



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

JÉSSICA SÂMIA SILVA TORRES RIBEIRO

**ATITUDES DE ENFERMEIROS NOS CUIDADOS COM FAMÍLIAS NO CONTEXTO
DO PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO**

**SÃO LUÍS – MA
2016**

JÉSSICA SÂMIA SILVA TORRES RIBEIRO

**ATITUDES DE ENFERMEIROS NOS CUIDADOS COM FAMÍLIAS NO CONTEXTO
DO PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico em Enfermagem, da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dra. Francisca Georgina M. de Sousa

SÃO LUÍS – MA

2016

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ribeiro, Jéssica Sâmia Silva Torres.

Atitudes de enfermeiros nos cuidados com famílias no contexto do parto e puerpério imediato / Jéssica Sâmia Silva Torres Ribeiro. - 2016.

110 p.

Orientador(a): Francisca Georgina Macedo de Sousa.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUÍS - MA: UFMA/MAENF, 2016.

1. Cuidado Centrado na Família. 2. Enfermagem. 3. Enfermagem Familiar. I. Sousa, Francisca Georgina Macedo de. II. Título.

JÉSSICA SÂMIA SILVA TÔRRES RIBEIRO

**ATITUDES DE ENFERMEIROS NOS CUIDADOS COM FAMÍLIAS NO CONTEXTO
DO PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico em Enfermagem, da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em: ___/___/___

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dra. Francisca Georgina M. de Sousa – **Orientadora**
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias - **1º Membro**
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha - **2º Membro**
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Andrea Cristina Oliveira Silva – **1º Membro Suplente**
Doutora em Ciências
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Sirliane de Souza Paiva – **2º Membro Suplente**
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

À Deus, por suas bênçãos,
À minha família a quem dedico a vida,
Ao meu esposo pelo companheirismo e
amor sempre presentes.

AGRADECIMENTOS

Das batalhas traçadas na vida, essa se tornou uma das mais gratificantes na concretização de mais um sonho. Entrei em um universo desconhecido e foi ali que encontrei verdadeiros amigos, os quais ultrapassaram os muros da universidade. Eis os sinceros agradecimentos aos que contribuíram para que o meu crescimento não fosse somente profissional, mas por experimentar o amor e carinho de cada um.

À Deus por sempre abrir portas e me fazer temente no seu infinito amor;

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – PPGENF/UFMA, pelo acolhimento de uma “desconhecida”, em especial à Laiana por sua imensa ajuda nos momentos necessários;

Às instituições de saúde: Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUMI) e Maternidade Marly Sarney, pelo acolhimento e por tornar possível a coleta de dados;

À professora Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa pela orientação e acolhimento de uma eterna aprendiz, pelo seu enorme empenho e dedicação à Enfermagem, por me fazer ampliar os conhecimentos em cuidar de famílias, levando-me a novos conceitos, posturas, perspectivas, para além de pré-conceitos;

À professora Dra. Andrea Cristina Oliveira Silva pelo carinho, sempre pronta a me guiar pelos caminhos percorridos na construção da dissertação;

Aos profissionais Enfermeiros das instituições que se fizeram presentes para que a minha coleta de dados fosse concretizada;

Aos membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Família, Criança e Adolescente – GEPSFCA, em especial a Benylida e Giuliane Santos, pela imensa ajuda na tabulação e análise dos dados e pela disposição dada para realização da pesquisa;

Às companheiras de jornada e amigas eternas, Mara Arraes e Yara Andrade, por me mostrar ser possível amizades dentro e fora das universidades, por estarem sempre presentes em minhas eternas lamentações, por tornarem esse percurso menos doloroso com todo o amor e carinho a mim dispensados;

A companheira de turma Ana Carolina, pelo conforto de sua amizade;

Às colegas de profissão e amigas sinceras Amanda, Alline, Bianca, Karla Andréa, Karla Kelma, Kércia e Priscila que me apoiaram sempre que foi preciso, incentivando-me a não desistir;

Aos meus pais, José Anísio e Rosário, pelo apoio, amor, por serem os meus pilares para alicerce de minha eterna caminhada;

Aos meus avós, Socorro e Josias, por me trazer palavras de conforto quando eu mais precisava;

Às minhas irmãs, Laianna e Priscila, por acreditarem, mesmo estando distantes, que tudo seria possível;

Ao meu esposo, Maurílio, por seu amor, companheirismo, amizade, apoio, conforto, por acreditar na concretização desse sonho, por sempre estar ao meu lado, independente da minha decisão, por sonhar os meus sonhos, por não soltar a minha mão, por sua paciência em meus momentos de ausência, e pela oportunidade de poder compartilhar a perfeição que é sermos imperfeitos.

Ser livre é poder decidir, até de quem “eu”
preciso cuidar, não se limitando a viver de
automatismos.
(Margareth Ângelo, 1999)

RIBEIRO, J. S. S. T. Atitudes de Enfermeiros nos Cuidados com Famílias no Contexto do Parto e Puerpério Imediato. 107f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.
Orientadora: Prof^a Dra. Francisca Georgina M. de Sousa
Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

RESUMO

Introdução: O Cuidado Centrado na Família tem sido adotado como filosofia do cuidar na enfermagem e significa que os enfermeiros incorporam no cuidado o conhecimento e a convicção de que as famílias representam uma constante na vida dos seus membros. O objeto investigado delimitou-se a partir das práticas de cuidados dos enfermeiros no contexto do parto e puerpério e as atitudes desses profissionais para o cuidado centrado na família, apoiado na seguinte pergunta de pesquisa: Quais atitudes são adotadas pelos enfermeiros no contexto do parto e puerpério imediato face à importância da família no processo de cuidar? **Objetivos:** Identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado, no contexto do parto e puerpério segundo as dimensões da Escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE)”;

Relacionar as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado no contexto do parto e puerpério, com o tempo de exercício profissional e a titulação dos enfermeiros; Descrever as atitudes que contribuem e/ou implicam para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros. **Método:** Estudo transversal, descritivo e correlacional, de abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Alojamento Conjunto e Centro Obstétrico de duas instituições de saúde de referência no Estado do Maranhão na assistência ao parto e puerpério: Hospital Universitário Unidade Materno Infantil – HUMI/UFMA e Maternidade Marly Sarney. A população foi composta por 76 enfermeiros, utilizando dois questionários para coleta de dados: escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros - IFCE-AE e o Questionário Acadêmico Profissional. Para a análise estatística utilizou-se o *Software Stata 12.1* e os testes de *Correlação de Pearson* e *t-student*. **Resultados:** Os enfermeiros detinham atitudes de suporte para com as famílias, com média da escala total de 74,5 pontos enquanto na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* a média foi de 35,6 pontos; na dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem de 30,8 pontos e na dimensão Família: Fardo, a média foi de 8,01 pontos. Verificou-se correlação fraca entre o número de pós-graduações dos enfermeiros na dimensão Família: Fardo; entre os enfermeiros com pós-graduação em UTI com a dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* a correlação foi negativa entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina de Enfermagem de Família em sua graduação. **Conclusão:** Seria oportuno por parte das instituições estudadas investir em formação continuada voltadas para as práticas de cuidado de famílias, com cursos que envolvessem essa temática. Para as instituições formadoras de enfermeiros, é imprescindível mudança na estrutura curricular que contempla os componentes curriculares com suas ementas

e referências para que se adeque à realidade encontrada fora dos muros das universidades.

Descritores: Enfermagem; Cuidado centrado na família; Enfermagem Familiar.

RIBEIRO, J. S. S. T. Attitudes of Nurses in the Care of Families in the Context of Childbirth and the Immediate Postpartum Period. 107f. Dissertation (Masters Degree). Post-Graduate Program in Nursing, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

Advisor: Prof^a Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa

Research Line: Health Care and Nursing

ABSTRACT

Introduction: Family-Centered Healthcare has been adopted as a philosophy of care in nursing and means that nurses incorporate into their care the knowledge and conviction that families represent a constant in the life of their members. The investigated object was delimited from the healthcare practices of nurses in the context of childbirth and postpartum and the attitudes of these professionals toward family-centered care, supported by the following research question: What attitudes are adopted by nurses in the context of childbirth and postpartum concerning the importance of the family in the healthcare process? **Objectives:** To identify nurses' attitudes about the importance of families in the healthcare process, in the context of childbirth and postpartum according to the dimensions of the IFCE-AE Scale (A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros [Importance of Families in Nursing Care – Nurses' Attitudes]); To relate the attitudes of nurses about the importance of families in the process of childbirth and postpartum healthcare with the professional training time and the degree of the nurses; To describe the attitudes that contribute to and/or suggest the valuation of families in the healthcare practices of nurses. **Method:** Descriptive and correlational cross-sectional study, carried out in the Housing and Obstetric Center of two reference health institutions in the state of Maranhão assisting with childbirth and postpartum: Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUMI/UFMA) and Marly Sarney Maternity. The population was composed of seventy-six nurses, using two questionnaires to collect the data: IFCE-AE Scale (referenced above) and the Academic Professional Questionnaire. *Software Stata 12.1* and the *Pearson Correlation* and *t-student* tests were used for the statistical analysis of the data. **Results:** Nurses held supportive attitudes toward families, with the average of 74.5 points in the area of Family: conversational partner and coping resource were 35.6; in the area of Family: resource in nursing care was 30.8 points and in the area of Family: Burden, the average was 8.01 points. A weak correlation was verified between the number of the nurses' post-graduate studies in the area of Family: Burden; among the nurses with post-graduate studies in ICU with the area of Family: conversational partner and coping resource and a negative correlation between the attitude of the nurse toward the family and the attainment of the Family Nursing degree upon graduation. **Conclusion:** It would be opportune on the part of the studied institutions to invest in continued focused education in family care practices, with courses that involve this theme. For educational institutions for nurses, changing curriculum that suits the reality found outside of the walls of universities is essential.

Descriptors: Nursing; Family-Centered Care; Family Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Diagrama representativo das etapas de coleta de dados.....	43
Quadro 1	Dimensões da Escala IFCE-AE.....	39
Quadro 2	Variável Dependente: Atitudes dos Enfermeiros.....	40
Quadro 3	Variáveis independentes: Perfil acadêmico e profissional dos enfermeiros estudados.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise da fidedignidade dos resultados da Escala IFCE-AE e suas dimensões, São Luís – MA, 2016.....	44
Tabela 2	Caracterização sociodemográfica, profissional e acadêmica dos enfermeiros do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e Alojamento Conjunto de duas maternidades, São Luís – MA, 2016.....	47
Tabela 3	Área na qual se vincula as especialidades dos enfermeiros do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e Alojamento Conjunto de duas maternidades, São Luís - MA, 2016.....	51
Tabela 4	Conteúdos de Enfermagem de Famílias nos níveis de graduação e pós-graduação dos cursos realizados por Enfermeiros do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e Alojamento Conjunto de duas maternidades, São Luís – MA, 2016.....	53
Tabela 5	Descrição das respostas das dimensões da Escala IFCE-AE, São Luís – MA, 2016.....	58
Tabela 6	Dimensões da escala IFCE-AE pontuado pelos enfermeiros do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e Alojamento Conjunto de duas maternidades, São Luís – MA, 2016.....	59
Tabela 7	Atitudes dos Enfermeiros, na Dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de <i>copíng</i> , segundo a Escala IFCE-AE, São Luís – MA, 2016.....	64
Tabela 8	Atitudes dos Enfermeiros, na Dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem, segundo a Escala IFCE-AE, São Luís – MA, 2016.....	65
Tabela 9	Atitudes dos Enfermeiros, na Dimensão Família: fardo, segundo a Escala IFCE-AE, São Luís – MA, 2016.....	66
Tabela 10	Correlação da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a idade dos participantes, São Luís – MA, 2016.....	67
Tabela 11	Análise de Variância da Escala IFCE-AE e suas dimensões com o grau acadêmico dos participantes, São Luís – MA, 2016.....	70

Tabela 12	Correlação da Escala IFCE-AE e suas dimensões com o tempo de experiência profissional dos participantes, São Luís – MA, 2016.....	71
Tabela 13	Análise de Comparação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a unidade de trabalho dos participantes, São Luís – MA, 2016.....	72
Tabela 14	Correlação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com o número de pós-graduações dos participantes, São Luís – MA, 2016.....	73
Tabela 15	Análise de Variância entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com o número de pós-graduações dos participantes, São Luís – MA, 2016.....	73
Tabela 16	Análise de Variância entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com as pós-graduações dos participantes, São Luís – MA, 2016.....	74
Tabela 17	Análise de Comparação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a realização da disciplina na graduação com o conteúdo de Enfermagem de Famílias dos participantes, São Luís – MA, 2016.....	75
Tabela 18	Análise de Comparação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a realização na pós-graduação da disciplina com o conteúdo de Enfermagem de Famílias dos participantes, São Luís – MA, 2016.....	76
Tabela 19	Análise de Comparação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a realização da disciplina de Enfermagem de Famílias dos participantes na graduação, São Luís – MA, 2016.....	77
Tabela 20	Análise de Comparação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a realização da disciplina de Enfermagem de Famílias dos participantes na pós-graduação, São Luís – MA, 2016.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABENFO – Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras
- ALCON – Alojamento Conjunto
- CCF – Cuidado Centrado na Família
- CCOG – Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- COMIC – Comissão Científica
- CPN – Centro de Parto Normal
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- FINC-NA – *Families' Importance in NursingCare – Nurses Attitudes*
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- GEPSFCA – Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente
- HUMI – Hospital Universitário Unidade Materno Infantil
- HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
- ICCF – Instituto de Cuidado Centrado na Família
- IFCE-AE – A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes de Enfermeiros
- OPAS – Organização Panamericana da Saúde
- RN – Recém-nascido
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFMA – Universidade Federal do Maranhão
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	JUSTIFICATIVA	22
3	OBJETIVOS	23
4	CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	25
4.1	A trajetória do cuidar no parto e puerpério	25
4.2	A relação de cuidado entre enfermeiros e famílias	29
4.3	O cuidado centrado na família como estratégia para a assistência no parto e puerpério	32
5	METODOLOGIA	36
5.1	Tipo de estudo	36
5.2	Local do estudo	36
5.3	População da pesquisa	37
5.4	Instrumentos para coleta de dados	38
5.4.1	Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros - IFCE-AE.....	38
5.4.2	Questionário Acadêmico Profissional.....	39
5.5	Variáveis do estudo	40
5.6	Estratégias para a coleta de dados	42
5.7	Análise dos dados	43
5.8	Período da pesquisa	45
5.9	Aspectos administrativos e éticos	45
6.0	RESULTADOS	47
6.1	Perfil da população	47
6.1.1	Análise dos dados sócio demográficos, acadêmicos e profissionais da população do estudo.....	47
6.2	A análise da escala IFCE-AE e suas dimensões com as correlações sócio demográficas, profissionais e acadêmicas da população do estudo para testar hipóteses	57
6.2.1	Atitudes dos enfermeiros face à família nos cuidados de enfermagem.....	57
7.0	CONCLUSÕES	80
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICES	94

ANEXOS.....	103
--------------------	------------

1 INTRODUÇÃO

Para a mulher e a família o processo de gestação inclui uma mescla de sentimentos, dúvidas, medos e anseios, que sugerem atenção especial tanto aos aspectos biológicos relativos à saúde da gestante e da criança como aos emocionais. Com o avançar da gravidez, o período do nascimento se aproxima, e com ele, novas perspectivas, mudanças e reorganizações familiares para receber uma nova vida que está por vir. É nesse momento que o acompanhamento profissional torna-se mais ativo, cujo foco se dirige ao cuidado do binômio mãe-bebê, porém, sem esquecer de acolher e cuidar da família.

A enfermagem tem um grande papel no acompanhamento do trabalho de parto, parto e puerpério imediato, no que tange além de assistir à mulher nessa fase de vida, partear de forma humanizada e holística, levando àquela mãe e aos seus familiares medidas reconfortantes, tanto físicas ou emocionais, para que possam vivenciar essa etapa, de maneira satisfatória.

No tocante ao local do nascimento, este pode se configurar como um ambiente hostil, com rotinas rígidas e imutáveis condição que compromete a mulher de expressar livremente seus sentimentos e necessidades (BRASIL, 2014). Como adequada intervenção, a mulher e a família deverão receber atenção individualizada, flexível e sensível às suas necessidades quer sejam fisiológicas, afetivas e emocionais numa perspectiva ampliada do cuidado ao parto. Sob esse escopo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) orienta que a mulher deve sentir-se segura e protegida por todos aqueles que a cercam, ao mesmo tempo em que a garantia da presença de uma pessoa ao seu lado deve ser encorajada, podendo ser o marido, um amigo, a *doula* ou um enfermeiro. Dessa forma, as potencialidades de cada membro da equipe podem ser utilizadas plenamente, de acordo com suas capacidades técnica e legal, em benefício da mulher e da criança (BRASIL, 2014).

Corroborando nessa perspectiva, Caus *et al* (2012) relatam que o enfermeiro obstetra, em sua atuação profissional, precisa desenvolver habilidades e competências, adquirir segurança técnica e perceber múltiplas e complexas dimensões que envolvem o processo do parto e puerpério. Para os autores é relevante compreender que o processo de parturição é um evento social, com influências culturais, exigindo profissional diferenciado, com formação ético-humanística e científica para prestar cuidados à mulher, de maneira afetuosa, empática e segura.

Sob esse propósito, Van der Sand, Girardon-Perlini e Abreu (2011) afirmam que o cuidado deve ser voltado não só para a mulher, mas também para seus familiares que rotineiramente vivenciam situações que podem colocá-los em sofrimento psíquico ao acompanharem a parturiente, pois no processo de parto e puerpério os atores principais são a parturiente e o bebê, aos quais são dispensados todos os cuidados, ficando os familiares, muitas vezes, sem assistência. Ademais, os autores enfatizam que a falta de conhecimento em relação à dinâmica familiar no momento do nascimento e a escassez de recursos para atender às demandas da família podem contribuir para a ansiedade dos familiares que estão acompanhando a parturiente, o que, como consequência, pode afetá-la.

Nessa perspectiva, Wright e Leahey (2009) afirmam que a enfermagem assume o compromisso de incluir a família nos cuidados de saúde ao mesmo tempo em que reconhecem que da relação enfermeiro/família surgem estratégias e recursos que capacitam a família a adquirir competências para responder aos seus problemas de saúde. Na mesma direção John e Flowers (2009) defendem que quando a enfermagem centra a sua prática na unidade familiar, dá resposta às necessidades da família face à doença ou ameaça à saúde de um membro em vez de focar apenas no indivíduo.

Para Pinto *et al* (2010, p.133), o Cuidado Centrado na Família (CCF) tem como objetivo “promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e família e restaurar seu controle e dignidade”, sem, entretanto, eliminar a competência individual de cada membro em relação à tomada de decisão de sua própria saúde. O CCF compreende uma abordagem para o planejamento, a prestação e a avaliação do cuidado em saúde fundamentada em parceria que beneficia ao mesmo tempo profissionais, pacientes e famílias com contribuições significativas para a qualidade e a segurança do cuidado (JOHNSON; ABRAHAM; SHELTON, 2009).

O Instituto de Cuidado Centrado na Família – ICCF (2008) define esse tipo de abordagem como um processo de planejamento, de prestação e de avaliação do cuidado que são dinamicamente sustentados na parceria com benefícios mútuos para pacientes, famílias e profissionais embasados nos seguintes pressupostos:

- a) A dignidade e o respeito são exercitados pela capacidade dos profissionais ouvirem e respeitarem as escolhas e perspectivas do paciente e da família;
- b) Conhecimento, valores, crenças e cultura do paciente e da família são incorporadas na perspectiva do cuidado;

- c) Informação compartilhada por meio da qual os profissionais comunicam e dividem as informações de forma completa e oportuna com pacientes e família;
- d) A participação é utilizada como estratégia para encorajar a família a se inserir no cuidado e na tomada de decisão;
- e) Colaboração onde pacientes e famílias são incluídas no desenvolvimento, implantação e avaliação das políticas e programas visando, sobretudo, facilitar o processo de cuidado e a educação profissional.

Atendendo a estes princípios a Enfermagem de Família é percebida por Wright e Leahey (2009) como os cuidados de Enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais. A enfermagem de família consiste, portanto, nos cuidados de enfermagem prestados no sentido de dar resposta às necessidades das famílias e promover a saúde familiar, levando em consideração as suas necessidades como um todo e dos seus membros individualmente (KAAKINEN *et al.*, 2010).

Segundo Hanson (2005), o conceito de enfermagem de família foi desenvolvido a partir da década de 70, surgindo como ciência alicerçada no pensamento sistêmico, com abordagem que ultrapassa o paradigma da ciência tradicional, permitindo a compreensão de todos os fatores que constituem a unidade familiar. Assim, a família se caracteriza pelas interações estabelecidas entre os seus membros, tendo funções, papéis e necessidades específicas.

Friedemann (1989) foi a primeira teórica a descrever três níveis de abordagem da prática de enfermagem de família. Esta abordagem de complexidade crescente descreve no primeiro nível, uma prática cujo foco é o indivíduo, a família e o contexto. Neste nível a família é considerada como recurso, sobretudo no planejamento da alta. No segundo nível, a família é vista como a soma dos seus membros individualmente e os cuidados são prestados a todos os elementos da família. O último nível e o mais avançado, é o sistêmico e a família é encarada como um todo, como sistema com estrutura dinâmica exclusiva, que interage com subsistemas e outros sistemas mais amplos e que se constitui como cliente de cuidados.

Para Ângelo *et al* (2009) existem quatro níveis da prática de enfermagem de família: o primeiro apresenta a família como contexto, cuja ênfase está no indivíduo;

no segundo nível a família surge como a soma das partes e o indivíduo é visto como parte de um subgrupo familiar no qual tanto os indivíduos como os relacionamentos são estudados; no terceiro nível o subsistema da família é o foco, e no quarto tem-se a família como cliente, onde a ênfase pode ser dois ou mais níveis do subsistema, que inclui indivíduos, relacionamentos e famílias.

Dessa forma, a proximidade, a reciprocidade e o compromisso são atributos essenciais dos profissionais para o Cuidado Centrado na Família. Entretanto, as famílias vivenciam o domínio profissional nas relações de cuidado que as privam de participarem ativamente do processo de cuidado. Para a mudança deste modelo será necessário movimento dinâmico e contínuo de competências para gerir e gerar processos de inovação e renovação de atitudes e práticas do enfermeiro para cuidar na perspectiva do Cuidado Centrado na Família. Nessa dimensão, o enfermeiro é visto como agente promotor da mudança e seus conhecimentos tem como objetivo alcançar um novo nível de estabilidade, pois busca por meio de intervenções terapêuticas promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar nos três domínios anteriormente apresentados.

Assim sendo, o Cuidado Centrado na Família tem sido adotado como filosofia do cuidar na enfermagem revelando que os enfermeiros incorporam no cuidado o conhecimento e a convicção de que as famílias representam uma constante na vida dos seus membros, independente do ciclo vital em que se encontram, embora haja a compreensão de que as necessidades se diferenciam em cada um deles, como é o caso do parto, nascimento e o período que se segue a este. Esta filosofia crê essencialmente que ao envolver a família nos cuidados a enfermagem irá disponibilizar e prestar cuidados de excelência.

Para conduzir esta pesquisa, parte-se da assertiva de que as atitudes dos enfermeiros são determinantes para a qualidade das relações que se estabelecem com a família para promover o desenvolvimento de um trabalho de parceria e de corresponsabilização entre os envolvidos (BENZEIN *et al.*, 2008). Assim, valorizar saberes, crenças e o poder de decisão da família são revelados como atitudes positivas do enfermeiro que favorecem tanto o envolvimento como a participação da família no processo terapêutico.

Apoiados em Abbagnano (2007) compreende-se como atitude a disposição ou comportamento que permite efetuar opções de valor constante de uma determinada situação. Para Pereira (2002), as atitudes influenciam a interação

individual e entre grupos, podendo prever o comportamento humano e predispor o indivíduo a comportar-se de determinada forma. Por outro lado, face ao comportamento do indivíduo a determinado objeto ou situação, poder-se-á inferir acerca das suas atitudes.

Tendo como referência o Modelo de Rosenberg e Hovland de 1960, Pereira (2002) descreve atitude a partir de três dimensões: a afetiva, a cognitiva e a comportamental que podem funcionar como antecedentes, consequências ou respostas atitudinais. A dimensão afetiva refere-se aos sentimentos subjetivos e às respostas fisiológicas que acompanham a atitude. Associada ao componente emocional, esta dimensão retrata os valores e os sentimentos face ao objeto atitudinal. A dimensão cognitiva diz respeito a crenças e opiniões, por meio das quais a atitude é expressa, e refletem os pensamentos, as ideias, as informações e as crenças do indivíduo sobre um dado objeto tendo como consequência uma avaliação mais ou menos favorável. A dimensão comportamental refere-se ao processo mental e físico que prepara o indivíduo para agir de determinado modo.

Embasadas nestas concepções, chega-se a inferência de que comportamentos como vínculo, parceria, escuta e comunicação qualificada assim como relações horizontais são atitudes positivas dos enfermeiros que contribuem para o envolvimento e engajamento das famílias nos cuidados em saúde no contexto do parto e puerpério. Portanto, o objeto a ser investigado delimita-se a partir das práticas de cuidados dos enfermeiros no contexto do parto e puerpério e as atitudes desses profissionais para o cuidado centrado na família, apoiado nas seguintes questões: Que atitudes são adotadas pelo enfermeiro para valorização da família no contexto do parto e puerpério? Que variáveis interferem positiva ou negativamente nas atitudes do enfermeiro frente à valorização da família nesse contexto? Que atitudes dos enfermeiros contribuem para a valorização da família no contexto do parto e puerpério?

Estes questionamentos foram motivadores e mobilizadores a realização da pesquisa com a finalidade de avançar na produção do conhecimento no campo da Enfermagem de Família com ênfase nas relações de cuidado centrado nesse grupo social.

2 JUSTIFICATIVA

Vivencia-se uma fase de instabilidades e transitoriedade políticas, profissionais e institucionais que poderão redimensionar atitudes e conseqüentemente a reorganização das práticas de cuidado com valores pautados no conceito de família e convicções a partir de motivações e atitudes colaborativas e cooperativas compatíveis com o Cuidado Centrado na Família. Por trabalhar em um Centro Cirúrgico Obstétrico, e vivenciando diariamente o contato com parturientes e familiares, refletindo cotidianamente como o cuidado ainda é voltado às satisfações das necessidades físicas e biológicas, impulsionou-me a analisar como os enfermeiros agem diante da família e que fatores promovem atitudes positivas face à mesma no contexto do parto e puerpério imediato.

A proximidade com esse contexto me tomou por inquietações, pois reconheço que apesar das mudanças e das transformações nas práticas de cuidado e das definições políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) as intervenções no processo saúde-doença centra-se na técnica, no fazer e saber fazer com pouca valorização humanista e dimensional para lidar com o campo das necessidades e do cuidado. Na atenção ao parto e puerpério, na maioria das vezes, o cuidado de enfermagem é direcionado à mãe e ao bebê, ficando à família a responsabilidade por se fazer presente, porém sem ser notada neste contexto.

Gradativamente o cuidado com famílias foi se mostrando como perspectiva para a enfermagem e para a pesquisa. Uma das oportunidades foi quando cursei a disciplina Enfermagem, Família e as Práticas de Cuidado no Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, e, em seguida, ao me vincular ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente - GEPSFCA/UFMA. Estas me permitiram refletir e repensar as práticas de cuidados dos enfermeiros e suas atitudes com famílias em meu contexto de trabalho.

Sob essa perspectiva, Ângelo *et al* (2014) reconhecem que grande parte do conhecimento produzido na área de Enfermagem de Famílias ainda encontra-se centrada na descrição da experiência e no impacto da doença na família. As questões que se dirigem a compreender e/ou identificar e descrever como os enfermeiros agem frente à família, representam um amplo campo para investigação.

Assim, é importante que os enfermeiros se apropriem do saber para trabalhar com famílias, corroborando sua prática assistencial cotidiana com o cuidado

voltado aos sujeitos e às suas necessidades. Ao lidar com a família, é necessário a realização de pesquisas que contemplem essa abordagem, firmando um cuidar à dimensão familiar, focalizando em mudanças não somente na prática assistencial, como também no entendimento dos enfermeiros no cuidado centrado nas famílias e nas necessidades de seus familiares de modo individualizado e ao mesmo tempo global.

A relevância dessa proposta de investigação se pauta no valor da temática do cuidado centrado na família, e assim subsidiar novas pesquisas para maior produção de conhecimentos, estimulando os enfermeiros a pensar sobre, com vistas ao cuidado baseado em individualidades e nas diferentes dimensões familiares.

3 OBJETIVOS

- ✓ Identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado no contexto do parto e puerpério segundo as dimensões da Escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE)”;
- ✓ Relacionar as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado no contexto do parto e puerpério, com o tempo de exercício profissional e a titulação dos enfermeiros;
- ✓ Descrever as atitudes que contribuem e/ou implicam para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

4.1 A trajetória do cuidar no parto e puerpério

O parto é marcado por iniciativas privadas pessoais de melhoria na assistência à mulher, quer seja em ambientes hospitalares, ou mesmo em domicílio, de forma que a assistência prestada dê segurança e conforto à parturiente.

Dar à luz é um evento unicamente feminino e natural em sua essência onde é chegado o momento tão esperado em que a mulher, entregue à sua natureza, recebe o ser concebido. Tal momento, por muito tempo, foi realizado no ambiente domiciliar da mulher com a presença de parteiras tradicionais possuidoras de conhecimentos por tradição oral (SOUZA; SOARES; QUITETE, 2014). Os partos em sua grande maioria eram de forma natural, onde a mulher vivenciava aquele momento sem maiores intervenções e com a unicidade que o mesmo requer.

Segundo a Organização Panamericana da Saúde – OPAS (2013), após o surgimento de parteiras, surgiu em muitos países um papel mais estruturado, refletindo o desenvolvimento do conceito de associação com aprendizes que se capacitavam para uma determinada função de trabalho. O papel da parteira e sua função foi progredindo até os dias atuais, chegando a ser uma profissão reconhecida e respeitada no âmbito internacional. As responsabilidades tradicionais das parteiras foram se expandindo, abrangendo o contexto mais amplo da saúde reprodutiva, aconselhamento e educação. A parteira também tem se transformado, em diferentes momentos e lugares, segundo a necessidade, em gestora, pesquisadora, educadora e defensora de direitos. Seu campo de ação se ampliou, cobrindo além da gravidez e do parto, os temas saúde reprodutiva da adolescente, planejamento familiar e atendimento da mulher na menopausa. As parteiras também oferecem cuidados essenciais ao recém-nascido e cuidam da saúde das comunidades onde vivem e às quais atendem (OPAS, 2013).

Com a incorporação da obstetrícia nas práticas médicas, nos séculos XVII e XVIII, a participação masculina na assistência ao parto se incorporou e contribuiu para a marginalização da atuação das parteiras, relegando a segundo plano o saber-poder milenar das mulheres oriundo da intuição e da experiência cotidiana (SENA *et al.*, 2012). Esse fato repercutiu na perda da participação feminina no local do parto.

A história da enfermagem obstétrica no Brasil e no mundo percorreu um caminho árduo e lento, repleto de conquistas e dificuldades para o profissional enfermeiro, desde conflitos existentes entre a enfermagem e a profissão de parteira, por sua maior inserção no local do parto, em especial no parto domiciliar, o que ocasionou discussões acerca dos diferentes papéis que a enfermagem obstétrica e a parteira têm no processo parturitivo. Nessa perspectiva, a enfermagem exerceu relevante papel no processo de humanização e desmedicalização¹ da assistência à saúde da mulher (SENA *et al.*, 2012). A partir do recente conceito de humanização no processo do partear, o trabalho do enfermeiro obstetra tornou-se mais solicitado, pois foram percebidos graves problemas, ao longo dos anos, com a medicalização excessiva do parto, o que demandou modificações nesse modelo de assistência, principalmente nos de baixo risco (SENA *et al.*, 2012).

Conforme essas modificações foram ocorrendo, Souza, Soares e Quitete (2014) afirmam que em um movimento contra cultural ao modelo hospitalar, mulheres de quase todo o mundo passaram a reivindicar atenção menos intervencionista. Na década de 90, um grupo de enfermeiras obstétricas, iniciou no Brasil, por meio da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO), uma discussão ética, política e técnico-científica a fim de fortalecer a inserção destas profissionais nos planos e programas de saúde materno-infantil no país.

Corroborando com isso, a mudança do papel social da mulher, que passou a ocupar o espaço público e assumiu também a função de trabalhadora fora do lar, contribuinte financeira da casa e, muitas vezes, “chefe” da família, fez com que as políticas de saúde fossem repensadas e, diante das necessidades e exigências por mudanças, a partir da década de 1980, as políticas de saúde buscaram ampliar os programas de assistência à mulher (AMORIM; GUALDA, 2011).

Nesse sentido, Souza, Soares e Quitete (2014) descrevem que foram realizados Congressos, Encontros Nacionais e a abertura de Seções Estaduais da ABENFO favorecendo discussão regionalizada dos problemas de saúde da mulher e a necessidade de planejamento estratégico para a inserção dos (as) enfermeiros (as) especialistas na atenção ao parto de baixo risco.

¹ A medicalização, conforme Foucault (2008, p 62) é “a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital”. Na obstetrícia surgiu com a incorporação médica na assistência ao parto, com práticas invasivas, especialmente com a introdução da cirurgia cesariana.

Apesar dos avanços e do parto e nascimento se definirem como eventos da vida da mulher e um ato da sua fisiologia, a maioria das mulheres têm seus filhos por meio de cirurgia, a cesariana. A atenção ao parto normal, por sua vez, é marcada por práticas não recomendadas pelas evidências científicas, que trazem sofrimento a esta experiência humana (BRASIL, 2013). Assim, é necessário esforços voltados a uma assistência humanizada.

O modelo de atenção à mulher e família no processo reprodutivo tem sido reconhecido por agentes governamentais como necessário. Torna-se, assim, objeto de políticas nacionais no âmbito da saúde. Podem ser enumeradas algumas medidas para a consideração dessas políticas como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a criação de Centros de Parto Normal e o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, oferecidos por escolas de enfermagem de todo o país (MERIGHI; GLALDA, 2009).

Como proposta dos modelos de humanização da assistência, existem práticas adotadas pelos enfermeiros que são voltadas à valorização da mulher, fortalecendo-a no processo de parir, tratando-a com carinho, respeitando-a em seu tempo, propiciando cuidados para o alívio da dor e condução do trabalho de parto, estimulando os exercícios, massagens, banhos, deambulação e, mesmo, a adoção de posições, como a de cócoras, durante o trabalho de parto (CAUS *et al.*, 2012).

Nas últimas décadas, presencia-se rápida expansão no desenvolvimento e uso de uma variedade de práticas desenhadas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de obter melhores resultados para mães e recém-nascidos, e algumas vezes para racionalizar padrões de trabalho, no caso do parto hospitalar (OMS, 1996).

Um toque, uma voz, uma fala reconfortante, medidas não farmacológicas para alívio da dor, massagens terapêuticas, musicoterapia, ou quaisquer medidas menos intervencionistas para a parturiente são algumas das ações que o enfermeiro pode oferecer à mulher que chega na instituição hospitalar cheia de medos e dúvidas. É importante se fazer presente, resolutivo, ser mais ouvinte e prestar assistência de modo a diminuir a incidência de violências obstétricas², que são, na maioria das vezes, a principal queixa das mulheres que adentram a maternidade para dar à luz.

² A violência obstétrica pode se caracterizar por negar ou impor dificuldades no atendimento à mulher; comentários constrangedores no local do parto; ofensas, humilhações, xingamentos; negligências causadas.

Souza *et al* (2013) em estudo realizado com profissionais de enfermagem descreveram que para estes profissionais o acolhimento e o vínculo são dispositivos de cuidado que proporcionam segurança à mulher durante o processo de parturição, assim como o acolhimento pela equipe de enfermagem, onde a presença do acompanhante deve ser estimulado durante o trabalho de parto e parto.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e organização da instituição de modo a criar ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a humanização implica compromisso com a ambiência. Entende o espaço físico como ambiente social, profissional e de relações interpessoais que proporciona atenção acolhedora, humana e resolutiva, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e populações específicas (indígenas, quilombolas, ribeirinhas e assentadas); fortalecimento no trabalho em equipe multiprofissional, a transversalidade; a grupalidade (experiências coletivas significativas); apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; promoção em controle social de caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; efetivação do compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde e estímulo aos processos de educação permanente (BRASIL, 2013).

A humanização ainda compreende o privilégio e o bem-estar da mulher e do bebê ao considerar os processos fisiológicos, psicológicos e o contexto sociocultural, caracterizado pelo acompanhamento contínuo de gestação e parturição

(BRASIL, 2013). Nessa concepção, o parto é favorecido em centros de parto normal, casas de parto e hospitais. A presença de acompanhantes é incentivada e a mulher tem maior liberdade para escolher o modo e a posição que lhe é mais confortável para ter seu filho. Nessa proposição é fundamental a inserção do enfermeiro obstetra para o acompanhamento durante a gestação, o trabalho de parto, o parto e após o nascimento e pela detecção precoce de complicações com encaminhamento para unidade de saúde de acordo com o nível de referência (BRASIL, 2013).

O suporte contínuo à mulher em trabalho de parto é uma ação que deve ser oferecida e estimulada de forma sistemática, independente da organização do serviço e dos profissionais inseridos nesse nível de atenção. Neste cenário, o objetivo da assistência é acompanhar e assistir as parturientes durante o processo do trabalho de parto e parto, respeitando sua fisiologia e estimulando o exercício da cidadania feminina, para dar maior autonomia à mulher neste momento (GOMES, 2010).

Sob essa perspectiva, os profissionais de saúde são coadjuvantes ou assistentes dessa experiência e desempenham importante papel na atenção à mulher e à família. Como tal têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecer os momentos críticos e necessidade de intervenções para assegurar a saúde de ambos (BRASIL, 2013).

4.2 A relação de cuidado entre enfermeiros e famílias

Ao descrever sobre os enfermeiros e suas relações de cuidados com as famílias, somos trazidos para lugares ambivalentes de protagonismo, pois ao mesmo tempo em que somos enfermeiros, somos também família, fazemos parte de um sistema bem amplo e complexo, fora do contexto de trabalho, o que nos leva a pensar e agir ora como membros, ora como profissional.

Diante disso, somos levados a ser participantes do processo para nos colocarmos no lugar do outro, para sairmos do patamar de profissional e agirmos como cuidadores, para que a interação profissional-família se dê de forma mais simples e confiante, afinal a família assume papel de protagonista cada vez maior nas relações de cuidado definindo-se como

[...] objeto privilegiado de investigação em saúde [...] como estratégia prioritária de assistência à comunidade [...]. Os enfermeiros, atores de destaque na prestação de cuidados de saúde, protagonizam na atualidade uma “mudança de patamar” no trabalho com as famílias. Desenvolvem estudos que não tratam apenas de analisar e compreender as realidades

familiares, mas que visam identificar situações sensíveis a intervenções consistentes de enfermagem. Poder-se-ia dizer que a enfermagem tem construído um complexo de conhecimento interdisciplinar e categorias operatórias de intervenção no campo clínico, articulando saberes científicos, éticos e processuais” (ABREU, 2009, p. 5).

Reafirmando essa proposição Ângelo (2009, p. 21) afirma que

[...] A diversidade crescente de pesquisas de enfermagem, da prática clínica e o aumento dos conteúdos de enfermagem da família nos programas de formação tem transformado a perspectiva de intervenção em enfermagem da família nos domínios da pesquisa, ensino e prática clínica. Ainda assim, pode-se identificar no contexto latino-americano, um cenário em que ainda existe um vazio entre educação e prática de enfermagem da família, no qual o papel do enfermeiro contém elementos de papéis de enfermagem comunitária: prevenção de doença e promoção da saúde e a compreensão do que consiste cuidado da família ainda é limitada.

Como a enfermagem teve sua origem nos domicílios dos pacientes, o envolvimento familiar e a prestação de serviços centrados na família eram naturais. Entretanto, “a transição da prática da enfermagem das residências para os hospitais, as famílias foram excluídas não só da participação dos cuidados aos seus membros doentes, mas também de eventos familiares importantes, como nascimento e morte” (WRIGHT; LEAHEY, 2012, p. 2). Essas mesmas autoras relatam que a

[...] prática de enfermagem, depois de passar por todas essas mudanças em seu desenvolvimento, completou um ciclo de evolução, em ênfase e a obrigação de convidar as famílias para participar novamente de seus próprios cuidados de saúde. Todavia, esse convite está sendo feito com conhecimento, evidências da pesquisa, sofisticação, respeito e colaboração muito maiores que em qualquer outro momento da história da enfermagem.

Mas, Elsen *et al* (2016, p.11) advertem que “desde a década de 1980, a Enfermagem vem assumindo a posição de que as famílias são igualmente sujeitos do cuidado profissional, assim como as pessoas, os grupos e as comunidades”. Enquanto que Sales *et al* (2016, p. 229), afirmam que “essa posição pela família é assumida não enquanto expectadora do cuidado aos seus doentes, mas como protagonista desta ação”. Ressaltam que essa nova perspectiva trouxe consigo o despertar dos profissionais de saúde, principalmente, dos enfermeiros para as necessidades destes familiares.

Cuidar da família e valorizar a participação da mesma no processo de cuidar sugere que o

[...] vínculo entre os profissionais e as pessoas que demandam o cuidado em saúde é atravessado por afetos e subjetividades que destituem os lugares ocupados no território assistencial, os saberes totalitários e as práticas intervencionistas. Além de institucional e físico, o território do cuidado é afetivo e produtor de singularidades; cuidar nem sempre significa agir,

elaborar ações, executar procedimentos. Em alguns momentos o sujeito que demanda o cuidado necessita apenas exercer uma autonomia singular nesse território afetivo (SILVA *et al.*, 2015, p. 250).

Conforme relata Apolinário (2012), a complexidade do cuidar em Enfermagem, a produção, a renovação e o desenvolvimento de conhecimentos oriundos da evidência científica têm sido uma prioridade, no sentido de encontrar respostas seguras, visíveis e eficazes aos problemas e alcançar a constante melhoria dos cuidados. Neste sentido, a participação dos profissionais de saúde nos diferentes contextos é extremamente relevante, pois sua estratégia de cuidado à família pauta-se na preocupação com o sujeito, com a sua singularidade, sua história, sua cultura e vida cotidiana e sua interface com o contexto familiar, o que poderá articular e auxiliar na potencialização das ações desse grupo e conhecer sua tipologia (SCHWARTZ *et al.*, 2009).

Os profissionais de enfermagem e de saúde como seres interdependentes, inter-relacionam-se e relacionam-se com outras pessoas em dimensões diversas, visto que dependem de relações sociais, da interação com os amigos, família, colegas de trabalho e com pessoas que não conhecem. Esta interdependência é condição inerente à atuação profissional no campo da saúde humana (BAGGIO; ERDMANN, 2015).

Não obstante, é primordial compreender as facetas da família de acordo com as condições do seu processo de saúde e doença vivenciado (SCHWARTZ *et al.*, 2009). É necessário, segundo Ribeiro *et al.* (2012), conhecer as necessidades que produzem desequilíbrios a partir de tensões psicológicas, emocionais e físicas com efeitos na totalidade da pessoa e são respostas que interagem e se inter-relacionam com as características da pessoa, com o contexto nas quais emergiram, com a natureza do evento e com os envolvidos. As autoras discorrem que a família se constitui unidade de cuidados e cabe à enfermagem reconhecê-la como tal e compreender que o cuidado eficaz se concretiza na medida em que este entendimento permeia a relação enfermagem-família. Conhecer as necessidades dos familiares possibilita identificar problemas, determinar objetivos e captar recursos com vistas à elaboração de um plano de cuidados, a partir de pressupostos da abordagem centrada na família o que implica atender as necessidades de segurança, informação, proximidade, conforto e suporte (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Como afirma Kleba (2011, p. 15), “as famílias são as protagonistas e os profissionais os parceiros em potencial, na construção social da saúde.” Portanto, cuidar da parturiente sem cuidar da família, implica no suicídio das relações que deveriam ser estabelecidas, excluindo do cuidar o efeito terapêutico, dando espaço somente para o fazer.

Deste modo, cuidar de famílias requer mais do que a detenção do método. Vai além da capacidade de se colocar no lugar do outro. O cuidado às famílias deve ser um cuidado mais abrangente, onde o enfermeiro ao se deparar com as diversas dimensões daquela, tem posse de conhecimentos e atitudes para o estabelecimento de vínculo com confiança, que agregue valor à relação terapêutica a ser estabelecida com àqueles sujeitos. Deste modo,

[...] a Enfermagem busca, no âmbito intrafamiliar, as potencialidades e fortalezas no viver e no cuidar da família, que se traduzem nas ações para a reorganização familiar, no enfrentamento das crises, da doença, da morte, do sofrimento, bem como no ajustamento às dificuldades, ao estresse, à adaptação do manejo. Promover o ser e o viver saudável da família, portanto, envolve: evitar a sobrecarga dos cuidadores; ter uma vida “normal”; qualidade de vida familiar; desenvolvimento; autocuidado; cuidado do outro; autonomia para o cuidado; compreensão da estrutura familiar pela família e pela enfermagem (ELSEN *et al.*, 2016, p. 458-459).

Para as autoras, na esfera interacional extrafamiliar, o cuidado de Enfermagem ressoa as relações e as interações da família no ambiente, visando o fortalecimento e a expansão de vínculos familiares, comunitários e na rede de saúde, bem como a reinserção na comunidade e na família, caracterizando a transição segura da instituição para casa e a inclusão da família nos diferentes cenários. “Assim, é finalidade da enfermagem o empoderamento das famílias, o exercício de sua cidadania, e a garantia dos direitos da família como expressão da legitimidade do ser família no mundo” (ELSEN *et al.*, 2016, p. 458-459), produzindo novos pensamentos e ideias para implantação de um processo dinâmico e contínuo entre a família e a enfermagem.

4.3 O cuidado centrado na família como estratégia para a assistência ao parto e puerpério

Conforme evidenciado por Sales *et al* (2016) as pesquisas na área da Enfermagem abordando a família como detentora principal dos cuidados quando a doença adentra o lar começaram a aumentar nas últimas três décadas, ocasionando

novas perspectivas para o cuidar focalizado nesse grupo. Em conformidade com as autoras, como consequência, muitos sentimentos desses indivíduos foram desvelados e suas necessidades de cuidados suscitaram reflexões por parte dos profissionais da Enfermagem no que tange a um cuidado humanizado e holístico (SALES *et al.*, 2016). Desse modo,

[...] assistir utentes³ em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem. Sabendo que a transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro e que os processos de transição estão relacionados com mudança e desenvolvimento, o contexto familiar emerge como campo e contexto prioritário de intervenção (ABREU, 2009, p. 05).

Este autor ainda afirma que a família é a célula vital da sociedade. É na família que o indivíduo adquire suas primeiras competências e onde a criança desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se para a idade adulta e para assumir estilos de vida que condicionarão de forma determinante o seu ciclo de vida. Se bem que de forma diversa, o contexto familiar organiza-se para receber novos membros no seu seio e ajusta-se perante o envelhecimento e a perda de outros. Ao lidar com transições de saúde/doença, a família possui potencial de ajuda que os profissionais de saúde não podem negligenciar. Não sendo os profissionais de enfermagem responsáveis por um conjunto significativo de mudanças que a família vivencia, podem tornar-se parceiros e atores dessas mudanças, proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia (ABREU, 2009).

Em conformidade ao explicitado anteriormente, Miliorini *et al* (2011) afirmam que para o enfermeiro cuidar da família, ele necessita agregar vários saberes, como teoria de sistemas, comunicação, relacionamento terapêutico, terapia familiar, sociologia, antropologia, entre tantos outros, que subsidiam as intervenções de enfermagem. Com isso, esse profissional genuinamente compreenderá a complexidade da unidade familiar em sua *práxis* e, mais facilmente, poderá, de forma positiva, influenciar e ajudar a família a enfrentar as demandas advindas do contexto hospitalar durante a internação de seu paciente (MILIORINI *et al.*, 2011). Embora os autores destaquem que “em muitas situações ocorra a interação enfermeiro-paciente-família, as ações desse profissionais para com a família têm sido incorporada

³ Expressão utilizada em vocabulário de Portugal que significa usuário, aquele que possui ou desfruta de alguma coisa pelo direito de uso.

lentamente ao processo de cuidar em enfermagem, sendo raros os profissionais que possuem conhecimento sobre a abordagem familiar” (MILIORINI *et al.*, 2011, p. 116). Alia-se a essa condição a alegação de enfermeiros de que o parto e puerpério é um contexto com pouco espaço para o contato com as famílias, pois percebem as mesmas como pouco auxiliadoras no processo, aliada ao tempo muitas vezes curto da parturição. Estas condições reforçam o cuidado direcionado exclusivamente à díade mãe-bebê.

São assertivas que fortalece a necessidade de cuidar da família assim como a inserção desse núcleo social no processo. Para tanto é preciso

[...] especializar-se e permitir-se conhecer, e, sem preconceitos, cuidar. Essas facetas fazem com que muitos profissionais ainda não se disponham para tal, seja por questões culturais e morais, ou ainda porque os serviços de saúde não promovem espaços de discussão e inclusão do tema na assistência realizada atualmente. A família como um sistema deveria estar no discurso dos profissionais de saúde assim como no planejamento do cuidado a saúde (SCHWARTZ *et al.*, 2016, p. 400-401).

O papel do enfermeiro deve ser de auxiliador nesse processo, livre de preconceitos e de imposições, utilizando o potencial que a família possui para ajudar nos cuidados, assim como dar importância aos seus medos e angústias, que por vezes, não são relatadas, mas expressas de forma não verbal. Destarte, esta participação efetiva ainda deve ser trabalhada, juntamente com outros temas que possam empoderar esta família como partícipe no processo de parturição. O empoderar significa imbuir de forças a família para que a mesma auxilie nos cuidados de enfermagem, apoiando a parturiente durante o trabalho de parto, monitorando possíveis sinais de alerta, muitas vezes despercebidos pelos enfermeiros, levando àquela mulher o apoio que necessita para passar por esse processo que muitas vezes pode se transformar em traumático. Assim, a família é de extrema importância para fazer daquela mulher, um ser detentor de autonomia e confiança no processo parturitivo.

Conforme explicita Ângelo (1999) a família como parte essencial para o cuidado de enfermagem é algo inquestionável, se fazendo presente entre cada um de nós, vivendo inevitavelmente momentos difíceis que demandam dela ações, sentimentos e pensamentos, às vezes, heróicos, porque ultrapassam em muito suas possibilidades conhecidas, e necessitando de um enfermeiro capaz, que lhes ajude a olhar estes momentos como possibilidades de crescer e de superar-se naquelas habilidades e virtudes humanas que lhes faltam.

Corroborando com essa afirmativa, Miliorini *et al* (2011), enfatizam que o enfermeiro é capaz de modificar a condição inicial da família de intranquilidade diante da doença e da internação para uma condição de tranquilidade, compreensão e colaboração, incluindo a família em seu processo de assistir, pensando em uma assistência integrada enfermagem-paciente-família, ancorada nas necessidades da família e fornecendo recursos para esta ser participante do cuidado.

No entanto, as relações de trabalho por se pautarem na máxima da verticalização do cuidado, voltada nas relações enfermeiro-paciente, esquecendo-se da família, torna muitas vezes um trabalho difícil de ser realizado, pela desinformação dada aos familiares. É necessário que haja maior clareza dos procedimentos a serem realizados no local de parto, e no consentimento da família para a realização, pois a mulher por se apresentar em uma situação de vulnerabilidade, precisa da ajuda familiar para a tomada de decisão.

Contudo, a importância da família é trazida de forma veemente para o processo de parturição, que pode ser um processo longo e estressante, à medida em que a família traz conforto, tranquilidade, segurança à gestante, auxiliando-a nas decisões e tendo uma participação ativa junto à equipe de enfermagem para os cuidados.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Considerando a natureza da problemática, optou-se por utilizar abordagem quantitativa em um estudo transversal, descritivo e correlacional para o alcance dos objetivos propostos na investigação.

Os estudos transversais para Polit *et al* (2004, p.180) “são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou a relação entre os fenômenos em um ponto fixo” enquanto que o estudo correlacional implica na investigação sistemática das relações ou associações entre as variáveis (FORTIN, 2009). Este tipo de desenho analisa a direção, o grau, a magnitude, e a força das relações ou associações entre as variáveis (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

5.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Alojamento Conjunto e Centro Obstétrico de duas instituições de saúde de referência no Estado do Maranhão na assistência ao parto e puerpério como descrito abaixo: Hospital Universitário Unidade Materno Infantil – HUMI/UFMA que é um órgão da Administração Pública Federal, que tem por finalidade reunir assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. É um hospital de ensino certificado pelo Ministério da Educação - MEC e Ministério da Saúde – MS. Por suas características de natureza pública, atende a todos, sem distinção, respeitando os princípios éticos das profissões, integra à estrutura orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). É formado por duas grandes unidades hospitalares: Presidente Dutra e Materno Infantil, além de uma unidade ambulatorial na Cidade Universitária da UFMA, Unidade Campus do Bacanga, para servir a comunidade acadêmica. Possui 573 leitos, sendo 63 de UTI (Neonatal, Adulto e Pediátrica) e 22 leitos de isolamentos, além de 16 salas de cirurgias; e Maternidade Marly Sarney, que é um hospital de alta complexidade, no âmbito estadual. Ambos localizados no município de São Luís (capital do Estado do Maranhão).

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/HUUFMA - Unidade Materno-Infantil: Centro Cirúrgico Ginecológico e Obstétrico; Internação Obstétrica/Alojamento Conjunto.

2. MATERNIDADE MARLY SARNEY: Alojamento Conjunto; Centro Cirúrgico Obstétrico; Centro de Parto Normal; Sala de Reanimação Neonatal; Admissão/Acolhimento e assistência.

Este nível de assistência foi selecionado para permitir o conhecimento nesse contexto das práticas de cuidados do enfermeiro e assim oportunizar ampliar a compreensão do objeto investigado.

5.3 População da Pesquisa

A população foi composta pelos enfermeiros que exerciam suas atividades profissionais nas instituições e serviços acima descritos em um total de 87 (**Apêndice 1**). Quando organizados por setor onde exerciam suas atividades a população ficou assim distribuída: Centro Cirúrgico Ginecológico, Obstétrico e Acolhimento – CCOG (53 Enfermeiros); Alojamento Conjunto – Alcon (34 Enfermeiros).

Tendo em vista que analisar a população do estudo é condição factível, optou-se por não fazer cálculo amostral, mas considerar integralmente o número de enfermeiros dos locais selecionados para a pesquisa, que foi constituída por 76 enfermeiros, que provém do total de 87 correspondendo a 87,36% da população total e que se encontravam em exercício na prática do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e Alojamento Conjunto. As perdas foram decorrentes de recusa em participar da pesquisa (6 enfermeiros); demissão (2 enfermeiros); licença maternidade (1 enfermeira); e férias (2 enfermeiros), totalizando 11 enfermeiros.

Como todos os elementos da população foram considerados como participantes da pesquisa, essa opção enquadrou-se como levantamento estatístico do tipo censitário. Para Pereira (2008), um censo, ao contrário da amostragem, envolve a enumeração de toda a população, sendo utilizado na área da saúde em ocasiões especiais ou em caso de comunidades isoladas e de pequenos tamanhos.

Foram definidos como critérios de inclusão os enfermeiros das instituições e serviços selecionados como local da pesquisa e com função assistencial há pelo menos seis (06) meses que inclui o contato com a família do cliente no contexto estudado. Foram excluídos da pesquisa, os enfermeiros em licença para tratamento

de saúde por período igual ou superior a seis (06) meses, de férias ou em processo de aposentadoria que tenha coincidido com o período da coleta de dados.

5.4 Instrumentos para coleta de dados

5.4.1 Instrumento 1: Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros - IFCE-AE

Como instrumento de medida que identificou as atitudes dos enfermeiros na valorização da família no processo de cuidado foi utilizado a escala *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA) originalmente desenvolvida na Suécia (BENZEIN; ARESTEDT; JOHANSSON, 2008) que foi traduzida e validada no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2011) nomeado “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros” - IFCE-AE – (**Anexo 1**).

Trata-se de uma escala de autopreenchimento do tipo *Likert* composta por 26 itens com quatro (04) opções de resposta (discordo completamente, discordo, concordo e concordo completamente). O escore de cada item varia de 1 a 4 e da escala total IFCE-AE de 26 a 104.

As atitudes dos enfermeiros foram categorizadas, de acordo com escala IFCE-AE em três dimensões independentes (Quadro 1):

a) Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, composta por 12 itens (4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25), cujo escore varia de 12 a 48. Perceber a família como parceiro dialogante e como recurso de *coping* significa reconhecer a importância do diálogo na família e que esta é imbuída de forças e recursos capazes de fazer face a eventos previsíveis ou acidentais que implicam mudança e reorganização dos seus papéis;

b) Família: recurso nos cuidados de enfermagem, composta de 10 itens (1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22), cujo escore varia de 10 a 40. A família é considerada como recurso nos cuidados, sendo valorizada pela sua perícia e corresponsável nos processos de saúde-doença no seio familiar. A interação consiste numa relação de colaboração, parceria e de reciprocidade não hierárquica (BENZEIN *et al.*, 2008);

c) Família: fardo, composta por quatro itens (2, 8, 23 e 26), cujo escore varia de 4 a 16. Perceber a família como fardo, significa não ter tempo para cuidar

desse grupo e considera indesejável a sua presença e permanência. Importa salientar que esta última dimensão, apresenta os itens invertidos e, quanto maior o escore maior é a atitude de desacordo frente à importância da família no processo de cuidado. No referido processo de validação e resultante da determinação da consistência interna do total dos itens da escala, Oliveira *et al* (2011) obtiveram um valor de alfa de Cronbach ($\alpha=0,87$) revelador de uma boa consistência interna do instrumento.

Quadro 1 – Dimensões da Escala IFCE-AE

Dimensão	Itens	Indicadores	Escore
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25	Discorda completamente/ Discorda/ Concorda/ Concorda completamente	12 a 48
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22	Discorda completamente/ Discorda/ Concorda/ Concorda completamente	10 a 40
Família: fardo	2, 8, 23 e 26	Discorda completamente/ Discorda/ Concorda/ Concorda completamente	4 a 16

Para análise é importante considerar que quanto maior o escore obtido nas duas primeiras dimensões e menor na terceira mais importância os enfermeiros atribuem à família nos cuidados, ou seja, mais atitudes de suporte são reveladas pelos enfermeiros (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

5.4.2 Instrumento 2: Questionário Acadêmico Profissional

O questionário acadêmico profissional (**Apêndice 2**) foi construído especificamente para esse fim tendo em vista o alcance dos objetivos definidos na pesquisa e para permitir a descrição dos participantes. O referido instrumento é constituído por doze (12) questões de múltipla escolha. Os participantes deverão escolher a opção de acordo com as características que lhe dizem respeito e em

seguida assinalar com um X. Nas questões 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 caso seja assinalada com SIM deverá completar com uma breve descrição dessa variável.

5.5 Variáveis do estudo

Segundo Pereira (2012), existem diversas maneiras de classificar as características das pessoas. As diversas formas de segmentação da população devem ser entendidas como uma primeira aproximação ao tema. É importante interpretá-las, mediante a consideração de suas múltiplas facetas e inter-relações, quanto aos seus componentes biopsicossociais.

A variável dependente são as atitudes dos enfermeiros frente à importância da família nos cuidados de enfermagem e permitirá identificar como os enfermeiros pensam, sentem e agem frente a esse núcleo social. Foi realizada a interpretação das três dimensões que a escala possui (Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*/ Família: recurso nos cuidados de enfermagem/ Família: fardo), e cada variável independente foi correlacionada com cada uma das dimensões (que são as variáveis dependentes).

Compreende-se que a atitude do enfermeiro reflete o modo como percebe a importância da família nos cuidados, sendo preditiva do seu comportamento. Se o enfermeiro percebe a família como importante, e a qualidade da interação que estabelece é significativa, promove-se o caminho para uma prática profissional avançada. Essas atitudes foram avaliadas pelas três dimensões da escala IFCE-AE (Quadro 2).

Quadro 2 – Variável Dependente: Atitudes dos Enfermeiros

Componente	Dimensões	Escore
Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros - IFCE-AE	Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i> Família: recurso nos cuidados de enfermagem Família: fardo	26 a 104

As variáveis independentes foram determinadas não só com o intuito de caracterizar os profissionais envolvidos, mas também com o objetivo de identificar sua relação com as dimensões da escala IFCE-AE e as características sócio demográficas (idade e sexo) serviram para caracterizar a população. As características acadêmicas e profissionais dos enfermeiros que participaram da pesquisa foi: tempo de exercício profissional, titulação profissional, unidade de trabalho, vínculo laboral, realização de curso de Enfermagem de Famílias, realização na graduação de disciplina de Cuidado com Família, realização na pós-graduação de disciplina de Cuidado com Família, realização na graduação de disciplina de Enfermagem de Famílias, realização na pós-graduação de disciplina de Enfermagem de Famílias.

As variáveis independentes foram selecionadas tendo por base a caracterização da amostra dos enfermeiros participantes bem como, a sua associação com as atitudes dos mesmos face à família (Quadro 3).

Quadro 3 – Variáveis independentes: Perfil acadêmico e profissional dos enfermeiros estudados

Componente	Dimensões	Indicadores
Perfil Acadêmico Profissional	Habilitações acadêmicas	Bacharelado/Licenciatura/Residência em Enfermagem/Especialização/Mestrado/Doutorado
	Experiência Profissional	Anos completos
	Unidade de Trabalho	CCOG/Alcon
	Vínculo Laboral	Concurso/Contrato Temporário
	Curso de Enfermagem de Famílias	Sim/Não
	Graduação: disciplina de Cuidado com Família	Sim/Não
	Pós-graduação: disciplina de Cuidado com Família	Sim/Não
	Graduação: disciplina de Enfermagem de Famílias	Sim/Não
	Pós-graduação: disciplina de Enfermagem de Famílias	Sim/Não

5.6 Estratégias para a coleta de dados

A escala IFCE- AE, escolhida como instrumento de coleta de dados dessa pesquisa foi utilizada após validação da versão brasileira em investigação anterior (ANGELO *et al.*, 2014), o que garante segurança na sua aplicação, dispensando nesse sentido, a realização de pré-teste.

Por tratar-se de instrumento de autopreenchimento, os mesmos foram entregues por meio de contato pessoal entre a pesquisadora e o enfermeiro participante da pesquisa no seu local de trabalho. Nessa oportunidade, a pesquisadora explicou aos participantes os objetivos do estudo, enfatizando a voluntariedade e a liberdade para retirar-se a qualquer tempo da pesquisa, além da garantia do sigilo de identidade. Nesse contato a pesquisadora motivou os enfermeiros a preencherem os instrumentos de coleta de dados na sua completude. Entretanto, para garantir maior adesão, alguns instrumentos foram aplicados de forma direta. Sendo assim, estes instrumentos assumiram a modalidade de formulários de pesquisa.

Uma vez fornecida as informações necessárias, verificados o interesse e a disponibilidade para a participação na pesquisa, e após, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os questionários (Escala IFCE-AE e o questionário acadêmico profissional) foram entregues aos participantes pela pesquisadora em envelope. O mesmo teve a identificação da pesquisa (título da pesquisa e pesquisador responsável) e do participante (nome, Instituição/Unidade de Saúde e setor correspondente), além da Carta Convite para o participante (**Apêndice 3**) e a orientação para o autopreenchimento da Escala IFCE-AE (**Apêndice 4**).

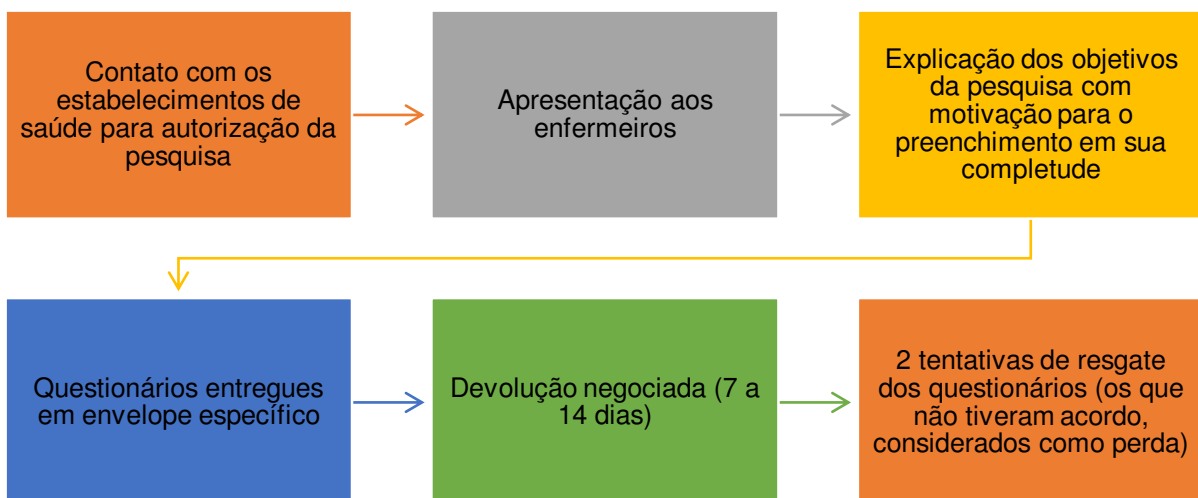
A devolução dos instrumentos preenchidos foi negociada com os enfermeiros para que ocorresse em um período entre sete e catorze (7 – 14) dias após a entrega dos mesmos pela pesquisadora. Foram utilizados os recursos das redes sociais para envio de mensagem aos participantes para lembrá-los a data de entrega dos questionários. Tanto a data como o horário foi negociada caso no dia agendado o enfermeiro não tenha realizado o preenchimento dos questionários. Foram realizadas duas tentativas para resgatar os questionários, se na segunda tentativa os mesmos não tivessem sido entregues a pesquisadora fez a proposta de coletar os dados diretamente com o participante. Os casos em que não houve acordo, onde os

profissionais se recusaram a participar da pesquisa, ou os inseridos nos critérios de exclusão, foram considerados como perda.

Para controle dos participantes, foi construída uma lista dos enfermeiros segundo instituição e local de trabalho (**Apêndice 5**). A pesquisadora ficou de posse da lista. Essa estratégia visou assegurar o monitoramento do processo de coleta de dados.

A figura 1 mostra as etapas da coleta de dados.

Figura 1 – Diagrama representativo das etapas de coleta de dados



5.7 Análise dos dados

Os dados provenientes dos instrumentos preenchidos foram tabulados na planilha *Microsoft Excel* 2010, sendo realizada por duas digitadoras, com resultado da análise de concordância interdigitadoras de 100%, com índice *Kappa* de 1, ou seja, concordância perfeita entre os bancos digitados por pares.

Foi analisada a correlação entre as três dimensões da escala IFCE-AE (variáveis dependentes) com o contexto profissional dos enfermeiros e as variáveis acadêmicas e profissionais (variáveis independentes).

Para a análise estatística utilizou-se o *Software Stata* 12.1, inicialmente aplicando o teste *Shapiro-Wilk* e *Kolmogorov-Smirnov* e sendo verificada distribuição normal nas três variáveis dependentes [Dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* ($p=0,184$); Dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem ($p=0,217$) e Dimensão Família: Fardo ($p=0,097$)]. Também foi verificada

a normalidade das três dimensões pela abordagem gráfica de normalidade (*Normal Quantile Plot*) e Histograma.

Para a análise da variação e relações entre variáveis em estudo, recorreu-se a testes de significância estatística, tendo em consideração as características métricas das mesmas, pelo Teste *t-student* (até 2 grupos) para amostras independentes e emparelhadas. Nas situações em que pretendeu-se analisar as variações intra e inter-grupos ou categorias, aplicou-se o teste ANOVA para amostras independentes (3 ou mais grupos).

Utilizou-se o coeficiente de *Correlação de Pearson*, que é uma medida de associação do grau de relacionamento entre duas variáveis numéricas. Bisquerra, Sarriera e Matínez (2007) *apud* Schuster *et al* (2014), sugerem que as variações do *Coefficiente de Pearson*, entre 0,01 e 0,19, são classificadas como associações muito baixas; de 0,20 a 0,39, baixas; de 0,40 a 0,59, moderadas, de 0,60 a 0,79, altas, de 0,80 a 0,99, muito altas e 1, como correlação perfeita.

A análise do instrumento assegura que seus itens representem adequadamente o que está sendo avaliado. Quanto maior a variação do instrumento, menor é sua fidedignidade. A técnica usada para se confirmar a consistência interna, foi o coeficiente de *Alfa (α) de Cronbach*, a qual o valor mínimo a se considerar um questionário confiável é 0,7.

Oliveira *et al* (2011) realizou a consistência interna da escala para validar para versão portuguesa, o que teve um total de alfa de *Cronbach* de 0,87, sendo muito próxima da escala original, que é 0,88 (BENZEIN *et al.*, 2008).

A avaliação da consistência em nosso estudo determinou um α de 0,82, e variação de 0,70 a 0,20 para as três dimensões: Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* (0,70); Família: recurso nos cuidados de enfermagem (0,70) e família: fardo (0,20).

Tabela 1 – Análise da fidedignidade dos resultados da Escala IFCE-AE e suas dimensões, São Luís – MA, 2016 (**Continua**)

Dimensões	Itens	α de Cronbach (Oliveira <i>et al</i> , 2011)	α de Cronbach (estudo atual)
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25	0,90	0,70

Tabela 1 – Análise da fidedignidade dos resultados da Escala IFCE-AE e suas dimensões, São Luís – MA, 2016 (**Conclusão**)

Dimensões	Itens	α de Cronbach (Oliveira <i>et al</i>, 2011)	α de Cronbach (estudo atual)
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22	0,84	0,70
Família: fardo	2, 8, 23 e 26	0,49	0,20
α de Cronbach da Escala total		0,87	0,82

Para averiguar a existência de diferenças nas atitudes dos enfermeiros tendo por base as características pessoais e profissionais, recorreu-se à estatística inferencial. Segundo Ribeiro (2008, p.125) “a estatística inferencial propõe-se, com base na teoria da probabilidade, decidir o nível de confiança a partir do qual se pode generalizar resultados obtidos à população em geral”. Este valor é dado pelo valor da probabilidade p , que se refere à probabilidade de o resultado que foi encontrado naquela amostra ser o resultado verdadeiro ou o resultado que se encontraria se avaliasse toda a população de onde foi derivada a amostra. O valor normalmente aceito é de $p < 0.05$. Neste sentido, foi utilizado um nível de significância de 0.05 nos testes estatísticos em resposta às perguntas inicialmente elaboradas.

5.8 Período da Pesquisa

A coleta de dados se deu no período de outubro de 2015 a junho de 2016, realizada pela pesquisadora, que foi previamente submetida a treinamento para a coleta e aplicação dos instrumentos utilizados.

5.9 Aspectos Administrativos e Éticos

Essa proposta de investigação é parte da pesquisa Importância da Família para os Processos de Cuidados: Atitudes de Enfermeiros nos Contextos Hospitalar e da Atenção Básica, vinculada ao Departamento de Enfermagem da Universidade

Federal do Maranhão e ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente (GEPSCFA). Para atender aos critérios administrativos e éticos da pesquisa o projeto foi inicialmente submetido a análise da Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – COMIC/HUUFMA para avaliação dos aspectos operacionais da pesquisa (Protocolo 46389315.6.0000.5087) com parecer favorável datado de 29/09/2015. Em seguida o projeto foi inserido na Plataforma Brasil para direcionamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer também favorável registrado sob o número 1.249.885 (**Anexo 2**).

A pesquisa foi guiada pelas determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para atender às exigências éticas, todos os participantes foram informados sobre o problema a ser investigado, o percurso e recursos metodológicos assim como os riscos e benefícios da pesquisa.

Ressalta-se que foi garantida a autonomia dos participantes, podendo estes abandonar a pesquisa em qualquer fase de desenvolvimento da mesma, mesmo após a assinatura do TCLE (**Apêndice 6**). A não identificação dos participantes, isto é, a proteção das suas identidades será garantida assim como omissão de qualquer característica que possibilite a identificação dos mesmos.

6 RESULTADOS

Neste item, serão descritos os resultados da pesquisa numa perspectiva global, abrangendo toda população do estudo tendo como referência os objetivos traçados anteriormente e o percurso metodológico.

Os resultados apresentados resultaram da aplicação do instrumento de coleta de dados a um total de 76 enfermeiros que se encontravam na assistência do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e do Alojamento Conjunto.

Após a análise e tratamento dos dados, os resultados foram organizados em tabelas com a finalidade de atingir os objetivos propostos.

6.1 Perfil da População

6.1.1 Análise dos dados sócio demográficos, acadêmicos e profissionais da população do estudo

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica, profissional e acadêmica dos enfermeiros do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e Alojamento Conjunto de duas maternidades, São Luís – MA, 2016 (**Continua**)

Variáveis	n	Média/DP	%
Faixa etária		37/7,4	
Até 30 anos	09		11,84
Entre 30 e 40 anos	40		52,63
Mais de 40 anos	27		35,53
Sexo			
Feminino	69		90,79
Masculino	07		9,21
Grau Acadêmico			
Bacharelado	9		11,84
Especialização	60		78,94
Residência	0		0,00
Mestrado	07		9,21
Doutorado	0		0,00
Número de Pós-graduações			
1 pós-graduação	38		50,00
2 pós-graduação	20		26,32
3 pós-graduação	07		9,21
4 pós-graduação	01		1,32

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica, profissional e acadêmica dos enfermeiros do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e Alojamento Conjunto de duas maternidades, São Luís – MA, 2016 (**Conclusão**)

Variáveis	n	Média/DP	%
5 pós-graduação	01		1,32
Tempo de Experiência		10/6,6	
Menor que 5 anos	14		18,42
5 a 10 anos	32		42,10
Acima de 10 anos	30		39,47
Setor (Unidade)			
Centro Obstétrico	47		61,84
Alcon	29		38,16
Vínculo Laboral			
Concursado	42		55,26
Contratado	34		44,74

A análise descritiva das características da população (n 76) encontra-se na tabela 2 e demonstra que os enfermeiros eram predominantemente do sexo feminino (90,79%). Os participantes tinham idade média de 37 anos completos, com faixa etária entre 30 a 40 anos (52,63%), sendo a idade mínima 24 e a máxima 55 anos, constituindo assim mais da metade do total de participantes, sendo seguidos daqueles com mais de 40 anos de idade (35,53%). O grupo constituído pelos que têm menor idade (faixa etária até 30 anos) correspondeu a 11,84% da população.

A pesquisa vem ao encontro ao estudo da escala original (BENZEIN *et al.*, 2008), à pesquisa de validação para o português (OLIVEIRA *et al.*, 2011) e à primeira estudiosa no Brasil (ÂNGELO *et al.*, 2014), ao aplicar a escala IFCE-AE em um Hospital Universitário na unidade de pediatria, que mostrou os participantes do estudo ser majoritariamente do sexo feminino (94%). A mesma escala foi utilizada na pesquisa realizada por Martins *et al* (2010) em um hospital e nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que mostrou o gênero feminino como detentor de maioria na profissão (88,2% CSP e 74,2% no Hospital), não somente no Brasil, como a nível mundial (GALINHA, 2009; ALVES, 2011; SOUSA, 2011; ALVES, 2012; BARBIERI-FIGUEIREDO *et al*, 2012; MARTINS *et al*, 2012; RODRIGUES, 2013; SILVA; COSTA; SILVA, 2013; CRUZ; 2015; FERNANDES *et al*, 2015).

Machado, Vieira e Oliveira (2012) afirmam que a feminilização é característica forte do setor saúde, onde a maioria da força de trabalho da saúde é

feminina, representando atualmente mais de 70% de todo o contingente, e com tendência ao crescimento para os próximos anos, como é o caso da equipe de enfermagem que é formada quase que integralmente por mulheres.

Contudo, avizinha-se um novo cenário, pois os dados demonstram que há um contingente masculino na enfermagem no contexto estudado de 9,21%. Uma das hipóteses levantadas por nós relativo ao baixo percentual de homens enfermeiros no mercado de trabalho, é que esta pesquisa se fez em um contexto de parto e puerpério, onde o público alvo são mulheres, podendo ter havido, por parte dos gestores, maior preferência por enfermeiras para a atuação nessa unidade de trabalho, colocando assim as parturientes e puérperas de forma mais confortável. Outra hipótese levantada é que os enfermeiros obstetras ainda são em sua maioria, mulheres. O que torna o contingente nesses setores ainda mais elevado e ainda à escassez de enfermeiros com formação em obstetrícia.

Os dados vão ao encontro à pesquisa do Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a fim de construir o perfil dos profissionais de enfermagem. O perfil traçou que 85,1% da categoria são do sexo feminino, no Brasil, e 87,7% no estado do Maranhão (FIOCRUZ, 2013).

Em relação à faixa etária, os participantes apresentavam idade entre 30 a 40 anos, com média de 37 anos, aproximando-se da média do estudo de Martins *et al* (2010), Oliveira *et al* (2011), Barbieri-Figueiredo *et al* (2012), Rodrigues (2013), Cruz (2015) e Fernandes *et al* (2015) que obtiveram média entre 35 e 38 anos. Diferiu um pouco da média encontrada na pesquisa de Alves (2011) e Alves (2012) que foi de 34 anos. Nosso estudo também distinguiu-se da pesquisa de Ângelo *et al* (2014), Silva, Costa e Silva (2013), que mostrou uma média de 41 anos em ambos estudos. Sousa (2011) e Martins *et al* (2012) mostrou que os hospitais nos quais as investigações foram realizadas possuíam equipe de enfermagem jovem com 50% dos enfermeiros com idade inferior a 30 anos.

Os dados da pesquisa encontram-se em concordância com o Perfil da Enfermagem no Brasil, que mostra a categoria profissional na faixa etária de 31 a 35 anos de idade, no Brasil (20,3%) e no Maranhão (22,4%) respectivamente (FIOCRUZ, 2013).

O fato da população ser relativamente composta por adultos com média de 37 anos, pode ser explicado, pois um dos hospitais estudados estar passando por

reestruturação no modelo vigente com mudanças em sua administração, e com isso, a realização de concurso público para ingresso de profissionais foi algo recente.

Quanto às habilitações acadêmicas, os enfermeiros estudados possuíam especialização (78,94%), seguidos de bacharelado (11,84%) e mestrado (9,21%). Resultados parecidos foi encontrado nos estudos de Ângelo *et al* (2014) e Cruz (2015) onde 68% dos enfermeiros possuíam especialização. Silva, Costa e Silva (2013), em pesquisa realizada em Portugal, mostrou que 90,9% da população possuíam licenciatura, assim como o de Fernandes *et al* (2015) com 96,9%, de Oliveira *et al* (2011) 83,8%, Alves (2012) 90,8%, Rodrigues (2011) e Alves (2011) 98,8%, Barbieri-Figueiredo *et al* (2012) (90%), Sousa (2011) (94%) e Martins *et al* (2010) (85,1% na população de enfermeiros de cuidados primários e 96,8% no Hospital).

De acordo com a Pesquisa realizada pelo COFEN e Fiocruz, a maioria dos enfermeiros do Maranhão possuem especialização (83,1%), o que corrobora com os resultados do nosso estudo (FIOCRUZ, 2013).

De modo geral, os cursos de Especializações estão de forma mais acessível à população, além das especializações online à distância, não necessitando de prestação de provas ou seletivos para acesso aos mesmos, e é na contemporaneidade o foco da maioria dos enfermeiros.

Quanto ao Mestrado, 9,21% dos enfermeiros pesquisados possuem título de Mestre. Apesar do crescente número de cursos de Mestrado no Brasil e, mais especificamente a expansão dos mesmos na região Nordeste, a maioria estão concentrados em universidades públicas, demandam carga horária muitas vezes incompatível com o processo de trabalho do enfermeiro assim como pela vinculação dos profissionais a múltiplos vínculos trabalhistas o que compromete a disponibilidade de tempo para dedicarem-se ao curso. Além do mais, a maioria dos enfermeiros mestres e doutores estão concentrados em universidades. Há por parte dos profissionais titulados o interesse nas atividades da docência em detrimento das práticas assistenciais. Por outro lado, a pesquisa identificou que 50% dos enfermeiros possuíam uma especialização, 26,32% com duas (02) e 11,85% de 3 a 5 especializações. Em relação a esse último grupo de enfermeiros, o fato de possuir esse número de especializações não o torna, necessariamente, melhor especialista, mas detentor de várias especialidades com pouca ou nenhuma qualificação na prática assistencial.

Em relação à unidade de trabalho, a maioria dos pesquisados estavam vinculados ao Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico (61,84%), enquanto que 38,16% atuavam no Alojamento Conjunto. Tal condição pode ser devido ao fato daquele setor abranger a unidade de admissão da parturiente no Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, até o Centro de Parto Normal (CPN) ou Centro Cirúrgico Obstétrico. Essa unidade é complementada pelo setor de Reanimação Neonatal para realização dos cuidados imediatos e mediatos ao neonato.

Em sua maioria (55,26%), a população da pesquisa possuía vínculo por concurso público, enquanto 44,74% contrato de trabalho, revelando a atual realidade da precarização do vínculo profissional na realidade de um dos hospitais pesquisados. A condição da instituição pública manter no seu quadro funcional técnicos com diferentes vínculos empregatícios e diferentes remunerações interfere diretamente no rendimento dos trabalhadores, comprometendo a qualidade dos serviços prestados, além da exaustiva jornada de trabalho com carga horária subumana (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014).

Em relação ao tempo de experiência profissional, a maioria dos entrevistados tinham entre 5 a 10 anos (42,10%), seguidos dos que tinham acima de 10 anos de experiência (39,47%) e os com menos de 5 anos (18,42%). A média do tempo de exercício profissional foi de 10 anos, sendo de 1 ano o número mínimo e o máximo de 32 anos de trabalho.

A pesquisa difere dos estudos cuja predominância de indivíduos que trabalhavam no local do estudo foi há mais de 10 anos (MARTINS *et al*, 2010; SOUSA, 2011; OLIVEIRA *et al*, 2011; BARBIERI-FIGUEIREDO *et al*, 2012; SILVA; COSTA; SILVA, 2013; ÂNGELO *et al*, 2014; CRUZ, 2015; FERNANDES *et al*, 2015. Rodrigues (2011) caracteriza sua população com predominância do exercício de profissão acima dos cinco anos (93,40%), enquanto nos estudos de Alves (2011) 53,6% estavam situados no intervalo entre 2 e 5 anos de experiência profissional.

Tabela 3. Área na qual se vincula as especialidades dos enfermeiros do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e Alojamento Conjunto de duas maternidades, São Luís - MA, 2016 (**Continua**)

Variáveis	n	%
Não possuem pós-graduação	09	11,84
Obstetrícia e Neonatologia	29	38,16
Saúde da Família	16	21,05

Tabela 3. Área na qual se vincula as especialidades dos enfermeiros do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e Alojamento Conjunto de duas maternidades, São Luís - MA, 2016 (Conclusão)

Variáveis	n	%
Saúde da Família e Obstetrícia e Neonatologia	09	11,84
Ciências da Saúde	02	2,63
Outras	08	10,53
UTI	03	3,95
Total	76	100

O título de Especialista em Obstetrícia e Neonatologia foi o mais frequente entre os enfermeiros pesquisados com 38,16%. Esse fato pode ser explicado pela atual política do Ministério da Saúde para redução da mortalidade materno-infantil, que instituiu a Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo a à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento” (BRASIL, 2011, p. 2). Enquanto que a Rede Cegonha tem como objetivos, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 2)

[...] fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses [...] organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade [...] reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Além da organização das redes de cuidado, a Rede Cegonha visa a capacitação dos enfermeiros em obstetrícia e neonatologia, por meio da oferta de vagas de pós-graduações, vinculadas às universidades federais. No Estado do Maranhão a UFMA ofertou vagas em parceria com o Ministério da Saúde, cuja primeira turma foi concluída, e, recentemente, proporcionou abertura de novas vagas para a segunda turma.

Os Especialistas em Saúde da Família totalizou 21,05%, em virtude da ampliação da Estratégia Saúde da Família, tornando-se o curso mais ofertado na realidade que vivenciamos, com vistas à adequação do modelo de atenção em saúde.

Os enfermeiros que não possuíam pós-graduação, totalizaram 11,84% da população, o que nos remete aos questionamentos: As vagas em cursos de pós-

graduações ofertadas gratuitas no âmbito do Sistema Único de Saúde estariam sendo ofertadas em quantidade suficiente? Os enfermeiros inseridos no mercado de trabalho estão motivados para realizar cursos de pós-graduação? Os critérios de seleção priorizam os profissionais que tiveram experiência ou trabalham nos setores objeto da especialização?

Tabela 4. Conteúdos de Enfermagem de Famílias nos níveis de graduação e pós-graduação dos cursos realizados por Enfermeiros do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e Alojamento Conjunto de duas maternidades, São Luís – MA, 2016

Variáveis	n	%
Curso em Enfermagem de Família		
Sim	19	25,00
Não	57	75,00
Fez disciplina com conteúdo de Enfermagem de Família na Graduação		
Sim	29	38,16
Não	26	34,21
Não lembra	21	27,63
Fez disciplina com conteúdo de Enfermagem de Família na Pós-graduação		
Sim	27	35,53
Não	31	40,79
Não lembra	18	23,68
Na graduação havia alguma disciplina de Enfermagem de Famílias?		
Sim	16	21,05
Não	40	52,63
Não lembra	20	26,32
Na pós-graduação havia alguma disciplina de Enfermagem de Famílias?		
Sim	16	21,05
Não	44	57,89
Não lembra	16	21,05
Total	76	100

No que concerne aos questionamentos sobre a formação em Enfermagem de Família os dados revelam ser uma realidade longe de ser concretizada, pois 75% (Tabela 4) dos entrevistados não possuíam curso na área. Isso demonstra que apesar das instituições receberem diariamente as famílias, os profissionais não detém

quaisquer formação para lidar com esse grupo social que necessita ser cuidado em um ambiente que muitas vezes possui uma rotina rígida, dificultando que as relações familiares se estabeleçam de forma plena.

Estes resultados estão de acordo com a pesquisa de Silva, Costa e Silva (2013), na qual 69,6% não possuía formação em enfermagem de família, assim como ao estudo de Fernandes *et al* (2015), onde 59,4% dos enfermeiros afirmaram não ter qualquer tipo de formação em Enfermagem de Família. Resultados semelhantes foram apresentados por Barbieri-Figueiredo *et al* (2012) nos quais 63% também disseram não ter formação na área.

Os dados diferem dos encontrados na pesquisa de Martins *et al* (2010), cuja formação em enfermagem de família é uma realidade para 59,6% dos enfermeiros dos Cuidados Primários de Saúde. Dos inquiridos no trabalho de Oliveira *et al* (2011), 59,6% tiveram formação em Enfermagem de família. Ângelo *et al* (2014) e Cruz (2015) relatam que 78% e 86,5% respectivamente, dos enfermeiros pesquisados tiveram algum contato com o conteúdo relacionado com a Enfermagem de Família.

Os resultados da presente pesquisa nos faz inferir que a formação em Enfermagem de Famílias ainda está longe de ser concretizada. Isso acarreta inúmeras consequências tanto para os profissionais, quanto para as famílias que serão assistidas por estes profissionais que detêm conhecimentos e habilidades limitadas para intervir na família e estabelecer parcerias para o trabalho partilhado e colaborativo, tão importante para a eficácia do cuidado em enfermagem.

Corroborando com o nosso pensamento, Lima *et al* (2012) apontam que a inserção da família no ambiente hospitalar, considerando-se seus direitos e deveres, tem demandado novas formas de organização na dinâmica da assistência de enfermagem, na qual, torna-se imprescindível voltar a atenção às necessidades da família, desenvolvendo, assim, uma proposta de cuidado centrado na família. Isto requer dos profissionais de saúde o atendimento de necessidades não apenas clínicas, mas também emocionais, afetivas e sociais, o que, ao mesmo tempo em que possibilita um cuidado mais abrangente, demanda mudanças nos modos de atender à família. Lima *et al* (2012) ainda afirma que no cotidiano do trabalho no hospital, a convivência entre família e profissionais de enfermagem tem evidenciado a presença de conflitos que vêm sendo desencadeados, em grande parte, pelo despreparo desses em lidar com a dor e o sofrimento da família. A referida situação poderia ser

minimizada se houvesse maior investimento tanto na formação acadêmica como na educação continuada dos profissionais tendo como fim colocar o enfermeiro como apoiador, guia e referência para novas práticas de cuidado.

Desse modo, é necessário que saibamos cuidar da e na família. Possibilitar protagonismo a esse grupo, incluindo-os nos cuidados e na assistência de enfermagem para que eles não sejam simples observadores, mas auxiliares daquela puérpera que sairá dos cuidados institucionais para o domiciliar, sendo este um período crítico para a díade mãe-bebê, com novas rotinas, mudanças estruturais na dinâmica familiar.

O cuidado à família tem sido estudado há alguns anos, em especial a Enfermagem de Famílias. Ângelo (1999) citou em seu artigo há 17 anos atrás, que são muitas as dificuldades existentes no caminho daqueles enfermeiros que se dispõem a abrir-se para a família. Muitas vezes, esta é uma jornada solitária que compreende experiências e visões de mundo nem sempre compartilhadas por outras pessoas. O humanismo presente em nossos atos com a família, é por vezes difícil de ser compreendido e acessado por muitos dos que conosco convivem em nosso cotidiano profissional.

À época Ângelo (1999, p. 7) chamou de “uma silenciosa revolução” que estava ocorrendo no cenário da enfermagem, influenciada por iniciativas solitárias a princípio, de cuidar da família, norteadas pela fidelidade à verdade principal de que “nenhuma família consegue existir sem algum tipo de apoio, pelos conceitos sobre família que têm sido desenvolvidos, e agora por uma emergente política pública destinada à saúde da família” (ÂNGELO, 1999, p. 7).

De maneira geral, o Cuidado Centrado na Família tem avançado em todo o mundo e que

[...] pacientes e famílias não são mais apenas participantes ativos do cuidado e do processo de decisão, mas também vistos como conselheiros e parceiros no ensino, melhora da qualidade e redesenho do sistema de cuidado em saúde. Apesar de já existirem em nosso país iniciativas de assistência baseada nos princípios do Cuidado Centrado na Família, elas ainda são tímidas, e o que predomina nos ambientes de cuidado em saúde são atitudes isoladas de profissionais que direcionam o olhar para as famílias por estarem sensibilizados para elas. É preciso que a assistência prestada à família tenha fundamentação teórica, isto é, que os profissionais de enfermagem estejam mais instrumentalizados para que a prática ocorra com adequado planejamento, prestação e avaliação dos cuidados (CRUZ; ÂNGELO, 2011, p. 864).

Os princípios do Cuidado Centrado na Família já são aplicados em muitos serviços em vários países, entretanto, ainda são tímidas as iniciativas desta abordagem no Brasil (SAMPAIO; ÂNGELO, 2015). As autoras relatam em diferentes épocas vividas, que este modelo de cuidado é realizado de forma tímida pelo enfermeiro, mesmo em tempos atuais.

Sousa (2008) em sua tese de doutorado, descreve que um dos pontos-chaves para cuidar de famílias, é a formação acadêmica com o olhar voltado para compreensão de que a família é uma unidade de cuidado e a ser cuidada. No mesmo caminho Elsen têm discursado em sua trajetória de pesquisadora na área de Saúde da Família desde 1984, bem como suas seguidoras atestam que não estabelecer relações de cuidado com a família evidenciam que

[...] a falta deste olhar proporciona aos profissionais, contradições nos que acreditam e fazem, e isto afeta todas as interações com as famílias, uma vez que a dicotomiza, minimiza sua potência em cuidar de seus membros, bem como, sua necessidade de ser cuidada quando suas forças estão reduzidas. Indistintamente, o sistema familiar fica exposto a alterações em seu ciclo vital, sua relação com o mundo que os cerca (SOUSA, 2008, p. 22).

A família como unidade básica do cuidar, exige conhecer como essa família cuida, identificando suas dificuldades e suas forças. Só assim o profissional, com seu saber técnico, científico e humanístico, pode ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades de seus membros (MARCON; ELSÉN, 1999).

As estudiosas Marcon e Elsen (1999) retratam a importância em se estudar famílias e dos profissionais reconhecerem que trabalhar com famílias se mostra hoje aos profissionais das mais diferentes áreas, como a “saída” possível para que melhores resultados a médio e longo prazo sejam alcançados. Aos profissionais da área da saúde portanto, resta o compromisso, ético inclusive, de buscarem atualizar seus conhecimentos e ao mesmo tempo se instrumentalizarem para assistir adequadamente a este “novo” objeto da assistência: a família que necessita de cuidados e ou de instrumentalização necessária para cuidar de seus membros e desta forma alcançar o viver-ser-estar-saudável em um mundo em transformação (MARCON; ELSÉN, 1999).

Nota-se, portanto, a partir dos dados da pesquisa, que ainda nos dias atuais os profissionais detêm pouco conhecimento para cuidar de famílias, tanto por falta de iniciativas privadas pessoais de se atualizar, como na falta de estruturas curriculares de graduações e pós-graduações que incorporem o conteúdo de enfermagem de famílias como algo a ser realizado de forma imediata, para que assim os profissionais

sejam adequadamente detentores de conhecimentos e possuidores de ferramentas auxiliaadoras para trabalhar com as mais diversas configurações familiares. É chegado o momento da Enfermagem colocar-se mais perto do mundo familiar e unir-se às famílias em busca de possibilidades para resgatar as potências que estas possuem no cuidado de si mesma. Este seria um ideal de cuidado de famílias na unidade hospitalar, e, tanto as famílias como os profissionais conseguem perceber esta distância entre o real e o ideal (SOUZA, 2008).

Quando perguntados se na sua graduação e pós-graduação haviam cursado alguma disciplina de Enfermagem de Famílias, a maioria, 52,63% e 57,89%, respectivamente, relataram que não. Ao serem questionados se na graduação e pós-graduação haviam cursado alguma disciplina com o conteúdo de Enfermagem de Família, 38,16% apontaram que sim e 40,79% relataram não terem cursado a disciplina com o conteúdo de Enfermagem de Família, respectivamente (Tabela 4).

Isso demonstra que as graduações e pós-graduações deveriam incluir o conteúdo de famílias em suas grades curriculares, para que o profissional fosse formado com conhecimentos e práticas para trabalhar com esse grupo, e que assim, pudesse deter postura e comportamento, comprometidos com a assistência à família de forma holística.

6.2 A análise da Escala IFCE-AE e suas dimensões com as correlações sócio demográficas, profissionais e acadêmicas da população do estudo para testar hipóteses

6.2.1 Atitudes dos enfermeiros face à família nos cuidados de enfermagem

A partir de agora, iremos relacionar as atitudes dos enfermeiros acerca da importância das famílias nos cuidados de enfermagem, que teve como utilização, a escala IFCE-AE e suas dimensões, pretendendo-se relacionar as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado no contexto do parto e puerpério, com as variáveis sócio demográficas, profissionais e acadêmicas dos enfermeiros.

A escala IFCE-AE foi utilizada na pesquisa a fim de identificar as atitudes que os enfermeiros têm em relação às famílias no contexto estudado, que é o parto e puerpério imediato. Para dar resposta aos objetivos do estudo, foram analisados os

dados realizando a descrição das respostas dos entrevistados, conforme as dimensões da escala (Tabela 5).

Tabela 5. Descrição das respostas segundo as dimensões da Escala IFCE-AE, São Luís – MA, 2016

Dimensões da Escala IFCE – AE					
Família: Parceiro Dialogante e recurso de <i>Coping</i>					
Setor de Trabalho	Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
Centro Obstétrico	0 (0%)	0 (0%)	43 (89,58%)	5 (10,42%)	48 (100%)
Alcon	0 (0%)	1 (3,57%)	27 (93,43%)	0 (0%)	28 (100%)
Família: recurso de cuidados de Enfermagem					
Centro Obstétrico	0 (0%)	0 (0%)	40 (83,33%)	8 (16,67%)	48 (100%)
Alcon	0 (0%)	1 (3,57%)	25 (89,29%)	2 (7,14%)	28 (100%)
Família: Fardo					
Centro Obstétrico	7 (14,58%)	39 (81,25%)	7 (14,58%)	0 (0%)	48 (100%)
Alcon	3 (10,71%)	25 (89,29%)	3 (10,71%)	0 (0%)	28 (100%)

Os dados apresentados na Tabela 5, demonstram que a maioria dos enfermeiros responderam que “concordam” na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* e na dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem, nas duas unidades de trabalho de realização da pesquisa. Enquanto que a maioria das respostas dadas à dimensão Família: Fardo foi “discordo”. Isso demonstra que, de forma geral, os enfermeiros detêm atitudes positivas descritas na escala e reconhecem a família como parceria nos cuidados de enfermagem, utilizando diferentes estratégias de enfrentamento para que a mesma possa vivenciar o processo de parto e puerpério de forma plena, buscando sua inserção e protagonismo nesse contexto.

Por ser elemento essencial no cuidado, o enfermeiro representa para a família, aquele que privilegiadamente mais está preparado para agir promovendo contato íntimo com esse grupo, conduzindo-o a participar efetivamente nos cuidados prestados no parto e puerpério. Torna-se emergente que esse cuidado seja realizado

em quaisquer realidades em que o enfermeiro se insira, para que as relações horizontais sejam uma realidade na assistência.

As médias das pontuações na escala total IFCE-AE e suas dimensões estão descritas na Tabela 6, como apresentado a seguir.

Tabela 6. Dimensões da escala IFCE-AE pontuado pelos enfermeiros do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e Alojamento Conjunto de duas maternidades, São Luís – MA, 2016

Dimensões	Média/DP	Escores Mínimo e Máximo	IC 95%
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	35,6/3,4	28-47	34,8-36,4
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	30,8/3,0	24-38	30,1-31,5
Família: fardo	11,9/1,3	8-15	11,6-12,5
Média IFCE- AE total	78,4/6,3	67-95	76,9-79,8

O estudo evidenciou que os enfermeiros possuem atitudes de suporte à família, pois a média encontrada (78,4 pontos; IC 95%: 76,9-79,8), perfaz um percentual de concordância de cerca de 75%, tendo em consideração que este instrumento varia entre valor mínimo de 26 e máximo de 104, com ponto médio de 65 pontos e encontra-se em acordo com a média dos estudos internacionais que utilizaram a escala, cujo media encontrada foi de 76 a 79,2 pontos, demonstrando que os enfermeiros inquiridos tiveram atitude favorável à inclusão e à participação da família nos cuidados de enfermagem (MARTINS *et al.*, 2010; ALVES, 2011; SOUSA, 2011; ALVES, 2012; BARBIERI-FIGUEIREDO *et al.*, 2012; RODRIGUES, 2013; SILVA; COSTA; SILVA, 2013; FERNANDES *et al.*, 2015).

Entretanto, na escala original criada por Benzein, Arestedt e Johansson (2008), foi encontrado 88 como média do escore total da escala, superior ao encontrado na pesquisa.

Em relação aos estudos nacionais, Ângelo *et al* (2014) encontraram média de 82 pontos, indicando que os enfermeiros possuem atitude de apoio sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem. Na pesquisa de Cruz (2015), realizada no contexto neonatal e pediátrico, que teve como objetivo a avaliação de um treinamento sobre a enfermagem dos sistemas familiares, a média da Escala IFCE-AE aplicada aos enfermeiros foi de 79,89 pontos na fase de pré-intervenção e de 81,78 na fase pós-intervenção, após a realização do treinamento.

Em uma análise mais específica segundo as dimensões do IFCE-AE, a média para a dimensão “Família: como parceiro dialogante e recurso de *coping*” foi de 35,6 pontos (mínimo de 28 e máximo 47 pontos), cujo ponto médio da escala é 30 pontos (o escore varia de 12 a 48 pontos) perfazendo um percentual de concordância de 74,2%. Nesta dimensão a família é ao mesmo tempo “importante fonte de informação e um interlocutor com quem se pode estabelecer um diálogo terapêutico e é valorizado o seu envolvimento nos cuidados ao doente” (RODRIGUES, 2013, p. 100).

A média encontrada na dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem foi de 30,8 pontos (mínimo de 24 e máximo de 38 pontos), cujo ponto médio da escala é de 25 pontos (o escore varia de 10 a 30 pontos), perfazendo um percentual de concordância de 77%.

Na dimensão Família: fardo, a média foi de 11,9 pontos (mínimo de 8 e máximo de 15 pontos), cujo ponto médio da escala é de 10 pontos (o escore varia de 4 a 16 pontos). A média encontrada (11,9) encontra-se acima do ponto médio da dimensão, pois nesta dimensão os itens são invertidos, então quanto maior a pontuação mais atitudes positivas os enfermeiros detêm com as famílias no ambiente de trabalho, demonstrando a discordância dos enfermeiros considerarem a família como fardo. Esse resultado é corroborado nos estudos nacionais e internacionais (MARTINS *et al.*, 2010; ALVES, 2011; SOUSA, 2011; ALVES, 2012; BARBIERI-FIGUEIREDO *et al.*, 2012; RODRIGUES, 2013; SILVA; COSTA; SILVA, 2013; CRUZ, 2015; FERNANDES *et al.*, 2015).

Considerar a família como fardo é, sem dúvidas, colocar esse grupo para fora do alcance de nossas ações e o considerar como fator estressante é impedor da realização da assistência. Práticas arcaicas advindas da verticalização do cuidado são exemplificadas nas atitudes de enfermeiros que reconhecem as famílias como fardos, em não ter tempo para cuidar desse grupo, não entendendo as diferentes dimensões que a mesma possui, marginalizando-a. Atitudes como essa, fazem com que os membros familiares não se sintam em situação confortável, isto é, não se sintam cuidados.

O encontrado no estudo pode ser corroborado pelos esforços das políticas nacionais de saúde no tocante as práticas humanizadoras da mulher no contexto do parto e puerpério, por meio da implantação da Rede Cegonha que tem como princípios (BRASIL, 2011, p. 2)

[...] o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos [...] o respeito à diversidade cultural, étnica e racial [...] a promoção da equidade [...] o enfoque de gênero [...] a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes [...] a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Por essas conjunturas e assertivas é justo afirmar apoiado em Pinto *et al* (2009, p. 135) que cuidar da família “é uma responsabilidade e compromisso moral do enfermeiro e para tanto é necessário que haja ambiente de cuidado que favoreça o relacionamento entre enfermeiro-família, a fim de construir uma prática que a ajude no enfrentamento de dificuldades, em especial em situação de doença”. Ressalta-se que os enfermeiros “enquanto pessoas são detentores de preconceitos, crenças e valores pessoais, que por sua vez influenciam as atitudes e comportamentos para com a família no desempenho das suas atividades profissionais” (RODRIGUES, 2013, p. 103), tornando-se mais difícil ampliar o cuidado para o contexto da família assim como de inserir esse grupo social no processo de cuidado.

Contudo, os enfermeiros devem acolher as pessoas da família nos momentos de acesso à unidade de internação, para a construção da possibilidade de tornar mais claro o processo vivido e encontrar algum conforto, eximindo-se de quaisquer pré-julgamentos, para que assim a família identifique nos profissionais, o porto seguro que necessitam (MENDES, 2016). Sob esse aspecto, Sampaio e Ângelo (2015, p. 92) apontam a necessidade de um movimento

[...] que motive um número cada vez maior de enfermeiros a cuidar da família, capaz de transformar os cenários de assistência em saúde e assim cada vez mais serviços passem a oferecer intencionalmente um cuidado centrado na família. Com isso, amplia-se a chance de desenvolvimento de boas práticas de enfermagem pautadas por esta abordagem, que se refletirá em ações cotidianas de cuidado evidenciadas no acolhimento efetivo, avaliações e entrevistas consistentes e intervenções apropriadas com famílias.

Porém, o que muitas vezes os familiares se deparam, é com profissionais despreparados para trabalhar com este grupo, que não tem o conhecimento para tal, e com isso relegam a segundo plano o cuidado que deveria ser realizado desde a admissão no ambiente hospitalar. Pois, se temos profissionais que não detêm atitude positiva para cuidar de famílias, conseqüentemente esse cuidado não será realizado e as famílias não serão vistas no contexto estudado. Com isso, “torna-se essencial agilizar a capacitação de enfermeiros hospitalares no devido acolhimento das famílias de seus membros hospitalizados” (FERNANDES *et al.*, 2016, p. 145).

Ao analisar a família na perspectiva sistêmica e comunicacional não podemos deixar de ter em conta que nas últimas décadas o conceito de família tem adquirido âmbito muito mais vasto, porque novas tendências, novas configurações familiares têm permitido novas concepções de família e da organização da vida dos seus membros, sendo valorizada por alguns nos seus hábitos tradicionais e por outros no seu progresso moderno (DIAS, 2011). Pois,

[...] seja qual for o modelo de família ela é sempre um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistêmico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior. [...] a família constitui um sistema dinâmico, contém outros subsistemas em relação, desempenhando funções importantes na sociedade, como sejam, por exemplo, o afeto, a educação, a socialização e a função reprodutora. [...] a família como sistema comunicacional contribui para a construção de soluções integradoras dos seus membros no sistema como um todo (DIAS, 2011, p. 22).

Neste contexto, depreendemos que comunicar, subentende relação, promove capacidade de expressão que, para além de quebrar a solidão, é ligação a outrem, é satisfação das necessidades de ordem intelectual, afetiva, moral e social, constituindo componente essencial da vida de cada um em particular de todo o sistema familiar (DIAS, 2011). Dessa forma, é imprescindível que o enfermeiro tenha atitude de cooperação com a família, baseado em sua autonomia e capacidade de entender e assimilar os conhecimentos repassados pelo enfermeiro, que venham a trazer melhoria na assistência àquela mulher e ao bebê.

É necessário que o enfermeiro seja capaz de intervir quando a família passa pelo processo de morte prematura do bebê ou da mulher, colocando-se como apoiador e levando conforto aos familiares. Ou mesmo quando o processo de parturição ocorre com tranquilidade, essa mudança repentina de fases da vida pode provocar desestruturação familiar, cabendo intervenção efetiva do enfermeiro, com a finalidade de fazer com que aquela família ultrapasse as barreiras do medo do novo e siga em frente.

Partindo destes conceitos e considerando a função que a família tem na proteção, desenvolvimento e integração dos seus membros na sociedade, evidencia-se o papel que assume a parentalidade⁴ nesta estrutura, não só pela exigência do

⁴ Parentalidade, é “a relação que os cuidadores estabelecem com a criança, desde sua concepção até a vida adulta, que visam o seu desenvolvimento, que consiste no movimento de construção dos papéis de mãe e pai que consistem em esforços e aquisição de recursos necessários para garantir a maternidade e paternidade” (PRADO, 2005, p. 1).

papel, mas também pelos desafios que se colocam a quem o desempenha, sobretudo pelas mudanças individuais dos que nele estão envolvidos assim como pela extensão temporal em que decorre. Efetivamente a transição para a parentalidade tem sido uma das transições desenvolvimentais que mais desafios se colocam à família contemporânea (ANDRADE; MARTINS; ÂNGELO, 2012).

Utilizando-se de estratégias e tendo a comunicação como arma para compreensão e apoio das famílias, o enfermeiro tem o poder de ser auxiliador no enfrentamento, sobre as necessidades, que, no contexto em questão, serão de como receber uma nova vida, como a família se reestruturará, sem, no entanto, despir do empoderamento que a mesma possui. Esse recurso favorecerá o ajustamento ou reajustamento à medida em que os acontecimentos surgem.

Este exercício de comunicar estabelece uma relação, e, nesse sentido exige treino, reflexão, aprendizagem, prática e, uma série de atitudes e comportamentos que envolvem as palavras, o sentido compreensivo e lógico da estrutura, os gestos, e a linguagem do corpo (DIAS, 2011).

O enfermeiro deve ver a família e como parceira nos cuidados, colocando-a como centro de atenção e focalizando-a como elemento essencial de suas ações. À medida que o enfermeiro elaborar e planejar suas ações voltadas, não somente ao imediatismo da assistência direta ele alcançará assistência integral, focalizando na pessoa e na unidade familiar. Essa atitude trará benefícios a longo prazo tanto para o profissional como para a díade mulher-família.

Entretanto, é preciso considerar que a família enquanto sistema aberto transforma-se numa unidade funcional para os seus membros, ao permitir o seu desenvolvimento e bem-estar por meio do intercâmbio entre o sistema familiar e o exterior, possibilitando que cada membro tenha as suas formas de se movimentar, realizar tarefas e funções que conduzem ao seu crescimento (DIAS, 2011).

Considerando que a família é a primeira referência social de qualquer indivíduo e o principal ponto de apoio de um paciente, é preciso que a equipe que assiste às pessoas esteja atenta às nuances que permeiam momentos de conflito, com o objetivo de viabilizar formas mais eficientes de lidar com as necessidades emergentes diante da circunstância de estresse que o período parturitivo pode gerar (SANTOS, 2013).

Nas Tabelas 7, 8 e 9 descreve-se as atitudes mais ou menos favoráveis para o cuidado com famílias.

Tabela 7. Atitudes dos Enfermeiros, na Dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, segundo a Escala IFCE-AE, São Luís – MA, 2016

OPÇÕES RESPOSTA	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente
	n %	n %	n %	n %
DIMENSÃO 1				
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem ao paciente	—	11 14,47%	41 53,95%	24 31,58%
6. No primeiro contato com os membros da família, convidos a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao paciente	—	12 15,79%	53 69,74%	11 14,47%
9. Discutir com os membros da família durante o primeiro contato, sobre o processo de cuidados, poupa-me tempo no meu trabalho futuro	4 5,26%	18 23,68%	39 51,32%	15 19,74%
12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do paciente	2 2,63%	10 13,16%	53 69,74%	11 14,47%
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados	1 1,32%	21 27,63%	50 65,79%	4 5,26%
15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao paciente	—	18 23,68%	47 61,84%	11 14,47%
16. Pergunto às famílias como posso ajudá-las	1 1,32%	7 9,21%	53 69,74%	15 19,74%
17. Encorajo as famílias a utilizar os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações	—	10 13,16%	54 71,05%	12 15,79%
18. Considero os membros da família como parceiros	—	1 1,32%	59 77,63%	16 21,05%
19. Convido os membros da família a falar sobre as alterações no estado do paciente	—	10 13,16%	54 71,05%	12 15,79%
24. Convido os membros da família a opinar quanto ao planejamento dos cuidados	1 1,32%	35 46,05%	37 48,68%	3 3,95%
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação	1 1,32%	2 2,63%	58 76,32%	15 19,74%

Tabela 8. Atitudes dos Enfermeiros, na Dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem, segundo a Escala IFCE-AE, São Luís – MA, 2016

OPÇÕES RESPOSTA	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente
	n %	n %	n %	n %
DIMENSÃO 2				
1. É importante saber quem são os membros da família do paciente	—	2 2,63%	45 59,21%	29 38,16%
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho	1 1,32%	1 1,32%	44 57,89%	30 39,47%
5. A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o)	—	3 3,95%	58 76,32%	15 19,74%
7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança	1 1,32%	13 17,11%	53 69,74%	9 11,84%
10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho	8 10,53%	36 47,37%	26 34,21%	6 7,89%
11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao paciente	—	13 17,11%	49 64,47%	14 18,42%
13. A presença de membros da família é importante para os próprios membros da família	—	1 1,32%	51 67,11%	24 31,58%
20. O meu envolvimento com as famílias faz com que me sinta útil	3 3,95%	10 13,16%	46 60,53%	17 22,37%
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho	—	5 6,58%	53 69,74%	18 23,68%
22. É importante dedicar tempo às famílias	—	4 5,26%	56 73,68%	16 21,05%

Tabela 9. Atitudes dos Enfermeiros, na Dimensão Família: fardo, segundo a Escala IFCE-AE, São Luís – MA, 2016

OPÇÕES RESPOSTA	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente
DIMENSÃO 3	n %	n %	n %	n %
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho	21 27,63%	46 60,53%	8 10,53%	1 1,32%
8. Não tenho tempo para cuidar das famílias	21 27,63%	47 61,84%	8 10,53%	—
23. A presença de membros da família faz-me sentir avaliado(a)	6 7,89%	27 35,53%	38 50,0%	5 6,58%
26. A presença de membros da família deixa-me estressado	22 28,95%	50 65,79%	3 3,95%	1 1,32%

As atitudes dos enfermeiros foram categorizadas, de acordo com escala IFCE-AE e suas dimensões, e descritas a fim de identificar quais atitudes os enfermeiros assumem para cuidar de famílias.

Na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, composta por 12 itens (4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25), os enfermeiros reconhecem a importância do diálogo na família e que esta é imbuída de forças e recursos capazes de fazer face a eventos previsíveis ou acidentais que implicam mudança e reorganização dos seus papéis.

Nesta dimensão, a maioria dos enfermeiros concordaram que os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem ao paciente; No primeiro contato com os membros da família, os enfermeiros os convidavam a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao paciente; Discutiam com os membros da família durante o primeiro contato, sobre o processo de cuidados, poupando tempo em seu trabalho futuro; Procuravam sempre saber quem eram os membros da família do paciente; Convidavam os membros da família a conversar depois dos cuidados; Convidavam os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao paciente; Perguntavam às famílias como poderiam ajudá-las; Encorajavam as famílias a utilizar os seus recursos para que dessa forma pudessem lidar melhor com as situações; Consideravam os membros da família como parceiros; Convidavam os membros da família a falar sobre as alterações no estado do paciente; Convidavam os membros da família a opinar quanto ao planejamento

dos cuidados e viam-se como um recurso para as famílias, para que elas pudessem lidar o melhor possível com a sua situação.

Na dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem, composta de 10 itens (1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22), os enfermeiros consideraram a família como recurso nos cuidados, sendo valorizada pela sua perícia, destreza e habilidade sendo corresponsável nos processos de saúde-doença no seio familiar.

Nessa dimensão, a maioria dos enfermeiros concordavam que era importante saber quem eram os membros da família do paciente; que uma boa relação com os membros da família lhes davam satisfação no trabalho; A presença de membros da família era importante para eles como enfermeira(o); A presença de membros da família dava um sentimento de segurança; Os membros da família deviam ser convidados a participar ativamente no planejamento dos cuidados a prestar ao paciente; A presença de membros da família era importante para os próprios membros da família; O envolvimento dos mesmos com as famílias fazia com que eles se sentissem úteis; Os enfermeiros ganhavam muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que pudessem utilizar no trabalho, e ainda relatavam que era importante dedicar tempo às famílias.

Porém, a maioria dos enfermeiros discordaram que a presença de membros da família aliviava a sua carga de trabalho.

Na dimensão Família: fardo, composta por quatro itens (2, 8, 23 e 26), onde os enfermeiros percebiam a família como fardo, significando não ter tempo para cuidar desse grupo e considerando indesejável a sua presença e permanência. Nessa dimensão, a maioria dos enfermeiros discordaram que a presença de membros da família dificultava o seu trabalho; de que não tinham tempo para cuidar das famílias; e de que a presença de membros da família deixava-os estressados.

Enquanto que a maioria dos entrevistados concordavam que a presença de membros da família fazia-os sentir avaliados.

Agora apresentaremos os resultados obtidos para dar resposta às hipóteses formuladas, uma vez que um dos objetivos da pesquisa é relacionar as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado no contexto do parto e puerpério, com as variáveis sócio demográficas, profissionais e acadêmicas dos enfermeiros.

Hipótese 0: Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade.

Hipótese 1: Não relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a idade.

A Tabela 10 mostra a relação entre a idade dos enfermeiros e a sua atitude perante a família. Com o objetivo de analisar se há relação entre as atitudes dos enfermeiros e a idade, utilizou-se *Correlação de Pearson*. Na interpretação dos dados, verificou-se que não existe diferença significativa estatisticamente entre a faixa etária dos participantes e a atitude favorável ou desfavorável frente à família ($p>0,05$), tanto na escala total como em suas dimensões, o que nos leva a aceitar a hipótese 1.

Tabela 10. Correlação da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a idade dos participantes, São Luís – MA, 2016

Variáveis	IFCE-AE Total	Dimensões da IFCE-AE		
		1	2	3
Todos os participantes				
p valor	0,499	0,392	0,996	0,312
r	0,078	0,099	-0,0006	0,117

Rodrigues (2013) descreve que atitudes menos favoráveis na importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem foram relatadas em seu estudo, onde os enfermeiros desenvolvem comportamentos que minimizam o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem.

Corroborando com pesquisa nacional, Ângelo *et al* (2014) mostraram que os enfermeiros com maiores idades apresentaram menores escores na escala IFCE-AE, evidenciando atitudes de menos suporte em relação à participação da família nos cuidados. Para as autoras, esse resultado pode ser indicador do impacto da formação sobre enfermagem da família, que começa a tomar força mais recentemente nos cursos de graduação no Brasil, o que não acontecia no passado, quando vários enfermeiros do estudo se graduaram.

No estudo de Silva, Costa e Silva (2013), os resultados indicaram que os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar atitudes de maior suporte, ou seja, tendem a atribuir maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

Fernandes *et al* (2015) descreveram, em seu artigo, não existir diferenças estatísticas significativas que possam influenciar as atitudes dos enfermeiros sobre a

importância das famílias com a idade, assim como os resultados de outros estudos (ALVES, 2011; SOUSA, 2011; ALVES, 2012; CRUZ, 2015).

Entender a família como recurso nos cuidados de enfermagem é trazer a mesma para ser acolhida, com vistas à reorganização da prática de enfermagem. Pimenta e Collet (2009) acrescentam que a enfermagem deve reorganizar sua prática assistencial a partir do cuidado negociado e compartilhado em cada situação singular, promovendo, assim, a autonomia da família e, ao mesmo tempo, respeitando as demandas de cuidado da família. Essa condição é produtora de

[...] uma participação cada vez mais ativa das famílias na saúde/doença dos seus membros e pressupõe aumento do acompanhamento a estas unidades por parte dos profissionais de saúde e conseqüente obrigação dos enfermeiros repensarem a sua maneira de equacionar e praticar os cuidados de saúde, considerando o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem (ARAÚJO, 2014, p. 36).

Pimenta e Collet (2009) ressaltam que não podemos perder a dimensão cuidadora da enfermagem, pois mesmo quando a família presta os cuidados, a responsabilidade por estes é da enfermagem e que a organização do trabalho centrado na família amplia nosso objeto de trabalho e requer novos instrumentos para operá-lo a partir de tecnologias leves, pela interação, pelo acolhimento, pelo vínculo, pela responsabilização e pelo respeito à vida.

Em pesquisa descrita por Oliveira (2012), as atitudes são influenciadas pelo processo de socialização e em seguida sofrem reflexo dos padrões culturais em vigor, onde à medida que a pessoa se desenvolve e se torna adulta, as atitudes vão-se estruturando através das experiências adquiridas ao longo da vida e também pela informação que cada um produz afetivamente e cognitivamente de uma forma seletiva.

Devemos rever os conceitos de cuidar, já que o mesmo é usado não só com a finalidade de imediatismo e assistência direta àquele que necessita. Mas cuidar da pessoa que faz parte da história de vida daquela parturiente que se encontra em um ambiente desconhecido, possuidor de regras rígidas, e sem o apoio que necessita. É preciso cuidar de famílias. É preciso conhecimento para saber cuidar. É preciso de tempo. É preciso não deixar para depois. É preciso fazer agora.

Hipótese 0 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau acadêmico.

Hipótese 2 – Não há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau acadêmico.

Tabela 11. Análise de Variância da Escala IFCE-AE e suas dimensões com o grau acadêmico dos participantes, São Luís – MA, 2016

Variáveis	IFCE-AE Total/DP	Dimensões da IFCE-AE		
		Média/DP (1)	Média/DP (2)	Média/DP (3)
Grau Acadêmico				
(p valor)	0,952	0,474	0,877	0,627
Bacharelado	76,3/6,6	34,3/2,7	30,8/3,2	11,1/1,6
Especialização	78,4/6,2	35,7/3,3	30,6/2,9	11,9/1,2
Mestrado	80,7/6,6	35,7/4,4	32,4/3,3	12,5/1,3

Realizando a análise pelo ANOVA, foi identificado que os enfermeiros com mestrado apresentaram média total da escala e em suas dimensões mais elevada que os enfermeiros com bacharelado ou especialização. Apesar dessa constatação, estatisticamente não houve diferença significativa ($p > 0,05$) para definir que houve diferença entre os enfermeiros que possuíam maior ou menor grau acadêmico e sua atitude com a família. Assim, aceita-se a hipótese 2.

Esse resultado pode ser corroborado nos estudos que também não encontraram relações estatísticas significativas (ALVES, 2011; SOUSA, 2011; RODRIGUES, 2013; CRUZ, 2015).

Silva, Costa e Silva (2013) mostraram evidências que indicam que os enfermeiros especialistas apresentam atitudes de maior suporte, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem, especialmente os enfermeiros que possuem maiores habilitações acadêmicas (grau de mestre).

Rodrigues (2013) encontrou em sua pesquisa que os enfermeiros especialistas têm atitude mais favorável, enquanto o restante dos enfermeiros apresentam média superior na dimensão família como fardo.

Fernandes *et al* (2015) descrevem não ter sido possível realizar a comparação com o grau acadêmico, porque só havia um enfermeiro com Bacharelado, quatro com Mestrado e nenhum com Doutorado.

O fato de, nesta pesquisa, não ter encontrado correlação entre as habilitações acadêmicas e as dimensões da escala, não exclui a responsabilidade de qualificação do enfermeiro em busca de melhorias assistenciais. Apesar de compreender que atitudes não são ensinadas nas salas de aula das universidades, é na universidade que se forma pessoas críticas capazes de modificar a realidade em que vivem, entendendo a família e adentrando em seu mundo, intervindo quando necessário e experimentando as diferenças e singularidades que cada grupo familiar possui.

O que está faltando não é somente a qualificação acadêmica, mas a qualificação na área de enfermagem de famílias, e de uma base para saber cuidar daqueles que vivem sob nossos olhos, mas que nunca são vistos. Daqueles que requerem cuidado, atenção e, acima de tudo, respeito, pois cuidar de famílias, é, antes de tudo, respeitá-la na sua unicidade.

Hipótese 0 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional.

Hipótese 3 – Não há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o tempo de exercício profissional.

Para determinar a correlação entre as atitudes dos enfermeiros e o tempo de exercício profissional dos mesmos, foi realizada a *Correlação de Pearson*, utilizando a mesma análise anterior. Na interpretação dos dados, verificou-se que não existe diferença significativa estatisticamente entre o tempo de exercício profissional dos participantes e a atitude favorável ou desfavorável frente à família ($p > 0,05$), tanto na escala total como em suas dimensões, o que nos leva a aceitar a hipótese 3.

Tabela 12. Correlação da Escala IFCE-AE e suas dimensões com o tempo de experiência profissional dos participantes, São Luís – MA, 2016

Variáveis	IFCE-AE Total	Dimensões da IFCE-AE		
		1	2	3
Tempo de Experiência				
p valor	0,552	0,301	0,640	0,222
r	0,069	0,120	-0,054	0,141

Corroborando com o encontrado em outras pesquisas, os autores relataram que a variável tempo de exercício profissional não produziu diferenças estatísticas significativas em seus trabalhos (ALVES, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2011; SOUSA, 2011; ALVES, 2012; RODRIGUES, 2013; CRUZ, 2015; FERNANDES *et al.*, 2015).

Ângelo *et al* (2014) encontraram que os enfermeiros com mais tempo de experiência profissional apresentaram menores escores na escala IFCE-AE, evidenciando atitudes de menos suporte em relação à participação da família nos cuidados.

O contraditório foi encontrado no estudo de Silva, Costa e Silva (2013) que indicaram 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.

Hipótese 0 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade de trabalho.

Hipótese 4 – Não há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a unidade de trabalho.

Tabela 13. Análise de Comparação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a unidade de trabalho dos participantes, São Luís – MA, 2016

Variáveis	IFCE-AE Total/DP	Dimensões da IFCE-AE		
		Média/DP	Média/DP	Média/DP
		(1)	(2)	(3)
Setor (Unidade)				
(p valor)	0,282	0,297	0,212	0,667
Centro Obstétrico	78,7/6,8	35,7/3,7	31,0/3,2	11,8/1,4
Alcon	77,8/5,3	35,3/2,7	30,4/2,6	12,0/1,2

Na Tabela 13, os enfermeiros que desenvolvem suas práticas assistenciais no CCOG, possuem média maior no total da escala e em suas dimensões, exceto na dimensão Família: Fardo. Porém, ao utilizar o teste *T de Student* para os dois grupos, estatisticamente não há diferença nas atitudes dos enfermeiros que trabalham no CCOG ou Alcon ($p > 0,05$). Portanto, aceita-se a hipótese 4, de que não há relação entre as atitudes dos enfermeiros e o local de trabalho, considerando-se os contextos investigados.

Hipótese 0 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o número de pós-graduações realizadas.

Hipótese 5 – Não há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o número de pós-graduações realizadas.

Para determinar a correlação entre as atitudes dos enfermeiros e o número de pós-graduações realizadas pelos enfermeiros estudados, foi efetuada a *Correlação de Pearson*. Na interpretação dos dados, verificou-se que existe diferença significativa estatisticamente entre o número de pós-graduações e as atitudes dos enfermeiros frente à família ($p < 0,05$) na dimensão Família: Fardo, o que leva a aceitar a hipótese 0. Em relação ao coeficiente de *Correlação de Pearson*, na dimensão 3, há correlação baixa ($r = 0,2-0,39$) entre o número de pós-graduações e a atitude do enfermeiro frente à família.

Tabela 14. Correlação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com o número de pós-graduações dos participantes, São Luís – MA, 2016

Variáveis	IFCE-AE Total	Dimensões da IFCE-AE		
		1	2	3
Número de Pós-graduações				
p valor	0,413	0,372	0,765	0,023
r	-0,095	-0,103	0,034	-0,259

Concluiu-se que, apesar de haver correlação na dimensão Família: Fardo, essa correlação é fraca, o que não permite concluir, baseadas nessa correlação, que quanto maior o número de pós-graduações realizadas pelos enfermeiros estudados, mais eles detêm atitudes para não considerar a família em suas práticas de cuidados de enfermagem; não ter tempo para cuidar desse grupo e de considerá-la como peso.

Tabela 15. Análise de Variância entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com o número de pós-graduações dos participantes, São Luís – MA, 2016 (**Continua**)

Variáveis	IFCE-AE Total/DP	Dimensões da IFCE-AE		
		Média/DP	Média/DP	Média/DP
		(1)	(2)	(3)
Número de Pós-graduações	0,400	0,118	0,438	0,621
(p valor)				

Tabela 15. Análise de Variância entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com o número de pós-graduações dos participantes, São Luís – MA, 2016 (**Conclusão**)

Variáveis	IFCE-AE Total/DP	Dimensões da IFCE-AE		
		Média/DP	Média/DP	Média/DP
		(1)	(2)	(3)
Uma pós-graduação	78,2/6,9	35,4/3,8	30,7/3,4	12,0/1,2
Duas pós-graduações	78,1/4,8	35,5/2,4	30,5/2,4	12,0/1,4
Três pós-graduações	81,1/6,9	37,4/4,2	31,2/2,5	12,4/0,9
Quatro pós-graduações	84,0/0,0	39,0/0,0	33,0/0,0	12,0/0,0
Cinco pós-graduações	81,0/0,0	38,0/0,0	32,0/0,0	11,0/0,0

Realizando a análise pelo ANOVA para descrever a comparação entre o número de pós-graduações com a escala e suas dimensões, notou-se que os enfermeiros que possuem três ou mais pós-graduações tiveram média total da escala mais elevada que os demais enfermeiros. Apesar dessa constatação, estatisticamente não houve diferença significativa ($p > 0,05$) para definir que houve diferença entre os enfermeiros que possuem mais ou menos pós-graduações com a sua atitude de cuidado para com a família.

Hipótese 0 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e as pós-graduações realizadas.

Hipótese 6 – Não há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e as pós-graduações realizadas.

Tabela 16. Análise de Variância entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com as pós-graduações dos participantes, São Luís – MA, 2016 (**Continua**)

Variáveis	IFCE-AE Total/DP	Dimensões da IFCE-AE		
		Média/DP	Média/DP	Média/DP
		(1)	(2)	(3)
Pós-graduações (p valor)	0,098	0,011	0,561	0,713
Sem especialização	76,7/6,3	34,6/2,7	31,1/3,1	11,0/1,5

Tabela 16. Análise de Variância entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com as pós-graduações dos participantes, São Luís – MA, 2016 (**Conclusão**)

Variáveis	IFCE-AE Total/DP	Dimensões da IFCE-AE		
		Média/DP	Média/DP	Média/DP
		(1)	(2)	(3)
Ciências da Saúde	80,5/0,7	37,8/0,0	30,0/0,0	13,5/0,7
Obstetrícia e Neonatologia	76,8/5,7	35,1/3,2	30,0/2,8	11,7/1,2
Outras	84,0/7,4	37,0/5,1	34,0/2,8	12,5/1,1
Saúde da Família	77,6/4,3	35,3/2,0	30,3/2,4	12,0/1,0
Saúde da Família e Obstetrícia e Neonatologia	78,8/5,1	36,2/2,7	30,3/2,1	12,3/1,5
UTI	84,1/13,4	36,6/8,0	34,0/5,2	13,3/0,5

Realizando a análise pelo ANOVA para descrever a comparação entre as pós-graduações com a escala e suas dimensões, estatisticamente houve diferença significativa ($p < 0,05$), na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, verificando valores médios superiores na pós-graduação em Ciências da Saúde, identificando esse grupo como o que atribui maior importância à família no seu envolvimento para os cuidados de enfermagem.

Hipótese 0 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina com o conteúdo de Enfermagem de Famílias na graduação.

Hipótese 7 – Não há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina com o conteúdo de Enfermagem de Famílias na graduação.

Tabela 17. Análise de Comparação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a realização da disciplina na graduação com o conteúdo de Enfermagem de Famílias dos participantes, São Luís – MA, 2016 (**Continua**)

Variáveis	IFCE-AE Total/DP	Dimensões da IFCE-AE		
		Média/DP	Média/DP	Média/DP
		(1)	(2)	(3)
Fez disciplina com conteúdo de Enfermagem de Família na Graduação? (p valor)	0,944	0,585	0,813	0,339

Tabela 17. Análise de Comparação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a realização da disciplina na graduação com o conteúdo de Enfermagem de Famílias dos participantes, São Luís – MA, 2016 (**Conclusão**)

Variáveis	IFCE-AE Total/DP	Dimensões da IFCE-AE		
		Média/DP	Média/DP	Média/DP
		(1)	(2)	(3)
Sim	78,1/6,6	35,3/3,7	31,2/2,8	11,5/1,2
Não	78,7/6,3	35,5/3,3	30,8/3,0	12,3/1,5
Não Lembra	78,2/6,1	36,0/3,0	30,2/3,2	11,9/1,1

A Tabela 17 demonstra a comparação entre os enfermeiros que cursaram em sua graduação alguma disciplina com o conteúdo de Enfermagem de Famílias e a escala e suas dimensões. Apesar de estatisticamente não apresentar correlação ($p > 0,05$), ou seja, não há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina com o conteúdo de Enfermagem de Famílias, aceitando-se a hipótese 7.

Hipótese 0 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina com o conteúdo de Enfermagem de Famílias na pós-graduação.

Hipótese 8 – Não há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina com o conteúdo de Enfermagem de Famílias na pós-graduação.

Tabela 18. Análise de Comparação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a realização na pós-graduação da disciplina com o conteúdo de Enfermagem de Famílias dos participantes, São Luís – MA, 2016

Variáveis	IFCE-AE Total/DP	Dimensões da IFCE-AE		
		Média/DP	Média/DP	Média/DP
		(1)	(2)	(3)
Fez disciplina com conteúdo de Enfermagem de Família na Pós-graduação?	0,717	0,392	0,986	0,614
(p valor)				
Sim	79,0/6,5	35,5/3,4	31,4/2,9	12,0/1,4
Não	78,5/6,6	36,0/3,8	30,7/3,0	11,8/1,3
Não Lembra	77,4/5,6	35,3/2,8	30,1/3,0	12,0/1,2
Não se Aplica	74,0/0,0	33,0/0,0	30,0/0,0	11,0/0,0

A Tabela 18, demonstra a comparação entre a realização da disciplina com o conteúdo de Enfermagem de Família na pós-graduação e sua atitude face à família. Estatisticamente, não houve diferença ($p > 0,05$), portanto aceitamos a hipótese 8.

Hipótese 0 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina de Enfermagem de Famílias na graduação.

Hipótese 9 – Não há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina de Enfermagem de Famílias na graduação.

Tabela 19. Análise de Comparação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a realização da disciplina de Enfermagem de Famílias dos participantes na graduação, São Luís – MA, 2016

Variáveis	IFCE-AE Total/DP	Dimensões da IFCE-AE		
		Média/DP (1)	Média/DP (2)	Média/DP (3)
Na graduação havia alguma disciplina de Enfermagem de Famílias? (p valor)	0,115	0,007	0,354	0,488
Sim	76,5/4,4	34,8/2,3	30,3/2,3	11,2/1,1
Não	79,8/7,0	36,1/4,1	31,3/3,1	12,3/1,4
Não Lembra	77,1/5,5	35,1/2,4	30,2/3,2	11,7/1,1

Na Tabela 19, vê-se a comparação entre a realização da disciplina de Enfermagem de Famílias na graduação e a atitude dos enfermeiros frente às famílias. Na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *cooping*, estatisticamente há relação significativa ($p < 0,05$) entre a atitude do enfermeiro face à família e a não realização da disciplina de Enfermagem de Família na graduação, ou seja, aqueles que não cursaram disciplina de Enfermagem de Família na graduação, obtiveram pontuações maiores na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *cooping*, considerando a família como uma parceira nos cuidados de enfermagem, mesmo sem ter realizado a disciplina de Enfermagem de Família na graduação. Aceitamos a hipótese 0.

Esse fato pode ter se dado devido à maioria dos participantes (52,63%) não terem realizado disciplina de enfermagem de família na graduação, o que não permite realizar conclusões fidedignas capazes de julgar esse grupo como detentor de atitudes que não incluam as famílias em seus cuidados.

Hipótese 0 – Há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina de Enfermagem de Famílias na pós-graduação.

Hipótese 10 – Não há relação entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina de Enfermagem de Famílias na pós-graduação.

A Tabela 20 demonstra a comparação entre a realização da disciplina de Enfermagem de Famílias na pós-graduação e a atitude dos enfermeiros frente às famílias. Na escala total e suas dimensões, estatisticamente não há relação significativa ($p > 0,05$) entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina de Enfermagem de Família na pós-graduação. Aceita-se a hipótese 10.

Tabela 20. Análise de Comparação entre as Variáveis da Escala IFCE-AE e suas dimensões com a realização da disciplina de Enfermagem de Famílias dos participantes na pós-graduação, São Luís – MA, 2016

Variáveis	IFCE-AE Total/DP	Dimensões da IFCE-AE		
		Média/DP (1)	Média/DP (2)	Média/DP (3)
Na pós-graduação havia alguma disciplina de Enfermagem de Famílias? (p valor)	0,314	0,059	0,547	0,970
Sim	79,0/5,0	35,6/2,1	31,8/2,4	11,6/1,4
Não	78,7/6,9	35,9/3,9	30,7/3,0	12,0/1,3
Não Lembra	77,1/5,8	35,0/2,6	30,0/3,2	12,1/1,3
Não se Aplica	74,0/0,0	33,0/0,0	30,0/0,0	11,0/0,0

É necessário que haja parceria na realização dos cuidados e que o enfermeiro tenha a capacidade de diálogo para viabilizar relações com a família, percebendo o familiar não como fardo, mas como ser humano repleto de necessidades de atenção, e que está ao nosso alcance a realização do cuidado humanizado focalizado a este grupo. Para assim, perceber o indivíduo

[...] não quando a doença se manifesta como prioridade no cuidado, reforçando a presença dominante do modelo biomédico. A relação de poder determinado pelo que está instituído, associado às imagens construídas pelas instituições ao longo do tempo, as normatizações e as rotinas rígidas e herméticas, que se sobrepõe às necessidades dos seres humanos que ali transitam com as famílias, terminaram por engessar a maneira de cuidar da enfermagem no âmbito hospitalar (SOUZA; NITSCHKE; SOUZA, 2011).

Squassante e Alvin (2011), retificam que deve-se valorizar os sujeitos que participam do processo de cuidar, favorecendo a singularidade de cada um e seus

potenciais na busca de estratégias que viabilizem um cuidado que leve à recuperação do cliente em todas as suas dimensões.

7 CONCLUSÕES

O estabelecimento de vínculo e a parceria como dispositivos do cuidar dos enfermeiros, são, sem dúvidas, os princípios norteadores para que o trabalho com famílias seja embasado no companheirismo e na reciprocidade a partir de uma assistência que beneficie ambos. Assistência essa detentora não somente de técnicas e mecanismos do imediatismo do cuidar, mas da utilização de tecnologias leves que colocam a família como centro, tendo papel imprescindível para o suporte e apoio daquele que está sendo o receptor do cuidado.

Para cuidar, o enfermeiro deve deter atitudes que impliquem na capacidade de admitir a parceria com a família, e, que muitas vezes, a inobservância desse grupo o marginaliza não somente para além dos biombos dos leitos hospitalares, mas para fora dos muros das instituições.

Com o processo de parturição e seguido de puerpério imediato, a mulher passa por momentos estressores e crises evidentes, até tachadas de “comuns” nesse processo. Não só para elas, como também para a família que ali presencia as dores “comuns” do pré-parto, parto e puerpério, situação geradora de angústias, medos e inseguranças.

O enfermeiro deve ser capacitado a cuidar além do ser que necessita de cuidados. Cuidar de famílias angustiadas sem saber de notícias do recém-nascido que saiu nos braços do pediatra para a sala de Reanimação Neonatal e até agora não voltou. Cuidar daquele pai que ficou à espera de sua esposa que teve uma complicação durante a cirurgia cesariana e teve que ser “retirado às pressas” da sala cirúrgica porque poderia “passar mal”. Cuidar daquela mãe que acaba de perder seu bebê e o segura no colo aguardando por um milagre. Cuidar daqueles que passam noites em claro, aguardando nas portas do centro cirúrgico por uma única notícia sequer de seu ente querido. Cuidar e simplesmente cuidar daquilo que fomos formados: cuidar de pessoas.

Assim, as conclusões a que chegamos emergiram das análises dos dados da pesquisa, que apontaram que os enfermeiros participantes da pesquisa estabelecem atitudes de suporte à família, no contexto estudado, excluindo-se possíveis relações com a faixa etária, habilitações acadêmicas, tempo de exercício profissional, unidades de trabalho, cursado disciplina com conteúdo de enfermagem

de família na graduação e pós-graduação, e realização da disciplina de enfermagem de família na pós-graduação.

Verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre o número de pós-graduações e a dimensão Família: Fardo. Porém, essa correlação é fraca, o que não permite concluir, que quanto maior o número de pós-graduações realizadas pelos enfermeiros, mais eles detêm atitudes como de considerar a família nos cuidados de enfermagem, ou por outro lado não ter tempo para cuidar desse grupo e considerá-la como um peso.

O grupo de enfermeiros que relatou ter realizado pós-graduação em Ciências da Saúde apresentou, na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, maior importância à família no seu envolvimento nos cuidados de enfermagem.

Houve relação significativa negativa entre a atitude do enfermeiro face à família e a realização da disciplina de Enfermagem de Família na graduação, ou seja, aqueles que na graduação cursaram disciplina de Enfermagem de Família, obtiveram pontuações maiores na dimensão Família: Fardo, considerando a família como um fardo, mesmo após os conhecimentos da importância destas nos cuidados de enfermagem.

A maior parte dos enfermeiros não teve formação em enfermagem de famílias. Surgem assim, alguns questionamentos: Estão as instituições realizando o papel de formação de seres humanos capacitados para cuidar? Estão, os hospitais, realizando capacitações permanentes com esse propósito?

Assim, seria oportuno por parte das instituições estudadas investir em formação continuada voltadas para as práticas de cuidado de famílias, com cursos que envolvessem essa temática, ampliando assim os conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência nas referidas instituições.

Para as instituições formadoras de enfermeiros, é imprescindível a mudança de estrutura curricular que se adeque à realidade encontrada fora dos muros das universidades, colocando a disciplina de enfermagem de família como base curricular obrigatória, tanto aos alunos de graduação como de pós-graduação.

Ao identificar quais atitudes dão apoio ou não às famílias, buscou-se descrever por meio das respostas dadas às perguntas da escala, as atitudes que os enfermeiros detinham com as famílias, no contexto estudado. A maioria dos enfermeiros consideravam a família como parceiro dialogante e recurso de *coping* e

como recurso nos cuidados de enfermagem, priorizando esse grupo no ambiente de trabalho. A maioria discordava da família ser um fardo, de não ter tempo para cuidar da família e sentiam-se avaliados pelos membros da família.

Os objetivos traçados no início dessa pesquisa foram atingidos, contribuindo para melhor compreensão da importância das famílias como parceira em seus cuidados.

Todas as etapas dessa investigação serviram de experiência exitosa no trabalho com famílias, o que levou a mudanças comportamentais e transculturais da pesquisadora com as famílias encontradas no contexto de trabalho, sendo potencializados por conhecimentos adquiridos rotineiramente, permitindo assim a aquisição de crescimento pessoal e profissional.

Reconhecendo que a filosofia do cuidar vai além da assistência direta e que requer sensibilidade para com o outro, desafiamos você a sair da “caixinha” do automatismo e olhar para além do imediatismo. Enxergar aquela pessoa “acompanhante” como pessoa que necessita, e muito, de você. Olhe para aquele que chegou exausto do trabalho e foi direto ao hospital para dar tempo de ver seu filho nascer, mesmo só com o almoço, se esvaindo de fome, mas que não consegue sair de perto da sua esposa, prestes a dar à luz. Olhe para ele. Ele só precisa ser acolhido. Veja, dentro de suas possibilidades e impossibilidades, o que você poderia fazer por ele naquele momento.

Desafiamos você a olhar além. Além da díade mãe-bebê, além dos boxes do pré-parto ou da sala de recuperação pós anestésica. Saia do automático e simplesmente enxergue as pessoas que você deveria enxergar. Enxergue a família. Ela precisa de seus cuidados, de sua atenção, de seu apoio e você precisa dela. Ela é sua parceira, a quem você irá recorrer caso algo dê certo ou dê errado. Mostre a ela a sua importância nesse processo.

Vivencia-se agora a satisfação pelo término, mas o não esgotável da pesquisa que é trabalhar as atitudes dos enfermeiros com famílias. A relevância dessa temática é primordial para realização de novos estudos, evoluindo assim nossos conhecimentos para cuidar de famílias.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABREU, W. **Da investigação à prática de Enfermagem de Família**. Escola Superior de Enfermagem do Porto linha de investigação de enfermagem de família. Porto – Portugal, 2009.

ALMEIDA, A. S; ARAGÃO, N. R. O; MOURA, E. et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2009.

ALVES, C. M. P. M. **Atitudes dos enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito**. Porto, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade de Porto, Portugal.

ALVES, Maria A. Atitudes dos Enfermeiros Face à Família nos Cuidados e sua Relação com a Vulnerabilidade da Família: contexto pediátrico. In CARVALHO José C.- **Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. P.165-173. ISBN. 978-989-96103-6-1.

AMORIM, T; GUALDA, D. M. R. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. **Rev Rene**. Fortaleza, 2011.

ANDRADE, L.; MARTINS, M. M.; ÂNGELO, M. A gemelaridade na família. In CARVALHO José C.- **Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. P.165-173. ISBN. 978-989-96103-6-1.

ANGELO, M. Abrir-se para a Família: superando desafios. **Fam. Saúde Desenv**. Curitiba, 1999.

ANGELO, M., BOUSSO, R. S., ROSSATO, M. L., DAMIÃO, E. B., SILVEIRA, A., O.; CASTILHO, A. M., ROCHA, M. C. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, 2009; 43: 1337-1341

ANGELO, M. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2010.

ANGELO, M.; CRUZ, A. C.; MEKITARIAN, F. F. P.; DOS SANTOS, C. C. D. S.; MARTINHO, M. J. C. M. Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48 (Esp):75-81.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**. 1998.

APOLINÁRIO, M. I. C. G. Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. **Revista de Enfermagem Referência**. 2012.

ARAÚJO, C. F. G. **Enfermagem com famílias: percepção dos utentes de uma unidade de saúde familiar dos cuidados do enfermeiro de família**. Porto, 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade de Porto.

BACKES, D. S; ZAMBERLAN, C; COLOMÉ, J. et al. Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. **Aquichan**. Chía – Colombia, 2016.

BAGGIO, M. A; ERDMANN, A. L. Processando o cuidado “do nós” nas relações/interações estabelecidas por profissionais de enfermagem e de saúde. **Cogitare Enferm**. 2015.

BARBOSA, M. A. M; BALIEIRO, M. M. F; PETTENGILL, M. A. M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2012.

BARBIERI-FIGUEIREDO, M. C.; SANTOS, M. R.; ANDRADE, L.; VILAR, A. I.; MARTINHO, M. J.; FERNANDES, I. Atitudes, Concepções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). **Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família** [Knowledge transferability in Family Nursing]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto – UNIESEP. Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família, 2012.

BENZEIN, E; ARESTEDT, K.F.; JONHANSSON, P.; SAVEMAN, B.I. Families' importance in nursing care: nurses' attitudes an instrument development. **J Fam Nurs**. 2008;14(1):97-117.

BEZERRA, R. S; OLIVEIRA, D. S; SANTOS, R. R. F; MORAIS, A. C; MERCES, M. C; ANDRADE, L. M. O processo de enfermagem e a teoria de travelbee no cuidado à criança hospitalizada. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. Junho, 2015.

BISPO, P. R. R. **Cuidado centrado na família do recém-nascido: alegações dos profissionais de saúde**. Recife, 2011. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pernambuco.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/PkrXAJ>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanização do Parto. Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

CAUS, E. C. M; SANTOS, E. K. A; NASSIF, A. A; MONTICELI, M. O Processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc Anna Nery**, 2012; 16 (1); 34-40.

CORRÊA, A. R; ANDRADE, A. C; MANZO, B. F; et al. As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. **Esc Anna Nery**. 2015.

COSTA, L. B. **Convergência de Saberes e Conhecimentos de Enfermagem no Cuidado à Família**. Fortaleza, 2005. Tese (Doutoramento em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.

CRUZ, A. C. **Relacionamento com famílias na prática clínica de enfermagem no contexto neonatal e pediátrico: impacto de uma intervenção educativa e proposição de uma escala de autoeficácia**. São Paulo, 2015. Tese (Doutoramento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Cienc Cuid Saude**. 2011.

DIAS, M. O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica – o processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e desenvolvimento**. 2011.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SOUZA, A. I. J.; NITSCHKE, R. G. Resgates e recortes para delinear uma imagem do cuidado de enfermagem com famílias brasileiras na contemporaneidade. In Elsen, Ingrid (org.) **Enfermagem com Famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis: Editora Papa Livro, 2016. P.11. ISBN. 978 85 7291 207-5.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; HENCKEMAIER, L.; FERNANDES, G. C. M.; NITSCHKE, R. G.; SOUZA, A. I. J. A imagem da enfermagem com famílias: um encontro com a realidade brasileira. In Elsen, Ingrid (org.) **Enfermagem com Famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis: Editora Papa Livro, 2016. P.458-459. ISBN. 978 85 7291 207-5.

FERNANDES, C. S.; GOMES, J. A. P.; MARTINS, M. M.; GOMES, B. P.; GONÇALVES, L. H. T. A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. **Revista de Enfermagem Referência**. Portugal, 2015.

FERNANDES, C. S.; MARTINS, M. M.; GOMES, B. P.; GOMES, J. A.; GONÇALVES, L. H. T. Family nursing game: desenvolvendo um jogo de tabuleiro sobre família. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, 2016.

FERREIRA, N. M. L.; DUPAS, G.; COSTA, D. B. et al. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Cienc Cuid Saude**. 2010.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E.; BERNARDI, M. C. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, 2011.

FORTIN, M. **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2009

FOUCAULT, MICHAEL. **A microfísica do poder**. São Paulo. Edições Graal, 2008.

FRIEDEMANN, MARIE-LUISE. The concept of family nursing. **Journal of Advanced Nursing**, 1989; 14(3): 211-216

GALINHA, F. Mediar para cuidar: As atitudes dos enfermeiros num Serviço de Urgência na relação com a família do utente: Contributos das técnicas de mediação familiar. In BARBERI, M.C.- **Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. P.49-57. ISBN 978-989-961032-3.

GOMES, M. L. Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais. Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

HANSON, S. M. H. **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação**. Loures: Lusociência, 2005.

INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. JOHNSON, B., ABRAHAM, M., CONWAY, J., SIMMONS, L., EDGMAN-LEVITAN, S., SODOMKA et al. **Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system**. Bethesda MD: 2008

JOHN, W., FLOWERS, K. Working with families: from theory to clinical nursing practice. **Collegian**, 2009; 16 (3):131-138

JOHNSON BH, ABRAHAM, MR, SHELTON, TL. Patient-and Family- Centered Care: Partnerships for Quality and Safety. **NC Med J**. 2009; 70(2):125-30

KAAKINEN, J.; GEDALY-DUFF, V.; COEHLO, D.; HANSON, S. **Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research**. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2010.

KLEBA, M. E. Estratégia saúde da família e a intersetorialidade: revendo espaços e atores da promoção da saúde. In Elsen, Ingrid (org.) **Enfermagem à Família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011. P.15. ISBN. 978 85 7628 376-8.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. Ed. Soldasoft. Florianópolis, 2006.

LIMA, A. S; SILVA, V. K. B. A; COLLE, N. et al. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2012.

LINARD, A. G.; PAGLIUCA, L. M. F.; RODRIGUES, M. S. P. Aplicando o modelo de avaliação de Meiles à teoria de Travelbee. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, 2004.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu.** 2005.

MAROCO, J. **Análise estatística:** com utilização do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

MARTINS, M. M.; MARTINHO, M. J.; FERREIRA, M. R.; BARBIERI FIGUEIREDO, M. C.; OLIVEIRA, P. C.; FERNANDES, H. I.; VILAR, A. I.; FIGUEIREDO, M. H.; ANDRADE, L. M.; CARVALHO, J. C. Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In Escola Superior de Porto. **Redes de Conhecimento em Redes de Conhecimento em Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família.** Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto – UNIESEP. Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família, 2010.

MARTINS, M. M.; MARTINHO, M. M.; CARVALHO, J. C.; FERNANDES, I.; BARBIERI-FIGUEIREDO, M. C. Enfermagem e Famílias: concepções e práticas dos enfermeiros em unidades de internamento. In **Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família [Knowledge transferability in Family Nursing]**. Escola Superior de Enfermagem do Porto - UNIESEP | Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família, 2012.

MARCON, S. S.; ENSEN, I. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. **Fam Saúde Desenv.** Curitiba, 1999.

MAROTTI, J.; GALHARDO, A. P. M.; FURUYAMA, R. J.; PIGOZZO, M. N.; CAMPOS, T. N.; LAGANÁ, D. C. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.** 2008; 20(2):186-94.

MEKITARIAN, F. F. P.; ANGELO, M. Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. **Rev Paul Pediatr.** São Paulo, 2015.

MENDES, A. P. Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. **Texto Contexto Enferm.** 2016.

MERIGHI, M. A. B; GUALDA, D. M. R. O cuidado a saúde materna no brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem USP**. São Paulo, 2009.

MILIORINI, J. P.; FERNANDES, M. V.; DECESARO, M. N.; MARCON, S. S. A família no contexto hospitalar: percepções do enfermeiro. In Elsen, Ingrid (org.) **Enfermagem à Família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011. P.116. ISBN. 978 85 7628 376-8.

NETO, F. **Psicologia Social**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998

OLIVEIRA, M. M. C; ALMEIDA, C. B; ARAÚJO, T. L; GALVÃO, M. T. G. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado emu ma unidade neonatal. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, P. D. C. M.; FERNANDES, H. I. V.; VILAR, A. I. S.; FIGUEIREDO, M. H. D. J.; FERREIRA, M. M. S. R.; MARTINHO, M. J.; ET AL. Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2011; 45(6):1331-1337.

OLIVEIRA, T. C. S. **Atitudes dos enfermeiros face às infecções associadas aos cuidados de saúde**. Viseu, 2012. Dissertação (Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica) – Escola Superior de Saúde do Viseu.

Organização Panamericana da Saúde. Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Conjunto de Ferramentas para o fortalecimento da Parteria nas Américas. 3 ed. Montevidéu: CLAP/SMR; 2013.

PACHECO, S. T. A; RODRIGUES, B. M. R. D; DIONÍSIO, M. C. R. et al. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia** – Teoria e Prática. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2008.

PEREIRA, O. G. A emergência do paradigma americano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. **Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2008

PETTENGIL, M. A. M; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev Latino Am Enfermagem**. 2005.

PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, 2009.

PINTO JP, RIBEIRO, CA; PENTEGILL, MM; BALEIRO MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev Bras Enferm**, 2010 jan-fev; 63(1):132-5.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos , avaliação e utilização**. São Paulo: Editora Artmed, 2004

PRADO, A. B. **Semelhanças e diferenças entre homens e mulheres na compreensão do comportamento paterno**. Florianópolis – SC, 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina.

RIBEIRO, J. L. P. **Metodologia de investigação: em psicologia e saúde**. Porto: Legis Editora, 2008

RIBEIRO, F. S. P; SANTOS, M. H; SOUSA, F. G. et al. Descrevendo necessidades de familiares de crianças internadas em unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**. 2012.

RIBEIRO, A. C; SOUZA, J. F; SILVA, J. L. A precarização no trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. **Cogitare Enferm**. 2014.

RODRIGUES, L. M. O. **A família parceira no cuidar: intervenção do enfermeiro**. Coimbra, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Universidade de Coimbra, Portugal.

SALES, C. A.; WAKIUCHI, J.; OLIVEIRA, W. T.; BENEDITTI, G. M. S.; MARCON, S. S. Cuidando de famílias enlutados e aprendendo a conviver com a morte: uma necessidade para a enfermagem. In Elsen, Ingrid (org.) **Enfermagem com Famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis: Editora Papa Livro, 2016. P.229. ISBN. 978 85 7291 207-5.

SAMPAIO, P. S. S; ANGELO, M. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. **Rev Soc Bras Enferm Ped**. 2015.

SANTOS, M. L. V. A. **Abordagem sistêmica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro**. Lisboa, 2012. Tese (Doutoramento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de Lisboa.

SANTOS, P. P. S. **Um olhar sobre a família contemporânea**. Rio Grande do Sul, 2013. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI.

SANTOS, Q. N. Estratégia de enfrentamento (coping) da família ante um membro familiar hospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. 2013.

SCHWARTZ, E.; LANGE, C.; MEINCKE, S. M. K.; HECK, R. M.; KANTORSKI, L. P.; GALLO, C. C. Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**. 2009.

SCHWARTZ, E.; LISE, F.; SANTOS, B. P.; GARCIA, R. P.; FEIJÓ, A. M.; ZILLMER, J. G. V. Da teoria à prática de assistir famílias: experiências e práticas na graduação e na pós-graduação. In Elsen, Ingrid (org.) **Enfermagem com Famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis: Editora Papa Livro, 2016. P.400-401. ISBN. 978 85 7291 207-5.

SENA, C. D; SANTOS, T. C. S; CARVALHO, C. M. F; SÁ, A. C. M; PAIXÃO, G. P. N. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Rev Enferm UFSM**. Santa Maria, 2012.

SILVA, M. R. F. SILVEIRA, L. C; PONTES, R. J. S. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev Min Enferm REME**. Minas Gerais, 2015.

SILVA, M. A. N. C. G. M. M.; COSTA, M. A. S. M.; SILVA, M. M. F. P. A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**. Portugal, 2013.

SIQUEIRA, S. B.; FILIPINI, R.; POSSO, M. B. S.; FIORANO, A. M. M.; GOLÇALVES, S. A. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arq Med ABC**. 2006.

SOUSA, E. S. A. S. **A família: atitudes do enfermeiro de reabilitação.** Porto, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Universidade de Porto, Portugal.

SOUSA, L. C. S. L. **O quotidiano de cuidado de enfermagem a família: um encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias na hospitalização materno-infantil.** Florianópolis, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

SOUZA, C. M.; FERREIRA, C. B.; BARBOSA, N. R.; MARQUES, J. F. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. **Rev Fundam Care.** Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, R. M.; SOARES, L. S.; QUITETE, J. B. Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica. **Rev Fundam Care.** Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, L. C. S. L.; NITSCHKE, R. G.; SOUZA, A. I. J. O cuidado de enfermagem no hospital na percepção das famílias: desafios e perspectivas para a profissão. In Elsen, Ingrid (org.) **Enfermagem à Família: dimensões e perspectivas.** Maringá: Eduem, 2011. P.101. ISBN. 978 85 7628 376-8.

SOUZA, M. M. T.; PASSOS, J. P.; TAVARES, C. M. M. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. **Rev Fundam Care Online.** 2015.

SOUSA, F. G.; FIQUEIREDO, M. C. A. B.; ERDMANN, A. L. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. **Rev Pesq Saúde.** 2010.

SOUSA, V., DRIESSNACK, M., MENDES, I. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Latino-Am de Enfermagem,** 2007; 15(3): 502-507

SCHWARTZ, E; LANGE, C; MEINCKE, S. M. et al. Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem. **Cienc Cuid Saude.** 2009.

SCHUSTER, M. S.; DIAS, V. V.; BATTISTELLA, L. F.; GROHMANN, M. Z. MBI-GS: aplicação e verificação psicométrica na realidade brasileira. **Recursos Humanos.** 2014.

SHIELDS, L.; PRATT, J.; HUNTER, J. Family centred care: a review of qualitative studies. **J Clin Nurs**. 2006; 15:1317-2.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIN, N. A. T. A dialética das relações estabelecidas entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes no espaço hospitalar: implicações para o cuidado de enfermagem. In Elsen, Ingrid (org.) **Enfermagem à Família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011. P.89. ISBN. 978 85 7628 376-8.

VAN DER SAND, I. C. P; GIRARDON-PERLINI, N. M. O; ABREU, S. M. Ansiedade de familiares de parturientes durante o processo de parto. *Cienc Cuid Saúde*, 2011; 10 (3): 474-481.

VICENTE, J. B; MARCON, S. S; HIGARASHI, I. H. Convivendo com o transtorno mental na infância: sentimentos e reações da família. **Texto Contexto Enferm**, 2016.

VILLELA, S. C; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2004.

WAIMAN, M. A. P; BRISCHILIARI, A; ROCHA, S. C; KOHIAMA, V. Y. Conceitos de cuidado elaborados por enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas. **Rev Rene**. Fortaleza, 2009.

WAIMAN, M. A. P; ENSEN, I; MARCON, S. S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2006.

WRIGTH, L.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias**: Um guia para a avaliação e intervenção na família. 4 ed. São Paulo: Roca, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PARTICIPANTES DA PESQUISA

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/HUUFMA

1.1 UNIDADE MATERNO-INFANTIL

SETOR	População
Centro Cirúrgico Ginecológico e Obstétrico	25
Internação Obstétrica/Alojamento Conjunto	22
Total	47

2. MATERNIDADE MARLY SARNEY

SETOR	População
Alojamento Conjunto	12
Centro Cirúrgico Obstétrico	08
Centro de Parto Normal	12
Sala de Reanimação Neonatal	06
Admissão (Acolhimento e assistência)	02
Total	40

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO ACADÊMICO PROFISSIONAL

1. Idade em anos _____

2. Sexo

FEMININO MASCULINO

3. Habilitações acadêmicas

Bacharelado

Licenciatura

Residência em Enfermagem

Especialização. Especificar _____

Mestrado. Especificar _____

Doutorado . Especificar _____

4. Experiência profissional em anos _____

5. Contexto de inserção profissional

Hospital

Atenção Básica

6. Unidade de trabalho

Estratégia Saúde da Família

Centro Cirúrgico Adulto

Centro Cirúrgico Pediátrico

Clínica Médica Adulto

Clínica Cirúrgica Adulto

Internação Pediátrica

UTI Geral

UTI Cardiológica

UTI Pediátrica

UTI Neonatal

Followup

Alojamento Conjunto

Banco de Leite Humano

Urgência Pediátrica

Centro Obstétrico

Hemodinâmica

Ambulatório Hospitalar de Pediatria

Ambulatório de Psiquiatria

Enfermaria de Psiquiatria

Urgência Psiquiátrica

Nefrologia

Central de Transplante

Banco de Olhos

CIHDOTT

Unidade de Oncologia

Outro. Especificar _____

7. Vínculo Laboral

- vínculo por concurso contrato temporário
- Outro. Especificar _____

8. Fez algum curso sobre Enfermagem de Famílias

- Sim. Especificar _____
- Não

9. Na sua graduação em Enfermagem havia alguma disciplina que explorasse o conteúdo cuidado com família?

- Sim. Especificar _____
- Não
- Não lembro

10. No seu curso de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) cursou alguma disciplina com o conteúdo cuidado com família?

- Sim. Especificar _____
- Não
- Não lembro

11. Na sua graduação em Enfermagem havia alguma disciplina de Enfermagem de Famílias?

- Sim. Especificar _____
- Não
- Não lembro

12. No seu curso de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) cursou alguma disciplina de Enfermagem de Famílias?

- Sim. Especificar _____
- Não
- Não lembro

APÊNDICE 3 – CARTA CONVITE

São Luís, ---- de ---- de 2015

Prezado(a) Senhor(a) _____

A pesquisa intitulada ***Importância da Família para os Processos de Cuidados: Atitudes de Enfermeiros nos Contextos Hospitalar e da Atenção Básica*** tem como objetivos identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado segundo as dimensões da Escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE)” e de estabelecer a relação entre as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado com o contexto, o tempo de exercício profissional e a titulação dos enfermeiros.

Defendemos que a aproximação do enfermeiro como participante da pesquisa poderá sensibilizá-los frente aos conhecimentos e estratégias de Enfermagem da Família e assim ampliar a sua maneira de trabalhar com esse grupo social, modificando seu padrão de prática habitual para uma abordagem mais centrada na família.

Julgamos que suas experiências e conhecimentos relativos ao cuidado com famílias são de máxima importância para o processo de pesquisa. Assim, venho respeitosamente solicitar a sua participação e reafirmar a importância da sua participação.

Agradecemos sua disposição e participação

Jéssica Sâmia Silva Torres
Pesquisadora

Francisca Georgina Macedo de Sousa
Orientadora

APÊNDICE 4 –ORIENTAÇÃO PARA O AUTOPREENCHIMENTO DA ESCALA

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

Prezado Participante,

A Escala “A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)”, será utilizada como instrumento de coleta de dados da Pesquisa Atitudes do Enfermeiro no Cuidado Centrado na Família nos Contextos Hospitalar e da Atenção Básica no município de São Luís - MA.

A Escala consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem que embora sejam parecidas não são idênticas.

Por favor, responda a estas afirmações a partir da sua primeira impressão marcando com um X. Após preencher todo o instrumento convidamos você a escrever seus comentários no espaço disponibilizado no final do questionário.

ORIENTAÇÕES:

- ✓ Por favor, preencha utilizando um **X** e respeite o espaço reservado;
- ✓ Responda todas as perguntas;
- ✓ Assinale a sua resposta utilizando um X sobre o quadrado que corresponde à sua escolha;
- ✓ Para cada uma das situações marque somente uma opção

Obrigada pela sua participação

APÊNDICE 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Atitudes de Enfermeiros nos Cuidados com Famílias no Contexto do Parto e Puerpério Imediato

Responsável pela Pesquisa: Profa: Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa e Enfa. Jéssica Sâmia Silva Torres

Para conduzir esta pesquisa, parte-se do pressuposto de que as atitudes dos enfermeiros são determinantes para a qualidade das relações que se estabelecem com a família. Desta forma, convidamos você a participar da pesquisa que tem como objetivo identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado segundo as dimensões da Escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE)” e de estabelecer a relação entre as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado com o contexto, o tempo de exercício profissional e a titulação dos enfermeiros. A sua participação na pesquisa é importante, pois suas experiências e concepções irão contribuir na delimitação de atitudes do enfermeiro para o cuidado com famílias. A pesquisa será realizada por meio do autopreenchimento de dois (2) questionários que lhe serão entregues em um envelope com dados de identificação da pesquisa e do participante. Esse material será entregue a você no seu local de trabalho em dia e horário por você definido. O instrumento 1 (Escala de A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE) você responderá marcando cada um dos itens com um X a partir da sua concepção que varia de Discordo Completamente a Concordo Completamente. Nenhuma das perguntas devem ser deixadas em branco. No segundo instrumento (Questionário Acadêmico profissional) você responderá marcando com um X e, em algumas perguntas será necessário uma pequena descrição. É uma pesquisa baseada em abordagem quantitativa e será realizada com enfermeiros que trabalham no contexto do parto e puerpério imediato. Para este contexto a investigação será desenvolvida com enfermeiros que exercem suas atividades profissionais no Hospital Universitário Materno Infantil e na Maternidade Marly Sarney, ambos hospitais de referência para o sistema de saúde de São Luís (capital do Estado do Maranhão). A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, para isso basta entrar em contato pelo telefone abaixo. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora. Informamos que os riscos e desconfortos relativos a sua participação na pesquisa, são mínimos, e podem relacionarem-se a dificuldades pessoais para expressar suas concepções além de comportamentos decorrentes de inseguranças e barreiras defensivas. Nesse sentido, a pesquisadora fará o possível para minimizá-los. A sua participação não lhe trará nenhum custo ou quaisquer compensações pessoais ou financeiras. Asseguramos que todas suas informações serão mantidas confidencialmente, que seu nome será mantido em sigilo e as suas informações aparecerão no relatório da pesquisa e nas publicações de forma anônima. Os resultados serão divulgados somente em publicações científicas e acadêmicas. Você pode solicitar questionamentos sobre a pesquisa, sempre que achar necessário para isso basta entrar em contato com as pesquisadoras: Profa. Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Centro Pedagógico Paulo Freire, sala 108- Sul, Campus Universitário, Bacanga, São Luís- MA, pelo telefone (98)32729700 ou (98) 988919782 ou pelo e-mail: fgeorginasousa@hotmail.com e Enfa. Jéssica Sâmia Silva Torres no Hospital Universitário Materno Infantil, Rua Silva Jardim, S/N, Centro, São Luís – MA, pelo telefone (98) 98140-7511 ou pelo e-mail: samia_520@hotmail.com. Em caso de dúvidas éticas, contatar com a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, na Rua Barão de Itapary, 227 – centro, telefone (98) 2109-1250. Este termo será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma delas com você e a outra arquivada com o pesquisador.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Atitudes de Enfermeiros nos Cuidados com Famílias no Contexto do Parto e Puerpério Imediato” na condição de participante. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade.

São Luís, ____ de _____ de _____.

Pesquisadora

Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa
Orientadora

Pesquisadora

Enfa. Jéssica Sâmia Silva Torres

Participante

ANEXOS

ANEXO 1 - A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)

Assinale com um [X] a resposta que melhor descreve o seu pensamento em cada uma das afirmações abaixo:

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente
1. É importante saber quem são os membros da família do paciente				
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho				
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho				
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem ao paciente				
5. A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o)				
6. No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao paciente				
7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança				
8. Não tenho tempo para cuidar das famílias				
9. Discutir com os membros da família durante o primeiro contato, sobre o processo de cuidados, poupa-me tempo no meu trabalho futuro				
10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho				
11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao paciente				
12. Procuro sempre saber quem são os membros da família do paciente				
13. A presença de membros da família é importante para os próprios membros da família				
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados				
15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao paciente				

16. Pergunto às famílias como posso ajudá-las				
17. Encorajo as famílias a utilizar 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 falar sobre as alterações no estado do paciente				
20. O meu envolvimento com as famílias faz com que me sinta útil				
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho				
22. É importante dedicar tempo às famílias				
23. A presença de membros da família faz-me sentir avaliado(a)				
24. Convido os membros da família a opinar quanto ao planeamento dos cuidados				
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação				
26. A presença de membros da família deixa-me estressado				

Faça aqui seu Comentário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA OS PROCESSOS DE CUIDADOS: ATITUDES DE ENFERMEIROS NOS CONTEXTOS HOSPITALAR E DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Andréa Cristina Oliveira Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46389315.6.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.249.885

Apresentação do Projeto:

No Cuidado Centrado na Família os familiares colaboram com os processos de tomada de decisão, mas necessitam estarem envolvidos em uma comunicação aberta e honesta com os prestadores de cuidados e o cuidado precisa apoiar-se nas crenças, cultura, tradições e estrutura familiar. Dessa forma, a proximidade, a reciprocidade e o compromisso são atributos essenciais dos profissionais para o Cuidado Centrado na Família. A enfermagem assume o compromisso de incluir a família nos cuidados de saúde ao mesmo tempo em que reconhece que da relação enfermeiro/família surgem estratégias e recursos que capacitam a família a adquirir competências para responder aos seus problemas de saúde. Para isso alguns comportamentos como vínculo, parceria, escuta e comunicação qualificada assim como relações horizontais são atitudes positivas dos enfermeiros que contribuem para o envolvimento e o engajamento das famílias nos cuidados em saúde. Questiona-se, portanto: Quais atitudes são adotadas pelo enfermeiro para valorização da família no cuidado saúde-doença? Para responder a esta pergunta elaborou-se os seguintes objetivos: Identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado segundo as dimensões da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE); Estabelecer a relação entre as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado com o contexto, tempo de exercício

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 1.249.885

profissional e titulação dos enfermeiros; Descrever as atitudes que contribuem para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros. A pesquisa será guiada pela abordagem quantitativa, transversal, descritiva e correlacional, com enfermeiros do contexto hospitalar e da atenção básica por meio de dois instrumentos: o primeiro sociodemográfico para identificar o perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa e o segundo que para mensurar as atitudes dos enfermeiros frente ao cuidado com famílias. A pesquisa foi planejada para ser executada no período de junho de 2015 a junho de 2017 e espera-se que os resultados permitam oportunidades para formação de enfermeiros na área dos cuidados à família e disponibilização de informação credível na referida área de conhecimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado segundo as dimensões da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE); - Estabelecer a relação entre as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado com o contexto, tempo de exercício profissional e titulação dos enfermeiros; - Descrever as atitudes que contribuem para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos e desconfortos relativos aos participantes da pesquisa, são mínimos, e podem relacionarem-se a dificuldades pessoais para expressar suas concepções além de comportamentos decorrentes de inseguranças e barreiras defensivas. Nesse sentido, a pesquisadora fará o possível para minimizá-los.

Benefícios:

Prover a aproximação do enfermeiro aos conhecimentos e estratégias de Enfermagem da Família para ampliar a sua maneira de trabalhar com famílias, modificando seu padrão de prática habitual para uma abordagem mais centrada na família. Ainda nessa direção, o enfermeiro sensibilizado é capaz de considerar a importância da família para o cuidado de enfermagem e a importância do cuidado da família e suas experiências de saúde e doença (BENZEIN, ARESTEDT, JONHANSSON, SAVERMAN, 2008).

Com esta pesquisa pretende-se promover uma melhoria nos cuidados de enfermagem com as famílias, proporcionando momentos de reflexão sobre a prática profissional e considerando que a

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA**



Continuação do Parecer: 1.249.885

mudança de comportamento pode ser alcançada por meio do conhecimento e disponibilização de informação credível na área da enfermagem de família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum comentário ou comentário sobre a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória são apresentados.

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pelo pesquisador e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_490739.pdf	24/08/2015 18:15:58		Aceito
Outros	Autorizacao_Tarquínio_Lopes.docx	24/08/2015 18:11:24	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_Nina_Rodrigues.docx	24/08/2015 18:10:48	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_Marly_Sarney.docx	24/08/2015 18:09:53	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_Juvencio_Mattos.docx	24/08/2015 18:09:16	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_COMIC.docx	24/08/2015 18:08:44	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.docx	24/08/2015 17:49:10	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer_pendente.docx	24/08/2015 17:39:41	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FAMILIAS_CEP_UFMA.pdf	24/08/2015 17:38:26	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FAMILIAS_CEP_UFMA.doc	24/08/2015 17:38:02	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética

CEP: 65.080-040

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 1.249.885

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.docx	24/08/2015 17:30:18	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
---	---	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 29 de Setembro de 2015

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)