *FINC-NA*, which in Portuguese is referred to as *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)*, is a reliable and valid tool.

DESCRIPTORS

Family nursing
Attitude of health personnel
Cross-cultural comparison
Psychometrics
Validation studies

RESUMEN

Las actitudes adoptadas por enfermeros en relación a la familia condicionan el proceso de cuidar. En tal sentido, nos propusimos con este estudio, disponer de un instrumento que nos permita conocer esta variable. Así, nos propusimos efectuar la adaptación transcultural y evaluar las propiedades psicométricas de la versión portuguesa del instrumento *Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)*, que apunta a evaluar actitudes de enfermeros acerca de involucrar a la familia en los cuidados de enfermería. Se siguió el método sugerido por la literatura. Muestra constituida por 136 Enfermeros de Atención Primaria de Salud. Los resultados obtenidos en pruebas de fiabilidad revelan buena consistencia interna para el total de ítems (Alpha de Cronbach=0,87). El estudio psicométrico nos permite afirmar que la versión en Portugués del *FINC-NA*, que denominamos *La importancia de las familias en el cuidado de enfermería – actitudes de los enfermeros (IFCE-AE)* es un instrumento fidedigno y válido.

DESCRIPTORES

Enfermería de la familia
Actitud del personal de salud
Comparación transcultural
Psicometría
Estudios de validación

* Artigo escrito originalmente em português de Portugal. ¹ Doutoranda em Enfermagem. Assistente 2.º Triénio da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. palmiraoliveira@esenf.pt ² Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria. Doutoranda em Ciências da Educação. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. ildafernandes@esenf.pt ³ Especialista em Enfermagem Comunitária. Doutoranda em Ciências da Educação. Assistente do 2º Triénio Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. avilar@esenf.pt ⁴ Especialista em Enfermagem Comunitária. Professora Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. henriqueta@esenf.pt ⁵ Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria. Professora Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. mrs@esenf.pt ⁶ Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica. Doutoranda em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. julia@esenf.pt ⁷ Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria. Professora Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. ceu@esenf.pt ⁸ Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria. Doutoranda em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. luisaandrade@esenf.pt ⁹ Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica. Doutorando em Ciências de Enfermagem. Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. zecarlos@esenf.pt ¹⁰ Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Professora Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. mmartins@esenf.pt

INTRODUÇÃO

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

Enquanto sistema social dinâmico, incorpora um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que lhe conferem unicidade. A sua rede de relações múltiplas transformam-na constantemente, desenvolvendo-a através de processos de coconstrução inerentes à sua complexidade e multidimensionalidade⁽¹⁾.

Nesta abordagem bioecológica do sistema familiar, emergem as características sistêmicas de globalidade e reciprocidade. A partir destes pressupostos, compreende-se que os problemas de saúde influenciam as percepções e comportamentos da família, do mesmo modo que as percepções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros. A interdependência entre a saúde da família, enquanto unidade funcional, e a saúde dos seus membros pressupõe que os cuidados de saúde serão tanto mais eficazes quanto maior a ênfase no sistema familiar, como alvo e unidade de cuidados⁽²⁾.

Nesta perspectiva, a enfermagem de família está direcionada para as respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais e centra-se na sua capacitação funcional face aos seus processos de transição⁽¹⁻³⁾.

Para que os cuidados de enfermagem se centrem na família, enquanto objeto de intervenção, é fundamental o reconhecimento da sua multidimensionalidade e das suas competências como unidade autoorganizativa face aos processos de transição.

Os desenvolvimentos da disciplina e da profissão de enfermagem apontam cada vez mais no sentido de reconhecer a família como objeto e alvo de cuidados e um elemento proativo nesse processo. A família é, assim, parte essencial no processo de cuidados⁽⁴⁾. As políticas de saúde em Portugal também integram e salientam, na definição das suas estratégias, descritas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010⁽⁵⁾, a importância de cuidados de saúde centrados na família e no ciclo de vida.

Neste sentido, 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.

Atitude (do latim *aptitudine*, pelo francês *attitude*) significa um propósito, modo de proceder, uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir⁽⁶⁾. Faz a junção entre a opinião e a conduta e indica o que inte-

riormente estamos dispostos a fazer. As atitudes são disposições favoráveis ou desfavoráveis relativas a objectos, pessoas e acontecimentos ou em relação a alguns dos seus atributos, sendo compostas por três componentes: componente cognitivo (pensamentos e crenças), componente afetivo (sentimentos e emoções) e componente comportamental (as tendências para reagir).

Vários conceitos têm procurado explicitar a cognição, o afeto e o comportamento dos enfermeiros perante as famílias⁽⁷⁻⁸⁾ e têm sido utilizados no estudo das interações entre os enfermeiros e as famílias nos cuidados de saúde, como: percepções, experiências, pontos de vista, atitudes, crenças e perspectivas.

Os estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias⁽⁹⁻¹⁰⁾ evidenciam que, apesar das narrativas dos mesmos expressarem a importância dos cuidados centrados na família, as práticas não são congruentes com estas representações. Os enfermeiros consideram as famílias como um recurso no processo de cuidado sustentado por princípios colaborativos, realçando a importância de se estabelecer uma boa relação.

Fatores enunciados como dificultadores⁽¹¹⁾ reportam-se ao acompanhamento de famílias com características diversas de etnicidade ou que vivenciem transições geradoras de sofrimento. Alguns estudos reconheceram atitudes e comportamentos que minimizam o envolvimento familiar nos cuidados^(9,12-14). Estas atitudes traduzem-se em restrições à presença da família durante a realização de algumas atividades de enfermagem e também à presença destas em serviços como a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)⁽¹³⁾, tendo subjacente a crença de que a família é incapaz de cuidar do seu familiar doente⁽¹⁴⁾ e a convicção de que a presença da família tem uma influência negativa sobre o seu trabalho⁽⁹⁾. Comprovou-se também que existem vários instrumentos e questionários que permitem conhecer as atitudes dos enfermeiros com as famílias no que diz respeito à avaliação das suas necessidades, percepções e experiências⁽¹⁵⁾ e sobre as atitudes dos enfermeiros para com a família na participação de cuidados⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Estes instrumentos estão direcionados para as atitudes dos enfermeiros em contextos específicos (em especial nos cuidados intensivos e unidades pediátricas) e procuram fundamentalmente avaliar as necessidades e participação das famílias nos cuidados aos seus membros.

A escala *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA) foi desenvolvida na Suécia, a partir da revisão sistemática da literatura, iniciada em 2003, por um grupo de enfermeiras que a testaram para a realidade desse país. Assume como princípio basilar que a família é um recurso importante quer para a pessoa doente, quer

Os estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias evidenciam que, apesar das narrativas dos mesmos expressarem a importância dos cuidados centrados na família, as práticas não são congruentes com estas representações.

para o enfermeiro que presta cuidados⁽³⁾. Os itens que a compõem integram as dimensões cognitiva (*eu penso...*), afetiva (*eu sinto...*) e comportamental (*no meu trabalho...*) e consideram que o conceito *família* utilizado na escala abrange todos os seus membros, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas⁽⁷⁾.

Tendo em conta os resultados dos estudos mencionados, assim como o fato de não se encontrar nenhum instrumento em língua portuguesa, para mensurar as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, consideramos de suma importância a adaptação e validação do instrumento *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)*. Julgamos que esta pesquisa poderá tornar-se um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem a partir da identificação das necessidades efetivas no âmbito da intervenção colaborativa com as famílias.

OBJETIVO

Efetuar a adaptação cultural e a validação do instrumento *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)* em Portugal.

MÉTODO

O processo de adaptação cultural e validação do instrumento em questão seguiu as orientações preconizadas na literatura, orientando a estratégia de execução pela proposta de operacionalização⁽¹⁸⁾.

Instrumento

A escala utilizada foi a *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)*⁽⁷⁾, de autoquestionário, composta por 26 itens que dão corpo a cada afirmação. Essas afirmações são similares entre si e a sequência não segue uma ordem particular. Tal como na escala original, utilizou-se uma escala de concordância de estrutura do tipo *Likert* (4 opções), que varia desde *discordo completamente (1)* a *concordo completamente (4)* que mede as seguintes dimensões: família como um recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens); família como um parceiro dialogante (8 itens); família como um fardo (4 itens) e família como próprio recurso (4 itens). A pontuação obtida na escala pode variar entre 26 e 104, considerando-se que quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são de suporte⁽⁷⁾.

O instrumento de colheita de dados integrou ainda um conjunto de questões para a obtenção dos dados demográficos e profissionais dos enfermeiros.

Procedimentos

Após ter sido obtida a anuência das autoras para a adaptação da escala, efetuou-se um pedido de autoriza-

ção formal à Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) para o acesso aos enfermeiros dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Porto Ocidental e Oriental, o qual foi autorizado através do ofício 22033 de 23 de abril de 2009. De referir que em Portugal as instituições de saúde que autorizam a realização de estudos de investigação pedem parecer ético às comissões quando do estudo emergem questões éticas que possam colocar em causa a proteção e garantia da dignidade e integridade humana. Na sua maioria, estas instituições regem-se pela declaração de Helsínquia, nomeadamente na obtenção do consentimento informado por escrito quando os participantes do estudo são elementos da equipe de saúde, tendo isso sucedido com o nosso estudo. Obtida a autorização para realização do estudo, os investigadores entraram em contacto com os enfermeiros através dos enfermeiros-chefes dos diferentes Centros de Saúde e Unidade de Saúde Familiar (USF) com o objetivo de solicitar a participação e colaboração no estudo. Foi pedido a todos os participantes o preenchimento do consentimento informado, de acordo com o previsto na Declaração de Helsínquia, e posteriormente efetuada a colheita de dados que decorreu entre 27 de abril e 22 de maio de 2009.

Para o processamento de dados utilizou-se o programa estatístico para ciências sociais *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* para Windows, versão 17.0.

Participantes

Usou-se uma amostragem não probabilística de conveniência, tendo em consideração os requisitos necessários para se proceder à análise estatística inerente à validação da escala. Assim, participaram no estudo 136 enfermeiros (64,76%), de uma população de 210, maioritariamente do sexo feminino (88,2%; n=120), com idades compreendidas entre os 23 e 65 anos (M=35,8; DP=10,1). O tempo de exercício profissional variou entre um e 41 anos (M=12,9; DP=10) e em Cuidados de Saúde Primários entre menos de um ano e 36 anos (M=8,3; DP=7,5). A maioria possuía a Licenciatura em Enfermagem (83,8%; n=114) estando 8,2% (n=11) habilitados com o Bacharelado e sendo três detentores do grau de mestre (2,2%).

No que concerne à categoria profissional, 50% (n=68) dos participantes eram enfermeiros, 38,2% (n=52) enfermeiros graduados e 11,8% (n=16) com outras categorias: enfermeiro chefe (n=5) e enfermeiro especialista (n=11). Exerciam a sua actividade em USF 17 enfermeiros (14,1%). Quanto à metodologia de trabalho, o método funcional era o mais utilizado (45,6%), sendo ainda referido o método de enfermeiro de família (43,4%) e o método de equipa (25%). Dos inquiridos, 59,6% (n=75) frequentaram formação em Enfermagem de família, dos quais 23,5% em contexto académico e 29,4% em formação contínua, proporcionada pela ARSN, 19,9% em processos de autoformação e 6,6% noutros contextos.

Elaboração da Versão Portuguesa

A adaptação cultural e validação da escala foi realizada como se apresenta na Figura 1.

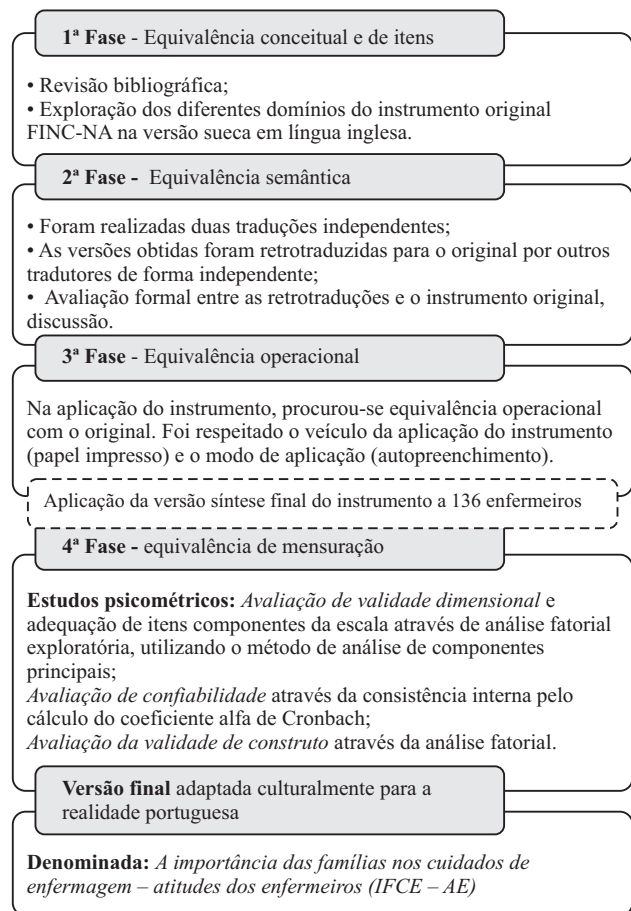


Figura 1 – Processo de adaptação cultural e validação FINC-NA

RESULTADOS

Para além da análise descritiva, realizou-se a análise da validade de constructo, através da análise fatorial e a análise da consistência interna, pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Foi considerada uma probabilidade de erro máximo de 5%.

Com o intuito de confirmar a estrutura da escala, efetuou-se uma análise fatorial exploratória, utilizando o método de Análise de Componentes Principais com rotação ortogonal pelo método Varimax com normalização do tipo Kaiser, com definição prévia de 4 fatores à semelhança da escala original, selecionando os itens com carga factorial superior a 0,3. O índice de adequação da amostra de KMO (medida de homogeneidade das variáveis) foi calculado em 0,89, pelo que se concluiu que a matriz dos dados é adequada para proceder à análise factorial⁽¹⁹⁾. Considerou-se como o mínimo de respostas válidas cinco vezes o número de variáveis⁽¹⁹⁾. A solução factorial obtida reproduz-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Componentes principais da escala da IFCE-AE – Porto – 2009

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
4	0,344		0,389	
6	0,747			
9	0,632		0,487	
12	0,512	0,545		
14	0,656	0,351		
15	0,784			
16	0,638	0,479		
17	0,575	0,335		
18	0,667			
19	0,678	0,467		
24	0,720			
25	0,430	0,434		
1		0,456		0,301
3		0,665	0,379	
5		0,445	0,653	
7		0,314	0,584	
10	0,415		0,371	
11	0,564	0,417		
13		0,366	0,310	
20		0,650		
21		0,601	0,305	
22		0,693		
2			-0,637	0,343
8				0,620
23				0,647
26				0,697

Nota: Rotação ortogonal pelo método Varimax com normalização do tipo Kaiser; Itens com carga factorial > 0,3; Forçado a 4 fatores; Rotação convergiu em 11 interações

Após análise dos resultados obtidos, verificou-se que estes divergiam um pouco das dimensões da versão original. Tendo em consideração o conteúdo teórico inerente a cada item, a carga factorial e a avaliação da consistência interna de cada fator/dimensão realizamos algumas alterações na composição da escala FINC-NA. A escala portuguesa passou a ser constituída apenas por três fatores e não quatro. Os itens que na escala original compunham a dimensão *Família como um recurso nos cuidados de enfermagem* saturaram todos no nosso fator 2 à exceção do item 1. Os itens que na escala original compunham as dimensões *Família como um parceiro dialogante* e *Família como próprio recurso* passaram a constituir o nosso fator 1, à exceção do item 4. Os itens que compunham a dimensão *Família como um fardo* saturaram todos no nosso fator 3, à exceção do item 2, que também na escala original se agrupava juntamente com os quatro itens dessa dimensão. Após a recomposição da escala em três dimensões, verificamos que o α Cronbach mantém valores satisfatórios e praticamente inalterados, o que significa que contribuem para a consistência interna de cada fator, mantendo-se portanto os 3 fatores, com os itens reenquadrados.

Na Tabela 2 pode-se comparar a escala original com a adaptada, bem como o cálculo de fidelidade das várias dimensões.

Tabela 2 – Análise da fidelidade dos resultados da escala (IFCE-AE) e a comparação com a versão original (FINC-NA) – Porto – 2009

Escalas	Componentes	Nº Itens	α Cronbach
Original	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
		α Cronbach Total	0,88
		Variância Explicada	52,74%
Adaptada	Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i> (fator 1)	12	0,90
	Família: recurso nos cuidados de enfermagem (fator 2)	10	0,84
	Família: fardo (fator 3)	4	0,49
		α Cronbach Total	0,87
		Variância Explicada	47,79

A validade discriminante obteve-se através do coeficiente de correlação de Pearson (r), entre os 26 itens que compõem a escala global e os diferentes fatores obtidos pela análise de componentes principais. Foi calculada a consistência interna de cada uma das dimensões, bem como da escala total.

Tabela 3 – Dimensões e Consistência Interna da IFCE-AE – Porto – 2009

Dimensões	Itens	α Cronbach
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.	0,90
	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. Procuo 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.	
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	24. Convido os membros da família a opinar quando do planeamento dos cuidados.	0,84
	25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.	
	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.	
Família: fardo	21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.	0,49
	22. É importante dedicar tempo às famílias.	
	2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.	
	8. Não tenho tempo para cuidar das famílias.	
		0,87
α Cronbach escala total		

A consistência interna da escala total é boa (*alfa de Cronbach* de 0,87), sendo muito próxima da escala original, o que confirma a fiabilidade da versão portuguesa. Os itens correlacionaram-se com os resultados das dimensões a que pertencem e com o total da escala, com valores aceitáveis. Nas dimensões *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* e *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* encontram-se valores elevados. Na dimensão *Família: fardo*, o valor de consistência interna é razoável, tendo em consideração que esta subescala apresenta um número reduzido de itens, tal como aconteceu no estudo sueco⁽⁷⁻⁸⁾.

DISCUSSÃO

A versão portuguesa resultou em três fatores, que explicam 47,79% da variância total, indicando que o instrumento mede três domínios das atitudes dos enfermeiros acerca da importância da família para os cuidados de enfermagem. A análise correlacional entre as três dimensões suporta esta conclusão, pois mostra que as correlações entre todas as dimensões e a escala global são mais fortes do que as correlações apenas entre as dimensões. Recomenda-se, no entanto, novas aplicações para confirmar os resultados obtidos. A avaliação da fidelidade da escala variou entre 0,49 e 0,90 para as três dimensões, verificando-se uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a compõem. Não se verificaram não-respostas. A nomeação adotada nas dimensões da versão portuguesa foi de encontro à denominação das subescalas originais.

Observou-se que as soluções fatoriais encontradas não foram iguais as da versão original (4 dimensões) pois, apesar da maioria dos itens se ter agrupado segundo a versão sueca, houve itens que saturaram noutros factores que não os iniciais, no entanto, mantêm resultados de consistência interna aceitáveis. Consideramos como pontos fortes deste estudo a percentagem de participantes (64,76%), dado que ultrapassou os 50%⁽¹⁰⁾, tendo também sido ultrapassado o número necessário ao recomendado na literatura para se proceder à análise fatorial. No que se refere às características demográficas, tal como na realidade dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, observou-se um grande predomínio do gênero feminino face ao masculino e a média das idades (35,8 anos) é aproximada à média nacional, o que torna mais forte a possibilidade de generalizar os resultados.

Os enfermeiros que participaram nesta investigação têm, em sua maioria, uma atitude de suporte (família: parceiro dialogante e recurso de *coping* ($\alpha=0,90$); família: recurso nos cuidados de enfermagem ($\alpha=0,84$)), considerando importante envolver a família nos cuidados de enfermagem, o que é um importante pré-requisito para envolver e interagir com a família ao longo do processo de cuidados⁽⁷⁾. O fato de considerarem a família como suporte para os cuidados de enfermagem, detentora de for-

ças e recursos que lhe permitem colaborar na tomada de decisão, contribui para o desenvolvimento de interações baseadas numa abordagem colaborativa, perspectivando-a como parceira e assumindo-a como alvo e unidade de cuidados. As atitudes dos enfermeiros que levam a considerar a família como um fardo ($\alpha=0,50$) segundo os itens *a presença de membros da família dificulta o meu trabalho, não tenho tempo para cuidar das famílias, a presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar e a presença de membros da família deixa-me em estresse* são sobreponíveis às crenças⁽²⁰⁾ mencionadas como obstáculo ao reconhecimento da família enquanto unidade competente e coerente. Apesar desta atitude geral de suporte, foi interessante avaliar as diferenças entre os subgrupos nos resultados obtidos face à dimensão *Família: parceiro dialogante e recurso de coping*, tendo-se verificado que os enfermeiros que têm formação de Enfermagem de família e que os que trabalham em USF apresentam uma média superior face aos restantes. Esta evidência corrobora as atuais políticas de reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários, bem como o investimento que tem vindo a ser efetuado a nível da formação académica e contínua dos profissionais de enfermagem. Não se verificaram diferenças significativas no estudo das relações entre as restantes variáveis demográficas e profissionais com as dimensões da escala portuguesa.

CONCLUSÃO

A escala IFCE-AE que resultou da adaptação transcultural da escala sueca FINC-NA reúne critérios de validade psicométrica, sendo um instrumento promissor para a avaliação das atitudes dos enfermeiros face à importância da família para os cuidados de enfermagem nos contextos da prática clínica.

Os índices de confiabilidade das escalas são considerados bons e muito semelhantes entre as duas versões, sendo indicativo de que houve uma adequada adaptação do instrumento para a língua portuguesa.

O instrumento precisa ainda ser adaptado e testado noutros países, de forma a facilitar a comparação internacional e a verificar a sua pertinência, confiabilidade e validade em diferentes contextos.

Os resultados também permitiram evidenciar que, em sua maioria, os enfermeiros têm atitudes de suporte face à família; daí que se espera que esta reciprocidade implique não só cuidados de enfermagem mais ajustados às necessidades da família como interações mais satisfatórias decorrentes deste processo. A aplicação da escala nos diversos contextos de cuidados permitirá o desenvolvimento de estratégias impulsionadoras de atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem e, desta forma, potencializará a efetivação de práticas colaborativas promotoras de saúde familiar.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo MH, Martins MM. From practice contexts towards the (co) construction of family nursing care models. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2009 Dez 12];43(3):615-21. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a17v43n3.pdf
2. Kaakinen JR, Gedaly-Duff V, Coehlo DP, Hanson S. *Family health care nursing: theory, practice and research*. 4th ed. Philadelphia: FA Davis; 2010.
3. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª ed. São Paulo: Roca; 2009.
4. Angelo M, Bousso RS, Rossato LM, Damião EBC, Silveira AO, Castilho AMC, et al. Family as an analysis category and research field in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 [cited 2009 Dez 12];43(n.esp 2):1337- 41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a33v43s2.pdf
5. Portugal. Ministério da Saúde; Direcção Geral da Saúde. *Orientações estratégicas para 2004-2010*. Lisboa; 2004.
6. Grande Dicionário da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora; 2010.
7. Benzein E, Arestedt KF, Jonhansson P, Saveman BI. Families`importance in nursing care: nurses`attitudes an instrument development. *J Fam Nurs*. 2008;14(1):97-117.
8. Benzein E, Arestedt KF, Jonhansson P, Saveman BI. Nurse`s attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *J Fam Nurs*. 2008;14(2):162-80.
9. Paladelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H. Implementing family-centered care: an exploration of beliefs and paediatric nurses. *Aust J Adv Nurs*. 2005; 23(1):31-6.
10. Astedt-Kurki P, Paavilainen E, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen M. Interaction between adult patients`family members and nursing staff a hospital ward. *Scand. J Caring Sci*. 2001; 15(2):142-50.
11. Jansson A, Petersson K, Uden G. Nurses`first encounters with parents of new-born children-public health nurses` views of a good meeting. *J Clin Nurs*. 2001;10(1):140-51.
12. Bauer M. Collaboration and control: nurses`constructions of the role of family in nursing home care. *J Adv Nurs*. 2006;54(1):45-52.
13. Söderström IM, Benzein E, Saveman BI. Nurses`experiences of interactions with family members in Intensive Care Units. *Scand J Caring Sci*. 2003;17(2):185-92.
14. Hertzberg A, Ekman SL, Axelsson K. Relatives are a resource, but` ... registered nurses` views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *J Clin Nurs*. 2003;12(3):431-41.
15. Dyke P, Buttigieg P, Blackmore AM, Ghose A. Use of measure of process of care for families (MPOC-56) and service providers (MPOC-SP) to evaluate family-centred services in a paediatric disability setting. *Child Care Health Dev*. 2006;32(2):167-76.
16. Morgan D. Caring for dying children: assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. *Pediatr Nurs*. 2009;35(2): 86-90.
17. McCann D, Young J, Watson K, Ware RS, Pitcher A, Bundy R, et al. Effectiveness of a tool to improve role negotiation and communication between parents and nurses. *Pediatr Nurs*. 2008;20(5):14-9.
18. Reichenheim M, Moraes C. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2007 [citado 2008 nov. 23];41(4):665-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf>
19. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
20. Wright L, Bell J. *Beliefs and illness: a model for healing*. 4th ed. Calgary: Floor Press; 2009.