



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



RODSON GLAUBER RIBEIRO CHAVES

**IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS: ATITUDES DE
ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**SÃO LUÍS
2017**



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



RODSON GLAUBER RIBEIRO CHAVES

**IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS: ATITUDES DE
ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa.

SÃO LUÍS

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/ Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/ UFMA

Chaves, Rodson Glauber Ribeiro.

Importância da família no processo de cuidados: atitudes de enfermeiros no contexto da Unidade de Terapia Intensiva / Rodson Glauber Ribeiro Chaves. – 2017. 85 p.

Orientador (a): Francisca Georgina Macedo Sousa. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCBS, Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUIS: UFMA/ MAENF, 2017.

1. Cuidados Críticos. 2. Enfermagem de Família. 3. Enfermagem Familiar. I. Sousa, Francisca Georgina Macedo. II. Título.

RODSON GLAUBER RIBEIRO CHAVES

IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS: ATITUDES DE ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa (**Orientadora**)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Sirliane de Souza Paiva (**1º Membro**)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Andrea Cristina Oliveira Silva (**2º Membro**)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes (**1º Membro Suplente**)
Escola Superior de Enfermagem do Porto – ESEP/Portugal

Profa. Dra. Santana de Maria Alves de Sousa (**2º Membro suplente**)
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

A Deus, por estar sempre ao meu lado me dando força para superar os momentos difíceis e sabedoria para compreendê-los. A Ti Senhor, por fazer deste sonho uma realidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque amou o mundo de tal maneira que deu seu Filho unigênito, para que todo o que nele crê não pereça, mas tenha a vida eterna (João 3.16);

À Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade de fazer parte desse espaço de discussão da ciência da Enfermagem;

Aos docentes e à Coordenação do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo conhecimento construído ao longo do Mestrado, que me oportunizaram ampliar a visão sobre pesquisa e de temas tão relevantes para minha formação acadêmica e profissional;

À minha orientadora, a professora Francisca Georgina Macedo de Sousa pela dedicação e participação significativa nesta pesquisa, e pelas exigências técnicas, científicas e éticas do exercício da profissão do Enfermeiro. A ela meu eterno carinho e admiração a quem respeito e admiro pelo brilhantismo profissional. Obrigado pelo apoio, incentivo, oportunidade e confiança;

À minha família, meus pais Luís Henrique Chaves, Maria do Socorro da Silva Ribeiro, João Ribeiro de Araújo; meus avós maternos José Ribamar Ribeiro (*in memória*) e Valdeci da Silva Ribeiro; aos meus tios Antônio Carlos Ribeiro, Conceição de Maria Ribeiro, Luís Carlos Ribeiro, Sâmia Chaves, Suelma Chaves, Lívia Helena, Manuel da Vera Cruz; meus irmãos Helena Cristina Ribeiro, Emerson Glauber Ribeiro, Marcos Henrique Ribeiro; aos meus sobrinhos Elias Ribeiro Espindola, Heitor Ribeiro Espindola, João Ribeiro;

À minha esposa Elen Diana Lopes Ribeiro, por quem tenho eternos agradecimentos pelos carinhos e estímulos a mim fornecidos para vencer mais essa etapa;

À minha filha Ana Clara, pelos sorrisos, carinhos e travessuras. Obrigado por existir;

A Mildred Abrantes, Micheline Abrantes e famílias, pelo carinho, dedicação, paciência;

Aos amigos do Mestrado Jéssica Sâmia Silva Torres e Mara Julyete Arraes Jardim, pelo apoio, companheirismo e amizade construída. O incentivo de vocês foi essencial para meu crescimento profissional;

A Cristiane Michele Sampaio Cutrim, pelo carinho em tudo. Obrigado por compartilhar comigo o processo de coleta de dados da pesquisa. A sua colaboração e ajuda foi primordial;

E em especial, os meus sinceros agradecimentos a todos os enfermeiros, que gentilmente dedicaram tempo para contribuir com esta pesquisa.

*O enfermeiro age em relação à família
com base no significado que família e
cuidar tem para ele.*

(Margareth Ângelo, 2003).

CHAVES, R.G.R. Importância da Família no Processo de Cuidados: atitudes de enfermeiros no contexto da Unidade de Terapia Intensiva. 85f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

Orientadora: Profa. Dra. Francisca Georgina M. de Sousa

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

RESUMO

Introdução: cuidar da família no âmbito da enfermagem assegura o planejamento do cuidado em torno desse grupo social e fundamenta-se na parceria que beneficia ao mesmo tempo profissionais, pacientes e famílias com contribuições significativas para a qualidade e a segurança do cuidado, ao mesmo tempo em que demanda para a enfermagem o reconhecimento de que todos os membros da família sejam reconhecidos como receptores de atenção. **Objetivo:** identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidados segundo as dimensões da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE) no contexto da terapia intensiva. **Metodologia:** estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa com a população de 43 enfermeiros intensivistas de duas instituições públicas de saúde localizadas em São Luís - Maranhão. A coleta de dados foi realizada no período de maio a setembro de 2016 apoiada pela escala *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (IFCE-AE)*. A escala IFCE-AE é de autopreenchimento do tipo *Likert* composta por 26 itens com quatro 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 pontos. As atitudes dos enfermeiros frente a importância da família nas relações de cuidados foram categorizadas em três dimensões independentes como definida pela IFCE-AE: Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, família: recurso nos cuidados de enfermagem e a família fardo. Os dados coletados foram inseridos em base de dados utilizando o Programa Microsoft Access® e posteriormente analisados pelo software STATA® 12.1 e os resultados apresentados segundo as atitudes de cada dimensão da IFCE-AE por meio da média dos escores. **Resultados:** segundo a Escala IFCE-AE os enfermeiros apresentaram atitudes de cuidado à família, considerando que a média total do escore foi de 75,1 pontos. Quando categorizados por dimensão a média da dimensão Família parceiro dialogante e recurso de *coping* foi de 34,4 pontos; na dimensão Família recurso nos cuidados de enfermagem a média foi de 30,0 pontos e na dimensão Família Fardo a média foi 10,06 pontos. Estes resultados sugerem que os enfermeiros do estudo reconhecem a importância da família no cuidado. Quanto as atitudes do enfermeiro na valorização da família na Dimensão Família parceiro dialogante e recurso de *coping* 72,1% concordaram que discutir sobre o processo de cuidados com os membros da família no primeiro contato poupa tempo em seu trabalho futuro e 83,7% procuravam sempre saber quem eram os membros da família do paciente. As principais atitudes na dimensão Família recurso nos cuidados de enfermagem 97,68% dos enfermeiros afirmaram que é importante saber quem eram os membros da família do paciente; 100% concordaram que uma boa relação com os membros da família lhes davam satisfação no trabalho; 81,39 % citam que a presença de membros da família era importante para eles como enfermeira (o); na Dimensão Família fardo 65,12% dos enfermeiros discordaram que a presença de membros da família dificultava o seu trabalho. **Conclusão:** De acordo

com as atitudes dos enfermeiros as características que determinam cuidados pautados em relações horizontais, verticais e complementares são marcadas pela abertura de novas e diversas opiniões assim como para o acolhimento das mesmas e envolve a capacidade de valorizar as experiências dos familiares, flexibilidade, tolerância e pensamento reflexivo.

Descritores: Enfermagem Familiar. Enfermagem de Família. Cuidados Críticos.

CHAVES, R.G.R. Importance of Family in the Care Process: nurses' attitudes in the context of Intensive Care Unit. 85f. 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: taking care of the family within the scope of nursing assures the care planning around this social group and is based on partnership which benefits at the same time professionals, patients and families with significant contributions towards the quality and safety of care, whilst it demands for nursing the recognition that all family members are recognized as attention receivers. **Objective:** identifying demeanors of nurses about the importance of families in the process of care according to the dimensions of the Scale Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes in the context of intensive therapy. **Methodology:** transversal and descriptive study with quantitative approach of the population of 43 intensivists nurses from two public health institutions located in São Luís, Maranhão. Data collection was carried out from May to September 2016 supported by the scale Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (IFCE-AE). The IFCE-AE scale is auto fill Likert type composed of 26 items with four answer options (completely disagree, disagree, agree, and completely agree). The score of each item varies from 1 to 4 and of the complete scale IFCE-AE from 26 to 104 points. The attitudes of nurses face the importance of family care relations were categorized into three independent dimensions as defined by IFCE-AE: Family: dialogue partner and coping resource, family: resource in nursing care and family burden. The collected data were inserted in database using Microsoft Access ® Program and subsequently analyzed by the software STATA ® 12.1 and the results presented according to the attitudes of each dimension of IFCE-AE through the scores average. **Results:** according to the IFCE-AE scale nurses showed attitudes of family care, considering the total average score was 75.1 points. When categorized by dimension the average of the family dialogue partner and coping resource was 34.4 points; in the Family resource dimension of nursing care, the score was 30.0 points and in the Family Burden the average was 10.06 points. These results suggest that the nurses of the study recognize the importance of family care. Regarding the Family dialogue partner dimension and coping resource concerning to attitudes showed that 72.1% agreed to discuss with family members during the first contact, about the care process, it saves time in future work; 83.7% always sought to know who were the family members of the patient; the main attitudes on Family dimension: nursing care resources; 97.68% of nurses accept/stated that it is important to know who were the family members of the patient; 100% agreed that a good relationship with the members of the family would give them job satisfaction; 81.39% cite the presence of family members was important to them as a nurse; In the Family burden dimension 65.12% of observed nurses disagreed that the presence of family members makes their work difficult. **Conclusion:** According to nurses attitudes, it was observed that the characteristics that determine care guided by horizontal, vertical and complementary relationships are marked by the opening of new and diverse opinions as well as by the reception of them and involve the ability to value the experiences of family members, flexibility, tolerance and reflective thought.

Descriptors: Family Nursing. Nursing of Family. Critical Care.

LISTA DE SIGLAS

CCF	Cuidado Centrado na Família
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COMIC/ HUUFMA	Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCF	Instituto de Cuidado Centrado na Família
IFCE-AE	A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros
GEPSFCA	Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
MCAF	Modelo Calgary de Avaliação da Família
N	Frequência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UCI	Unidade de Cuidados Intermediário
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização de Enfermeiros quanto sexo, idade e habilitação acadêmica. São Luís, MA, Brasil, 2016.....	36
Tabela 2	Caracterização de Enfermeiros quanto a Experiência Profissional, Unidade de Trabalho e Vínculo Laboral. São Luís, MA, Brasil, 2016.....	37
Tabela 3	Caracterização da população de Enfermeiros quanto a ter o Curso de Enfermagem de Família e/ou Disciplina com Conteúdo de Enfermagem de Família na Graduação e na Pós-Graduação. São Luís, MA, Brasil, 2016.....	38
Tabela 4	Atitudes dos Enfermeiros em face da importância das famílias segundo a Escala IFCE-AE e das dimensões, São Luís- MA, 2016.....	40
Tabela 5	Atitudes dos enfermeiros em relação à Dimensão Família parceiro dialogante e recurso de <i> coping </i> no contexto da Terapia Intensiva. São Luís – MA, 2016.....	42
Tabela 6	Atitudes dos enfermeiros em relação à dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem no contexto da Terapia Intensiva, São Luís- MA. 2016	49
Tabela 7	Atitudes dos enfermeiros em relação à dimensão Família: fardo no contexto da Terapia Intensiva, São Luís- MA, 2016.....	54

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	Família: conjecturas conceituais	21
3.2	Cuidado de Enfermagem de Família	23
3.3	Unidade de Terapia Intensiva	25
3.4	Cuidado Centrado na Família	29
4	METODOLOGIA	31
4.1	Tipo de Estudo	31
4.2	Local do Estudo	31
4.3	População	31
4.4	Instrumentos para coleta de dados	32
4.4.1	Instrumento 1: Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros - IFCE-AE.....	32
4.4.2	Instrumento 2: Questionário Sociodemográfico	33
4.5	Estratégias para a Coleta de Dados	33
4.6	Análise dos dados	34
4.7	Período da Pesquisa	35
4.8	Aspectos Administrativos e Éticos	35
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1	Perfil Sócio Demográfica e Profissional dos Enfermeiros em Estudo	36
5.2	Caracterizações das Atitudes dos Enfermeiros segundo a escala IFCE- AE	42
6	CONCLUSÃO	57
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICES	68
	ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO

A família é a primeira unidade da sociedade, a matriz de identidade, o elo dos afetos e tem como função básica o suporte e a proteção dos seus membros em qualquer situação, principalmente em casos de doença. Diante de um processo de adoecimento, a família utiliza diversos recursos para assegurar o apoio e a resposta às necessidades específicas dos seus membros. Assim, se entende que a doença de uma pessoa tem impacto sobre todo o funcionamento familiar, da mesma forma que cada membro é afetado individualmente particularmente (MARTINS, 2010).

Entretanto, Ângelo *et al.* (2014) comentam que no meio hospitalar a família é muitas vezes esquecida ou ignorada, ou se é lembrada, é apenas vista como um recurso para o cuidado. Opondo-se a essa condição, há de se considerar que a família exerce papel significativo e deve ser parte integrante da intervenção em saúde em qualquer fase da doença e em todos os contextos da assistência, o que aponta para a relevância entre o cuidado ao indivíduo e seu contexto familiar, como fator indispensável ao cuidado integral da pessoa.

Ao considerar os contextos assistenciais, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) configura-se como importante espaço para intervenção de enfermagem em família, pois é caracterizado como possibilidade de perdas, danos e mortes (ZANETTI, STUM, UBESSI, 2013). A UTI considerada como ambiente com características específicas o que a diferencia de outras unidades cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade no doente, no familiar e nos profissionais que ali desempenham suas atividades (SILVA *et al.*, 2012). Para as autoras, a internação na UTI rompe bruscamente com o modo de viver do paciente e de seus familiares, pois este sente-se impedido de manter sua identidade, seus valores, sua autonomia, levando-o à incapacidade de tomar decisões e de se auto cuidar, deixando de ser singular e passando a ser tratado como objeto.

Na mesma direção, Saiote, Mendes (2011) adverte que em decorrência do grande aporte tecnológico imediato, muitas vezes torna-se difícil o contato inicial com os familiares, o que contribui para o entendimento da UTI como local em que predomina a frieza e a atuação desumana e distante. Entretanto, a interação com as famílias necessita se dar desde o momento da internação do doente, proporcionando-lhes atenção, oportunidade de dialogar e de esclarecer dúvidas.

Cabe ao enfermeiro o compromisso e a responsabilidade de incluir as famílias nos cuidados de saúde, pois o significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga este profissional a considerar a assistência centrada na família como parte integrante da prática de enfermagem (PREDEBON *et al.*, 2011).

Wright e Leahey (2011) citam 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. Do mesmo modo, John e Flowers (2009, p. 54) advertem “que quando a enfermagem centra sua prática na unidade familiar, responde às necessidades da família face a doença ou ameaça a saúde de um membro, em vez de focar apenas no indivíduo e em sua condição afetiva”.

Para Pinto *et al.* (2010), 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 utilizada para promover o planejamento, a prestação e a avaliação do cuidado em saúde fundamentada em uma parceria que beneficia ao mesmo tempo profissionais, pacientes e famílias, e ainda garante o planejamento do cuidado em torno da família e que todos os seus membros sejam reconhecidos como receptores de atenção e com as contribuições significativas para a qualidade e a segurança do cuidado (JOHNSON; ABRAHAM; SHELTON, 2009).

O CCF é uma abordagem enraizada na crença de que os resultados ideais de saúde são alcançados quando os familiares dos pacientes desempenham papel ativo (GOODING *et al.*, 2011) e colaboram com os processos de tomada de decisão. Mas para tanto, necessitam estar envolvidos em uma comunicação aberta e honesta com os prestadores de cuidados e que o cuidado esteja apoiado em crenças, cultura, tradições e estrutura familiar. Nesse modelo, a proximidade, a reciprocidade e o compromisso são atributos essenciais dos profissionais. Entretanto, as famílias vivenciam o domínio profissional nas relações de cuidado que as privam de participarem ativamente do processo de cuidado.

Para a mudança de modelo será necessário um 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.

Convém ressaltar que ao intervir na família, o enfermeiro é visto como agente promotor da mudança e que seus conhecimentos, após os momentos de crise que provocam flutuações na unidade familiar, têm como objetivo alcançar um novo nível de estabilidade, pois nas conversações terapêuticas este profissional procura promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar.

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:

- 1) A dignidade e o respeito são exercitados pela capacidade de os profissionais ouvirem e respeitarem as escolhas e perspectivas do paciente e da família;
- 2) Conhecimento, valores, crenças e cultura do paciente e da família são incorporados na perspectiva do cuidado;
- 3) Informação compartilhada por meio da qual os profissionais comunicam e dividem as informações de forma completa e oportuna com pacientes e família;
- 4) A participação é utilizada como estratégia para encorajar a família a participar do cuidado e da tomada de decisão;
- 5) Colaboração em que pacientes e famílias são incluídos no desenvolvimento, implantação e avaliação das políticas e programas visando, sobretudo, facilitar o processo de cuidado e a educação profissional.

A partir desses princípios, o CCF 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 independente do ciclo vital em que se encontram, embora haja a compreensão de que as necessidades se diferenciam em cada um deles. Esta filosofia crê essencialmente que ao envolver a família nos cuidados, a enfermagem irá disponibilizar e prestar cuidados de excelência.

A Enfermagem de Família é percebida por Wright e Leahey (2011) 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 à 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 e tendo a família como contexto. Nesse nível a família é considerada um recurso, sobretudo no planejamento da alta. No segundo nível, a família é vista como a soma dos seus membros individuais e os cuidados são prestados a todos os elementos da família. O último nível, ou seja, o mais avançado é o sistêmico, no qual a família é compreendida como um todo ou 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 e a 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 o foco pode ser dois ou mais níveis do subsistema, que inclui indivíduos, relacionamentos e famílias.

Há nesse modelo um componente importante – a atitude - que para Ângelo *et al* (2014), envolve uma dimensão afetiva, cognitiva e comportamental, sendo considerada uma resposta a um estímulo. Para a autora, a presença da família no ambiente de cuidado em saúde é o estímulo necessário para desencadear

as atitudes que o enfermeiro assumirá para com ela, estando pautadas em sentimentos e emoções (componente afetivo), pensamentos e crenças (componente cognitivo), e nas tendências para reagir (componente comportamental).

Na contemporaneidade em que o contexto social é caracterizado por novas necessidades de saúde, a prática profissional centrada na família implica a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social que o rodeiam e na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados, a qualidade destes cuidados é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem (ARAÚJO, 2010). As atitudes ajudam a explicar as decisões e as ações das pessoas, e por meio das atitudes dos enfermeiros face à família, será possível identificar as áreas suscetíveis de intervenção, para que a atuação dos enfermeiros seja a mais dirigida e efetiva possível (RODRIGUES, 2013).

Estas assertivas nos fez questionar: Que atitudes são adotadas pelo enfermeiro para valorização da família no contexto do Cuidado em Terapia Intensiva?

A escolha do tema do cuidado com famílias foi pautado na minha experiência profissional como enfermeiro em UTI para adultos, contexto no qual são introduzidas inovações tecnológicas constantemente por meio de equipamentos como alternativas para a organização do próprio trabalho, contudo, as condições para desenvolver o processo de trabalho com os pacientes e familiares não acompanharam essa evolução. Desse modo, a busca de conhecimento e inovação sobre o cuidado da família no espaço da UTI torna-se necessária. A opção pelo cenário da UTI nessa pesquisa partiu da minha experiência como enfermeiro nesse setor onde desenvolvi minhas atividades profissionais por dois anos. Optei por desenvolver uma pesquisa que não se limitasse a descrever as doenças amplamente explorado na literatura, e sim desenvolver uma investigação sobre as atitudes que contribuem e/ou implicam para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros.

De acordo com Ângelo *et al.* (2014), reconhece-se 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 ainda um amplo campo para investigação. Portanto, a opção por estudar o tema decorreu do entendimento de que os resultados e conclusões servirão como reflexão que poderão contribuir para subsidiar o agir da equipe de enfermagem frente a cuidados da família de pacientes internados na UTI. Compreendo ainda que ao lidar com a família, é necessária a realização de estudos que contemplem essa abordagem, firmando um cuidar na dimensão familiar, tendo como foco as mudanças não somente na prática assistencial, como também no entendimento dos enfermeiros no cuidado centrado na família e nas necessidades de seus familiares de modo individualizado e ao mesmo tempo coletivo.

A relevância da pesquisa se pauta na necessidade de mais estudos que tenham como foco o cuidado centrado na família, subsidiando novas informações para que assim haja uma maior produção de conhecimento, estimulando os enfermeiros a pensar e conhecer mais sobre o assunto para então subsidiar um cuidado baseado em individualidades e nas diferentes dimensões familiares.

2 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);
- ✓ Descrever as atitudes que contribuem e/ou implicam para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para sustentação teórica do objeto da investigação, definido como que atitudes são adotadas pelo enfermeiro para valorização da família no contexto do Cuidado em Terapia Intensiva, o marco conceitual foi desenvolvido a partir dos seguintes conceitos: família: conjecturas conceituais, Cuidado de Enfermagem de Família, Unidade de Terapia Intensiva, Cuidado Centrado na Família.

3.1 Família: conjecturas conceituais

Atualmente, a definição de família tem sido dada pelos seus próprios membros, e as suas ações não se restringem ao corpo biológico, tendo em vista que o apoio emocional, social e de desenvolvimento são considerados componentes do cuidado à saúde. Assim, a família pode ser reconhecida como a família nuclear, formada pelos pais e seus filhos, ou expandida, incluindo outras pessoas consideradas da família, independentemente dos laços consanguíneos ou parentais (OLIVEIRA, 2009).

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2012), família é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar.

Em virtude das enormes mudanças das estruturas políticas, econômicas e sociais da sociedade moderna, despontam novas formas de convívio, acarretando uma completa reformulação do conceito de família nesta realidade mundial globalizada. Diante disso, o elemento caracterizador da família atual não deve estar relacionado ao casamento, às relações de sangue, e muito menos na diferença de sexo do par, e sim na comunhão espiritual e de vida verdadeira que une as pessoas com mesmo objetivo de vida e comprometimento mútuo (BOENTE, 2012).

Segundo Dias (2011, p. 42),

A cara da família moderna mudou, visto que esta deixou de ser algo padrão, na qual tínhamos o pai como chefe do lar, a mãe como dona de casa, possuindo a obrigação de cuidar da casa e dos filhos, e por último os filhos, que seriam os descendentes. Passando para um novo conceito, pois a família não mais é identificada como união entre pessoas de sexo opostos, mas reconhecida por meio de vínculo afetivo capaz de unir as pessoas que possuem projetos e propósitos semelhantes, a mesma autora afirma que a

família de hoje já não se condiciona aos paradigmas originários: casamento, sexo e procriação.

Martins, Fernandes, Gonçalves (2012) comentam sobre a evolução de várias situações históricas e socioculturais que levaram a família à diversidade de transformações, traduzidas em mudanças em sua estrutura, papéis e funções, entre as novas formas de organização familiar comumente observadas, destacam-se as famílias monoparentais e as famílias reconstituídas, que incluem adultos e crianças sem laços sanguíneos, na família, não importa que tipo seja, as pessoas crescem, nutrem-se física, psicológica e socialmente, ganham um sentido de si e de coletividade enquanto uma unidade cultural familiar; cultivam crenças e valores acerca da vida e progredem ao longo do ciclo vital, até a sua terminalidade.

Para Cerqueira (2010), a família desempenha um papel fundamental no contexto social e cultural, que é constituído de uma teia de laços sanguíneos e sobretudo de laços subjetivos, rodeado de uma certa complexidade. É uma entidade que não se fecha sobre si mesma, é dinâmica e interage com as transformações de cada sociedade, não se resigna a uma instituição padronizada e baseia-se em princípios morais e psicológicos.

Também, é na família que se recebe suporte material e psicológico em situações de maior estresse pessoal, pelo que, enquanto valor, a família ocupa um lugar primordial na vida dos indivíduos seja na saúde, na doença, na alegria ou nas adversidades. Porém, em meio hospitalar a família é tantas vezes esquecida ou desconhecida, ou se é lembrada, é apenas vista como um recurso (MELLO, ICHISATO, MARCON, 2012).

De acordo com Figueiredo (2012), a família contemporânea é agregada pela necessidade de afeto, constitui uma unidade básica na construção emocional do ser humano, transformando-o num ser relacional e social.

É através da família que o ser humano aprende a pensar, a agir, a reagir por meio de conceitos éticos, morais, religiosos e sociais, que lhe são instituídos, construindo desta forma a sua personalidade, forma de ser e de estar, diante da sociedade em que está inserido. De modo geral, é na família que o indivíduo consegue receber todo o apoio afetivo, psicológico, valores humanos, éticos, culturais, sociais e cívicos, sendo estas características fundamentais para o seu desenvolvimento físico e mental (SAIOTE, 2010).

Os papéis dos membros da família são definidos como expectativa de comportamentos, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição, e que, reportando-se aos padrões de comportamento, assumem-se como componentes de organização familiar (FIGUEIREDO, 2012).

Entretanto, cada família adequa os papéis familiares e os componentes esperados dos seus elementos, tendo em conta a estrutura e as forças internas e externas à unidade familiar, sendo que deve existir alguma flexibilidade e a possibilidade de troca ocasional dos papéis interiorizados por determinado membro de uma família (MONTEIRO, 2010).

As tarefas de desenvolvimento da família não estão somente ligadas às características individuais dos elementos que a compõem, mas também estão relacionadas com a pressão social para o desempenho adequado das funções e das tarefas essenciais para a continuidade do sistema familiar. As tarefas parenterais concretizam-se em função das necessidades particulares dos filhos, mas também para responder às expectativas sociais atribuídas aos pais (SOUSA, 2011).

Para Figueiredo (2012) o sistema de valores desenvolvido pela família é patenteado pelas crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, influencia também a forma como se desenvolvem os processos de saúde dos mesmos, na medida em que a família protege a saúde dos seus membros nas vertentes física e psicológica, dando apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença.

3.2 Cuidado de Enfermagem de Família

A relação com as famílias esteve sempre presente nos cuidados de enfermagem. Para Wright e Leahey (2011), a enfermagem surgiu nas casas dos pacientes, evidenciando-se o reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor da saúde dos seus subsistemas e conseqüentemente da saúde global.

O acolhimento das famílias das pessoas internadas em hospitais e a promoção de práticas que incluíam os membros da família demonstram que, desde o início da enfermagem, houve a preocupação em incluir a família como foco de atenção dos cuidados (FIGUEIREDO, 2012).

Segundo Backes, Erdmann, Büscher (2012), para que o cuidado de enfermagem à família aconteça é necessário que exista compreensão, acolhimento,

escuta qualificada e formação de vínculos de confiança, capazes de estabelecer as interconexões que envolvem o processo de saúde/doença.

O Cuidado Centrado na Família tem como objetivo promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e famílias, e restabelecer seu controle e dignidade. Bem mais do que ter a família como foco do cuidado, deve-se enfatizar que os seus integrantes possuem competências individuais na tomada de decisões (PINTO *et al.*, 2010).

O enfoque da enfermagem de família é nas relações e interações, em que a finalidade da intervenção é a mudança, em uma perspectiva dinâmica em parceria com a família, visando apoiá-la na busca de soluções para os problemas identificados, englobando-a no planejamento e execução das intervenções. O objetivo da enfermagem de família centra-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável durante os seus processos de mudança (FIGUEIREDO, MARTINS, 2009).

Mello, Ichisato, Marcon (2012) apontam que a enfermagem tem o dever de inserir as famílias nos cuidados de saúde. É incontestável, tanto na teoria como na prática, o valor que a família tem para a perfeita satisfação física e psíquica e a saúde de seus membros além de influenciar sobre a doença.

Desse modo, a assistência centrada na família deve fazer parte da prática de enfermagem. O profissional deve estar sensibilizado para relacionar os conhecimentos adquiridos no contexto familiar construindo um instrumento de intervenção para atuar junto à família, reconhecendo que a saúde física e psíquica tem relevância no seu funcionamento, pois o contexto familiar influencia na saúde do indivíduo e a saúde do indivíduo influencia a família. O modo como os membros vão enfrentar o estado de doença depende da interação entre cultura e classe social. É imprescindível a sensibilidade do profissional às diferenças sociais e às variadas culturas, pois elas reproduzem o funcionamento e saúde da família.

A enfermagem deve possibilitar que os familiares expressem suas dúvidas, sofrimentos e medos, criando um espaço para o debate de práticas e caminhos para o cuidado que resguarde a dignidade dos indivíduos. A capacidade de compreensão dos profissionais sobre as práticas do cuidado ajuda a família a se fortificar na prática do cuidado de seus membros sem desprezar que também precisa ser cuidada.

O profissional deve estar atento à expressão da linguagem não verbal dos familiares, mostrando-se receptivo diante da solicitação de ajuda no cuidado da pessoa doente. Essa postura mostra a capacidade empática do enfermeiro em enfrentar o desconforto relacionado à doença e também a possibilidade de partilhar os conhecimentos técnicos, criando um instrumento para trabalhar com a família e reconhecendo a condição humana de cada membro (MARTINS *et al.*, 2012).

A família está no foco de cuidados de enfermagem, e como tal deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem sofrido alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e capacidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se inserem (MARTINS, FERNANDES, GONÇALVES, 2012).

Neste sentido, para a compreensão da família como unidade, é essencial os seus conceitos por meio do paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, mutualidade e multidimensionalidade, que considera tanto a autenticidade da família quanto a do contexto onde está inserida essa família.

O processo de envolvimento da família nos cuidados deve ser bem acompanhado pelo enfermeiro, não devendo este sentir-se ameaçado pela presença do familiar, mas também não devendo ver no familiar o substituto para algumas das suas funções. A relação de parceria deve ser negociada e muito bem definida entre as partes envolvidas, só assim poderá ser uma parceria eficaz e positiva (MARTINS, 2010).

Para Figueiredo (2012), a profissão de enfermagem, para estar consciente da sua prática de cuidar, não pode abster-se de situar a sua abordagem dos cuidados em ligação com o longo percurso do passado: o das mulheres que cuidam. As raízes deste passado remontam inicialmente à prática de cuidar de todas as que, do nascimento à morte, exerciam a manutenção de tudo o que assegura e permite o desenvolvimento da vida de seu paciente.

3.3 Unidade de Terapia Intensiva

O conceito de Unidade de Tratamento Intensivo nos remete, inicialmente, a doenças graves, a grande densidade tecnológica e a equipes altamente qualificadas. Os cuidados ali dispensados abrangem uma vigilância constante do paciente, por uma equipe multidisciplinar, e o uso de sofisticadas tecnologias, na

busca do reestabelecimento da saúde (SILVA, CAMPOS, PEREIRA, 2011). Ao mesmo tempo, tais unidades têm sido correlacionadas à terminalidade e, conseqüentemente, à morte.

Sem dúvida, a UTI é o domínio hospitalar mais comumente associado à morte (FRIZON *et al.*, 2011). A admissão de um paciente neste setor, na maioria das vezes, é vista como um indício da gravidade de seu estado e, portanto, supõe uma forte possibilidade de que o desfecho seja a morte (SILVA, CAMPOS, PEREIRA, 2011).

A ideia da UTI como uma unidade de monitoração de pacientes graves foi idealizada pela enfermeira Florence Nightingale, que em 1854 transformou a forma de cuidados de enfermagem dispensados aos soldados feridos na Guerra da Criméia, reduzindo enormemente as taxas de mortalidade (BARBOSA, BRASIL, 2010).

Nessa época, as precárias condições da hospitalização geravam alta mortalidade entre os 4000 soldados hospitalizados, com índices de óbito atingindo os 40%. Florence, ao assumir o atendimento aos feridos nos Campos de Scurati, adotou cuidados simples, como reformas no ambiente e medidas de higiene, derrubando a mortalidade para 2%. Respeitada e adorada, ela tornou-se importante personagem de uma conduta terapêutica sendo referência entre os combatentes (WEIL; TANG, 2011).

Conforme Barbosa, Brasil, (2010) cita que Florence Nightingale foi uma das figuras centrais no desenvolvimento do conceito de cuidados intensivos. Seguramente sua atuação foi a primeira ação efetiva na direção do que seria hoje chamado de UTI.

Deste modo, pode-se dizer que a UTI representa, tanto na dimensão do significado simbólico quanto na prática, a preocupação contemporânea com a cura e com o prolongamento e/ou manutenção da vida. Por tal, o trabalho nesse setor requer contínua capacitação e formação dos profissionais, na intenção de se contemplar, para além dos questionamentos técnicos e das melhores evidências, também as questões relativas às conseqüências de uma internação no setor para doentes e seus familiares, e as condições de trabalho da equipe de saúde (MENEZES, 2013).

Saiote, Mendes (2011) citam que, de fato, a hospitalização tem sido vista, ao longo do tempo, como fator desencadeante de estresse, capaz de gerar

alterações físicas e psíquicas tanto para a pessoa que está internada quanto para seus familiares. Sentimentos e sensações de medo, raiva, solidão, dor, angústia, desamparo, prejuízo da autonomia, perda de papéis sociais e a incerteza acerca do futuro não são incomuns. Isso particularmente porque tornar-se paciente, muitas vezes, é também estar impedido do contato mais próximo com familiares e amigos.

A hospitalização de um membro da família na UTI é, em geral, um evento inesperado e assustador para os familiares e provoca sofrimento, mudanças na vida cotidiana e enfrentamento de novos desafios. A vivência desse processo pode se configurar em uma situação de desequilíbrio na medida em que provoca a alteração de papéis e responsabilidades, problemas de relacionamento familiar, surgimento de doenças entre seus membros, redução dos rendimentos financeiros em virtude de despesas então instaladas e respostas psicológicas e fisiológicas (COSTA *et al.*, 2010).

Beuter *et al.* (2012) consideram a família um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação afetiva e por um sentimento de pertença a esse grupo, e a hospitalização de um de seus membros na UTI pode levar os familiares à vivência de desconfortos. Esses podem ser compreendidos como alterações, perturbações e dificuldades de natureza física, psíquica e social decorrentes da interação do familiar com a internação de um membro na UTI, e que ameaçam a sua integridade como ser biopsicossocial, interferem na capacidade de relação com o mundo e de organização e enfrentamento da situação e no bem-estar.

Assim, os desconfortos vivenciados pelo familiar são o resultado das suas interações consigo mesmo, com aqueles que o circundam e com as situações que enfrenta no processo de doença e cuidado de um membro na UTI (BEUTER *et al.*, 2012).

Estudo de Almeida *et al.* (2009) demonstrou que, durante o evento da hospitalização, os familiares sofrem sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. Dentre as alterações psíquicas, constatou, predominantemente, ansiedade e uma proporção importante de casos de depressão, sendo necessária intervenção profissional para o restabelecimento da saúde mental. Quanto às alterações fisiológicas, tem-se destacado o comprometimento do sono e da alimentação.

Montefusco e Bachion (2011) relatam também mudanças de comportamento, como a incorporação do uso de cigarros, de bebidas alcoólicas e de

medicamentos. Entende-se que os desconfortos produzidos na interação de familiares com a hospitalização de um membro na UTI podem ser minimizados quando a família se torna sujeito da atenção à saúde, como preconizam as políticas e os discursos de humanização. A promoção do conforto a familiares, considerada uma das metas das práticas de cuidado em saúde e em enfermagem, visa contribuir para a restauração e/ou manutenção da potência pessoal e ânimo, da capacidade de mobilização de mecanismos de enfrentamento e dos papéis usuais da família e, portanto, para a minimização do desconforto.

O cuidado à família do paciente em UTI sugere à equipe de enfermagem um enfoque mais abrangente, que inclui sensibilidade e atenção. Mesmo se desaparecessem todos os recursos disponíveis na manutenção da vida, a família deve ser cuidada pela equipe, e nunca vista como recurso técnico ao seu trabalho. Para isso, os profissionais devem ter respeito e realizar a avaliação da família pautada por critérios e julgamentos clínicos e interpessoais confiáveis (SCHNEIDER, BIELEMANN, QUADROS, 2013).

Para Freitas, Menezes, Mussi (2012), cuidar da família implica perceber o outro nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações; portanto, inclui conversa e informações pertinentes ao que o indivíduo quer saber, partilhando esforços e responsabilidades, a informação deve ser clara e objetiva e incluir esclarecimentos sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento do paciente e sobre os equipamentos, sondas, cateteres e drenos nele existentes.

Daí a importância do conhecimento dos sinais não verbais para identificação das dúvidas, medos, ansiedades, entre outros tantos sentimentos que podem surgir nesse momento da vida, o relacionamento com o familiar pode se tornar terapêutico à medida que a família confia e ajuda os profissionais que estão promovendo a assistência ao seu ente, favorecendo o diálogo e o respeito mútuos (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2012).

É necessária a formação de profissionais de saúde sensíveis e capazes de redesenhar o contexto de sua ação cuidadora frente às experiências e sentimentos de outras pessoas que vão além do paciente, podendo então alcançar também os familiares, assim, percebê-los como sujeitos também de sua prática, especialmente, quando do enfrentamento do viver morrer de um de seus membros em UTI, de modo a perceber sua necessidade de apoio, e assim, tornar-se “mola propulsora” para o desenvolvimento da capacidade de resiliência familiar na

superação dos agentes estresses oriundos dos sentimentos do medo da perda do ente familiar na UTI (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2011).

3.4 Cuidado Centrado na Família

O marco do termo Cuidado Centrado na Família data de meados de 1969, com o propósito de definir a qualidade do cuidado prestado no hospital, segundo a visão dos pacientes e suas famílias, e de discutir a autonomia do paciente frente às suas necessidades de saúde. Inicialmente, o termo empregado era medicina centrada no paciente, que evoluiu para cuidado centrado no paciente. Com a constatação de que este não descrevia a abordagem pretendida foi incluído o termo família, em 1990, direcionando a elaboração dos pressupostos atuais do Instituto de Cuidado Centrado na Família (ICCF) (BENZEIN *et al.* 2008).

Benzein *et al.*, (2008) comentam que a expressão “cuidado centrado no paciente e família” é empregada como sinônimo de Cuidado Centrado na Família, sendo o segundo mais divulgado na literatura da enfermagem e, por esta razão, adotado neste texto. A princípio, o ICCF praticava a abordagem centrada na família no contexto pediátrico. Com o amadurecimento das crianças e o incentivo para que estas se tornassem participantes do cuidado à sua saúde, e a ampliação da atenção a adultos e idosos, o ICCF começou a praticar o cuidado centrado no paciente e sua família em outros contextos.

A expressão cuidado centrado no paciente e famílias surgiu devido à compreensão de que a família é considerada um elemento fundamental no cuidado de seus membros e o isolamento social é um fator de risco, em especial para os indivíduos mais dependentes como os muito jovens, os mais velhos e aqueles com doença crônica. Assim, é recomendado que os profissionais incentivem a continuidade da ligação natural que existe entre a maioria dos pacientes e suas famílias e sua rede de apoio. Por acreditar que a família exerce influência sobre a saúde do paciente, essa filosofia assistencial a inclui como parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado (BENZEIN *et al.* 2008).

O ICCF define esta abordagem de cuidado à saúde como um processo de planejamento, prestação e avaliação baseados em parceria, com benefícios mútuos entre os pacientes, famílias e provedores. É um cuidado destinado a pacientes de

todas as idades e pode ser praticado em qualquer serviço de saúde, por todos os profissionais de saúde.

Pinto *et al.* (2010) dizem que o Cuidado Centrado na Família tem o objetivo de promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e família e restaurar seu controle e dignidade. De acordo com eles, a definição de família é dada pelos seus próprios membros e as ações não se restringem ao corpo biológico, tendo em vista que o apoio emocional, social e de desenvolvimento são considerados componentes do cuidado à saúde. Embora seja centrado na família, o cuidado não elimina a competência individual de cada membro em relação à tomada de decisão de sua própria saúde.

O CCF é uma abordagem que reconhece a importância da família como cliente do cuidado, assegurando a participação de todos no planejamento das ações e revelando uma nova maneira de cuidar que oferece oportunidade para que a própria família defina seus problemas. A família é considerada fundamental no cuidado de seus membros e o isolamento social é um fator de risco, em especial para os indivíduos mais dependentes como as crianças e os portadores de doenças crônicas. Por acreditar que a família exerce influência sobre a saúde do paciente, a filosofia do CCF a inclui como parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado de seus membros. Além disto, o papel do enfermeiro diante da família implica em relacionar todos os fatores sociais, econômicos, culturais, ajudando-os não apenas a lidar com as situações de saúde e doença, mas também a interagir com situações que apoiem a integridade familiar (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012).

Sem dúvida, o Cuidado Centrado na Família promove a saúde e o bem-estar dos indivíduos e de seus familiares, resgatando a dignidade e o compartilhamento das decisões, nessa perspectiva, a definição de família é dada pelos seus próprios membros e as ações não se restringem ao corpo biológico, tendo em vista que o apoio emocional, social e de desenvolvimento são considerados componentes primordiais do cuidado à saúde (JOHNSON, ABRAHAM, SHELTON, 2009; PUGGINA *et al.*, 2014).

Entretanto, ainda que seja centrado na família, esse cuidado não suprime a competência individual de cada membro em relação à tomada de decisão sobre sua própria saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa para o alcance dos objetivos propostos na investigação. Essa classificação encontra apoio em Leopardi (2009) ao destacar que os estudos descritivos são caracterizados pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações.

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida em duas instituições públicas de saúde de referência no Estado do Maranhão na assistência intensivista: Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra – HUUFMA/UFMA e no Hospital Tarquínio Lopes Filho, ambos localizados no município de São Luís (capital do Estado do Maranhão). No Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra foi inserida a UTI Geral, a UTI Cardiológica e o Serviço de Hemodinâmica. No Hospital Tarquínio Lopes Filho participaram da pesquisa enfermeiros da UTI Geral e Unidade de Cuidado Intermediário.

4.3 População

A população foi constituída por todos os enfermeiros lotados nas Unidades acima descritas totalizando 43 profissionais. Quando organizados por setor onde exercem suas atividades, a população ficou assim distribuída: UTI Geral (19 Enfermeiros); UTI Cardiológica (13 Enfermeiros); Hemodinâmica (05 Enfermeiros); UCI (06 Enfermeiros) (Apêndice A).

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. Como todos os elementos da população foram considerados como participantes da pesquisa, essa opção enquadra-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 coincidissem com o período da coleta de dados.

4.4 Instrumentos para coleta de dados

4.4.1 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 utilizada a escala *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA), originalmente desenvolvida na Suécia (BENZEIN *et al.*, 2008) que foi traduzida e validada no Brasil (ANGELO *et al.*, 2014) como “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros - IFCE-AE” (Anexo A).

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:

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 *score*, maior é a atitude de desacordo frente à importância da família no processo de cuidado.

Para a 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).

4.4.2 Instrumento 2: Questionário Sociodemográfico

O questionário com as variáveis sociodemográficas (Apêndice B) foi aplicado especificamente para esse fim tendo em vista a sua definição na pesquisa e para permitir a descrição dos participantes. O referido instrumento é constituído por doze (12) questões de múltipla escolha. Os participantes escolheram a opção de acordo com as características que lhe dizem respeito e em seguida assinalaram com um X.

4.5 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 (ÂNGELO *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 o pesquisador e o enfermeiro participante da pesquisa no seu local de trabalho. Nessa oportunidade, o

pesquisador explicou os objetivos do estudo e motivou os enfermeiros a preencherem na sua completude. Entretanto, para garantir maior adesão, os instrumentos foram aplicados de forma direta assumindo a modalidade de formulários de pesquisa.

Para viabilizar a coleta de dados, um conjunto de 43 envelopes contendo o instrumento com respectiva explicação de preenchimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi deixado nas referidas unidades, a fim de que os enfermeiros de todos os turnos pudessem preenchê-los no horário de melhor conveniência para eles. Ao final do período os envelopes preenchidos foram recolhidos pelos pesquisadores para proceder à análise.

Os questionários (Escala IFCE-AE e o sociodemográfico) foram distribuídos pelo pesquisador. Os mesmos iniciavam com a identificação da pesquisa (título da pesquisa e pesquisador responsável) e do participante (nome, Instituição/Unidade de Saúde e setor correspondente). Juntamente como os questionários constava no envelope a Carta Convite para o participante (Apêndice C) e a orientação para o autopreenchimento do questionário (Apêndice D). Foi solicitada a colaboração dos enfermeiros chefes, no sentido de motivarem as equipes para o preenchimento dos questionários.

A devolução dos instrumentos preenchidos pelos enfermeiros foi negociada num prazo de sete dias após a data da entrega. Caso no dia agendado o enfermeiro não tivesse realizado o preenchimento dos questionários era marcada nova data de modo que não ocorresse nenhuma perda. Para controle da entrega dos instrumentos de coleta de dados aos enfermeiros foi construída uma lista com o nome dos participantes segundo instituição e local de trabalho (Apêndice E).

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram inseridos em uma base de dados utilizando o Programa Microsoft Access® e posteriormente analisados pelo software STATA® v.12.1. Os resultados obtidos depois de analisados estatisticamente estão apresentados sob a forma de tabelas de modo a facilitar a sua leitura e interpretação, tornando-a mais clara, simples e acessível. As variáveis categóricas serão descritas por meio de distribuições de frequências e porcentagem.

4.7 Período da Pesquisa

A coleta de dados foi iniciada em maio e concluída em setembro de 2016 por dois pesquisadores que receberam treinamento prévio de modo a suprimir dúvidas e conduzir essa etapa de maneira uniforme

4.8 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 (GEPSFCA). 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 do Hospital Universitário da UFMA com parecer também favorável registrado sob o número 1.249.885 (Anexo B). 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 F). A não identificação dos participantes, isto é, a proteção das suas identidades foi garantida assim como omissão de qualquer característica que possibilite a identificação dos mesmos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil Sócio Demográfico e Profissional dos Enfermeiros em Estudo

Tabela 1 – Caracterização de Enfermeiros intensivistas quanto ao sexo, idade e habilitação acadêmica. São Luís, MA, Brasil, 2016.

Sexo	N	%
Masculino	10	23,26%
Feminino	33	76,74%
Idade	N	%
25 a 29 anos	07	16,27%
30-35 anos	21	48,83%
36-41 anos	12	27,91%
42-46 anos	02	4,66%
47 – 51 anos	01	2,33%
Habilitação	N	%
Bacharelado	05	11,63%
Residência em Enfermagem	04	9,30%
Especialização	28	65,12%
Mestrado	06	13,95%
Total	43	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dentre os enfermeiros estudados 76,74% eram do sexo feminino e jovens, pois a idade de maior percentual foi de 30 e 35 anos (48,83%) revelando que a profissão se mantém prevalentemente sendo exercida por mulheres.

Estes resultados convergem para o encontrado nas pesquisas de Alves (2012); Martins (2010); Oliveira *et al.* (2009); Sousa (2011) e Silva, Costa, Silva (2011), visto que a maioria da população era do sexo feminino. Em 2010 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) evidenciou o predomínio de mulheres na profissão, ao informar que, entre os trabalhadores de enfermagem no país 87,24% são do sexo feminino e 12,76% do sexo masculino (BARRETO, KREMPEL, HUMEREZ, 2011).

Esse dado é interessante, pois as autoras da escala original (BENZEIN *et al.*, 2008), relataram que as mulheres apresentam atitudes mais favoráveis para com as famílias do que os homens.

Quanto à habilitação profissional 74,42% dos enfermeiros da pesquisa possuem o Grau de Especialista (Especialização e Residência em Enfermagem) e 13,95% o de Mestrado. Portanto, trata-se de profissionais com formação acadêmica capaz de qualificar a atenção em saúde, pois há de se esperar que desenvolveram habilidades técnicas, críticas e reflexivas para o cuidado e, que por isso, devem atribuir maior importância à família. De outro modo, as titulações acadêmicas (especialistas e mestres) representam acréscimo salarial, e este pode ser um aspecto importante a ser considerado quando ao perfil acadêmico dos pesquisados (OLIVEIRA, ORLANDI, MARCON, 2011).

Tabela 2 – Caracterização de Enfermeiros intensivistas quanto a Experiência Profissional e Unidade de Trabalho e Vínculo Laboral. São Luís, MA, Brasil, 2016.

Experiência Profissional	N	%
<5 anos	15	34,89%
5 - 10 anos	23	53,49%
11 - 15 anos	03	6,98%
16-20 Anos	01	2,32%
>21 anos	01	2,32%
Unidade de Trabalho	N	%
UTI Geral	19	44,18%
UCI	06	13,95%
UTI Cardiológica	13	30,23%
Hemodinâmica	05	11,64%
Vínculo Laboral	N	%
Regimento Jurídico Único	24	55,81%
CLT	19	44,19%
Total	43	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme demonstra a Tabela 2, a experiência profissional dos enfermeiros foi de 5 a 10 anos 53,49 % e o maior percentual deles lotados na Unidade de Terapia Intensiva Geral (44,18%). A pesquisa discorda dos estudos cuja predominância de indivíduos que trabalhavam no local do estudo foi há mais de 10 anos (MARTINS, 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 (2013) caracteriza sua população com predominância do exercício de profissão acima dos cinco anos (93,40%), enquanto nos estudos de Alves (2012) 53,6% estavam situados no intervalo entre 2 e 5 anos de experiência profissional. Quanto ao vínculo laboral 55,81% dos entrevistados pertenciam ao Regimento Jurídico Único (RJU) e 44,19% eram CLT. 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).

Tabela 3 - Caracterização da população de Enfermeiros intensivistas quanto a ter o Curso de Enfermagem de Família e/ou Disciplina com Conteúdo de Enfermagem de Família na Graduação e na Pós-Graduação. São Luís, MA, Brasil, 2016.

Curso sobre Enfermagem de família	N	%
Sim	05	11,63%
Não	38	88,37%
Disciplina com Conteúdo de Enfermagem de Família na Graduação	N	%
Sim	11	25,58%
Não	20	46,51%
Não Lembro	12	27,91%
Disciplina com Conteúdo de Enfermagem de Família na Pós- Graduação	N	%
Sim	08	18,60%
Não	23	55,81%
Não Lembro	06	13,95%
Não se Aplica	06	11,63%

Tabela 3 - Caracterização da população de Enfermeiros quanto a ter o Curso de Enfermagem de Família e/ou Disciplina com Conteúdo de Enfermagem de Família na Graduação e na Pós-Graduação. São Luís, MA, Brasil, 2016. (continuação)

Na Graduação havia Disciplina de Enfermagem de Família	N	%
Sim	05	11,63%
Não	27	62,79%
Não Lembro	11	25,58%
Na Pós-Graduação havia Disciplina de Enfermagem de Família	N	%
Sim	07	16,28%
Não	23	53,49%
Não Lembro	06	13,95%
Não se aplica-Não fez pós	07	16,28%
Total	43	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os enfermeiros quando questionados sobre a realização de algum curso de Enfermagem de Família 88,37% negaram ter feito e que na graduação 25,58% e na pós-graduação 18,60% tiveram alguma disciplina com conteúdo de Enfermagem de Família.

Dados semelhantes foram encontrados por Fernandes *et al.* (2015), que constataram que no âmbito específico da formação sobre enfermagem de família 59,4 % afirmaram que não tiveram qualquer tipo de formação. Ressalta-se que os resultados de investigação realizada por Oliveira *et al.* (2009; 2011) em que evidenciaram que os enfermeiros que possuem formação em enfermagem de família atribuem maior importância às famílias nos cuidados em saúde.

Para Lopes, Marcon (2012), em um estudo sobre assistência à família na atenção básica na cidade de Maringá no Paraná, com enfermeiros que atuam na atenção básica do referido município, evidenciou que a maioria referiu não ter tido, durante a formação, qualquer experiência no trabalho com famílias, tendo ocorrido maior contato com esta temática somente após a contratação como membro da Equipe de Saúde da Família. Aqueles que referiram alguma experiência durante a formação relataram que esta ocorreu por meio de estágios, aulas isoladas e participação em projetos de extensão.

Na pesquisa de Moreno (2010), cujo objetivo do estudo era conhecer como os enfermeiros que atuam em saúde mental obtiveram conhecimentos sobre a família durante sua formação acadêmica, os entrevistados concluíram o curso de graduação em Enfermagem por diversas faculdades, tanto particulares como públicas, porém todos os enfermeiros apontaram para a insuficiência da temática da família na graduação além de enfatizarem que em nenhuma disciplina foi priorizado o conteúdo o referido conteúdo. Ao contrário, os currículos de Enfermagem tiveram um olhar voltado para o ensino das especialidades, assentados no modelo biomédico tendo como enfoque os aspectos centrados no hospital e na busca pela cura da doença e uma terapêutica descontextualizada da vida do paciente.

Dados divergentes foram encontrados em pesquisa realizada em Portugal na qual a formação em enfermagem de família é uma realidade para 57,7% dos enfermeiros, sendo que 41% destes profissionais já tiveram contato com estes conteúdos em contexto acadêmico (SOUSA, 2011).

Tabela 4 – Atitudes dos Enfermeiros entrevistados em face da importância das famílias segundo a Escala IFCE-AE total e das dimensões, São Luís, MA, 2016.

Dimensões	Média/DP*	Escores Mínimo e Máximo	IC 95%**
Média IFCE- AE total	75,1/6,7	58 – 95	72,4 - 77,9
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	34,4/3,6	26 – 46	32,9 - 35,9
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	30,0/3,2	20 – 39	28,7 - 31,3
Família: fardo	10,6/1,4	7 – 13	10,1 - 11,1

*DP- Desvio Padrão; **IC- Intervalo de Confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme demonstra a Tabela 4, a média do escore total da escala IFCE-AE foi de 75,1 pontos (DP=6,7 e IC=72,4-77,9) indicando que os enfermeiros das UTIs investigadas possuem atitude positiva sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

Com relação à dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* o escore médio foi de 34,4 pontos (DP=3,6; IC=32,9- 35,9), na dimensão Família: Recurso nos Cuidados de Enfermagem foi de 30 pontos (DP=3,2; IC= 28,7-31,3), na

dimensão Família: fardo o escore médio foi igual a 10,6 pontos (DP=1,4; IC= 10,1-11,1) demonstrando que, em geral, a família não é considerada um fardo na assistência de enfermagem pelos enfermeiros estudados.

Apesar da média total da escala IFCE-AE e das dimensões definidas pela mesma terem sido compatíveis com atitudes positivas para valorização do cuidado com a família, considera-se uma média inferior quando comparado ao estudo desenvolvido por Angelo *et al* (2014) no qual a média total da escala IFCE-AE foi de 82 pontos e indicou que os enfermeiros possuem atitude de apoio sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem. Do mesmo modo os escores das dimensões foram superiores aos encontrados aqui. Na dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* o escore médio foi de 37 pontos, na dimensão Família: recurso nos Cuidados de Enfermagem foi de 33 pontos e em relação à dimensão Família: fardo, o escore médio foi de 12 pontos (ANGELO, *et al*, 2014).

Portanto, pode-se inferir que é necessário investir na formação para a valorização da família nos cuidados de enfermagem, considerando ainda, que uma das consequências do modelo médico dominante “é que os enfermeiros renunciaram a muitas das suas funções tradicionais de cuidar, em favor de assumir mais tarefas e funções em vez de se centrarem na pessoa” (GOTTLIEB, 2016, p. 10) e que os sistemas de saúde tendem a centrar sua atenção no problema e não nas pessoas e suas necessidades.

São condições que desafiam os enfermeiros a trabalhar com os indivíduos e suas famílias caracterizando como mudança de foco, de comportamentos e de atitudes e representa um novo modo de pensar, de ser e de fazer nas relações de cuidado. Sugere mudanças no sistema de saúde assim como redefinição de papéis do enfermeiro para o cuidado, em especial do cuidado colaborativo no qual a pessoa e a família não são receptores passivos, mas um parceiro para o cuidado. Isto significa que o enfermeiro ouve a pessoa, reconhece suas experiências e estilo de vida assim como as circunstâncias que envolvem tanto a pessoa como a família (GOTTLIEB, 2016).

Para esta autora muitos fatores influenciam a prática de enfermagem, dentre os quais enumera as experiências profissionais e pessoais e as políticas, mas defende que os valores, as crenças e as atitudes profissionais e pessoais do enfermeiro são os mais significativos, pois são determinantes na orientação das

ações humanas, e influenciam na forma como o profissional pensa, sente, se comporta e faz suas escolhas.

O enfermeiro ao adotar um “bom nível de desenvolvimento de autoconsciência, muda sua forma de responder a uma situação para outra mais atenta, cuidadosa, consciente e deliberada” (GOTTILIEB, 2016, p. 153). Dessa contextualização emerge a necessidade do enfermeiro refletir sobre as conexões entre seus valores e atitudes e como estas se refletem nas suas práticas profissionais.

Entretanto, para Sousa e Erdmann (2012) não há um sentido comum sobre as diversas maneiras de cuidar e o que deveria ser questionado são os valores que os profissionais atribuem ao seu agir, pois são os valores que determinam e revelam os compromissos e responsabilidades para com o outro. Diz respeito, portanto, à essência humana, mas sobretudo às escolhas e opções que fazemos nas relações de cuidado.

5.2 Caracterizações das Atitudes dos Enfermeiros segundo a escala IFCE-AE

As atitudes dos enfermeiros frente à importância do cuidado a família foram categorizadas segundo as três dimensões da Escala IFCE-AE e os respectivos itens que compõem cada dimensão considerando a frequência e natureza das respostas dadas pelos participantes da pesquisa. As dimensões serão avaliadas individualmente, mas em uma descrição dinâmica com o objetivo de identificar as atitudes que qualificam ou comprometem o cuidado do enfermeiro com famílias.

Tabela 5 – Atitudes dos enfermeiros intensivistas em relação à Dimensão Família parceiro dialogante e recurso de *coping* no contexto da Terapia Intensiva. São Luís – MA, 2016.

ITEM 4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem ao paciente				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
03 (6,98%)	11 (25,58%)	20 (46,51%)	09 (20,93%)	43 (100%)

(continua)

Tabela 5 – Atitudes dos enfermeiros intensivistas em relação à Dimensão Família parceiro dialogante e recurso de *coping* no contexto da Terapia Intensiva. São Luís – MA, 2016. (continuação)

ITEM 6 - No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao paciente				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
03 (6,98%)	11 (25,58%)	20 (46,51%)	09 (20,93%)	43 (100%)
ITEM 9 - Discutir com os membros da família durante o primeiro contato, sobre o processo de cuidados, poupa-me tempo no meu trabalho futuro				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
01 (2,33%)	11 (25,58%)	23 (53,49%)	08 (18,60%)	43 (100%)
ITEM 12 – Procuo sempre saber quem são os membros da família do paciente				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
00 (0,00%)	07 (16,28%)	28 (65,12%)	08 (18,60%)	43 (100%)
ITEM 14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
01 (2,33%)	08 (18,60%)	28 (65,12%)	06 (13,95%)	43 (100%)
ITEM 15 - Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao paciente				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
03 (6,98%)	11 (25,58%)	20 (46,51%)	09 (20,93%)	43 (100%)
ITEM 16 - Pergunto às famílias como posso ajudá-las				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
01 (2,33%)	05 (11,63%)	27 (62,79%)	10 (23,26%)	43 (100%)
ITEM 17- Encorajo as famílias a utilizar os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
02 (4,65%)	09 (20,93%)	23 (53,49%)	09 (20,93%)	43 (100%)
ITEM 18 - Considero os membros da família como parceiros				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
1 (2,33%)	04 (9,30%)	29 (67,44%)	09 (20,93%)	43 (100%)

(continua)

Tabela 5 – Atitudes dos enfermeiros intensivistas em relação à Dimensão Família parceiro dialogante e recurso de *coping* no contexto da Terapia Intensiva. São Luís – MA, 2016. (continuação)

ITEM 19 - Convido os membros da família a falar sobre as alterações no estado do paciente				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
1 (2,33%)	04 (9,30%)	29 (67,44%)	09 (20,93%)	43 (100%)
ITEM 24 – Convido os membros da família a opinar quanto ao planejamento dos cuidados				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
03 (6,98%)	17 (39,53%)	20 (46,51%)	03 (6,98%)	43 (100%)
ITEM 25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
00 (0,00%)	05 (11,63%)	31 (72,09%)	07 (16,28%)	43 (100%)

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 5 demonstra atitudes dos enfermeiros em relação à Dimensão Família parceiro dialogante e recurso de *coping* que é composta por 12 itens. Nesta dimensão, quando adicionados as respostas “Concordo” e “Concordo Completamente” 67,44% dos enfermeiros aceitam/consideram importante que os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem ao paciente; que no primeiro contato com os membros da família, 67,44% os enfermeiros convidam a família a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao paciente; 72,09% concordaram que discutir com os membros da família durante o primeiro contato, sobre o processo de cuidados, poupa tempo em seu trabalho futuro; 83,72% procuravam sempre saber quem eram os membros da família do paciente; 79,06% convidavam os membros da família a conversar depois dos cuidados; 83,72% perguntavam às famílias como poderiam ajudá-las; 74,41% encorajavam as famílias a utilizar os seus recursos para que dessa forma pudessem lidar melhor com as situações; 88,3% consideravam os membros da família como parceiros; 88,37% convidavam os membros da família a falar sobre as alterações no estado do paciente; 53,48% convidavam os membros da família a opinar quanto ao planejamento dos cuidados e 88,37% viam-se como um recurso para as famílias, para que elas pudessem lidar o melhor possível com a sua situação.

Portanto, os enfermeiros reconhecem a importância do cuidado compartilhado, do diálogo e negociação que implica a capacidade de discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados, a conversar e a falar sobre o estado do paciente. Estas atitudes são imbuídas de características que determinam cuidados pautados em relações horizontais e complementares marcadas pela abertura a novas e diversas opiniões assim como para o acolhimento das mesmas e envolve a capacidade de valorizar as experiências dos familiares, flexibilidade, tolerância e pensamento reflexivo. Diz respeito também à capacidade de escuta atenta e a presença autêntica.

A escuta é defendida por Gottlieb (2016, p. 330) como “necessária para criar conexões e sustentar uma relação” e que “ (re)formar o compromisso e o envolvimento clínico requer treinar o ouvido para escutar os doentes e famílias, as preocupações, a dor e o sofrimento”. Para a estudiosa, o enfermeiro pode desenvolver competências para ser um ouvinte atento, dentre as quais destaca que a escuta atenta começa com a condição do enfermeiro estar totalmente presente e ter uma mente aberta para ouvir os sons do doente, o que tem a dizer e a forma como diz e a distinguir as diferentes formas de comunicação.

A presença é para Siegel (2010) a forma de ser do profissional com a pessoa que procura ajuda. É para ele um ingrediente essencial de qualquer relação de ajuda, pois fomenta a empatia do profissional e a compreensão do que a outra pessoa experimenta. Sugere a condição do profissional se tornar um recurso e de encontrar formas de apoiar a pessoa no que é importante para ela e de estar comprometido com a pessoa e com a sua situação no qual há uma progressão de uma condição de desconhecimento para a de conhecimento (GOTTLIEB, 2016). Benner (2011) complementa ao afirmar que a presença é necessária para ajudar os doentes a lidarem com a incerteza da doença e a superarem a sua vulnerabilidade e necessidade de ajuda. Mas, a presença autêntica é “uma questão de escolha” (GOTTLIEB, 2016, p. 327), isto é, o enfermeiro pode escolher estar completamente comprometido ou estar distante, descomprometido, desinteressado e não envolvido.

Para Erdmann e Sousa (2009, p.153) “valorizar a escuta e o diálogo é atributo que se coloca na mesma ordem das competências técnicas” e representa a manifestação de interesse e disponibilidade do profissional permeado pelo olhar e pelo observar e ver o outro na sua singularidade.

Considerar a família como parceiro é fundamental permitir a presença assídua da família e tornar possível a sua participação e envolvimento nos cuidados. Para tanto, é necessária construção de uma prática reflexiva de modo a identificar aspectos que possibilitem ampliar conhecimentos e habilidades do enfermeiro e da família. Implica uma atenção particular e de interação com a família que pressupõe envolvimento crescente no sentido do cuidado inclusivo.

De modo similar, a pessoa doente faz parte de uma família, dessa forma, considerar e conhecer a família é uma importante atitude de suporte para o cuidado ampliado do enfermeiro quando da hospitalização em cuidados intensivos. Assim, Wright e Leahey (2011) defendem que procurar saber quem são os membros da família, isto é, a composição familiar, é importante estratégia para intervenção na família. As autoras enfatizam que além de definir a estrutura da família é necessário estabelecer os vínculos, os atributos afetivos e as relações entre os membros da família e sugerem que sejam utilizados o genograma e o ecomapa como instrumentos de avaliação familiar para delinear as estruturas internas e externas da família. O genograma “é um diagrama do grupo familiar” (WRIGHT, LEAHEY, 2011, p. 77) onde estão representados os membros da família, o gênero, a idade, os problemas de saúde, os óbitos e suas causas. Enquanto o ecomapa representa os vínculos e os relacionamentos existentes entre os membros da família com outros sistemas como a escola, a igreja, o emprego entre outros. Esses recursos oferecem para os (as) enfermeiros (as) “uma estrutura clara para avaliação da família e as necessárias intervenções [...] pode facilitar a transição de um modo de pensar mais tradicional e individualista para um pensar interativo ou um pensar na família” (WRITH, LEAHEY, 2011, p. 4). Essa perspectiva inclui a família como unidade de cuidado e como foco de cuidado para a Enfermagem e, sobretudo, considera a família numa perspectiva sistêmica e assim compartilha alianças e responsabilidades para enfrentar os desafios do processo saúde-doença.

Quanto à atitude, convido os membros da família a opinar quanto ao planejamento dos cuidados 46,51% dos enfermeiros discordaram dessa afirmação. Foi a atitude em que a frequência de concordância foi menor (43,51%) quando comparada com as demais. Sob um olhar mais atento, essa atitude pode revelar relações verticais, de poder e autoritárias além da valorização da doença e da técnica instrumental e ainda revelar indiferença nas relações de cuidado em que a enfermagem tem como foco a doença e não o indivíduo e sua família.

No campo da Terapia Intensiva, Silva e Ferreira (2013) destacam que os modos de cuidar do enfermeiro evidenciou-se na interface entre objetividade e subjetividade no cuidado e a aplicação de tecnologias como instrumental complementar. Corresponde a uma ação ancorada nas dimensões do cuidado e da ação tecnológica (SILVA, FERREIRA, 2011). Os itens da Dimensão Família parceiro dialogante e recurso de *coping* nos leva a compreender o cuidado do enfermeiro na dimensão subjetiva do cuidado por onde circulam a interação e a relação dialógica como elementos estruturantes, pois o cuidado é subjetivo e a melhor forma para a sua compreensão é a capacidade de relacionar-se com o outro (BAGGIO, ERDMANN, DAL SASSO, 2010). Nessa perspectiva a família torna-se cliente da enfermagem e, isso por si só, sugere um processo interativo no qual a proximidade e o vínculo dão corpo e estrutura ao cuidado e por onde são criadas pontes para sustentar e possibilitar novas interações.

Bailey *et al.* (2010) dissertam que no contexto do adoecimento e da hospitalização a interação constante possibilita o acompanhamento simultâneo do doente e da família, e, por isso, os momentos de encontro entre a família e os profissionais devem acontecer frequentemente oportunizando que façam perguntas, expressem preocupações e encontre conforto e compaixão por parte dos profissionais (MERILAINENA, KYNGASB, ALA-KOKKOA, 2013). Cuidar, nessa perspectiva é caracterizado por “uma relação em que o enfermeiro está emocionalmente presente para o outro, comunicando disponibilidade contínua e compartilhando sentimentos” (FERREIRA, DIAS, 2009, p. 75) tendo como base de sustentação a interação humana. Cria-se desse modo um sistema autossustentável que acresce à família bem-estar e um cuidado congruente com o campo das necessidades.

O diálogo e a interação terapêutica é para Collet (2012, p.7) ferramenta que permite a criação de vínculos e responsabilizações no processo de cuidar com contribuições positivas para um “projeto terapêutico singular e integral na medida em que, nesse encontro, viabilizam-se espaços de construção de sujeitos” assentadas em relações mais simétricas que revela o avanço na produção do cuidado compartilhado. Assim, cuidar simultaneamente do doente e da família revela-se como necessidade emergente para o enfermeiro, pois quando um membro da família adoecer a hospitalização é dos dois: familiar e família acompanhada de sentimentos de medo, angústia, insegurança e incertezas em um clima de

vulnerabilidade, desordem e desassossego (MENDES, 2015). Portanto, a monitorização da família é igualmente necessária e o cuidado do enfermeiro funciona como suporte e ferramenta facilitadora do processo. Entretanto, a autora revela que o “silêncio dos profissionais se revelou como ensurdecedor” (MENDES, 2015, p. 132) numa relação pobre em interações e de comunicação frágil. Nesse cenário, a família é vista como visita e não como unidade de cuidados. Ao contrário, quando a família é valorizada nas relações de cuidado deixam marcas significativas em que a competência e a sensibilidade do profissional faz a diferença. A proximidade e o compartilhamento de informações entre enfermeiros e familiares reduz significativamente a ansiedade e a depressão e que o suporte possibilita reforçar tanto o nível cognitivo como emocional da família (CASARINI *et al.*, 2009) e revela um cuidado integral e de qualidade que requer que os profissionais dialoguem para negociar, permanentemente, as decisões sobre a assistência (BRAGA, SENA, 2010) apoiada em singularidades e abertura para a escuta e o diálogo (FONTANA, 2010) e “pautados pela ética do compromisso com a vida e expressos em ato, nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde” (BRAGA, SENA, 2010, p. 146). Assim, os encontros de enfermeiros e famílias serão espaços oportunos para acolher, construir vínculos, estabelecer parcerias, efetivar negociações e promover a autonomia para o cuidado.

A doença é um assunto de família (WRIGHT, BELL, 2009), mas as atitudes de cuidado desse núcleo familiar nos contextos assistenciais pesquisados parecem não ser valorizadas pelos enfermeiros considerando que todas as atitudes de cuidado da família da Dimensão Família parceiro dialogante e recurso de *coping* as respostas “discordo” e “discordo completamente” demarcam a ausência de atitudes de cuidado para com a família, dificultam o estabelecimento de um relacionamento terapêutico e implica no não reconhecimento das suas necessidades assim como dos recursos que possuem para a continuidade do cuidado.

Blanchard e Alavi (2008) asseveram a centralidade do cuidado na pessoa doente por meio de medidas terapêuticas e monitorização constante fato que tende a desviar a atenção do enfermeiro para o doente. Por outro lado, a participação da família nos cuidados se revela facilitador uma vez que contribui para entenderem melhor a situação do adoecimento e resulta em ganhos para a família não só pelo conhecimento que adquire mas também pela importância da sua presença para o doente (ERGSTROM, *et al.*, 2011).

Ao considerar a discordância dos enfermeiros quanto as atitudes de cuidados à família, Nelson e Plost (2009) destacam que ainda que a implementação de metodologias de intervenção com e para a família sejam inicialmente refutadas pelos profissionais, a sua existência e o que delas resulta é compreendido como um movimento em direção daquilo que são suas necessidades fato complementado por Mitchell *et al.* (2009) ao afirmarem que essas atitudes permitem que os familiares sintam-se respeitados, úteis e apoiados. Nessa perspectiva Sampaio e Ângelo (2015) afirmam que engajar a família é conduta motivacional do cuidado de enfermeiros, guiada pelo desejo de melhora do paciente e de como ele será cuidado pela família, constituindo focos de ação do enfermeiro para minimizar o sofrimento com a experiência do adoecimento.

Tabela 6 - Atitudes dos enfermeiros intensivistas em relação à Dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem no contexto da Terapia Intensiva, São Luís- MA. 2016.

ITEM 1 - É importante saber quem são os membros da família do paciente				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
0 (0,00%)	1 (2,32%)	19 (44,19%)	23 (53,49%)	43 (100%)
ITEM 3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
0 (0,00%)	0 (0,00%)	24 (55,81%)	19 (44,19%)	43 (100%)
ITEM 5 - A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira (o)				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
1 (2,33%)	7 (16,28%)	24 (55,81%)	11 (25,58%)	43 (100%)
ITEM 7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
1 (2,33%)	15 (34,88%)	22 (51,16%)	5 (11,63%)	43 (100%)
ITEM 10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
8 (18,60%)	21 (48,84%)	12 (27,91%)	2 (4,65%)	43 (100%)

(continua)

Tabela 6 - Atitudes dos enfermeiros intensivistas em relação à Dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem no contexto da Terapia Intensiva, São Luís- MA. 2016. (continuação)

ITEM 11 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planejamento dos cuidados a prestar ao paciente				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
2 (4,65%)	9 (20,93%)	28 (65,12%)	4 (9,30%)	43 (100%)
ITEM 13 - A presença de membros da família é importante para os próprios membros da família				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
0 (0,00%)	2 (4,65%)	28 (65,12%)	13 (30,23%)	43 (100%)
ITEM 20 - O meu envolvimento com as famílias faz com que me sinta útil				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
2 (4,65%)	3 (6,98%)	32 (74,42%)	6 (13,95%)	43 (100%)
ITEM 21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
1 (2,33%)	7 (16,28%)	25 (58,14%)	10 (23,26%)	43 (100%)
ITEM 22 - É importante dedicar tempo às famílias				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
0 (0,00%)	7 (16,28%)	25 (58,14%)	11 (25,58%)	43 (100%)

Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com a Tabela 6, na dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem que é composta de 10 itens mostra que 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. Nesta dimensão, quando adicionados às respostas “Concordo” e “Concordo Completamente” 97,68% dos enfermeiros aceitam/afirmaram que é importante saber quem eram os membros da família do paciente; 100% concordaram que uma boa relação com os membros da família lhes davam satisfação no trabalho; 81,39 % citam que a presença de membros da família era importante para eles como enfermeira (o); quando questionados sobre se presença de membros da família dava um sentimento de segurança 62,79 % citaram que concordam com essa afirmação; para 74,42 % dos enfermeiros os membros da

família deviam ser convidados a participar ativamente no planejamento dos cuidados a prestar ao paciente; quando indagados se a presença de membros da família era importante para os próprios membros da família 95,35 % concordaram com essa afirmação; 88,37% citaram que o envolvimento dos mesmos com as famílias fazia com que eles se sentissem úteis; 81,40% concordaram que os enfermeiros ganhavam muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que pudessem utilizar no trabalho, e ainda relatavam que era importante dedicar tempo às famílias 83,72 % concordaram com essa afirmação.

Quanto à atitude, a presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho 67,44 % dos enfermeiros discordaram desse questionamento.

O enfermeiro deve ver a família como parceira nos cuidados, colocando no centro da atenção e focalizando-a como elemento essencial de suas ações. À medida que o enfermeiro elabora e planeja suas ações voltadas para além da assistência direta ele focalizará tanto na pessoa como na unidade familiar.

O cuidado aos familiares é uma das partes mais importantes do cuidado global dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (MORITZ *et al.*, 2011). Pinto *et al.* (2010) confirma 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 e 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), 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).

Backes, Erdmann, Buscher (2012), reconhece que a família procura observar tudo nos profissionais, desde a expressão facial, a postura, o equilíbrio emocional, as reações, o humor, a paciência, a educação, a simpatia, a relação

interpessoal com os demais profissionais, porque acreditam que tudo isso refletirá no cuidado prestado aos pacientes.

A família tem expectativas de encontrar um profissional que lhe ajude a compreender os momentos difíceis, que demandam ações, sentimentos e pensamentos nem sempre positivos. Vale destacar como contribuição à crença de que, com a orientação, a ajuda e o acolhimento da enfermagem, os familiares poderão ultrapassar suas expectativas, o que propicia seu crescimento individual e maior aquisição de habilidades em qualidades humanas (SILVA, SANTOS, 2010).

Os componentes da Dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem nos leva a compreender o cuidado do enfermeiro na dimensão particular do cuidado por onde circulam a interação e a comunicação como elementos estruturantes, pois o cuidado é subjetivo e a melhor forma para a sua compreensão é a capacidade de relacionar-se com o outro (BAGGIO, ERDMANN, DAL SASSO, 2010).

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 fruto de uma participação cada vez mais ativa das famílias no processo de saúde e 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).

Pimenta e Collet (2009) comentam 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. Nessa perspectiva a família torna-se cliente da enfermagem e, isso por si só, sugere um processo interativo no qual a proximidade e o vínculo dão corpo e estrutura ao cuidado e por onde são

criadas pontes para sustentar e possibilitar novas interações. Souza, Ferreira (2010), há uma grande importância da integração entre a equipe e a família, e também apontam para o fato de que o aprendizado dos familiares na ocasião da internação servirá como base para a continuidade do cuidado domiciliar.

Oliveira (2012), cita que 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 por meio das experiências adquiridas ao longo da vida e também pela informação que cada um produz afetivamente e cognitivamente de uma forma seletiva.

Como citam Fernandes *et al.* (2015) muitas vezes os familiares se deparam 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 como unidade de cuidado. Com isso, torna-se essencial agilizar a capacitação de enfermeiros hospitalares no devido acolhimento das famílias de seus membros hospitalizados

Neste contexto, 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). Portanto, é imprescindível que o enfermeiro tenha atitude de cooperação com a família, baseado em sua autonomia e capacidade de entender e assimilar os conhecimentos transmitidos pelo enfermeiro, que venham a trazer melhoria na assistência de enfermagem em terapia intensiva.

Prevalecer-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 dos problemas e no atendimento das necessidades.

Tabela 7 - Atitudes dos enfermeiros intensivistas em relação à dimensão Família: fardo no contexto da Terapia Intensiva, São Luís- MA, 2016.

ITEM 2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
2 (4,65%)	26 (60,47%)	13 (30,23%)	2 (4,65%)	43 (100%)
ITEM 8 - Não tenho tempo para cuidar da Família				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
10 (23,26%)	21 (48,84%)	10 (23,26%)	2 (4,65%)	43 (100%)
ITEM 23 - A presença de membros da família faz-me sentir avaliado (a)				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
0 (0,00%)	10 (23,26%)	28 (65,12%)	5 (11,63%)	43 (100%)
ITEM 26 - A presença de membros da família deixa-me estressado				
Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente	Total
8 (18,60%)	28 (65,12%)	6 (13,95%)	1 (2,33%)	43 (100%)

Fonte: Elaborado pelo autor.

As atitudes que delimitam a Dimensão Família: fardo, expressas na Tabela 7, onde os enfermeiros percebiam a família como fardo, de não ter tempo para cuidar desse grupo e considerando indesejável a sua presença e permanência.

Nesta dimensão, quando adicionados às respostas “Discordo” e “Discordo Completamente” 65,12% dos enfermeiros consideraram que a presença de membros da família dificulta o seu trabalho; 71,10% assinalaram que não tinham tempo para cuidar das famílias e 83,72% citam que a presença da família deixava-os estressados.

Quanto à atitude, a presença de membros da família fazia-os sentir avaliados 76,75% dos enfermeiros concordaram com essa afirmação. Nessa dimensão foi a atitude em que a frequência de concordância foi maior quando comparada com as demais.

Considerar a família como fardo é colocar esse grupo para fora do alcance das ações dos enfermeiros e o considerar como fator estressante além de representar impedimento para assistência de enfermagem.

Práticas antigas do cuidado são exemplificadas nas atitudes de enfermeiros que reconhecem as famílias como fardos como não ter tempo para cuidar desse grupo. São atitudes que desconsideram as diferentes dimensões que a família possui, excluindo esse grupo do processo de cuidado. Atitudes como essa, fazem com que os membros da família não se sintam em situação confortável, isto é, não se sintam cuidados.

É primordial compreender os aspectos da família de acordo com as condições do seu processo de saúde e doença vivenciados (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 no contexto da pessoa e que estas 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 comentam 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).

Monteiro (2010) chama a atenção para compreender os conflitos da família e suas necessidades ou, melhor, o doente e sua família em sua totalidade, considerando todas as dimensões presentes, é preciso aproximar-se do mundo subjetivo destes e da singularidade de cada sistema familiar. Ribeiro *et al.* (2012) reconhece que os familiares necessitam obter informações precisas e claras, porque os mesmos anseiam por conversar sobre a condição e prognóstico do seu familiar doente e desejam receber informações da enfermagem acerca dos cuidados prestados.

Beuter *et al.* (2012) reconhecem que muitos familiares requerem auxílio tanto por parte de sua própria rede de apoio e de outras pessoas próximas, quanto dos profissionais de saúde. Isso se deve ao fato de que a sobrecarga, emocional e

física está relacionada à exposição constante das demandas do cuidado, além da necessidade que o acompanhante possui de realizar outras atividades externas ao cuidado hospitalar (SANTOS, 2013). Do mesmo modo, o acompanhante representa apoio e suporte durante o tratamento e recuperação da pessoa hospitalizada e sua presença implica na manutenção da afetividade, no oferecimento de apoio emocional e na possibilidade de manutenção do vínculo com sua rede social durante o período de internação (SANCHES *et al.*, 2013).

Ângelo *et al.* (2014), distinguem que considerar a família como fardo pode constituir evidências importantes de que o enfermeiro estabelece prioridades na sua atividade profissional e que estas podem não incluir o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Entretanto, é necessário considerar que adotar a concepção de que a família é um fardo é uma barreira para o desenvolvimento de um relacionamento colaborativo entre enfermeiros e famílias e pode estar relacionado às barreiras pessoais, organizacionais e ambientais.

6 CONCLUSÃO

O enfermeiro deve deter atitudes que impliquem na capacidade de admitir a parceria com a família, e, que muitas vezes, a inobservância dessa perspectiva exclui esse grupo familiar do processo de cuidados assim como na parceria entre profissional e família.

Considerando a IFCE-AE como instrumento utilizado na pesquisa para analisar a inserção da família no contexto da terapia intensiva, a média do escore total da escala foi de 75,1 pontos (DP=6,7; IC=72,4-77,9), indicando que os enfermeiros das UTIs investigadas adotam atitude de apoio sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem demonstrando que, em geral, a família não é considerada um fardo na assistência de enfermagem pelos enfermeiros estudados.

Quanto às dimensões da Escala IFCE – AE os enfermeiros do estudo concordaram que a família é parceira dialogante e recurso de *coping* e recursos nos cuidados de enfermagem e discordaram que a família é um fardo nas relações de cuidado em Terapia Intensiva.

Em relação à Dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* os enfermeiros consideraram importante que os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem ao paciente; que no primeiro contato com os membros da família os enfermeiros convidavam a família a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao paciente, procuravam sempre saber quem eram os membros da família do paciente. Portanto, nessa dimensão os enfermeiros reconhecem como importante o cuidado compartilhado, o diálogo e a negociação que implica a capacidade de discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados, a conversar e a falar sobre o estado do paciente. Estas atitudes são características que determinam cuidados pautados em relações horizontais e complementares marcadas pela abertura a novas e diversas opiniões assim como para o acolhimento das mesmas e envolve a capacidade de valorizar as experiências dos familiares, flexibilidade, tolerância e pensamento reflexivo.

Os enfermeiros do estudo reconhecem a importância do diálogo e da capacidade de orientar os membros da família sobre o processo de cuidados e a conversar e a falar sobre o estado do paciente.

O modo como os enfermeiros envolvem a família no cuidado recebeu especial ênfase nesse estudo. A parceria entre a equipe e a família retrata a valorização da qualidade do atendimento, característica essencial do cuidado humanizado.

Em oposição, os enfermeiros discordaram como importante convidar os membros da família a opinar quanto ao planejamento dos cuidados. Essa atitude pode revelar uma relação de poder, de valorização da doença e da técnica instrumental e revelar indiferença nas relações de cuidado em que a enfermagem tem como foco a doença e não o indivíduo e sua família.

No tocante à dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem as atitudes dos enfermeiros em aceitar que é importante saber quem eram os membros da família do paciente; concordaram que uma boa relação com os membros da família lhes davam satisfação no trabalho; que a presença de membros da família era importante para os enfermeiros e revelam atitudes para observar a família como parceira nos cuidados, colocando-a no centro da atenção e focalizando-a como elemento essencial de suas ações. À medida que o enfermeiro elabora e planeja suas ações voltadas, não somente a rápida assistência direta ele alcançará integralizar as dimensões objetivas e subjetivas do processo de cuidados.

As atitudes que delimitam a Dimensão Família fardo os enfermeiros discordaram que a presença de membros da família dificulta o seu trabalho e que não tinham tempo para cuidar das famílias. Os enfermeiros do estudo não consideraram a família como fardo isso porque os mesmos colocam esse grupo para dentro de suas ações e o não consideraram como fator estressante nas relações do cuidado de enfermagem.

No entanto, algumas contradições foram evidenciadas revelando a complexidade das atitudes dos enfermeiros quanto ao cuidado com famílias no contexto da terapia intensiva. A maioria dos enfermeiros do estudo concordou que os familiares dos pacientes internados em UTI possam ser um elemento primordial para melhora do paciente, por outro lado, eles não incluem ou pedem opinião da família na elaboração dos planos de cuidados de enfermagem e na realização da assistência de enfermagem.

De acordo com os resultados, os enfermeiros têm na sua maioria, atitude positiva perante a família na Unidade de Terapia Intensiva, valorizando a sua presença nos cuidados de enfermagem e reconhecendo a importância do estabelecimento do diálogo. Porém, consideramos que há muito por fazer no sentido

de melhorar o desempenho pessoal e profissional adequando à prestação de cuidados à família.

Segundo as médias dos escores de cada uma das dimensões do IFCE-AE, as atitudes dos enfermeiros se dirigem para o primeiro nível da prática de enfermagem de famílias, na qual esse grupo social exerce suporte para a continuidade do cuidado, não se configurando como cliente do cuidado.

Considera-se que as informações obtidas pelo presente estudo possam ajudar o enfermeiro a identificar as atitudes que contribuem e/ou implicam para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, AS; ARAGÃO, NRO; MOURA, E; LIMA, GC; HORA, EC; SILVA, LASM. Sentimentos dos familiares em relação a paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm.** 2009; 62 (6): 844-49.

ALVES, MA. **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.

ÂNGELO, M; BOUSSO, RS; ROSSATO, ML; DAMIÃO, EB; SILVEIRA, AO; CASTILHO, A M; ROCHA, MC. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, 2009; 43: 1337-1341.

ÂNGELO, M; CRUZ, AC; MEKITARIAN, FFP; DOS SANTOS, CCDS; MARTINHO, M JCM; MARTINS, MMFPS. Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48 (Esp):75-81.

ARAÚJO, CFG. **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.2014

ARAÚJO, MB. **Cuidar da Família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem.** Porto. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2010.

BACKES, DS; ERDMANN, AL; BÜSCHER, A. Evidenciando o cuidado de Enfermagem como prática social. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v. 17, n.6. 2009. BACKES, MTS; BACKES, DS; ERDMANN, AL; BÜSCHER, A. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Anna Nery** 2012; 16 (4):689 – 696.

BAGGIO, MA; ERDMANN, AL; DAL SASSO, GTM. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Rev Texto Contexto Enferm**, 2010;19 (2): 378-85.

BAILEY, J., et al. Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety and satisfaction with care. **Intensive and critical care nursing.** 2010; 26 (2):114-122.

BARBIERI-FIGUEIREDO, MC; SANTOS, MR; ANDRADE, L; VILAR, AI; 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.

BARBOSA, EMA; BRASIL, VV. Boletim Informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. **Rev Eletr Enfermagem**. 2010;9 (2):315-28.

BARBOSA, MAM; BALIEIRO, MMFG; PETTENGILL, MAM. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Rev Texto Contexto Enfermagem**. 2012; 21:194-9.

BARRETO, IS; KREMPEL, MC; HUMEREZ, DCO. Cofen e a Enfermagem na América Latina. **Rev Enfermagem em Foco**. 2011; 2 (4):251-254.

BENNER, P. Individual practice and system causes of errors in nursing. **Journal of Nursing Administration**, 32 (10), 509-523. 2011.

BENZEIN, E; JOHANSSON, P; ARESTEDT, KF, BERG, A; SAVEMAN, BI. Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes — An Instrument Development. **Journal of Family Nursing**. 2008, 12, p. 97-117.

BENZEIN, E; JOHANSSON, P; ARESTEDT, KF, BERG, A; SAVEMAN, BI. Nurses' attitudes towards families' importance in nursing care: a random sample survey. **Journal of Family Nursing**. 2008; 14, p. 162-180.

BEUTER, M; BRONDANI, CM; SZARESKI, C; CORDEIRO, FR; ROSO, CC. Sentimentos dos familiares acompanhantes. **Rev Esc Anna Nery**. 2012; 16 (1):134-40.

BOENTE, LM. Realidade familiar atual: necessidade de respeito à autonomia privada. **Seara Jurídica** — ISSN 1984-9311 — v.1 | n. 7 | jan - jun 2012.

BLANCHARD, B; ALAVI, C. Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of Family. **Nursing in critical care** 2008; 53 (4):480-87.

BRAGA, PP; SENA, RR. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. **Rev. Rene**, 2010;11 (Número Especial):142-149.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

CASARINI, K; GORAYEB, R; BASILE FILHO, A. Coping by relatives of critical care patients. **Heart & lung**. 2009; 38 (3):217-27.

CERQUEIRA, MMA. **A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2010.

COLLET, N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a Enfermagem Pediátrica. **Rev Bras Enferm**, 2012; 65 (1): 7-8.

COSTA, JB; FELICETTI, C.R; COSTA, CRLM, MIGLIORANZA, DC, OSAKU, EF; VERSA, GLGS; SOLSTOSKI, J; DUARTE, PAD; DUARTE, ST; OGASAWARA, SM;

TABA, S. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **J Bras Psiquiatr.** 2010;59 (3):182-189.

CRUZ, AC. **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.

DIAS, MO. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: O processo de comunicação no sistema familiar. **Rev. Gestão e Desenvolvimento.** 2011.15: 110-8.

ERDMANN, AL.; SOUSA, FGM. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais e saúde. **Rev Mundo da Saúde,** 2009; 33 (2):150-60

ERGSTROM, B; UUSITALOA, A; ENGSTROM, A. Relatives' involvement in nursing care: a qualitative study describing critical care nurses' experiences. **Intensive and critical care nursing.** 2011; 27:1-9.

FERNANDES, CS; GOMES, APG; MARTINS, MM; GOMES, BP; GONÇALVES, LHT. A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. **Rev. Enf. Ref.** Vol.serIV no.7 Coimbra dez. 2015.

FERNANDES, CS; MARTINS, MM; GOMES, BP; GOMES, JA; GONÇALVES, LHT. Family nursing game: desenvolvendo um jogo de tabuleiro sobre família. **Rev. Escola Anna Nery.** 2016; 20 (1):33-37.

FERREIRA, M; DIAS, M. **Ética e profissão:** relacionamento interpessoal em enfermagem. Loures: Lusociencia, 2009.

FIGUEIREDO, MHJS; MARTINS, MMFPS. Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. **Rev. Esc. Enferm USP.** vol.43. no.3. São Paulo. Sept. 2009.

FIGUEIREDO, MH. **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.** Loures: Lusociência, 183p. ISBN: 978-972-8930-83-7.2012

FONTANA, RT. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev Rene.** 2010; 11 (1):200-7.

FREITAS, KS; MENEZES, IG; MUSSI, FC. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Texto Contexto Enferm,** 2012; 21 (4): 896-904.

FREITAS, KS; MUSSI, FC; MENEZES, IG. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. **Rev Esc Anna Nery.** 2012;16 (4):704-11.

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

FRIZON, G; NASCIMENTO, ERP; BERTONCELLO, KCG; MARTINS, JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Rev Gaúcha Enferm**, 2011; 32 (1):72-78, 2011.

GOODING, JS; COOPER, LG; BLAINE, AL; FRANCK, LS; HOWSW, JL; BERNIS, S D. **Family support and a Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit**: origins, advances, impact. *Semin Perinatal* 2011; 35 (1): 20 – 8.

GOTTLIEB, L. **O cuidar em Enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família**. Portugal: Lusodidacta, 2016.

HANSON, SMH. **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, A. **Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system**. Bethesda MD: 2008

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2010: Famílias e domicílios – resultado da amostra**. 2010. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/d_detalhes.php?id=797.

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.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2009.

LOPES, MC. L; MARCON, SS. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Rev Acta Scientiarum. Health Sciences**, 2012; 34 (1):85-93

MARTINS, M. **Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família. Estudo comparativo nos CSP e no Hospital**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2010, p. 20-31.

MARTINS, MM; FERNANDES, CS; GONÇALVES, LHT. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012; 65 (4): 685-90.

MELLO, R; ICHISATO, SMT; MARCON, SS. Percepção da família quanto à doença e ao cuidado fisioterapêutico de pessoas com paralisia cerebral. **Rev Bras Enferm** 2012;65 (1):104-9.

MENDES, A. **A informação à família na Unidade de Cuidados Intensivos: desalojar o desassossego que vive em si.** Loures: Lusodidacta, 2015.

MENDES, AP. Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. **Rev Texto Contexto Enferm.** 2016; 25 (1): 41-7.

MENEZES, R A. **Trabalho em CTI: ônus e bônus para profissionais de saúde.** In: TEIXEIRA, A C B; DADALTO, L. (coord.) Dos hospitais aos tribunais. Belo Horizonte: Del Rey, 2013.

MERILÄNENA, M; KYNGÄSB, H; ALA-KOKKOA, T. Patients' interactions in na intensive care unit and their memories of intensive care: a mixed method study. **Intensive and critical care nursing** 2013; 29:78-87.

MITCHELL, M; CHABOYER , W; BURMEISTER, E; FOSTER M. Positive effects of a nursing intervention on Family-centered care in adult critical care. **American jornal of critical care.** 2009: 18 (6):543-552

MONTEFUSCO, SAR, BACHION, MM. Manutenção do lar prejudicada: diagnóstico de enfermagem em familiares de pacientes hospitalizados com doenças crônicas. **Rev Eletr Enferm.** 2011 abr/jun;13 (2):182-9.

MONTEIRO, MCD. **Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar: o início da dependência.** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010.

MORENO, V. Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental os e a família do portador de transtorno mental. **Rev Bras Enferm,** Brasília. 2010. jul-ago; 63 (4): 603-7.

MORITZ, RD; LAGO, PM ; DEICAS, A; NILSON, C; MACHADO, FO; OTHERO, J; PIVA, JP; ROSSINI, JP; ROVATTI, K; AZEREDO, N; SILVA,NB; PUSCH, R. 1ºFórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI. **Rev. Bras. Ter. Intensiva,** 2011; 23 (1): 24-9.

NELSON, D; PLOST, G. Registered nurses as Family care specialists in the intensive care unit. **Critical care nurse.** 2009: 29:46-52.

OLIVEIRA, K; ORLANDI, MHF; MARCON, SS. Percepções de enfermeiros sobre orientações realizadas em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Rene,** Fortaleza, 2011 out/dez; 12 (4):767-75.

OLIVEIRA, PDC; BARBIERI, MC; MARTINS, MM; FIGUEIREDO; MH; MARTINHO, MJ; ANDRADE, LM; FERNANDES, HI; VILAR, AI ; CARVALHO, JC; SANTOS; MR. **Da investigação à prática de Enfermagem de Família.** Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. 156p.

OLIVEIRA, PDCM; FERNANDES, HIV; VILAR, AIS; FIGUEIREDO, MHDJ; FERREIRA, MMSR; MARTINHO, MJ. 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, TCS. **Atitudes dos enfermeiros face às infecções associadas aos cuidados de saúde**. Viseu, 2012. Dissertação (Mestrado em enfermagem medicocirúrgica) – Escola Superior de Saúde do Viseu. 2012.

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

PIMENTA, EAG; COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, 2009; 43 (3): 622-9.

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

PREDEBON, GR; BEUTER, M; FLORES, RG; GIRARDONPERLINI, NMO; BRONDANI, CM; SANTOS, NO. A visita de familiares em unidades intensivas na ótica da equipe de enfermagem. **Cader. Cienc. Cuid. Saude**. 2011 10 (4):705- 12.

PUGGINA, AC; IENNE, A; CARBONARI, KFBSF; PAREJO, LS; SAPATINI, TF; SILVA, MJP Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.277-283, 2014.

RIBEIRO, FSP; SANTOS, MH; SOUSA, FGM; SANTANA, EEC; ARAÚJO, SFC; VIEGAS, CGC; BRAGA LC. Descrevendo necessidades de familiares de crianças internadas em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enfermagem em Foco** 2012; 3 (4): p.186-189.

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

RODRIGUES, LMO. **A Família Parceira no Cuidar: intervenção do enfermeiro**. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação. 148p. 2013.

SAIOTE, ECG. **A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa Unidade de cuidados Intensivos**. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa-Departamento de Sociologia, 2010.

SAIOTE, E; MENDES, F. A partilha de informação com familiares em unidade de tratamento intensivo: importância atribuída por enfermeiros. **Rev. Cogitare Enferm**. 2011;16 (2):219-25.

- SAMPAIO, PSS; ÂNGELO, M. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.15, n.2, p 85-92. 2015.
- SANCHES, C. D; SANTOS, T. C. S; CARVALHO, C. M. F; SÁ, A. C. M; PAIXÃO, G. P. N. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Rev Enferm UFSM.** Santa Maria, 2013.
- 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. **Cader. Cienc Cuid Saúde.** 2009.
- SCHNEIDER, CC; BIELEMANN, VLM; QUADROS; LCM. Família e enfermagem na uti, a comunicação como forma de humanizar o cuidado. **Cader. Cienc. cuid. saude.** 2013;7 (suppl 2).
- SIEGEL, DJ. **The mindful therapist: a clinican's guide to mindsightand neural integration.** New York, W.W. Norton, 2010
- SILVA, FDS; CHERNICHARO, IM; SILVA, RC; FERREIRA, MA. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. **Rev.Esc Anna Nery (impr.)**2012 out - dez; 16 (4):719- 727.
- SILVA, FS; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. **Rev.Esc Anna Nery RevEnferm.** 2010; 14 (2):230-5.
- SILVA, LWS; SANTOS, FF; SOUZA, DM. Sentimentos da família diante do enfrentamento do viver-morrer do membro familiar na UTI. **R. Enferm. UFSM** .2011 Set/Dez;1 (3):420-430.
- SILVA, MANCGMM; COSTA, MASM; SILVA, MMFP. Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. **Rev. Enf. Ref.** vol. ser III nº.11 Coimbra dez. 2013.
- SILVA, R S; CAMPOS, AER; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 45, n. 3, p.738-744, 2011.
- SILVA, RC; FERREIRA, MA A dimensão da ação nas representações sociais da tecnologia no cuidado de enfermagem. **Rev.Esc Anna Nery Rev Enferm.** 2011;15 (1):140-8.
- SILVA, RC; FERREIRA, MA. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. **Rev Esc Enferm USP** 2013; 47 (6):1325-32

SOUSA, ESAS. **A Família: atitudes do Enfermeiro de Reabilitação**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. 151p.

SOUSA, FGM; ERDMANN, AL. Qualificando a atenção à criança na Atenção Primária de Saúde . **Rev Bras Enferm**. 2012 set-out; 65 (5): 795-802.

SOUZA, KMO; FERREIRA, SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Cader. Ciênc Saúde Coletiva**. 2010; 15 (2):471-80.

WEIL, MH; TANG, W. FromIntensiveCaretoCriticalCare Medicine. A Historical Perspective. **Am J RespirCritCareMed**, Ney York, vl.183, p.1451-1453, 2011.

WRIGHT, LM; BELL, IM. **Beliefs and illness: a Model for Healing**. Calgary: 4th Floor p.2009.

WRIGHT, L; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família**. 4 ed. São Paulo: Roca, 2011.

ZANETTI, TG; STUMM EMF; UBESSI, LD. Estresse e *coping* de familiares de pacientes em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Pesqui Cuid Fundam online**. 2013; 5 (2):3608-19.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PARTICIPANTES DA PESQUISA POR CONTEXTO E SERVIÇO**1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/HUUFMA****1.1 UNIDADE PRESIDENTE DUTRA**

SETOR	População
UTI Geral	17
UTI Cardiológica	10
Hemodinâmica	05
Total	32

2. HOSPITAL TARQUINIO LOPES FILHO

SETOR	População
UTI	12
UCI	06
Total	18

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO**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 Follow up 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 C – CARTA CONVITE

São Luís, _____ de _____ de 2016

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

Rodson Glauber Ribeiro Chaves

Pesquisador

Francisca Georgina Macedo de Sousa

Orientadora

APÊNDICE D – 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 F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Importância da Família para os Processos de Cuidados: Atitudes de Enfermeiros no Contexto da Unidade de Terapia Intensiva

Responsável pela Pesquisa: Prof^ª: Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa e Enf. Rodson Glauber Ribeiro Chaves.

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 Unidade Presidente Dutra e no Hospital Tarquinio Lopes Filho, 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, o pesquisador 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 Enf. Rodson Glauber Ribeiro Chaves no Centro de Ciências Sociais Saúde e Tecnologia na Avenida da Universidade, Bairro Bom Jesus, pelo telefone (99) 981163228 ou pelo e-mail: rodson_ribeiro8@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.

São Luís, ____ de _____ de _____.

Coordenadora da Pesquisa

Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa

APÊNDICE G – TERMO DE PÓS CONSENTIMENTO**TERMO DE PÓS CONSENTIMENTO**

Eu, _____,
abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Importância da Família para os Processos de Cuidados: Atitudes de Enfermeiros nos Contextos Hospitalar e da Atenção Básica” 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

Pesquisador
Enf. Rodson Glauber Ribeiro Chaves

Participante da Pesquisa

ANEXOS

ANEXO A - 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

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP.

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: 48389315 8.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.249.865

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

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, 1956 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

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	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_480739.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_Samey.docx	24/08/2015 18:09:53	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_Juvenio_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 17:48:10	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: SÃO 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)