

## Capítulo 9

# **Contributos das técnicas de mediação familiar na relação enfermeiro-família em serviços de urgência**

Florinda Galinha, Maria Teresa Ribeiro e Joana Carneiro Pinto

As famílias como catalisadores das transformações sociais e pessoais configuram um contexto privilegiado para a promoção da saúde e para o tratamento da doença. Logo tanto podem apresentar características de vulnerabilidade, emergência e recidiva de qualquer doença, como constituir-se elemento fundamental na sua prevenção, no tratamento e recuperação. Assim, torna-se inegável a pertinência de acompanhar e orientar famílias que vivenciam estas situações, ajudando-as na sua necessidade de restabelecer o equilíbrio após a doença<sup>15</sup>, refletindo sobre a sua diversidade<sup>1</sup> e as razões da sua existência<sup>18</sup>.

Devido à sua natureza única, as questões da família, requerem a interdisciplinaridade para alcançar novos conhecimentos de intervenção<sup>16</sup>. A área temática escolhida para a elaboração deste trabalho de investigação propõe um olhar aprofundado sobre o papel do enfermeiro num serviço de urgência como gestor e preventor de conflitos com a família do utente. Contudo, continua uma realidade inexplorada e socialmente mascarada pelo tabu associado. Assim, como se pode admitir que se entra em conflito numa relação de ajuda? Na perspetiva pós-positivista importa realçar que a compreensão do mundo e da ciência reside num processo comunicacional e existencial onde confluem significados embebidos de sentido e unicidade para as famílias e os enfermeiros que as assistem.

O serviço de urgência possui um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto no doente e família como nos enfermeiros que aí desempenham funções. O serviço de urgência é o primeiro contacto de utentes e famílias com o hospital, pois este funciona como uma porta de entrada aberta 24 horas que permite o acesso da população aos cuidados de saúde. Ao entrar neste serviço, o primeiro contacto do utente e família é com o enfermeiro

na triagem. A abordagem à família no serviço de urgência pelo enfermeiro envolve-se de contornos ainda pouco definidos e, para tal, contribui a escassa produção de investigação científica nesta área.

A mudança num dos membros do sistema familiar, através do impacto da doença, produz modificações nos outros membros da família<sup>15</sup>, pelo que recorrer a um serviço de urgência pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes que alguma vez tenha experienciado, exigindo-lhe a mobilização de competências e recursos, frequentemente, até à data desconhecidos<sup>3</sup>. Logo, quando um elemento da família é hospitalizado, as reações de cada familiar são diferentes, e as alterações que a doença provoca na família estão relacionadas com o papel familiar do indivíduo que adocece.

Recentemente, a Assembleia da República aprovou o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde<sup>10</sup>. O brotar de uma cultura institucional que, assente em respostas integradas e centradas na família, obriga à reorganização dos serviços de saúde. Neste sentido, urge a necessidade de criar infraestruturas arquitetónicas e competências relacionais nos profissionais de saúde que permitam a presença da família durante a prestação de cuidados.

As necessidades experimentadas pelos familiares cuidadores são muitas vezes relegadas para segundo plano já que, em contexto de urgência, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam<sup>8</sup>. Assim, os familiares poucas vezes verbalizam as dúvidas na prestação de cuidados, a falta de informação sobre a doença, os seus medos, as suas experiências vividas, a falta de recursos e de apoio emocional<sup>18</sup>. Tudo isto contribui para aumentar os níveis de stresse e ansiedade do familiar no diálogo com os profissionais de saúde.

O conflito pode ser encarado como fonte de deterioração das relações num ciclo destrutivo que se perpetua em ansiedade, negação, confusão, ressentimento e impotência, ou por contraposição, como uma força de mudança, que reorganiza vivências com um efeito construtivo, faculta o crescimento pessoal e o desenvolvimento da criatividade. Como refere Whatling<sup>17</sup>, os conflitos são “energia de mudança, isto é, os conflitos produzem energia para mudar de alguma coisa ou lugar para uma coisa ou lugar diferente”, assim a energia de conflito surge como necessária para o indivíduo fazer a transição psicossocial numa relação e vivenciar o conflito de forma saudável.

Existe uma emergente necessidade de investir na comunicação positiva enfermeiro-família, porque está estudado que o equilíbrio emocional nesta relação permeia o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde<sup>17</sup>.

Otimizar a comunicação entre utentes, familiares e profissionais de saúde é também dar resposta a pressupostos éticos e deontológicos, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, que consagra o direito da família e do utente a serem envolvidos no processo de cuidados<sup>13</sup>. Assim, o enfermeiro de família tem competências não meramente para assistir indivíduos no contexto da sua família, mas sobretudo para cuidar da família como sistema, sendo ela própria o foco de cuidados<sup>9</sup>.

A mediação é um processo de gestão de conflitos e não de resolução de disputas, com o principal objetivo de otimizar a comunicação entre as partes. A mediação pretende oferecer um ambiente propício para que duas ou mais pessoas envolvidas num conflito possam dialogar sobre ele de forma voluntária, assumindo uma conduta cooperativa e pacífica<sup>11</sup>. O mediador é o profissional a quem cabe o papel de ajudar as partes em conflito a perceberem o problema com clareza, a analisarem as vantagens da negociação e a convergirem para possíveis soluções de acordo com os seus interesses<sup>18</sup>.

O presente trabalho visa, também, divulgar a mediação familiar como um processo de gestão ou resolução positiva de conflitos junto de famílias, quer nas relações conjugais quer nas diferentes relações intergeracionais, de carácter preventivo, baseado na cooperação, autonomia e responsabilidade das pessoas implicadas em situações de rutura, tensões ou conflitos. Não se trata de aplicar a mediação familiar em contexto hospitalar mas sim de recorrer aos conhecimentos teóricos provenientes das Ciências da Família e às técnicas específicas da mediação familiar para superar situações de conflito, com enfoque na relação comunicacional que se estabelece entre enfermeiro e família. Em suma, pretende-se desenvolver canais de comunicação adequados às necessidades de todos os intervenientes.

Especificamente, este estudo visa: (a) descrever as atitudes dos enfermeiros do serviço de urgência perante a importância da família nos cuidados de enfermagem, (b) descrever os estilos de gestão de conflitos dos enfermeiros do serviço de urgência na relação com o familiar do utente, (c) identificar as técnicas utilizadas pelos enfermeiros nas situações de conflito com a família do utente, (d) analisar a associação entre as atitudes perante a importância da família nos cuidados de enfermagem e os estilos de gestão de conflitos com o familiar do utente dos enfermeiros do serviço de urgência, e (e) relacionar as características sociodemográficas dos enfermeiros do serviço de urgência com as atitudes perante a importância da família nos cuidados de enfermagem e os estilos de gestão de conflitos com o familiar do utente.

## Metodologia

O ROCI-II (*Rahim Organizational Conflict Inventory-II*) foi adaptado por Rahim em 1983 em relação à versão inicial de Rahim e Bonoma de 1979. Este instrumento baseia-se no modelo teórico Bidimensional de Gestão de Conflito. A aplicação do referido instrumento permite a categorização em cinco estilos de resolução de conflitos: Integração (elevado interesse próprio e elevado interesse pelos outros), Servilismo (baixo interesse próprio e elevado interesse pelos outros), Dominação (elevado interesse próprio e baixo interesse pelos outros), Evitação (baixo interesse próprio e baixo interesse pelos outros) e Tendência ao compromisso (interesse intermédio próprio e pelos outros).

O FINC-NA (*Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes*) foi desenvolvido com o objetivo de identificar a atitude dos enfermeiros perante a importância da família nos cuidados de enfermagem<sup>7</sup>. A tradução portuguesa deste instrumento (IFCE-AE) prevê a classificação das mesmas em três categorias: Família como um recurso nos cuidados de enfermagem (atitude positiva perante a família, reconhecendo o valor da sua presença nos cuidados de enfermagem); Família como um fardo (atitude negativa perante a família, considerando a sua participação como um obstáculo à prestação dos cuidados de enfermagem) e Família como um parceiro dialogante e recurso de *coping* (atitude de importância da identificação da família do utente, no estabelecimento de diálogo com esta e no reconhecimento das suas competências para superar a situação).

O questionário sociodemográfico recolheu informação relativa ao sexo, idade, estado civil, experiência de maternidade/paternidade, formação académica, tempo de exercício profissional, carga horária laboral, formação em enfermagem de família, formação em gestão de conflitos, frequência de conflitos com a família do utente, contacto com a mediação familiar e o recurso a técnicas de mediação familiar em situação de conflito.

A amostra é constituída pelos enfermeiros na prática direta dos cuidados do serviço de urgência do hospital (n=90). Neste caso a amostra corresponde à população do estudo, ou seja, a totalidade dos enfermeiros do serviço de urgência.

O questionário foi ainda submetido a aprovação pelo Conselho Diretivo e de Enfermagem do hospital em causa, de acordo, com parecer emitido pelo respetivo Comité de Ética. O questionário possuía também uma folha de consentimento informado onde a voluntariedade e o anonimato dos sujeitos estavam salvaguardados.

No que concerne à forma de administração dos questionários, os enfermeiros responderam sem a presença efetiva do investigador. No entanto, quando contactados, os sujeitos foram informados dos objetivos principais do estudo, do carácter confidencial das respostas e da voluntariedade da sua participação. No final de cada turno, foram distribuídos um total de 94 questionários, entregues e recolhidos por mão própria com o intuito de motivar e sensibilizar os inquiridos para o correto preenchimento dos mesmos, dos quais 90 foram considerados válidos para tratamento de dados.

## Resultados e discussão

Os resultados obtidos mostram que a amostra deste estudo é maioritariamente do sexo feminino, jovem, sem relação familiar ou filhos, licenciada e com uma carga horária elevada. A maioria encontra-se no nível proficiente ou perito da experiência profissional<sup>5</sup>, tem elevada frequência de conflitos com os familiares dos utentes, e pouca formação em enfermagem de família e gestão de conflitos. Os resultados indicam, ainda, um enorme desconhecimento relativo à mediação familiar, constituindo, contudo, algumas dessas técnicas, recurso para considerável percentagem dos respondentes.

Considerou-se pertinente o levantamento da incidência do problema em estudo. Assim foi questionada aos participantes a frequência de situações de conflito direto com os familiares de utente do serviço de urgência. O Quadro 1 mostra que 76% da amostra tem conflitos com uma frequência até uma vez por mês. Estes dados permitem contabilizar a dimensão do problema identificado e sustentam a pertinência do presente estudo.

**Quadro 1. Frequência de conflitos com a família**

Situações de conflito com familiares de utentes n (%)			
Uma vez por turno	24 (27)		
Uma vez por semana	25 (28)		
Uma vez por mês	19 (21)		
Uma vez por trimestre	9 (10)		
Uma vez por semestre	11 (12)		
Nunca	2 (2)		
	M=2.60	DP=0.58	Min. 1 – Max. 5

No que concerne a formação específica dos participantes em enfermagem de família e em gestão de conflitos, observa-se na Figura 1 que a grande maioria foi adquirida em contexto académico. A diferença observada entre estes retrata o facto da enfermagem de família ser obrigatória no currículo escolar, pelo que também se esperaria uma maior representatividade estatística, ao contrário da gestão de conflitos que constitui uma parte opcional do currículo.

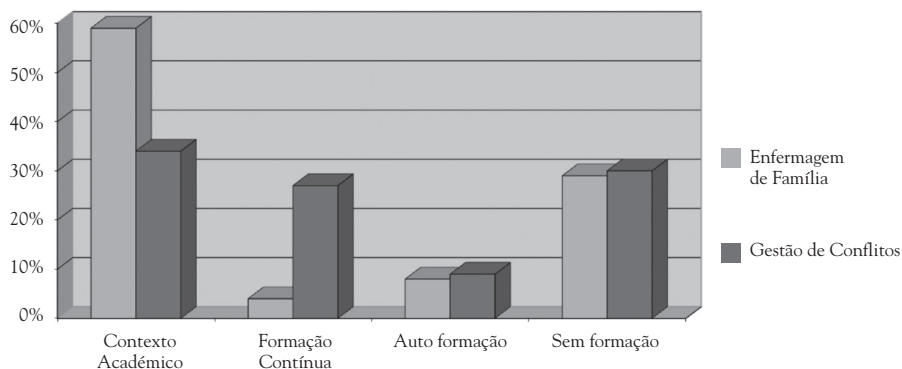


Figura 1. Formação em enfermagem de família e gestão de conflitos

A autoformação apresenta uma baixa percentagem em ambas as áreas de formação, da ordem dos 10%. Cerca de um terço dos inquiridos fez formação contínua em gestão de conflitos (27%), o que denota a necessidade expressa de conhecimento dos mesmos. Uma percentagem considerável (35%) tem autoformação ou formação contínua em gestão conflitos. De salientar que cerca de um terço dos inquiridos revela que não tem formação em nenhuma das áreas analisadas.

Uma das questões do presente estudo relaciona-se com o possível contributo proveniente da mediação familiar para prevenir e gerir os conflitos identificados. Contudo, constatou-se que apenas 9% dos inquiridos tiveram contacto com mediação familiar e respetivas técnicas.

Seguidamente, apresenta-se uma lista contendo 12 técnicas de mediação familiar. Os participantes foram indagados sobre o recurso de forma consciente a essas mesmas técnicas na relação com o familiar do utente. A Figura 2 mostra que mais de metade dos inquiridos identificaram a empatia (87%), a escuta ativa (76%), a linguagem positiva (59%) e o reconhecimento de emoções (57%). A leitura da linguagem corporal apresenta valores próximos

da média (47%), sendo que as restantes sete técnicas obtiveram percentagens muito baixas.

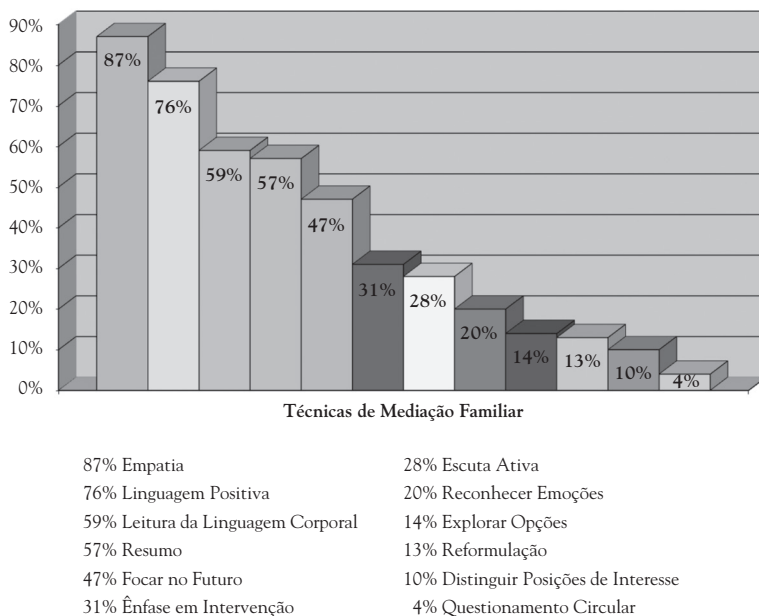


Figura 2. Recurso a técnicas de mediação familiar na relação com a família

Relativamente à escala IFCE-AE (Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros), recorreu-se ao coeficiente de alpha de Cronbach para estimar a consistência interna da escala, o qual foi de 0.77. Este valor afigura-se francamente aceitável<sup>13</sup> e próximo do valor ( $\alpha=0.87$ ) da escala original<sup>12</sup>.

A escala IFCE-AE foi aplicada para avaliar as atitudes dos enfermeiros do serviço de urgência na relação com a família do utente, tendo revelado por ordem decrescente os seguintes valores médios das suas subescalas: (a) família como parceiro dialogante e recurso de *coping* = 34.34 (Min.Max: 26-46), (b) família como um recurso nos cuidados de enfermagem = 29.27 (Min-Max: 22-37), e (c) família como um fardo = 9.12 (Min-Max: 5-15).

Os resultados denotam uma atitude positiva para com as famílias, valorizando a sua presença nos cuidados de enfermagem e reconhecendo a importância de estabelecer um diálogo com os membros da família do utente. As afirmações/atitudes negativas perante a família obtiveram o resultado médio mais baixo.

A avaliação das atitudes dos enfermeiros do serviço de urgência perante a importância da família nos cuidados de enfermagem indica que os enfermeiros encaram maioritariamente a família como uma fonte de informação útil (família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*). Em contrapartida, existe um reduzido reconhecimento em como as famílias podem ser um importante recurso nos cuidados de enfermagem, o que pode estar associado à crença de que não lhes compete dar informação à família do doente crítico ou à expectativa que seja a família a dirigir-se a eles em caso de necessidade<sup>8</sup>.

Os resultados encontram-se em consonância com os dados de um outro estudo que revela que, nas conversas da família com os enfermeiros, a temática incide sobre o doente, não sendo identificadas intervenções destinadas exclusivamente à família, mesmo quando estas revelam essa necessidade<sup>2</sup>.

Comparando os enfermeiros do sexo feminino com os do sexo masculino, verificam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à atitude que considera a família como um recurso nos cuidados de enfermagem.

### Quadro 2.

#### Relação entre o sexo e a atitude família como um recurso nos cuidados

	Sexo	N	Média
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Masculino	29	35.17
	Feminino	57	47.74
<b>Mann-Whitney</b>	U=585.00	p=.026	

Assim, as mulheres apresentam valores médios mais elevados perante a atitude “família como um recurso nos cuidados”, comparativamente com os enfermeiros homens (Quadro 2). Comparando os enfermeiros do sexo feminino com os do sexo masculino, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à atitude “família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*” (Quadro 3).

### Quadro 3. Relação entre o sexo e a atitude família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*

	Sexo	N	Média
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Masculino	30	35.17
	Feminino	58	49.22
<b>Mann-Whitney</b>	U=596.00	p=.015	

Novamente se constata que as mulheres apresentam valores médios mais elevados perante a atitude família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*, que os enfermeiros homens.

Comparando também os enfermeiros do sexo feminino com os do sexo masculino, verificaram-se, como se observa no Quadro 4, diferenças estatisticamente significativas relativamente à atitude família como um fardo.

#### Quadro 4. Relação entre o sexo e a atitude família como um fardo

	Sexo	N	Média
Família como um fardo	Masculino	31	53.13
	Feminino	58	46.66
<b>Mann-Whitney</b>	U=647.00	p=.026	

Os homens apresentam valores médios mais elevados quando considerada a atitude família como um fardo. Assim, os dados obtidos mostram que as mulheres possuem uma atitude mais positiva perante a família nos cuidados do que os homens. Tais dados são suportados pelos resultados obtidos pelas autoras do instrumento<sup>7</sup>, apesar dos resultados provenientes da tradução e validação portuguesa não mostrarem diferenças significativas relativamente à variável sexo<sup>12</sup>.

Comparando os enfermeiros do serviço de urgência que já têm filhos com aqueles que não têm filhos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à atitude família como um recurso nos cuidados de enfermagem.

#### Quadro 5. Relação entre a maternidade/paternidade e atitude família como um recurso nos cuidados

	Filhos	N	Média
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Sim	22	53.64
	Não	64	40.02
<b>Mann-Whitney</b>	U=481.00 ,	p=.026	

O Quadro 5 mostra que os enfermeiros que já experienciaram a maternidade/paternidade apresentam valores médios mais elevados perante a atitude família como um recurso nos cuidados, que os enfermeiros que não têm filhos.

Comparando também os enfermeiros do serviço de urgência que já têm filhos com aqueles que não o possuem, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $U=481.00$   $p=.03$ ) relativamente à atitude família como um fardo.

**Quadro 6. Relação entre a maternidade/paternidade e a atitude família como um fardo**

	Filhos	N	Média
Família como um fardo	Sim	24	31.62
	Não	65	49.94
<b>Mann-Whitney</b>	$U=459.00$	$p=.002$	

Como se pode observar no Quadro 6 os enfermeiros que não experienciaram a maternidade/paternidade possuem um valor médio mais elevado na atitude família como um fardo. Os resultados mostram que a vivência pessoal dos enfermeiros em família, concretamente as experiências associadas à maternidade/paternidade, têm uma influência direta na sua atividade profissional na relação com famílias. Os estudos internacionais e nacionais desenvolvidos neste âmbito não têm considerado esta variável. Contudo, o facto de esta apresentar resultados estatisticamente significativos deveria ser um incentivo à sua inclusão em estudos futuros.

Comparando os enfermeiros do serviço de urgência no que concerne ao estado civil, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à atitude família como um fardo.

**Quadro 7. Relação entre o estado civil e a atitude família como um fardo**

	Estado civil	N	Média
Família como um fardo	Solteiro	49	50.30
	Casado	18	36.97
	União de facto	14	48.64
	Nova união	3	31.83
	Divorciado	5	19.70
<b>Kruskal-Wallis</b>	$\chi^2=10.07$	$p=.039$	

Como se pode observar no Quadro 7, os enfermeiros solteiros possuem um valor médio mais elevado na atitude família como um fardo. Denota-se, ainda, uma diferença surpreendentemente significativa nos sujeitos casados e em união de facto, quando à luz da lei portuguesa essas diferenças são cada vez mais ténues. Assim, constata-se que os sujeitos em união de facto têm uma atitude mais negativa perante a família do que os sujeitos casados, pois apresentam um valor médio da atitude família como um fardo nos cuidados de enfermagem mais elevado.

Considerando a frequência do conflito dos enfermeiros com a família do utente, verificam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à atitude família como um fardo.

**Quadro 8. Relação entre a frequência do conflito e a atitude família como um fardo**

	Frequência conflito	N	Média
Família como um fardo	1 vez/ turno	24	44.73
	1 vez/ semana	25	43.00
	1 vez/ mês	19	57.79
	1 vez/ trimestre	9	29.94
	1 vez/ semestre	10	46.05
	Nunca	2	14.25
<b>Kruskal-Wallis</b>	$\chi^2=11.19$	$p=.048$	

O Quadro 8 mostra que os enfermeiros com maior frequência de conflitos possuem os valores médios mas elevados na atitude família como um fardo, excetuando os enfermeiros com frequência semestral. Assim, o maior valor médio refere-se a uma frequência mensal, ao passo que o menor valor médio refere-se à ausência de conflitos.

A escala ROCI-II (Rahim Organizational Conflict Inventory-II) foi utilizada para estudar os estilos de gestão de conflitos interpessoais dos enfermeiros no serviço de urgência na relação com o familiar cuidador, tendo-se obtido os seguintes resultados médios das subescalas: (a) Integração (+ *Eu* / + *Outro*): Média=28; Min.-Max.=19-34, (b) Evitação (- *Eu* / - *Outro*): Média=22; Min.-Max.=14-29, (c) Servilismo (- *Eu* / + *Outro*): Média=18; Min.-Max.=10-23, (d) Tendência ao Compromisso (+- *Eu* / +- *Outro*): Média=15; Min.-Max.=9-19 e, (e) Dominação (+ *Eu* / - *Outro*): Média=14; Min.-Max.=6-23. Os resultados atestam que o estilo integração possui o valor mais elevado.

Contudo, o estilo tendência ao compromisso, considerado pelo autor da escala como o mais equilibrado e, portanto socialmente desejável, aparece apenas em penúltimo lugar. Assim, verifica-se nos indivíduos insegurança no domínio de técnicas de gestão de conflito, sendo esta encarada como pouco motivante.

Outra questão de investigação, do presente estudo, analisou os estilos de gestão de conflitos dos enfermeiros do serviço de urgência na relação com o familiar do utente. Na escala ROCI-II, o estilo de gestão de conflitos predominante é o da integração; no entanto, o estilo de gestão de tendência ao compromisso, que se baseia em técnicas de negociação, obteve um valor médio muito baixo. Este dado é também suportado pela existência de uma maioria de enfermeiros que nunca contactou com a mediação familiar, nem está familiarizado com as suas técnicas.

Por outro lado, o estilo evitação e servilismo obteve valores surpreendentemente altos, revelando a existência de atitudes de acomodação e de não confrontação. Uma estratégia utilizada pelos enfermeiros nos serviços críticos, unidades de cuidados intensivos e urgências, é o não envolvimento emocional<sup>17</sup>. E embora se possa inferir que a impessoalidade na relação desencadeia conflitos, esta ação pode não ser intencional associar-se a mecanismos de defesa pessoais.

Os estilos de gestão de conflitos também foram alvo de análise em busca de relações significativas. Comparando os enfermeiros do sexo feminino com os do sexo masculino, verificaram-se, como se observa no Quadro 9, diferenças estatisticamente significativas relativamente ao estilo de gestão de conflitos dominação.

**Quadro 9. Relação entre o sexo e o estilo dominação**

	Sexo	N	Média
ROCI-II Compromisso	Masculino	31	53.63
(+/- Eu e Outro)	Feminino	59	41.23
<b>Mann-Whitney</b>	U=662.50	p=.031	

Os homens apresentam valores médios mais elevados quando considerado o estilo de gestão de conflitos dominação (M=53.60). Os dados obtidos mostram que estes numa situação de conflito com familiar do utente utilizam, em comparação com as mulheres, uma estratégia de gestão de conflitos com enfoque no controlo da situação em detrimento das relações com as pessoas.

Comparando os enfermeiros do serviço de urgência que já contactaram com a mediação familiar com aqueles que não contactaram, verificam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao estilo de gestão de conflitos de compromisso.

**Quadro 10. Relação entre o contacto com mediação familiar e o estilo compromisso**

	Mediação Familiar	N	Média
ROCI-II Compromisso	Sim	8	63.94
(+/- Eu e Outro)	Não	82	43.70
<b>Mann-Whitney</b>	U=180.50	p=.029	

O Quadro 10 ilustra que os enfermeiros que já contactaram com a mediação familiar apresentam valores médios mais elevados do estilo de gestão de conflitos de compromisso ( $M=64.0$ ). Assim, os enfermeiros que já contactaram com a mediação familiar e suas técnicas adotam uma perspetiva de gestão do conflito baseada na negociação e na regulação emocional, na qual as partes cedem sempre algo na sua posição inicial para poder adotar uma decisão conjunta aceitável para ambas. Estes dados comprovam o importante contributo que a mediação familiar e suas técnicas podem acrescentar à resolução positiva de conflitos entre os enfermeiros e a família do utente.

Foram também analisadas as relações entre as diferentes dimensões da escala ROCI-II e IFCE-AE, como se pode observar no Quadro 11.

**Quadro 11. Correlações entre as dimensões do ROCI-II e IFCE-AE**

IFCE-AE	ROCI-II				
	Integração (+eu/+outro)	Compromisso (+/-eu outro)	Dominação (+eu/-outro)	Evitação (-eu/-outro)	Servilismo (-eu/+outro)
Família:					
Recurso nos cuidados	.48**	.29**	-.42**	.20	.25*
Como um fardo	-.12	.11	.35**	.02	.04
P. dialog. e rec. Coping	.47**	.10	-.44**	.01	.16

\*\* correlação significativa  $p < .01$

\* correlação significativa  $p < .05$

Assim, observam-se correlações positivas, estatisticamente muito significativas, entre o estilo de gestão de conflitos de integração e a atitude família como recurso nos cuidados de enfermagem ( $r=.48$ ,  $p=.01$ ) e a atitude família como um parceiro dialogante e recurso de *coping* ( $r=.47$ ,  $p=.01$ ). De igual forma se observa uma associação positiva, estatisticamente muito significativa, entre o estilo compromisso e a família como recurso nos cuidados de enfermagem ( $r=.29$ ,  $p=.01$ ). Estes resultados são suportados pela teoria e reforçam a ideia geral de que atitudes positivas perante o envolvimento da família na prestação de cuidados de enfermagem conduz a que as partes, numa situação de conflito, cedam sempre algo na sua posição para poder tomar uma decisão conjunta aceitável para ambas, numa atitude de colaboração e cooperação.

A associação positiva estatisticamente muito significativa, entre o estilo dominação e atitude família como um fardo ( $r=0.35$ ,  $p=.01$ ), mostra que os enfermeiros que encaram a participação da família como um obstáculo à prestação dos cuidados de enfermagem, quando entram em conflito com o familiar do utente, tentam controlar a situação e ignoram as necessidades do outro na luta pelo poder, privilegiando o resultado em detrimento das relações com as pessoas.

As correlações negativas estatisticamente muito significativas surgem entre o estilo de gestão de conflitos dominação e as atitudes família como recurso nos cuidados de enfermagem ( $r=-.42$ ,  $p=.01$ ) e família como um parceiro dialogante e recurso de *coping* ( $r=-.44$ ,  $p=.01$ ). Tal demonstra que os seus pressupostos são diametralmente opostos, o que também é suportado pela teoria.

Um dado relevante verifica a existência de uma associação significativa positiva entre o estilo servilismo e a atitude família como recurso nos cuidados de enfermagem ( $r=.25$ ,  $p=.05$ ), o que pode suscitar a ideia de que os enfermeiros com uma atitude positiva perante a família, para evitar conflitos, se acomodam às exigências da outra parte, numa atitude de não confrontação.

Concluindo, este estudo mostra que existe uma forte relação entre as atitudes dos enfermeiros perante a família no cuidar e os estilos de gestão de conflito que são adotados em caso de conflito com o familiar do utente. A constatação de uma associação tão robusta entre as atitudes e os comportamentos dos enfermeiros contribui positivamente para o planeamento futuro do tipo de intervenção a adotar na resolução desta problemática.

As relações que se encontraram entre as atitudes perante a importância da família nos cuidados de enfermagem e os estilos de gestão de conflitos com o familiar do utente dos enfermeiros do serviço de urgência são surpreendentes. Assim, reflete-se como é que os enfermeiros do serviço de urgência

têm uma atitude tão positiva perante a família, comparativamente com outros estudos, e simultaneamente possuem uma frequência de conflitos tão elevada com estilos de gestão de conflitos com valores médios elevados nas categorias de evitação e servilismo. Tal revela uma dissonância entre, por um lado, as atitudes e, por outro, os comportamentos, o que poderá estar associado a um preenchimento dos questionários por parte dos sujeitos com base na desejabilidade social, o que influencia os resultados obtidos, sendo esta uma limitação do estudo. Porém, pode revelar uma intenção adequada que ainda não possui os meios para se traduzir num comportamento sustentado, ou seja, poderão existir variáveis parasitas que impossibilitam a passagem da atitude à ação e que não foram identificadas no presente estudo. O que deixa a sugestão de novos estudos na área, pois ainda há informação pertinente que requer ser alvo da atenção dos investigadores.

Uma outra limitação do estudo advém do facto de apenas uma minoria da amostra ter contactado com a mediação familiar e, portanto, coloca-se a hipótese de que a maioria desconheça as técnicas de mediação familiar que vêm referidas no questionário utilizado. As características dos instrumentos e a natureza da amostra do estudo, nomeadamente o número reduzido de participantes, tornam o estudo limitado e com impossibilidade de generalizar os resultados a todos os enfermeiros que exercem num serviço de urgência.

Da análise destes resultados emerge a necessidade de novas investigações de carácter qualitativo, no sentido de uma maior compreensão do fenómeno e de exploração das variáveis sociodemográficas identificadas no estudo, que influem nas atitudes e nos estilos de gestão de conflitos dos enfermeiros do serviço de urgência. Assim, como pistas de continuação futura da investigação seria interessante a análise da influência do sexo no sentido de se esclarecer porque é que as mulheres têm uma atitude e um estilo de gestão de conflitos mais positivo, comparativamente com os homens e quais as características que suportam esta diferença. Seria também interessante o desenvolvimento de um estudo que aprofundasse a relação entre a experiência do casamento e da maternidade/paternidade e o tipo de atitude perante a família num contexto profissional. Relativamente aos estilos de gestão de conflitos seria desejável aprofundar a relação que emergiu deste estudo, entre o estilo de gestão de conflitos compromisso e a formação em mediação familiar. Seria interessante verificar se a formação nesta área potencia nestes profissionais uma abordagem do conflito com base na negociação. A temática é inovadora e abre portas aos profissionais que pretendam aprofundar e contribuir para a resolução desta problemática.

## Conclusão e implicações para a prática

O presente estudo estimula a reflexão sobre as práticas e a identificação de dificuldades, salientando a importância do trabalho de prevenção com as famílias. Nas reuniões com o familiar cuidador é imprescindível que o enfermeiro esteja preparado para gerir os níveis de stress e ansiedade do familiar, ciente que tal otimiza o processo comunicacional necessário à melhoria dos cuidados de enfermagem.

Os resultados do estudo denotam que os enfermeiros do serviço de urgência possuem uma atitude maioritariamente positiva para com as famílias, valorizando a sua presença nos cuidados de enfermagem e reconhecendo a importância de estabelecer um diálogo com os membros da família do utente. Seria de esperar que esta atitude se traduzisse em interações satisfatórias com a família, contudo existe uma elevada frequência de conflitos com a família.

O estilo de gestão de conflitos predominantemente utilizado pelos enfermeiros do serviço de urgência é a integração que revela uma atitude de colaboração e cooperação entre as partes com vista à resolução de problemas, e implica uma maior abertura à proposta do outro com base em processos comunicacionais fluidos e criativos. Contudo, os estilos de evitação e servilismo obtiveram valores surpreendentemente altos, revelando a existência de atitudes de acomodação e não confrontação. Estes dados são suportados pela existência de uma maioria de enfermeiros que nunca contactou com a mediação familiar, nem está familiarizado com as suas técnicas.

O estudo mostra ainda que existe uma forte relação entre as atitudes dos enfermeiros perante a família no cuidar e os estilos de gestão de conflito que são adotados em caso de conflito com o familiar do utente. Sabendo que a mudança de comportamentos é uma área de intervenção extremamente complexa, este dado ajuda a planificar uma ação que tenha por objetivo primariamente as atitudes dos enfermeiros.

O estudo permitiu, também, a identificação das técnicas mais utilizadas pelos enfermeiros nas situações de conflito com a família do utente, sendo estas a escuta ativa, a empatia, o recurso à linguagem positiva e a capacidade de reconhecer emoções. É importante refletir que estas técnicas são, de certa forma, conhecidas dos enfermeiros pela sua formação de base que assenta em pressupostos da relação de ajuda e recorre ao uso destas técnicas.

A análise efetuada permite concluir que existe relação entre as características sociodemográficas dos enfermeiros do serviço de urgência e as atitudes perante a importância da família nos cuidados de enfermagem e os estilos de

gestão de conflitos com o familiar do utente. As variáveis que influem na atitude dos enfermeiros do serviço de urgência perante a família são o sexo, o estado civil, a maternidade/paternidade e a frequência de conflitos com a família. Assim, as mulheres casadas com filhos e reduzida frequência de conflitos com a família possuem uma atitude mais positiva perante a família nos cuidados de enfermagem.

As variáveis que influem nos estilos de gestão de conflitos dos enfermeiros com a família são o sexo e o contacto com a mediação familiar e suas técnicas. Assim, as mulheres que já contactaram com a mediação familiar e suas técnicas possuem um estilo de gestão de conflitos mais positivo na relação com o familiar do utente.

Os resultados relativos às variáveis sociodemográficas que influem nas escalas poderão ser utilizados na definição de uma população-alvo para formação e também na seleção e recrutamento de pessoal. De salientar, que a variável comum a influir nas duas escalas é o sexo. E os dados provenientes da caracterização da amostra atestam que as mulheres comparativamente aos homens possuem maior formação em enfermagem de família e em gestão de conflitos.

As políticas de saúde implementadas pelos governos são de fulcral importância na definição de um enquadramento profissional e legal que confira os recursos necessários a um exercício que incremente os níveis de saúde das famílias na nossa sociedade. Os programas de formação não devem situar-se somente nos conceitos teóricos mas também nas competências individuais que os profissionais devem desenvolver.

As técnicas negociais da mediação familiar permitem a discussão sobre as opções de resolução de problemas identificados num ambiente voluntário de cooperação entre as partes, onde o enfermeiro fornece informação, apoia e conduz o processo mas não participa diretamente nas decisões tomadas pelos intervenientes. De facto, urge reunir, divulgar e integrar algumas das técnicas de mediação familiar para uma prática atualizada e de excelência na parceria de cuidados com a família.

## Referências bibliográficas

1. ALARCÃO, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria. Coimbra: Editora Quarteto.
2. ARAÚJO, I, PAÚL, C., & MARTINS, M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. *Revista Referência*, 7, 43-52.

3. AUSLOOS, G. (2003). *A Competência das Famílias*. Coleção Sistemas, Famílias e Terapias. Lisboa: Climepsi Editores.
4. BENNER, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Edições Quarteto.
5. BENZEIN, E., JOHANSSON, P., ARESTEDT, K., & SAVEMEN, B. (2008). Nurse's attitudes about the importance of families in nursing care: Instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14, 97-117. doi: 10.1177/1074840708317058.
6. FULBROOK, P., LATOUR, J., ALBARRAN, J., GRAAF de W, LYNCH, F., DEVICTOR, D., & NOREKVAL, T. (2007). The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation – Joint position statement. *World of Critical Care Nursing*, 5(4), 86-88.
7. HANSON (2004). *ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA – TEORIA, Prática e Investigação*. Loures: Lusodidacta.
8. DIÁRIO DA REPÚBLICA – Lei n.º 33/2009, de 14 de julho. Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Casa da Imprensa. Portugal.
9. NAVARRO, F. R. (2005). *La Mediación Una Visión Plural. Diversos Campos de Aplicación*. Canarias: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
10. 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
11. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). *A cada Família o seu Enfermeiro* (1.ª edição). Lisboa: Editora Ordem dos Enfermeiros.
12. PESTANA, M. H., & GAGEIRO, J. N. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
13. RIBEIRO, M. T. (1994). Família e Psicologia. In *Traços da Família Portuguesa*. (pp. 55-76). Lisboa: Direcção-Geral da Família do Ministério do Emprego e Segurança Social.
14. RIBEIRO, M. T. (2008). *O casal como ponto nodal da família – diferentes respostas para diferentes pedidos de ajuda*. Lisboa: Sociedade Científica da Universidade Católica Portuguesa.
15. SIQUEIRA, A., Filipini, R., Posso, M., Fiorano, A., & GONÇALVES, S. (2006). Relacionamento enfermeiro, paciente e família: factores comportamentais associados à qualidade da assistência. *Arquivo da Faculdade de Medicina do ABC*, 31, 73-77.
16. VEZZULLA, J. C. (2001). *Mediação: Teoria e Prática – Guia para Utilizadores e Profissionais*. Ministério da Justiça – Direcção-Geral da Administração Extrajudicial. Barcelona: Agora Publicações.
17. WHATLING, T. (2012). *Mediation Skills and Strategies: A Practical Guide*. London: Jessica Kingsley Publisher. pp. 176.
18. WRIGHT, L., & Leahey, M. (2000). *Nurses and Families – A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F. A. Davis Company.