



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

**LORENA CARVALHO BRAGA**

**ESCALA PARA AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO  
ÀS FAMÍLIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**SÃO LUÍS  
2019**

**LORENA CARVALHO BRAGA**

**ESCALA PARA AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO  
ÀS FAMÍLIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Andréa Cristina Oliveira Silva

**SÃO LUÍS**

**2019**

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

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

Braga, Lorena Carvalho.

Escala para Avaliação das Atitudes do Enfermeiro no Cuidado às Famílias na Atenção Primária à Saúde / Lorena Carvalho Braga. - 2019.

110 f.

Orientador(a): Andréa Cristina Oliveira Silva.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, Centro Pedagógico Paulo Freire, São Luís, 2019.

1. Atitude. 2. Enfermagem familiar. 3. Estudos de Validação. I. Silva, Andréa Cristina Oliveira. II. Título.

**LORENA CARVALHO BRAGA**

**ESCALA PARA AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO  
ÀS FAMÍLIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Data da Aprovação: 28/02/2019

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Andréa Cristina Oliveira Silva - **Orientadora**  
Doutora em Ciências  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Flávia Baluz Bezerra de F. Nunes - **1º Membro**  
Doutora em Ciências  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Santana de Maria A. de Sousa - **2º Membro**  
Doutora em Ciências Sociais  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Liscia Divana Carvalho Silva - **1º Membro Suplente**  
Doutora em Ciências  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca - **2º Membro Suplente**  
Doutora em Biotecnologia  
Universidade Federal do Maranhão

## AGRADECIMENTOS

Grata a Deus pelo seu amor infinito e proteção. Mesmo frente aos desânimos, Ele me ensinou o poder da oração e me deu força e discernimento para finalizar esta jornada, sem Ele nada sou;

À Universidade Federal do Maranhão, pela formação científica desde a graduação;

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por meio dos docentes e coordenação, pelos conhecimentos científicos, troca de experiências e apoio no desenvolvimento de habilidades para o exercício acadêmico da Enfermagem;

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), pela concessão de bolsa de mestrado;

À Profª Drª Andréa Cristina Oliveira Silva, por ter aceitado o desafio da minha orientação e pela paciência. Agradeço a oportunidade e disponibilidade, não somente nesta caminhada na Enfermagem, mas por me ajudar a vencer os desafios e principalmente por me ouvir;

Profª Drª Francisca Georgina Macedo de Sousa por ser uma fonte inspiradora de dedicação, disciplina, trabalho e estudo;

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Família, Criança e Adolescente (GEPSEFCA), por ter apoiado o caminho do enriquecimento científico e aos membros pelo apoio e incentivo;

À Profª. Drª. Flávia Baluz, pelo exemplo de profissional, incentivo, acolhimento e ajuda nas etapas da minha pesquisa;

Aos meus pais, pela minha formação e educação, em especial à minha mãe Enfª Simone Carvalho por acolher minhas necessidades e por ser minha inspiração e maior incentivadora em todo meu processo de formação. Agradeço o amor, atenção e carinho nessa caminhada;

Ao meu irmão Luciano Braga, minha família, amigos e todos que me ajudaram de alguma forma, agradeço pela paciência, compreensão e por acreditarem em mim;

Agradeço, à minha amiga Bruna da Silva Oliveira, companheira de graduação, residência e mestrado, pela amizade, companheirismo, compreensão e enorme paciência nesta conquista.

À minha eterna chefe Enf<sup>a</sup> Marielza Cruz Sousa e aos colegas de trabalho do Departamento de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente (SES-MA) pela torcida, acolhimento, compreensão e empatia, principalmente para conduzir minhas atividades acadêmicas na finalização do mestrado. Agradeço a todos de coração.

BRAGA, L. C. Escala para avaliação das atitudes do enfermeiro no cuidado às famílias na Atenção Primária à Saúde. 110 f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

## RESUMO

Os enfermeiros têm o compromisso ético e moral de envolver as famílias em seus cuidados de saúde, considerando que a família tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada um de seus membros. O Cuidado Centrado na Família significa que as famílias representam uma constante na vida dos seus membros e que ao envolver a família nos cuidados, a enfermagem irá disponibilizar e prestar cuidados de excelência. As atitudes dos enfermeiros são decisórias para a qualidade das relações estabelecidas com a família e para o processo terapêutico no contexto da Atenção Primária à Saúde. Portanto, é necessário identificar as atitudes dos enfermeiros, por meio de uma escala válida e confiável, que aponte para um caminho de mudança e melhoria dos cuidados às famílias. Esta pesquisa tem como objetivos: Construir uma Escala para predizer as atitudes de enfermeiros no cuidado com famílias no contexto da Atenção Primária à Saúde e proceder a validação de conteúdo da Escala Atitudes de Enfermeiros no Cuidado com Famílias na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa metodológica, de natureza quantitativa. Para construção da escala foram considerados os pressupostos do Cuidado Centrado na Família e os itens da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros. Utilizou-se a Técnica Delphi como método de procedimento para a validação da escala. Os juízes de conteúdo que participaram da avaliação, são enfermeiros mestres e doutores com expertise em Enfermagem de Famílias, identificados por meio da Plataforma Lattes. A coleta de dados ocorreu entre julho/2018 a janeiro/2019, por meio de duas rodadas de avaliação enviadas via sistema *Google Docs*®, com participação de 14 e 8 enfermeiros na primeira e segunda rodadas, respectivamente. Os juízes utilizaram uma escala categórica de quatro pontos para julgar os critérios. A concordância das respostas foi avaliada pelo Índice de Validade de Conteúdo e pela taxa de concordância, cujos valores foram: 0,88 e 88% na primeira rodada e 0,94 e 94,8% na segunda rodada. Para verificar o grau de intensidade de concordância entre os juízes em relação a avaliação dos critérios foi utilizando o Índice Kappa, que demonstrou uma concordância fraca, sofrível e regular na primeira rodada, evoluindo para concordância boa e ótima. Ao final das avaliações, a Escala de Atitudes do Enfermeiro no Cuidado às Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS) foi construída apresentando com 31 itens distribuídos em quatro dimensões: a família como foco do cuidado; atitude de parceria e corresponsabilização; suporte à família e acolhimento à família. A construção e validação aponta para um instrumento que se propõe a medir fielmente seu objeto, incentivando a uma efetiva implantação nos seus processos de cuidar. Os enfermeiros interagem diariamente com as famílias, no entanto é necessário ir mais além examinando as suas atitudes e práticas para cuidar da família.

**Descritores:** Enfermagem familiar; Atitude; Estudos de Validação.

BRAGA, L.C. Scale for to evaluate the nurse attitudes to the families in the Health Primary Attention. 110 pages. Dissertation (Master). Post-Graduation Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, 2019.

### **ABSTRACT**

The nurses have the ethical and moral commitment to involve the families on their health care, considering that Family has a meaningful impact on health and the welfare of each member. The Centered Care on Family means that families represent a constant in the life of the members and when they involve the Family in the care, the nursing will provide and prefer cares of excellence. The nurse's attitudes are decisions for the quality of the established relations with Family and for the therapeutic process in the context of Primary Attention to Health. Therefore, it is necessary identify the nurses attitudes by a valid and reliable scale which points for a changing way and care improvement to the families. This search has as goals: Make a scale to predict the nurse's attitudes in the assistance with families in the context of Primary Attention to Health and validate content the Scale Nurse attitudes in the Assistance with families in the Primary Attention to Health. It is a methodological search, quantitative kind. To construct the scale it was considered assumptions of the Centered Care on Family and the items of the Scale The Importance of Families in the Nursing Cares – Nurses Attitudes. It was used the Delphi technical as a procedure method for the scale validation. The content judges who participated from the evaluation, they are masters and doctors nurses with expertise in Family Nursing, identified by the Lattes Platform. The data collect occurred between July of 2018 and January of 2019 by two evaluation rounds sent by *Google Docs*®, with 14 and 8 nurses on the first and second rounds, respectively. The judges used a categorical scale of four points to judge the criteria. The answer concordance was evaluated by the Content Validity Index and by the concordance rate, whose values were: 0,88 and 88% on the first round and 0,94 and 94,8% on the second round. To analyze the intensity degree of concordance among judges about the criteria evaluation, they were using the Kappa Index which showed a weak concordance, tolerable and regular on the first round, evolving for a good and great concordance. To the end of the evaluations, the Nurse Attitudes Scale in the assistance to Families in the Primary Attention to Health was made presenting with 31 distributes items in four dimensions: Family as the assistance focus; partnership and co-responsibility attitude; support to the Family and reception to this Family. The validation and construction for an instrument that proposes measure its goal, encouraging to an implantation effective in its caring processes. The nurses daily Interact with families, however, it is necessary go beyond, examining attitudes and practices to take care of a Family.

**Descriptors:** Family Nursing; Attitude; Validation Studies.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Distribuição dos participantes, segundo titulação, nas fases de identificação e seleção.....	32
<b>Figura 2</b> – Características das duas rodadas da Técnica Delphi.....	36
<b>Tabela 1</b> – Resultado da Taxa de Concordância e Índice de Validade de Conteúdo dos três critérios avaliados na primeira rodada. São Luís, MA, 2019.....	43
<b>Tabela 2</b> – Resultado da Taxa de Concordância e Índice de Validade de Conteúdo dos três critérios avaliados na primeira rodada. São Luís, MA, 2019.....	48
<b>Tabela 3</b> – Taxa de concordância e Kappa dos critérios na primeira e segunda rodadas de avaliação pelos juízes de conteúdo.....	50
<b>Tabela 4</b> – Índice de Kappa da avaliação dos juízes na segunda rodada, segundo o critério clareza.....	50
<b>Tabela 5</b> – Índice de Kappa da avaliação dos juízes na segunda rodada, segundo o critério clareza.....	51
<b>Tabela 6</b> – Índice de Kappa da avaliação dos juízes na segunda rodada, segundo o critério clareza.....	51
<b>Quadro 1</b> – Critérios de seleção dos juízes de conteúdo.....	31
<b>Quadro 2</b> – Critérios de avaliação dos itens e domínios da escala.....	35
<b>Quadro 3</b> – Alterações dos itens por dimensão após a avaliação na primeira rodada de avaliação dos juízes de conteúdo.....	45
<b>Quadro 4</b> – Alterações dos itens por dimensão após a avaliação na segunda rodada de avaliação dos juízes de conteúdo.....	49
<b>Quadro 5</b> – Avaliação das atitudes da escala de acordo com a pontuação total.....	53

<b>Quadro 6</b> – Avaliação das atitudes de acordo com a pontuação na dimensão 1.....	53
<b>Quadro 7</b> – Avaliação das atitudes de acordo com a pontuação na dimensão 2.....	54
<b>Quadro 8</b> – Avaliação das atitudes de acordo com a pontuação na dimensão 3.....	54
<b>Quadro 9</b> – Avaliação das atitudes de acordo com a pontuação na dimensão 4.....	54

## **LISTA DE SIGLAS**

- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- EAEFC – APS – Escala de Atitudes do Enfermeiro no Cuidado às Famílias na Atenção Primária à Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CCF – Cuidado Centrado na Família
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- GEPSFCA - Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente
- ICCF – Instituto de Cuidado Centrado na Família
- IFCE – AE – Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros
- IVC – Índice de Validade de Conteúdo
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PSF – Programa Saúde da Família
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	16
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	17
<b>4 CONTEXTUALIZANDO O TEMA</b> .....	18
<b>4.1 Atenção Primária à Saúde e o papel do enfermeiro</b> .....	18
<b>4.2 O cuidado com famílias na Atenção Primária à Saúde</b> .....	20
<b>4.3 Validação de Instrumentos de Medidas</b> .....	25
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	28
<b>5.1 Identificando a Pesquisa</b> .....	28
<b>5.2 Tipo de Estudo</b> .....	28
<b>5.3 Participantes da pesquisa</b> .....	30
<b>5.4 Processo da pesquisa</b> .....	32
5.4.1 Polo Empírico: procedimentos para a construção da Escala .....	32
5.4.2 Polo Analítico: análise dos domínios e itens da escala .....	35
<b>5.5 Aspectos Éticos da Pesquisa</b> .....	39
<b>6 RESULTADOS</b> .....	40
<b>6.1 Primeira rodada por meio da técnica <i>Delphi</i></b> .....	40
<b>6.2 Segunda rodada por meio da técnica <i>Delphi</i></b> .....	45
<b>6.3 Comparativo entre as rodadas e características da terceira versão</b> .....	50
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	55
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	63
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	66
<b>ANEXOS</b> .....	77
<b>APÊNDICES</b> .....	83



## 1 INTRODUÇÃO

A família como foco do cuidado é um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e para cuidar da família faz-se necessário compreendê-la em sua dinâmica e valorizar suas necessidades individuais e de grupo em interação (SILVA, GIOVANELLA, MAINBOURG, 2014).

A priorização da família, no contexto da APS, a partir da agenda das políticas públicas no Brasil teve início com o Programa Saúde da Família (PSF) adaptado de experiências estrangeiras que apresentam a família com foco do cuidado e não somente a pessoa doente (MORAIS et al., 2012; CAMPOS et al., 2014). A introdução da nova visão no processo de intervenção em saúde tem como objetivo um atendimento de qualidade, com foco no acompanhamento contínuo da família, propiciando às pessoas o direito de acesso à saúde, incluindo ações de promoção à saúde e prevenção de agravos (JORGE; GUIMARÃES, 2014).

O princípio norteador proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU) para o Ano Internacional da Saúde da Família consistiu em conceituar a família como unidade básica da sociedade e como instituição essencial de preservação e transmissão de valores culturais, bem como responsável pela formação e educação dos indivíduos. Assim, o PSF que visava a promoção de atendimento equânime e acesso de forma igualitária à saúde, colaborou para a reestruturação da Atenção Primária e a construção de novos processos de trabalho passando a ser denominado em 1997 de Estratégia Saúde da Família (ESF) (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

A ESF permite a atuação de equipes multiprofissionais e absorveu o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na perspectiva de identificar e atuar sobre os principais determinantes sociais de saúde das famílias residentes em sua área de abrangência. Essa nova abordagem tem como objetivo estabelecer vínculo entre os profissionais de saúde e a população, no sentido de fortalecer o compromisso no acompanhamento das famílias e torná-las corresponsáveis pelo seu cuidado (BRASIL, 2011).

A ESF prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, ética, responsabilidade e compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de

vínculo e afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar (BRASIL, 2011).

Assim, a Estratégia propõe aos profissionais uma ampliação do seu núcleo de saberes que, além da competência técnica, desenvolvam as dimensões de gestão e cuidado com as pessoas e suas famílias. Dessa maneira, o enfermeiro, como integrante de uma equipe multidisciplinar, requer o desenvolvimento de práticas de cuidado mais articuladas, devido à interação entre os profissionais e os membros das famílias que trazem seus conhecimentos e experiências (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

O modelo de cuidado da Estratégia supõe envolvimento das equipes para a criação de um vínculo com a família, de modo que as equipes possam planejar e executar ações voltadas resolver os problemas das pessoas (LOPES; MARCON, 2012). Entretanto, a fim de que o processo de trabalho ganhe contornos específicos, o profissional precisa ter qualificação e apresentar perfil diferenciado, já que a ênfase do cuidado não está nos procedimentos técnicos, mas sim, na inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe (MARQUI et al., 2010).

O processo de cuidar da família pelo enfermeiro revela um conjunto de atividades prioritárias e rotineiras, que necessita do estabelecimento do relacionamento terapêutico para envolver a equipe e todos os membros da família além de descentralizar as decisões, permitindo relações de cuidado mais horizontais e corresponsabilização dos envolvidos (SILVA; ASSIS, 2015).

O relacionamento terapêutico compreendido pelas interações planejadas entre enfermeiro e a família a ser cuidada, tem como objetivo o compromisso recíproco e constitui um repertório de saberes e práticas que possibilita o entendimento da família em sua complexidade e contextos e sua aplicação, assim como, promove crescimento e mudança de comportamento entre os envolvidos (NÓBREGA; FERNANDES; SILVA, 2017).

Para compreender a complexidade e o contexto familiar, o enfermeiro deve estar atento aos seus próprios valores, crenças, desejos e metas, de modo que esses não entrem em conflito com os da família, o que poderia interferir diretamente na qualidade da interação entre todas as pessoas comprometidas com o cuidado (VILELAS; JANEIRO, 2012).

Segundo Wright e Leahey (2012), os enfermeiros têm o compromisso ético e moral de envolver as famílias em seus cuidados de saúde, considerando que a

família tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada um de seus membros, podendo exercer considerável influência sobre suas enfermidades.

A família, independentemente de sua configuração, constitui-se pilar sustentador em todas as etapas da vida, caracterizando-se como lugar de apoio mútuo, onde o cuidado “da” e “para” vida acontece (BELLATO et al., 2016). Isso significa dizer que a família oferece cuidados que perpassam as relações familiares e abarcam as múltiplas dimensões do viver, o que a torna a principal cuidadora de cada um de seus membros ao longo do tempo e das gerações (SOARES et al., 2013).

Das relações interpessoais geradas com os familiares, por volta do ano de 1969, teve início a construção do termo Cuidado Centrado na Família (CCF), com o objetivo de definir a qualidade do cuidado dispensado, tendo em vista a relevância da influência dos indivíduos e suas famílias para a recuperação do estado de saúde e de considerar a autonomia dos mesmos frente às suas necessidades (BENZEIN et al., 2008).

Em 2008, o Instituto de Cuidado Centrado na Família (ICCF) redefine as relações nos cuidados de saúde, colocando ênfase na colaboração entre as pessoas e suas famílias em todos os níveis de atenção e em todas as configurações de cuidados de saúde. Além disso, reconhece que as famílias são essenciais para a saúde e o bem-estar das pessoas e são aliadas cruciais para a qualidade e segurança dentro do sistema de saúde. Sendo assim, criar parcerias com as famílias gera melhoria da qualidade e redesenho de cuidados de saúde (ICCF, 2008).

Assistir a pessoa e sua conjuntura familiar tem como objetivo “promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e restaurar seu controle e dignidade” (PINTO et al., 2010, p.133), sem, entretanto, eliminar a competência individual dos membros em relação à tomada de decisão de sua própria saúde. Para esta finalidade, os profissionais envolvidos no cuidado devem incentivar a continuidade da ligação natural que existe entre os usuários/clientes, suas famílias e a rede de apoio. Essa filosofia assistencial inclui a família como parceira nas práticas de cuidado (BENZEIN et al., 2008).

Cruz e Angelo (2011) discorrem que estabelecer um relacionamento com a família possibilita adquirir uma visão ampla dos problemas, compreender as necessidades e as prioridades da família, assim como, o desenvolvimento de um plano de cuidado efetivo. Então, buscar junto à família o reconhecimento de suas necessidades, dificuldades, potencialidades e forças, deve ser o objetivo do cuidado



dirigido para a mesma, possibilitando revelar as condições intrínsecas para o cuidado amplo, individualizado e efetivo (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012).

Contudo, nas relações de cuidado, a família é muitas vezes esquecida ou desconhecida, ou se é lembrada, é apenas vista como recurso (MELLO; ICHISATO; MARCON, 2012). A família é abordada de forma fragmentada ou como referência genérica no âmbito das políticas sociais e/ou é tomada como problema e transformada em objeto terapêutico (BORGES; FRANCO, 2012).

Nesse sentido, o CCF vem se destacado como filosofia do cuidar para a 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 e com a compreensão de que as necessidades se diferenciam para cada um deles. Esta filosofia crê essencialmente que ao envolver a família nos cuidados, a Enfermagem irá disponibilizar e prestar cuidados de excelência (RIBEIRO et al., 2018).

Ao utilizar esse modelo de cuidado para inserir a família no planejamento e nas decisões, prioriza-se que o cuidado seja delineado em torno de toda a família, não focando exclusivamente no familiar enfermo, pois todos os membros são reconhecidos como receptores de atenção (CRUZ; ANGELO, 2011; DUDLEY et al., 2015).

Nesse ponto, o cuidado de enfermagem pautado no CCF é determinante no atendimento das necessidades e na promoção do bem-estar de todos. As atitudes dos enfermeiros em relação aos indivíduos e às famílias retratam a importância conferida ao sistema familiar no processo de cuidado e define como será construída a relação entre as partes. Desse modo, cultivar atitudes de suporte é primordial para engajar famílias no cuidado de enfermagem, estabelecendo relações de confiança e valorizando a família como um todo (ANGELO et al., 2014).

Considerando as assertivas que norteiam o cuidado de enfermagem de famílias e para delimitação do objeto de pesquisa, parte-se do pressuposto de que as atitudes dos enfermeiros são decisórias para a qualidade das relações estabelecidas com a família e para o processo terapêutico no contexto da Atenção Primária à Saúde. A família necessita ser atendida e cuidada, sendo esse cuidado mais abrangente, e o enfermeiro, ao se deparar com as diversas dimensões da família e do cuidado, deve possuir atitudes para o estabelecimento de vínculo valorizando a relação construída (RIBEIRO et al., 2018).

O objeto desta pesquisa é a medida das atitudes dos enfermeiros para o cuidado com famílias na Atenção Primária à Saúde, a partir da construção e validação de uma Escala. Para guiar o desenvolvimento da pesquisa foram definidas as seguintes questões: a Escala de Medidas, tendo por finalidade avaliar atitudes de cuidados de enfermeiros com famílias no contexto da Atenção Primária à Saúde, apresenta propriedades psicométricas válidas e confiáveis? Em que dimensões da Escala de Medidas estão inseridas as atitudes do enfermeiro para cuidar de famílias na Atenção Primária à Saúde?

Estes questionamentos foram motivadores para realização da pesquisa com a finalidade de avançar na produção do conhecimento em Enfermagem de Família.

Os estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias revelaram que, apesar das narrativas expressarem a importância dos cuidados centrados na família, as práticas não são concordantes com estas representações (ALVES, 2011; OLIVEIRA et al., 2011; ANGELO et al., 2014). Portanto, torna-se relevante construir uma escala válida e confiável de avaliação do cuidado de enfermagem às famílias no contexto da APS, considerando além do atual e crescente desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem de Famílias, a necessidade de identificar as atitudes que promovam a redução da dicotomia entre os discursos e as práticas, condição necessária para um caminho de mudança e melhoria dos cuidados às famílias.

## 2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, há um único instrumento validado que avalia atitudes de enfermeiros na valorização da família nos processos de cuidado, entretanto, direcionado ao contexto hospitalar. Esse instrumento é nomeado A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE), originalmente desenvolvido na Suécia (BENZEIN et al., 2008), foi traduzido e validado no Brasil por Angelo e colaboradores (2014).

Considerando a ausência de instrumentos de medida que abordem atitudes de enfermeiro no cuidado com famílias na Atenção Primária à Saúde e, que a família precisa ser cuidada numa perspectiva integral e como foco da atenção do enfermeiro, torna-se necessário e essencial uma aproximação da medida desse fenômeno.

Para Mattei (2015), a criação e validação de um instrumento insere-se no desenvolvimento de tecnologias em saúde e são consideradas como saberes por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção do cuidado.

Espera-se que a tecnologia construída e validada, inicialmente nomeada como Escala de Atitudes de Enfermeiros no Cuidado com Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS), possa auxiliar enfermeiros a refletir e compreender os atributos do cuidado centrado na família e disponibilizar a escala pautada em evidências. A EAECF-APS contribuirá para avaliar a efetividade do cuidado e poderá fortalecer as políticas de humanização da APS e o cuidado com famílias. Do mesmo modo, a EAECF-APS favorecerá o aprimoramento do conhecimento sobre o fenômeno cuidado de famílias e possibilitará avançar rumo a constatação de um referencial teórico para avaliar atitudes de cuidado com possibilidades para mudança de postura na tomada de decisão e ser incorporada à clínica e à pesquisa em enfermagem. Ressalta-se a importância da EAECF-APS como primeiro instrumento válido para avaliação das atitudes de enfermeiros nas relações de cuidado com famílias na Atenção Primária à Saúde.

### 3 OBJETIVOS

- ✓ Construir uma Escala para prever as atitudes de enfermeiros no cuidado com famílias no contexto da Atenção Primária à Saúde;
- ✓ Proceder a validação de conteúdo da Escala Atitudes de Enfermeiros no Cuidado com Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS).

## **4 CONTEXTUALIZANDO O TEMA**

### **4.1 Atenção Primária à Saúde e o papel do enfermeiro**

A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS), legitimada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, no ano de 1978, aponta a saúde como expressão de direito humano e é traduzida como porta de entrada dos sistemas de saúde, o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção, além de apresentar outras características essenciais como: indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais da saúde e a participação social (WHO, 1978; GIOVANELLA, 2018).

Com vistas a fortalecer, operacionalizar e regulamentar a APS no Brasil, em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica considera equivalentes os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde e os definem como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, sob cuidado integrado e gestão qualificada, realizados mediante responsabilidade de uma equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido (BRASIL, 2017).

A APS é considerada um eixo estruturante de um sistema, assumindo a coordenação dos serviços com o objetivo de garantir a articulação e a continuidade da atenção de modo integrado nos diferentes pontos de atenção (GOMES et al., 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a estratégia prioritária para expansão, qualificação e consolidação da APS, por favorecer uma orientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

A ESF preconiza uma equipe de caráter multiprofissional (médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) e que deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco

existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar o cuidado integral às famílias sob sua responsabilidade (ESCOREL et al., 2007).

A incorporação da ESF na política de saúde brasileira propõe a reversão do modelo assistencial a partir da APS, fato que tem contribuído para a assistência da família pelos profissionais de saúde. Dessa maneira, as práticas de saúde com base no princípio da integralidade ultrapassam a possibilidade de acesso a todos os níveis do sistema, é também uma forma de ampliar o olhar dos profissionais para além da lógica intervencionista, alcançando os contornos do que se compreende como cuidar na construção dos serviços de saúde (CARNUT, 2017).

Sendo assim, no decorrer dos anos, houve modificação importante no papel e no lugar da família na atenção em saúde. Os familiares passaram da condição de espectadores passivos para um papel ativo, responsável e crítico, tornando-se núcleo importante na implementação de novas práticas de cuidar. Neste sentido, as políticas adotadas pelo Ministério da Saúde têm reforçado o reconhecimento da família como sujeito do cuidado dos profissionais da saúde e o cuidado à família como direito (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2017).

Na gestão e/ou na execução das práticas de cuidado, educativas e preventivas, no nível da atenção primária, o trabalho do enfermeiro é estratégico e indispensável no espaço de intervenção (unidade de saúde, domicílio e/ou nos demais espaços comunitários), uma vez que a demanda cotidiana ainda reflete a predominância do modelo biomédico, em que o cuidado se dá mais por meio de medidas e de procedimentos técnicos e diagnósticos terapêuticos com valorização do ambiente hospitalar (MATUMOTO et al., 2012).

Na contramão das práticas tecnicistas executadas, a escuta, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, na lógica da clínica ampliada, assim como o matriciamento e a intervenção interdisciplinar e intersetorial, sobre os determinantes sociais da saúde, conglobam exemplos que requerem inovações em processos de trabalho (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; BRASIL, 2017).

O enfermeiro desempenha uma atuação diferenciada considerando que além de integrar uma equipe multiprofissional, deve ser capaz de articular questões internas e externas ao serviço, favorecer a interligação de saberes nos vários processos de cuidado, compreender as dimensões relacionais das pessoas,

sobretudo a família, permitindo identificar as necessidades, atuar com resolutividade e cuidar com responsabilidade (LANZONI et al., 2015).

Desta maneira, os enfermeiros frente às demandas na APS devem considerar a saúde das pessoas no meio social e físico no qual elas vivem, trabalham e se relacionam, ao invés de considerar apenas o estado de adoecimento, mostrando uma prática baseada na pessoa, na família e nas redes sociais de apoio (STARFIELD, 2002).

Considerando assim, o cuidado do enfermeiro na APS deve ultrapassar as práticas curativas, envolvendo postura, atitude e tecnologias do cuidado nos quais estabeleça relações entre as pessoas e os profissionais de saúde, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar o acesso e a continuidade do cuidado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; BRASIL, 2013a).

#### **4.2 O cuidado com famílias na Atenção Primária à Saúde**

Considerando que o ser humano não é somente a esfera física, nem somente consciência ou apenas emoções, avaliar alguns destes aspectos isoladamente é perder de vista a totalidade e a integralidade, que deve ser foco permanente dos profissionais que lidam com a saúde, uma vez que fatores que não estão diretamente ligados à doença podem interferir em seu estado de equilíbrio (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

Para Angelo et al. (2009), existem algumas condições para que a família seja foco de cuidado, dentre elas enfatizam a necessidade de explicitar o conceito de família; valorizar a experiência da família; dirigir as intervenções a todos os membros, sadios ou doentes; considerar as influências que a família sofre a partir das mudanças nos seus membros assim como os relacionamentos familiares; que o planejamento do cuidado tenha como foco as forças da família, a cultura e o ambiente no qual está inserida, implicando na interação do enfermeiro com a família. As autoras sugerem que o cuidado de enfermagem com famílias seja centrado nesse grupo social e o envolva na tomada de decisão, auxiliando os familiares em suas escolhas, baseando-as em valores e fornecendo ações de cuidados de saúde relevantes.

O enfermeiro, em uma perspectiva mais compreensiva, deve incorporar os indivíduos e suas famílias no cuidado, proporcionando o apoio social, a educação e

orientações que promovam o bem-estar. Estas intervenções devem fazer parte do planeamento do cuidado ofertada pelos enfermeiros, adotando assim um enfoque mais abrangente ao cuidado, antes de tudo dotado de complexidades, singularidades e especificidades (BARBOSA; VALADARES, 2009).

No contexto de cuidado, os enfermeiros desenvolvem atitudes positivas ou negativas que implicam na capacidade de admitir a parceria com a família em relação a determinadas situações. O cuidado do enfermeiro requer a utilização de tecnologias leves que colocam a família como centro, tendo papel imprescindível para o suporte e apoio daquele que está sendo o receptor do cuidado (RIBEIRO et al., 2018). Estas atitudes, entre outros determinantes, podem ser modeladas por diversos fatores, dentre eles: cultura, educação, idade, comunicação e componentes sociais (CRUZ; GOMES; PARREIRA, 2016).

Diante dessas características, a ESF requer dos enfermeiros um modo de atender às necessidades de saúde, em que a pessoa deve ser vista de forma absoluta e inserida em contexto familiar. Para que assim ocorra, deve ser repensado o processo de trabalho adotando metodologias, instrumentos de trabalho e conhecimentos que garantam o cuidado de excelência. Acredita-se ser de extrema importância para o enfermeiro a atitude de ser e agir diferente e estar aberto às mudanças (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

Sendo assim, a atitude é uma predisposição para o comportamento, desenvolvida ao longo da vida, uma avaliação que o indivíduo faz e que determina a sua conduta no dia a dia, levando-o à ação (MARTINS; RODRIGUES, 2011). Pode ser definida também como uma disposição interior da pessoa, que se traduz em reações emotivas que são assimiladas e posteriormente experimentadas, sempre que a pessoa é posta perante um objeto, ideia ou atividade (SOUSA, 2011). O enfermeiro que trabalha com famílias precisa apresentar atitudes que eliminem a indiferença em relação às individualidades, demonstrem interesse e preocupação com o outro e desenvolvam a empatia. A família necessita ser atendida e cuidada, sendo esse cuidado mais abrangente; e o enfermeiro, ao se deparar com as diversas dimensões da família e do cuidado, precisa possuir conhecimentos e atitudes para o estabelecimento de confiança e realizar as intervenções necessárias, valorizando a relação que está sendo estabelecida (RIBEIRO et al., 2018).

Fundamentado em Abbagnano (2007), a atitude é a disposição ou comportamento que permite efetuar alternativas de valor constante de uma



determinada situação. É uma tendência psicológica avaliativa, envolvendo a tomada de decisão, favorável ou desfavorável, em relação a um objeto. Significa um propósito, um modo de proceder, uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir (FERREIRA, 2010). Sendo assim, entende-se que comportamentos como vínculo, parceria, valorização de saberes, crenças, 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, não apenas como participante, mas como sujeito de cuidado, onde o enfermeiro cuida da família e não apenas de um dos seus membros.

Os sistemas de saúde tendem a centrar sua atenção no problema e não nas pessoas e suas necessidades, essa é umas das condições que desafiam os enfermeiros a trabalhar com os indivíduos e suas famílias. Para tanto, na ESF, o profissional deve voltar-se para a mudança de foco, comportamentos e atitudes e apropriar-se de um novo modo de pensar, de ser e de fazer nas relações de cuidado, de maneira que a pessoa e a família sejam parceiras para o cuidado e que o enfermeiro exercite escuta qualificada, reconheça as experiências e o estilo de vida assim como as circunstâncias que envolvem tanto a pessoa como sua família (GOTTLIEB, 2016).

O cuidado à família é uma prática permeada por situações abrangentes e complexas, assim, é necessário que o enfermeiro assuma atitudes de cuidado, vislumbrando acolhimento e empatia. Estabelecer vínculo e parceria com a família é, sem dúvida, princípio norteador para que o cuidado seja moldado no companheirismo e na reciprocidade. A assistência deve focar o cuidado subjetivo, além do cuidado técnico, de forma a colocar a família com papel fundamental, focando na continuidade do cuidado e buscando aprimorar a prática (ARAGÃO, 2017).

Inicialmente, para inserir e compreender a família como parte do processo de planejamento do cuidado, é necessário apreender a abordagem instituída pelo Instituto de Cuidado Centrado na Família – ICCF (2008) que define pressupostos de prestação e de avaliação do cuidado que são dinamicamente sustentados na parceria com benefícios mútuos para pacientes, famílias e profissionais:

- a) A dignidade e o respeito são exercitados pela capacidade de os profissionais ouvirem e respeitarem as escolhas e perspectivas do paciente e da família;

b) Conhecimento, valores, crenças e cultura da pessoa e da família são incorporadas na perspectiva do cuidado;

c) Informação compartilhada por meio da qual os profissionais comunicam e dividem as informações de forma completa e oportuna com a pessoa e família;

d) A participação é utilizada como estratégia para encorajar e apoiar a família no envolvimento para o cuidado e tomada de decisão;

e) A colaboração entre usuários, famílias e profissionais de saúde são voltadas para o desenvolvimento, implantação, implementação e avaliação das políticas e programas visando, sobretudo, facilitar o processo de cuidado e a educação profissional.

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 (ICCF, 2008).

A filosofia do Cuidado Centrado na Família (CCF) requer dos enfermeiros o atendimento das necessidades não apenas clínicas, mas também emocionais, afetivas e sociais, possibilitando um cuidado mais abrangente, o que exige mudança nos modos de cuidar (LIMA et al., 2010). Perante o exposto, é indispensável escutar o familiar, estabelecer uma comunicação eficiente e confiabilidade, de forma que as demandas sejam diariamente identificadas (RIBEIRO et al., 2018).

No campo da ciência da Enfermagem, Friedman (1992) foi a primeira autora a descrever níveis de abordagem à família, dessa forma, para a autora, abordar a família é ser capaz de reconhecer as suas principais funções: a afetiva (para satisfazer as necessidades emocionais); a de socialização (no desenvolvimento e amadurecimento bem sucedido, o uso apropriado da linguagem, o comportamento, as habilidades de comunicação e os valores essenciais da família); a reprodutiva (permitindo a procriação e constituição da família); a econômica (vital para obtenção de recursos financeiros adequados para a satisfação das necessidades materiais); e, a função cuidado a saúde (para manter a família saudável com o alimento, o vestuário, o abrigo, remédios, atividades de prevenção e o próprio cuidado a saúde).

A exigência para uma participação cada vez mais ativa das famílias no processo saúde/doença dos seus membros pressupõe um aumento do

acompanhamento a estas unidades por parte dos profissionais de saúde e consequente obrigação dos enfermeiros repensarem 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).

Reconhecer as principais funções da família em um contexto social, promovido pelo fortalecimento da ESF, caracterizado por novas necessidades de saúde, que passam pela diminuição do período de hospitalização, o incentivo para cuidados ambulatoriais promovidos por equipe multiprofissional e por uma rede de suporte mais ampla e flexível na assistência, exige a expansão e ampliação de uma prática de enfermagem com base na família e também a compreensão da ESF como sinônimo de acessibilidade para a pessoa e toda a família e para a promoção de longitudinalidade do cuidado (ARAÚJO, 2014).

Dos enfermeiros atuantes na APS, espera-se a avaliação do indivíduo como um todo e simultaneamente uma parte do todo que integra, que é a família e, com esta abordagem exige-se uma mudança no paradigma de cuidar – do indivíduo para a família. A abordagem sistêmica da família imprime ao trabalho do enfermeiro uma dinâmica interativa num contínuo entre o todo e as partes e vice-versa (SANTOS, 2012).

O interesse no desenvolvimento e fortalecimento do CCF na organização da APS é fortalecida pelas evidências teóricas de Hanson (2005) e Wright e Leahey (2012) que apontam entre várias explicações: (1) a promoção, manutenção e a recuperação da saúde das famílias tem importância para a sobrevivência da sociedade; (2) a saúde e a doença são assuntos da família; (3) a família como um todo é afetada quando um ou mais dos seus membros vivenciam problemas de saúde, e é um fator significativo no cuidado da saúde e bem-estar dos seus membros; (4) a família como um todo tem impacto no modo como os seus elementos resolvem os problemas de saúde e os comportamentos de saúde individuais afetam a família como um todo; (5) a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando a ênfase é colocada sobre a família, e não apenas sobre o indivíduo.

A consciência de uma prática de enfermagem baseada em evidências científicas aponta para atuação responsável e efetiva envolvendo as famílias nos cuidados (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

A efetiva avaliação das famílias pelos enfermeiros que integram uma perspectiva sistêmica do cuidado à família exige uma apreciação da família e da sua

história de saúde, que integre saberes das ciências de enfermagem e das ciências sociais (HANSON, 2005; WRIGHT; LEAHEY, 2012). Avaliar a família como um sistema é apreciá-la na sua dinâmica e na sua estrutura, num processo de interação com outros sistemas com quem interage, inclusive com a enfermagem; portanto o enfermeiro da ESF, mediante as suas atribuições legais, configura-se como o profissional capaz de identificar todos os sistemas que interagem e influenciam a família. O alcance desta apreciação depende da habilidade do enfermeiro em identificar os elementos e as interações que definem família, a sua força e a sua necessidade (SANTOS, 2012).

A essência do cuidado centrado na família promovido pelo enfermeiro está no modo como os mesmos integram as famílias nos cuidados e interagem com ela. Abordar a família como um sistema, é reconhecer que ela está mergulhada numa realidade, numa relação hierárquica com outros sistemas (SANTOS, 2012).

### **4.3 Validação de Instrumentos de Medidas**

Atualmente os pesquisadores da área da Enfermagem demonstram uma preocupação crescente com a medição dos seus fenômenos pois, ao realizarem investigações que envolvem novas ferramentas ou instrumentos, precisam conhecer sua confiabilidade e validade. Se a validade e a confiabilidade dos instrumentos não refletirem os conceitos que estão sendo testados, as conclusões extraídas do estudo serão inválidas e não promoverão o desenvolvimento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

É fundamental compreender o processo e as técnicas utilizadas para o desenvolvimento dos instrumentos de medida em saúde com o objetivo de assegurar a credibilidade dos resultados (CANO; HOBART, 2011). Com o objetivo de melhorar a qualidade dos instrumentos, autores sugerem e descrevem etapas e métodos padronizados e sistemáticos que devem ser utilizados durante esse processo (PITTMAN; BAKAS, 2010; GÜNTHER, 2003). De modo geral, as publicações científicas (PASQUALI, 2010; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015) destacam, principalmente, as seguintes etapas a serem seguidas no processo de construção de instrumentos:

- a) Estabelecimento da estrutura conceitual;
- b) Definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida;

- c) Construção dos itens e das escalas de resposta;
- d) Seleção e organização dos itens;
- e) Estruturação do instrumento;
- f) Validade de Conteúdo;

Para a construção de instrumentos de medida, é fundamental que os objetivos sejam estabelecidos e que estes tenham conexão com os conceitos a serem abordados. A definição da população-alvo também é importante porque serve para justificar a relevância da criação de um instrumento específico. A elaboração da estrutura conceitual é a etapa responsável por definir o contexto do instrumento e sustentar o desenvolvimento dos domínios e itens (GÜNTHER, 2003; WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003).

Os itens de uma escala devem ser elaborados ou selecionados em função das definições operacionais do constructo. As escalas de respostas aos itens podem assumir muitas formas e a escolha do método deve ser determinada pela natureza da pergunta realizada (STREINER; NORMAN, 2008).

Para seleção, organização e estruturação dos itens, é importante atentar aos diversos tipos de critérios existentes para tornar os itens adequados ao instrumento (PASQUALI, 2010).

Após ser estruturado e organizado, o instrumento deve ser avaliado com o objetivo de associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis. Para isso, é necessário realizar a validação, que se refere à apropriação, significação e utilidade das inferências realizadas a partir dos escores obtidos pelos instrumentos de medida (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003). Desse modo, a validade envolve um conjunto de evidências que comprova se um instrumento está de fato mensurando o constructo que pretende medir (FAYERS; MACHIN, 2007).

O termo validar é definido como a extensão ou grau em que se representa o conceito no qual o instrumento se propõe a medir, possibilitando inferir o quanto os resultados que foram obtidos, por meio da utilização do instrumento, representam a verdade ou quanto se afastam dela (BITTENCOURT et al., 2011; POLIT; BECK, 2011).

Os métodos mais mencionados para obtenção da validade de uma medida, principalmente na área da saúde, são a validade de construto, a validade de critério e a validade de conteúdo (PASQUALI, 2010).

A validade de constructo avalia o grau no qual um instrumento mede o construto pretendido a partir da avaliação de um modelo teórico hipotético, ou seja, a relação teórica existente entre duas medidas. A validação de critério avalia se a medida investigada possui relação empírica com critérios externos, comprovadamente validados, que avaliam a mesma construção teórica. E a validade de conteúdo visa avaliar e confirmar se o instrumento reflete toda a dimensão teórica pretendida, identificar possíveis discrepâncias e omissões, além de avaliar a aceitabilidade, compreensão, relevância e clareza dos itens (FAYERS; MACHIN, 2007).

A validade de conteúdo representa o universo do conteúdo ou dos domínios de uma construção teórica, o qual fornece a estrutura e a base para a formulação de questões que representarão adequadamente o conteúdo. Neste tipo de validade, o pesquisador deverá definir o conceito e identificar as dimensões dos componentes do conceito (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A validade de conteúdo expressa o grau de relevância dos itens na representação de todo o universo ou dimensão de um conteúdo teórico e consiste no julgamento por um comitê de especialistas, criteriosamente selecionados, que avaliam a proporção na qual os itens de uma medida determinam o mesmo conteúdo e se estes são relevantes e representativos. Dessa forma, a avaliação quantitativa deve ser realizada por meio de vários métodos distintos para quantificar o grau de concordância entre os especialistas (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2010).

É fundamental para a confiabilidade de uma pesquisa, a adequada seleção do instrumento, por meio de uma criteriosa e rigorosa avaliação da construção do mesmo, com o objetivo de garantir a qualidade e delimitar com clareza o universo que se propõe investigar. Assim, um instrumento que tem boa validade, muito provavelmente também será um instrumento confiável (MARTINS, 2006; PASQUALI, 2010; POLIT; BECK, 2011).

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Identificando a Pesquisa**

Esta pesquisa é parte do projeto intitulado CUIDADO COM FAMÍLIAS: Construção e Validação de Escala e Avaliação das Atitudes de Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde vinculado ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente (GEPSCFA) e ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

### **5.2 Tipo de Estudo**

Atitudes de cuidado é um fenômeno complexo e abstrato. Para sua mensuração, faz-se necessário, movê-lo do abstrato para o concreto por meio da identificação e da operacionalização das propriedades e atributos que caracterizam esse construto. Nesse sentido, operacionalizar atributos significa especificar descritores empíricos que serão usados para comunicar um significado assim como os procedimentos que serão usados para medi-lo (BRAGA; CRUZ, 2006; SOLIGO, 2012).

Com esse enfoque, esta é uma pesquisa do tipo metodológica de natureza quantitativa, que para Polit e Beck (2011), possibilita um processo integrado que vai desde a investigação ao desenvolvimento e à avaliação de um instrumento. Refere-se a análise dos dados utilizada para elaboração, validação e avaliação dos instrumentos de pesquisa, tendo como objetivo a construção de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável e que possa ser aplicado por outros pesquisadores. A pesquisa metodológica, portanto, diz respeito à elaboração de instrumentos para captar e/ou intervir numa determinada realidade, pois fornece formas, elementos e procedimentos para atingir determinado fim. Esse tipo de pesquisa é indispensável para a disciplina científica, principalmente quando se estuda um novo campo do conhecimento (POLIT; BECK, 2011), como é a área de Enfermagem de Famílias.

Busca-se, por meio da abordagem quantitativa, obter características da experiência humana passíveis de serem mensuradas, valendo-se de procedimentos sistemáticos e estruturados para coletar os dados com intuito de alcançar representatividade numérica com rigor científico (POLIT; BECK, 2011).

A abordagem quantitativa nesta pesquisa desenvolveu-se por meio da aplicação da Técnica *Delphi* Modificada, uma vez que se trata de um método de procedimento sistematizado de julgamento de informações, o qual vislumbra a obtenção do consenso de opiniões por especialistas em determinado assunto, mediante sucessivas rodadas de aplicação de questionários e, subsequentemente, interpretação estatística (SILVA; TANAKA, 1999).

A Técnica *Delphi* para Revorêdo et al. (2015) é um método acessível que requer poucos gastos e permite que um grupo de especialistas participe do estudo mesmo que estejam geograficamente distantes. A participação dos especialistas, nesta pesquisa, permitiu a interatividade e possibilitou a troca de saberes e opiniões diversificadas que dependeram da área de atuação do especialista, da interação e do consenso que ocorreu por meio das rodadas de questionários, o que permitiu aos especialistas revisarem suas decisões (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008). Configurou-se como estratégia de pesquisa, obter o máximo de consenso do grupo de especialistas (GEIST, 2010; HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000; SCARPARO et al., 2012).

Para obtenção de consenso foi utilizada a Técnica *Delphi* do tipo Modificado e realizadas duas rodadas de avaliações entre os juízes de conteúdo. A Técnica *Delphi* possui seis características principais: anonimato, interação com *feedback* controlado, flexibilidade, uso de especialistas, consenso e interatividade (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008).

O anonimato teve como objetivo evitar o domínio psicológico por parte dos especialistas, seja por razões de personalidade ou de respeito à autoridade, de forma a permitir que todos participem igualmente e ofereçam suas contribuições (KAYO; SECURATO, 1997).

A interação com *feedback* consistiu em um resumo das interações que permitiu aos especialistas a oportunidade de gerar *insights* adicionais e promover o esclarecimento de informações desenvolvidas na etapa anterior (HSU; SANDFORD, 2007). O *feedback* é chamado de controlado pelo fato dos especialistas receberem o resumo das discussões em cada rodada e teve a função de reduzir os ruídos e evitar desvios na trajetória do estudo, com a possibilidade de visualizar a resposta de outros especialistas e de rever sua posição (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008).

A flexibilidade, permitiu que os especialistas tivessem acesso aos questionários em datas e localização geográfica que lhes fossem compatíveis, vistos



que estes ficaram à disposição dos mesmos por meio da *internet*, permitindo acesso rápido.

O número de rodadas é estabelecido pelo alcance de um nível satisfatório de concordância pré-determinado, sendo recomendada a realização de duas rodadas, no mínimo, para que o procedimento seja caracterizado como Técnica *Delphi* (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

### 5.3 Participantes da pesquisa

Para a validade de conteúdo e de aparência dos domínios e itens, a escala foi avaliada por um grupo de especialistas chamados de juízes de conteúdo: enfermeiros pesquisadores brasileiros com titulação de mestre ou doutor e com expertise em Enfermagem de Famílias.

Visando atender às exigências da técnica *Delphi* para definição dos juízes de conteúdo (mestres/doutores/pesquisadores), estes devem possuir conhecimento acerca da natureza do fenômeno em estudo com vistas a assegurar a acurácia das avaliações. Nessa etapa, os juízes de conteúdo foram previamente identificados na Plataforma *Lattes* a partir dos seguintes critérios:

- ✓ Busca simples pelo assunto (Enfermagem de Famílias);
- ✓ Primeira busca para Mestres (utilizando o item Demais Pesquisadores) e a segunda para Doutores;
- ✓ Foram utilizados os filtros: Formação Acadêmica (Mestrado/Doutorado), País (Brasil); Região (Todas); Unidade da Federação (Todas);
- ✓ Para Atuação Profissional os filtros foram: Grande área (Ciências da Saúde); Área (Enfermagem); Subárea (Todas); Especialidades (Todas);
- ✓ Foi utilizado o filtro “Preferências” para indicar os currículos atualizados nos últimos 12 meses a partir dos meses de maio e junho de 2018.

A partir destes critérios de busca, foram identificados 820 enfermeiros mestres e 1007 enfermeiros doutores. Após esta identificação na Plataforma *Lattes*, todos os currículos foram avaliados e pontuados pelos critérios de seleção do Sistema de Classificação de *Experts* de Fehring (1994) com adaptações a partir dos achados de Carvalho et al (2008), que são a experiência de ensino, participação em grupos ou projetos de pesquisa e orientação de trabalho final de curso envolvendo o cuidado de enfermagem com famílias, conforme disposto a seguir:

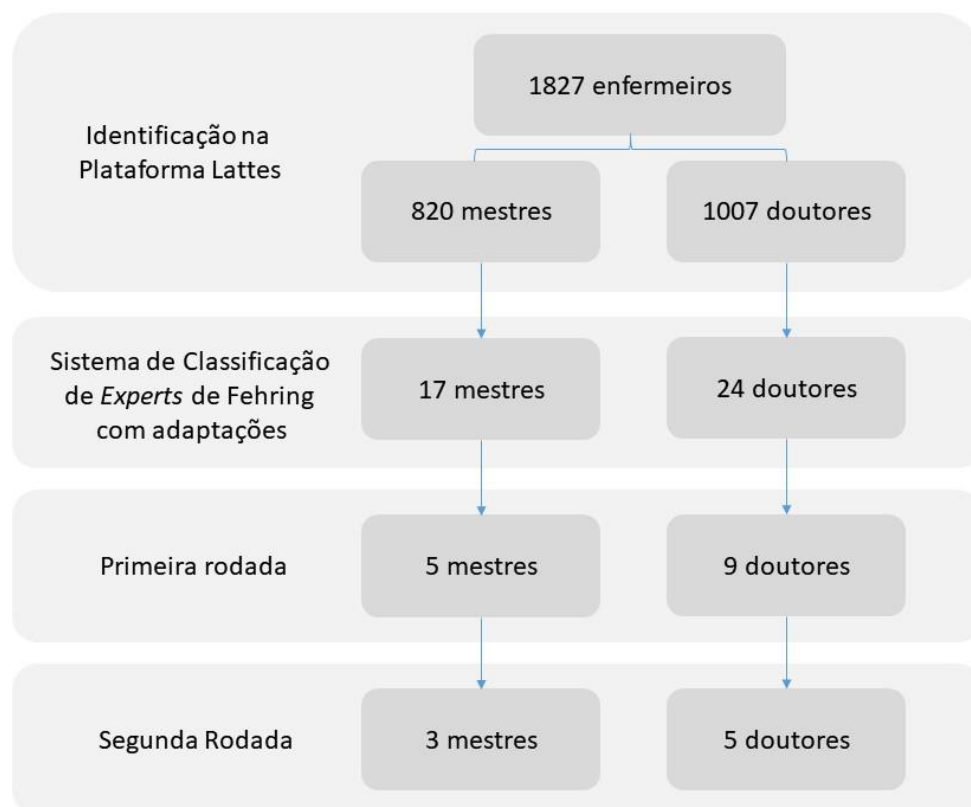
**Quadro 1** - Critérios de seleção dos juízes de conteúdo.

Critérios	Pontuação
Possuir dissertação/tese na área de interesse da pesquisa	2 pontos
Autoria de pelo menos 1 trabalho publicado em periódico indexado na área de interesse nos últimos 5 anos	1 ponto/trabalho
Participar de grupos ou de projetos de pesquisa que envolva a temática da área de interesse	1 ponto
Ter orientado monografia, dissertação ou tese envolvendo a temática da área de interesse	0,5 ponto/orientação
Ter participado de bancas avaliadoras de monografia, dissertação ou tese que envolva a temática da área de interesse	1 ponto
Ter experiência docente em disciplinas da área de interesse	1 ponto

Fonte: autoria própria (2019).

Posterior a avaliação e pontuação, foi utilizado da nota de corte igual ou maior que cinco (05) pontos, como definido por Fehring (1994). Sendo assim, o número inicial de juízes foi de 41 enfermeiros dos quais 17 possuem titulação de mestre e 24 possuem a titulação de doutor. O convite para a participação da pesquisa foi enviado aos 41 enfermeiros por meio da Plataforma *Lattes*, 14 expressaram consentimento em participar da primeira rodada da pesquisa, dentre eles, nove (64%) doutores e cinco (36%) mestres e oito juízes participaram da segunda rodada, três (38%) mestres e cinco (62%) doutores, conforme Figura 1.

Todos (100%) são do sexo feminino e estão vinculadas à uma instituição pública de ensino. Por distribuição regional, 5 (36%) juízas estão vinculadas à Instituições de Ensino na Região Sudeste do país, 5 (36%) à Região Sul, 2 (14%) à Região Nordeste e também 2 (14%) à Região Centro-Oeste. Na segunda rodada participaram 8 juízas, 5 (63%) doutoras e 3 (37%) mestres.

**Figura 1** – Participantes identificados e selecionados, segundo critérios de Fehring (1994).

Fonte: autoria própria (2019).

## 5.4 Processo da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: Polo empírico (construção da escala) e Polo estatístico (determinação da validade do conteúdo da escala), conforme recomendado por Pasquali (2010) para a construção de instrumentos.

### 5.4.1 Polo Empírico: procedimentos para a construção da Escala

O procedimento teórico foi apoiado na fundamentação científica do objeto de pesquisa e para a formulação dos domínios e itens da Escala. Devido a inexistência de instrumentos sobre atitudes de enfermeiros no cuidado com famílias no contexto da APS no Brasil, nesta etapa, foram considerados os pressupostos teóricos e científicos do Cuidado Centrado na Família e os itens da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE).

Os itens foram construídos e organizados em domínios teóricos e submetidos à validação quanto à adequação de conteúdo e quanto à pertinência aos domínios previamente definidos.

Para a elaboração dos itens da Escala foram observados os critérios definidos por Pasquali (2010), tais como:

✓ Critério Comportamental: cada item da Escala deve expressar um componente, uma ação clara e precisa e não uma abstração;

✓ Critério de Objetividade, de desejabilidade ou de preferência: para escalas de aptidão, os itens devem cobrir comportamentos de fato, permitindo uma resposta certa ou errada. Em instrumento de personalidade e de atitudes em geral, os itens devem atender comportamentos desejáveis, atitudes ou características da personalidade. Dessa maneira, pode-se concordar/discordar ou opinar se esse comportamento convém ou não. Nestes casos não existem respostas certas ou erradas, visto que cada indivíduo possui diferentes preferências, sentimentos, capacidades e modos de ser;

✓ Critério de Simplicidade: um item deve expressar apenas uma ideia, evitando-se explicações de termos ou justificativas nos itens da escala;

✓ Critério de Clareza: o item precisa ser compreensível para todos os estratos da população, desde aquele que possui menos estudo aos de maiores níveis de conhecimento. Os itens devem se constituir de frases curtas, expressões simples e inequívocas, evitando a construção de frases negativas, pois segundo Pasquali (2010) é preferível afirmar uma negatividade do que negar uma informação. Não utilizar gírias, pois não são inteligíveis para todos, além de ser capaz de ofender ao estrato com mais anos de escolaridade. O mais importante, nesse critério, é a compreensão dos itens do instrumento;

✓ Critério de Relevância: é necessário que o item seja coerente com o traço latente definido a ser medido pela escala (nessa pesquisa, o cuidado com família). Assim o item não deverá insinuar atributo diferente do objetivado na escala;

✓ Critério de Precisão: o item deve possuir uma posição definida e ser distinto dos demais itens;

✓ Critério de Variedade: é exigido variar a linguagem, pois o uso dos mesmos termos pode causar monotonia e aborrecimento. Para tanto, deve-se formular metade dos itens favoráveis e, a outra, de itens desfavoráveis ao objeto latente, evitando-se respostas estereotipadas;

✓ Critério da Modalidade: deve-se evitar frases com expressões extremadas, pois a intensidade da reação do sujeito deverá ser evidenciada pela sua escolha na escala de respostas;

✓ Critério da Tipicidade: as frases construídas devem vir expressas de maneira condizente com o atributo;

✓ Critério de Credibilidade (*face validity*): o item não deve parecer ridículo, despropositado ou infantil, pois pode ofender ao respondente contribuindo para uma atitude negativa frente ao restante do teste e aumentando a possibilidade de vieses de resposta;

✓ Critério da Amplitude: o conjunto dos itens referentes ao atributo precisa alcançar toda a magnitude do atributo, permitindo a discriminação por parte de indivíduos de níveis distintos;

✓ Critério de Equilíbrio: deve haver uma maioria de itens de dificuldade mediana, reduzindo-se, de maneira progressiva, o número de itens fáceis e difíceis.

A escala é uma ferramenta de medição quando questionamentos de interesse indireto são combinados para obter um escore global (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Para Polit e Becker (2011), as escalas são dispositivos destinados a atribuir um escore numérico às pessoas, visando colocá-las em uma sequência em relação aos atributos medidos.

A proposta inicial da escala (APÊNDICE 1), baseada nos pressupostos do CCF e critérios segundo Pasquali (2010), foi composta por 4 dimensões e 46 itens, sendo distribuídos da seguinte forma:

- 1) A família como foco do cuidado: 10 itens
- 2) Atitude de parceria e corresponsabilização: 10 itens
- 3) Suporte à família: 15 itens
- 4) Acolhimento à família: 11 itens

A Escala de Atitudes de Enfermeiros no Cuidado com Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS) é composta por questões fechadas e graduadas por meio de uma escala *Likert* que consiste de várias afirmações declaratórias (itens) e que expressam um ponto de vista sobre determinado assunto ou construto, sendo solicitado aos participantes indicar o grau em que concordam ou discordam da opinião expressa em cada afirmação (POLIT; BECKER, 2011). Assim, a escala tem cinco (05) categorias de respostas: discordo totalmente (com pontuação igual a 1); discordo (pontuação 2); às vezes concordo (pontuação 3); concordo (pontuação 4); concordo totalmente (pontuação 5).

A escala de verificação de *Likert* consiste em tomar um construto e desenvolver um conjunto de afirmações relacionadas à sua definição, para as quais

os respondentes emitirão seu grau de concordância (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). Será estabelecido os escores mínimo e máximo para a escala total e para cada uma de suas dimensões, além da amplitude e pontuação média. Quanto mais próximo de 5 a pontuação média estiver será considerada “muito bom” a concordância com a atitude do enfermeiro descrita no item de acordo com a dimensão e quanto mais próximo de 1 será considerada “ruim” a concordância com a atitude apontada no item de acordo com a dimensão.

#### 5.4.2 Polo Analítico: análise dos domínios e itens da escala

- Operacionalização da coleta de dados

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário por meio do sistema *Google Docs*® que permitiu coletar na primeira rodada o endereço de e-mail, nome completo, instituição a qual os participantes encontram-se vinculados, titulação, contato telefônico, aceite para participação, consentimento livre e esclarecido e disponibilizar as orientações para realização da avaliação da escala (APÊNDICE 2 e 3).

Outra seção do questionário direcionou à avaliação dos itens e domínios da Escala a partir da utilização de uma escala categórica ordinal de quatro pontos do tipo *Likert* com três critérios (clareza; coerência entre os itens e os domínios e a relevância dos itens) adaptada a partir das recomendações de Devon et al. (2007) e Wynd, Schmidt e Schaefer (2003):

**Quadro 2 - Critérios de avaliação dos itens e domínios da escala.**

<b>CRITÉRIOS</b>	<b>Decisão do Juiz e Pontuação</b>			
Clareza	Não Claro (1)	Pouco claro (2)	Claro (3)	Muito Claro (4)
Coerência	Incoerente (1)	Pouco coerente (2)	Coerente (3)	Muito Coerente (4)
Relevância	Irrelevante (1)	Pouco relevante (2)	Relevante (3)	Muito Relevante (4)

Fonte: autoria própria (2019).

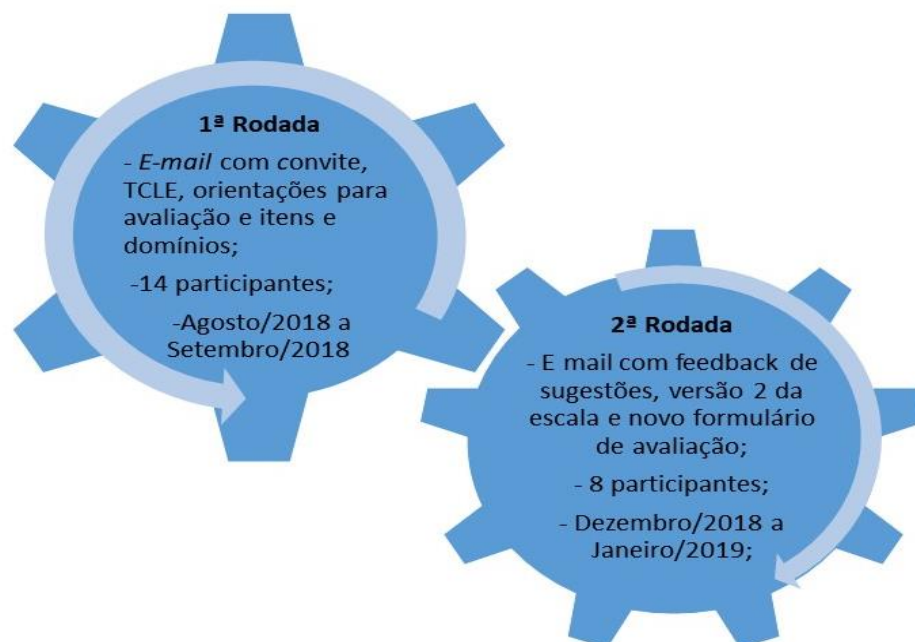
Na segunda rodada foi enviado *e-mail* aos 14 juízes que retornaram a avaliação da primeira rodada, contendo informações sobre a continuação do processo

de validação, o *link* do *Google Docs*® contendo as alterações/adequações da Versão 1 para Versão 2 da Escala e o *feedback* da primeira rodada.

O período de coleta de dados na primeira rodada, teve início em agosto de 2018 e foi finalizada em setembro de 2018, teve o objetivo de obter a avaliação e sugestões dos juízes de conteúdo. As opiniões foram compiladas, analisadas, revisadas e agrupadas em uma nova escala constituindo a Versão 2 da Escala (APÊNDICE 5).

A segunda rodada consistiu na análise dos juízes sobre os resultados da primeira etapa e no envio de novas respostas e justificativas com a oportunidade de mudar sua opinião, tendo em vista as respostas do grupo. Esta etapa foi desenvolvida entre os meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019 e os resultados foram resumidos e avaliados quanto ao grau de consenso entre os especialistas para a construção da Versão 3 da Escala (APÊNDICE 6). As características das duas rodadas podem ser visualizadas na figura a seguir:

**Figura 2** – Características das duas rodadas da Técnica *Delphi*.



Fonte: autoria própria (2019).

- Procedimentos analíticos e estatísticos da Escala

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel* 2013, transportados para o programa *SPSS* 18 e analisados a partir de leitura reflexiva e estatística descritiva.

Os procedimentos de análise foram efetuados sobre os dados visando a obtenção de um instrumento válido, preciso e normatizado, para tanto foi realizada a avaliação da concordância e relevância.

O conteúdo da Escala (domínios e itens) foi avaliado nas duas rodadas de coleta, determinando sua abrangência, isto é, se todos os itens foram adequadamente incluídos nos domínios. Assim como também foi analisada a clareza (se a Escala expressa o que se espera medir), a coerência e a relevância (refletem se os conceitos envolvidos são representativos) de todos os itens (McGILTON, 2003). Nestas etapas, foram reformulados e excluídos itens conforme a avaliação dos juízes (RUBIO et al., 2003).

Nesta investigação, foi realizada análise de conteúdo e de aparência do construto por parte dos juízes de conteúdo. A validade de conteúdo representa o universo ou o domínio de um dado construto, visto que é verificado a adequação da representação comportamental de questões relacionadas ao conteúdo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Esse método, baseia-se, necessariamente, no julgamento de juízes peritos com experiência na área de domínio de conteúdo.

O termo validade refere-se ao grau em que o instrumento é capaz de medir o quanto esses resultados representam a verdade ou quanto se afastam dela (POLIT; BACK, 2011). Dessa forma, um instrumento só poderá ser considerado válido quando suas propriedades psicométricas, fidedignidade e validade forem confirmadas (TAVARES, 2003). Para validação do conteúdo foi quantificado o grau de concordância como definido por Hulley et al. (2015):

$$\% \text{ de concordância} = \frac{\text{número de especialistas que concordam}}{\text{número total de especialistas}}$$

Este cálculo foi utilizado para determinar os itens que permaneceram ou foram excluídos de cada domínio da Escala considerando o percentual de concordância de 80% entre os juízes (PASQUALI, 2010).

Na fase da validação da Escala foi utilizado também o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que permitiu analisar cada item individualmente, e, toda a escala com o objetivo de medir a proporção de especialistas que estão de acordo com determinados itens do instrumento. O IVC foi calculado pela soma do número de



respostas pontuadas com três e quatro pelos juízes, dividido pelo número total de respostas, conforme a fórmula abaixo:

$$IVC = \frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas 3 e 4}}{\text{n}^\circ \text{ total de respostas}}$$

Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, é sugerido um IVC mínimo de 0,80 (MEDEIROS et al., 2015).

Para descrever a intensidade da concordância entre dois ou mais juízes foi utilizada a medida Kappa (K) que é baseada no número de respostas concordantes, ou seja, no número de casos cujo resultado é o mesmo. O Kappa é uma medida de concordância interobservador e mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso.

Para assegurar a proporção de acordo entre os especialistas, após ser retirada a proporção de acordo ao acaso, isto é, a razão da proporção de vezes que os especialistas concordam, com a proporção máxima de vezes que os especialistas poderiam concordar (corrigida por concordância devido ao acaso) será utilizando o índice de Kappa (SIEGEL; CASTELLAN, 2006) expressa na fórmula a seguir:

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}, \text{ sendo}$$

$$P_o = \frac{\text{número de acordos}}{\text{N}^\circ \text{ de acordos} + \text{N}^\circ \text{ de desacordos}}$$

$$P_e = \sum_{i=1}^n (P_{i1} \times P_{i2}), \text{ onde}$$

n = número de categorias

i = número da categoria (de 1 até n)

P<sub>i1</sub> = proporção de ocorrência da categoria i para o observador 1

P<sub>i2</sub> = proporção de ocorrência da categoria i para o observador 2

Os valores de Kappa variam de -1 (ausência total de concordância) a 1 (concordância total) (HULLEY et al, 2015). Sua distribuição e os respectivos níveis de interpretação são: < 0,00= ruim; 0,00 a 0,20= fraco; 0,21 a 0,40= sofrível; 0,41 a 0,60= regular; 0,61 a 0,80= bom; 0,81 a 0,99= ótimo; 1,00 =perfeito e como critério de aceitação, foi estabelecido a concordância superior a 0,61 entre os juízes (MEDEIROS et al., 2015). O valor máximo de Kappa será 1 (K = 1) o que representa acordo perfeito entre os especialistas.

## 5.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa foi inserida na Plataforma Brasil, direcionada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), avaliada e aprovada pelo parecer de número 2.786.495 (ANEXO 1). A pesquisa foi orientada pelas determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013b) e todos os participantes foram informados sobre o problema a ser investigado, o percurso e recursos metodológicos assim como os riscos e benefícios da pesquisa.

Após os esclarecimentos necessários e antes da coleta de dados os participantes foram convidados a formalizarem sua participação na pesquisa através da concordância em meio digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4) garantindo a confidencialidade dos dados e o anonimato, preservando-se os direitos e a dignidade dos mesmos. Foi garantida a autonomia dos participantes facultando-lhes o direito de abandonarem a pesquisa em quaisquer uma de suas fases, mesmo após a concordância do TCLE.

## 6 RESULTADOS

Este item contempla os resultados das duas etapas de avaliação para validação do conteúdo considerando os critérios de clareza, coerência e relevância da Escala de Atitudes do Enfermeiro no Cuidado às Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS), realizadas por meio da Técnica *Delphi*.

### 6.1 Primeira rodada por meio da técnica *Delphi*

A Versão 1 da Escala (APÊNDICE 1) foi composta por título, quatro dimensões e 46 itens que correspondem às atitudes do enfermeiro no cuidado com famílias na Atenção Primária à Saúde, distribuídos da seguinte maneira:

- **Dimensão 1 - A família como foco do cuidado:**

1. Considera que todos os membros da família são receptores de atenção;
2. A família e o seu contexto na qual está inserida configuram-se como centro das atividades do enfermeiro;
3. Julga necessário saber quem são os membros da família;
4. Envolve a família na tomada de decisão;
5. Para a promoção da saúde e prevenção de agravos dirige intervenções para todos os membros da família;
6. No planejamento do cuidado considera as mudanças e os relacionamentos familiares;
7. Valoriza saberes e crenças dos membros da família no planejamento das intervenções;
8. Valoriza a experiência da família para o cuidado no processo saúde-doença;
9. Valoriza as fortalezas da família no planejamento das intervenções;
10. Considera as necessidades da família para o planejamento das ações de cuidado;

- **Dimensão 2 - Atitude de parceria e corresponsabilização:**

11. Mantem-se abertos às interações com os membros da família;
12. Estabelece estratégias para auxiliar na adaptação da família às mudanças;

13. Alia valores pessoais, profissionais e éticos para cuidar da família;
14. Ajuda a família a definir um plano de cuidados que atenda às necessidades dos seus membros;
15. Ajuda os membros da família a fazer escolhas;
16. Executa e supervisiona cuidados técnicos no domicílio;
17. Inclui a família e seus membros no processo de cuidado;
18. O enfermeiro é recurso para que as famílias lidem com as situações que envolvem o processo saúde doença;
19. Compreende a forma como a família pensa, age e reage frente a situações específicas;
20. Entende a dinâmica e a estrutura da situação do ponto de vista da família;

- **Dimensão 3 - Suporte à família:**

21. Orienta e auxilia na tomada de decisão em questões burocráticas e auxílios sociais;
22. Explica as situações do processo saúde-doença que envolvem a família, de forma clara e objetiva, não deixando a família com dúvidas;
23. Utiliza linguagem clara e em tempo oportuno;
24. Adota ações que busquem a autonomia da família para que estas exerçam suas escolhas;
25. Estabelece relações de confiança com a família;
26. Contribui para que a família desenvolva competências e habilidades para manutenção e recuperação da saúde;
27. Promove orientações à família com foco no autocuidado;
28. Estabelece intervenções que excedem o cuidado clínico;
29. Orienta a terapêutica e mudanças de estilo de vida face a uma necessidade;
30. Intervém junto à família orientando-a a modificar o espaço físico para melhores condições de vida e de saúde;
31. Demonstra empenho em perceber, conhecer e compreender as necessidades, fortalezas e sofrimentos da família;
32. Busca soluções práticas e possíveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas;

33. Desempenha ações de educação em saúde para empoderar a família para a promoção do cuidado e a prevenção de agravos;
34. Mantém interação com a família para que ocorra a construção e manutenção do vínculo;
35. Demonstra compromisso e disponibilidade para cuidar da família;

- **Dimensão 4 - Acolhimento à família:**

36. Exerce a escuta qualificada para identificar necessidades e minimizar medos e anseios;
37. Valoriza o outro e respeita diversidades;
38. Promove interlocução com as famílias;
39. Investe para esclarecer dúvidas;
40. Viabiliza estratégias para assegurar acesso aos serviços e programas para atender as necessidades da família;
41. Assume atitude de respeito aos direitos das famílias como usuárias do SUS;
42. Demonstra interesse e preocupação com a família e seus membros;
43. Demonstra interesse e disponibilidade para olhar, observar e ver o outro na sua singularidade;
44. Ouve o que a família tem a dizer e a forma como diz;
45. Adota atitudes de interesse e disponibilidade para as necessidades da família;
46. Mostra-se sempre aberto aos questionamentos e dúvidas da família.

A escala foi inicialmente denominada de Escala de Atitudes de Enfermeiros no Cuidado com Famílias na Atenção Primária em Saúde (EAECF-APS) e foi avaliada por 14 juízes atingindo o grau de concordância geral de 88%.

Após a devolução da escala na primeira rodada de avaliações, foi efetuada a tabulação dos dados e, sequencialmente, a análise foi realizada procurando associar os principais argumentos às diferentes tendências das respostas considerando o referencial teórico utilizado e avaliando o nível de consenso por meio do cálculo do grau de concordância e Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Foram calculados o grau de concordância e o IVC das respostas de cada dimensão e item e realizada a leitura exaustiva das sugestões, críticas e elogios afim de elaborar a segunda versão da escala. Conforme os dados apresentados na Tabela 1, os itens 15, 20, 28 e 39 foram excluídos por não atingirem a taxa de concordância

aceitável e o IVC  $\geq 0,8$  nos três critérios avaliados. E a dimensão com “A família como foco do cuidado” apresentou maior concordância, em relação às outras dimensões, nos três critérios avaliados.

**Tabela 1** - Resultado da Taxa de Concordância e Índice de Validade de Conteúdo dos três critérios avaliados na primeira rodada. São Luís, MA, 2019. (continua)

DIMENSÃO	ITENS	Clareza		Coerência		Relevância	
		Claro %	IVC	Coerente %	IVC	Relevante %	IVC
A família como foco do cuidado	Título	85.71	0.86	85.71	0.86	92.86	0.93
	Item 1	71.43	0.71	78.57	0.79	92.86	0.93
	Item 2	71.43	0.71	78.57	0.79	92.86	0.93
	Item 3	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 4	85.71	0.86	85.71	0.86	100.00	1.00
	Item 5	85.71	0.86	85.71	0.86	100.00	1.00
	Item 6	78.57	0.79	85.71	0.86	100.00	1.00
	Item 7	92.86	0.93	92.86	0.93	100.00	1.00
	Item 8	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 9	78.57	0.79	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 10	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		86.42	0.86	90.71	0.90	98.57	0.98
Atitude de parceria e corresponsabilização	Item 11	71.43	0.71	78.57	0.79	92.86	0.93
	Item 12	85.71	0.86	85.71	0.86	100.00	1.00
	Item 13	78.57	0.79	85.71	0.86	85.71	0.86
	Item 14	85.71	0.86	92.86	0.93	92.86	0.93
	Item 15	71.43	0.71	78.57	0.79	71.43	0.71
	Item 16	100.00	1.00	92.86	0.93	85.71	0.86
	Item 17	85.71	0.86	92.86	0.93	100.00	1.00
	Item 18	71.43	0.71	71.43	0.71	92.86	0.93
	Item 19	78.57	0.79	85.71	0.86	100.00	1.00
	Item 20	64.29	0.64	71.43	0.71	78,57	0.79
		79.28	0.79	83.57	0.83	91.27	0.91
Suporte à Família	Item 21	78.57	0.79	78.57	0.79	92.86	0.93
	Item 22	85.71	0.86	92.86	0.93	100.00	1.00
	Item 23	85.71	0.86	92.86	0.93	100.00	1.00
	Item 24	85.71	0.86	85.71	0.86	85.71	0.86
	Item 25	78.57	0.79	85.71	0.86	100.00	1.00
	Item 26	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 27	92.86	0.93	92.86	0.93	92.86	0.93
	Item 28	42.86	0.43	50.00	0.50	50.00	0.50
	Item 29	85.71	0.86	85.71	0.86	85.71	0.86
	Item 30	92.86	0.93	92.86	0.93	78.57	0.79
	Item 31	85.71	0.86	85.71	0.86	92.86	0.93
	Item 32	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 33	85.71	0.86	92.86	0.93	92.86	0.93
	Item 34	78.57	0.79	85.71	0.86	92.86	0.93
	Item 35	92.86	0.93	85.71	0.86	100.00	1.00
		84.76	0.84	87.14	0.87	90.95	0.90

**Tabela 1** - Resultado da Taxa de Concordância e Índice de Validade de Conteúdo dos três critérios avaliados na primeira rodada. São Luís, MA, 2019. (conclusão)

DIMENSÃO	ITENS	Clareza		Coerência		Relevância	
		Claro %	IVC	Coerente %	IVC	Relevante %	IVC
Acolhimento à Família	Item 36	92.86	0.93	100.00	1.00	92.86	0.93
	Item 37	92.86	0.93	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 38	71.43	0.71	78.57	0.79	85.71	0.86
	Item 39	50.00	0.50	64.29	0.64	78.57	0.79
	Item 40	85.71	0.86	92.86	0.93	92.86	0.93
	Item 41	92.86	0.93	85.71	0.86	85.71	0.86
	Item 42	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 43	78.57	0.79	85.71	0.86	92.86	0.93
	Item 44	71.43	0.71	85.71	0.86	92.86	0.93
	Item 45	92.86	0.93	92.86	0.93	92.86	0.93
	Item 46	92.86	0.93	100.00	1.00	92.86	0.93
		83.76	0.83	89.61	0.89	91.55	0.91

Fonte: autoria própria (2019).

Os itens 5, 17, 44, 45 e 46, apesar de apresentarem, concordância em pelo menos um critério avaliado (clareza, coerência e relevância) foram retirados da escala acatando as sugestões dos juízes por considerar as atitudes de cuidado já contempladas em itens anteriores.

Tendo em vista o *feedback* de sugestões da primeira rodada (APÊNDICE 7), os itens 3, 8, 26, 32 e 33 não sofreram alterações na escrita por não apresentarem sugestões ou sugestões não realizadas por alterarem o significado da atitude descrita no item.

Para maior aprimoramento, após a retirada dos itens acima descritos, o título e os demais 32 itens sofreram adequações baseadas nas sugestões dos juízes para melhoria da escrita afim de serem reavaliadas na segunda rodada. As sugestões se apresentaram de maneira a tornar a escrita mais objetiva, alterando verbos e retirando palavras ou expressões tornando-os mais claros.

Considerando também a distribuição dos itens por dimensões, o item 25 “Estabelece relações de confiança com a família” foi reescrito e redirecionado, a partir das sugestões acatadas, da dimensão “Suporte à Família” para a dimensão “Atitudes de parceria e corresponsabilização”.

Não houve sugestões relacionadas aos títulos das dimensões e não houve sugestões para inclusão de novos itens.

Dessa forma, todas as dimensões apresentaram itens com alterações na escrita, sendo “Suporte à Família”, a dimensão que possuiu maior número de

alterações na escrita e alteração de item por dimensão. E na dimensão Acolhimento à família ocorreu o maior número de exclusão de itens, considerando a taxa de concordância e o IVC nos três critérios e a sugestão dos juízes. O quadro 3, a seguir, apresenta as alterações da escala a partir da distribuição dos itens por dimensão.

**Quadro 3** - Alterações dos itens por dimensão após a avaliação na primeira rodada de avaliação dos juízes de conteúdo.

Situação	Dimensões			
	A família como foco do cuidado	Atitude de parceria e corresponsabilização	Suporte à família	Acolhimento à família
Excluídos por taxa de concordância < 80% e o IVC $\geq$ 0,8 nos três critérios	-	15 e 20	28	39
Excluídos por sugestões dos juízes	5	17	-	44, 45 e 46
Sem alterações	3 e 8	-	26, 32 e 33	-
Alterações na escrita	1, 2, 4, 6, 7, 9 e 10	11, 12, 13, 14, 16, 18, 19 e 21	22, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 34 e 35	36, 37, 38, 40, 41, 42 e 43
Alteração na dimensão			25	

Fonte: autoria própria (2019).

## 6.2 Segunda rodada por meio da técnica *Delphi*

A Versão 2 da Escala (APÊNDICE 5), intitulada Escala de Atitudes do Enfermeiro no Cuidado com Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS) e construída a partir da organização dos dados gerados na primeira rodada possuía 37 itens distribuídos entre as dimensões da seguinte maneira:

- **Dimensão 1 - A família como foco do cuidado:**

1. Considera todos os membros da família para o cuidado;
2. Considera o contexto da família para o cuidado;
3. Julga necessário saber quem são os membros da família;
4. Envolve a família na tomada de decisão relacionada ao planejamento e à execução dos cuidados;



6. Considera as mudanças e os padrões dos relacionamentos familiares para o planejamento do cuidado;
7. Valoriza saberes, crenças e a cultura da família no planejamento do cuidado;
  8. Valoriza a experiência da família para o cuidado no processo saúde-doença;
  9. Valoriza as potencialidades da família no planejamento do cuidado;
  10. Considera as necessidades da família para o planejamento do cuidado;
- **Dimensão 2 - Atitude de parceria e corresponsabilização:**
  11. Coloca-se à disposição dos membros da família para fazer esclarecimentos e discutir o plano de cuidados;
  12. Estabelece estratégias para auxiliar a família na adaptação às mudanças
  13. Associa valores pessoais, profissionais e éticos para cuidar da família;
  14. Elaborar conjuntamente com a família o plano de cuidados que atenda às necessidades dos seus membros;
  16. Executa, ensina e supervisiona cuidados técnicos no domicílio;
  18. Orienta, esclarece e aconselha a família para lidar com as situações que envolvem o processo saúde doença;
  19. Busca compreender a forma como a família pensa, age e reage frente a situações específicas;
  21. Estabelece vínculo com a família;
- **Dimensão 3 - Suporte à família: itens 18 a 30:**
  22. Orienta a família em relação ao direito a auxílios sociais definidos pelo governo;
  23. Explica para a família as situações do processo saúde-doença de forma clara e objetiva, minimizando dúvidas;
  24. Utiliza linguagem clara e em momento oportuno;
  25. Adota ações que potencializam a autonomia da família para tomada de decisão;
  26. Contribui para que a família desenvolva competências e habilidades para manutenção e recuperação da saúde;
  27. Orienta a família com foco no indivíduo e nas suas necessidades;
  29. Orienta a terapêutica e mudanças no estilo de vida diante de uma necessidade;

30. Quando necessário, orienta a família em mudanças no espaço físico visando autonomia e melhores condições de vida e saúde;
  31. Empenha-se para identificar e compreender as necessidades e sofrimentos da família;
  32. Busca soluções práticas e possíveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas;
  33. Desempenha ações de educação em saúde para empoderar a família para a promoção do cuidado e a prevenção de agravos;
  34. Considera importante interagir com a família para construção e manutenção do vínculo;
  35. Demonstra compromisso, responsabilidade e disponibilidade para cuidar da família;
- **Dimensão 4 - Acolhimento à família: itens 31 a 37:**
    36. Exerce a escuta qualificada para identificar necessidades da família;
    37. Respeita e valoriza as diversidades da família;
    38. Promove diálogo com a família;
    40. Adota estratégias que viabilizem o acesso aos serviços e programas para atender as necessidades da família;
    41. Respeita os direitos das famílias;
    42. Demonstra interesse e preocupação com a família;
    43. Respeita a singularidade da família.

Na segunda rodada foram calculados o grau de concordância e o IVC das respostas de cada item e realizada a leitura das sugestões, críticas e elogios afim de elaborar a terceira versão da escala. A escala foi avaliada por oito juízes e atingiu o grau de concordância geral de 94,8%. Conforme os dados apresentados na Tabela 2 abaixo, os itens 27, 29 e 42 foram excluídos por não atingirem a taxa de concordância aceitável e o IVC  $\geq 0,8$  nos três critérios avaliados. E a dimensão “Atitude de parceira e corresponsabilidade” apresentou maior concordância, em relação às outras dimensões, nos três critérios avaliados.

**Tabela 2** - Resultado da Taxa de Concorrência e Índice de Validade de Conteúdo dos três critérios avaliados na segunda rodada. São Luís, MA, 2019.

DIMENSÃO	Itens	Clareza		Coerência		Relevância	
		Claro %	IVC	Coerente %	IVC	Relevante %	IVC
A família como foco do cuidado	Título	87.50	0.88	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 1	62.50	0.63	75.00	0.75	100.00	1.00
	Item 2	75.00	0.75	75.00	0.75	100.00	1.00
	Item 3	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 4	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 6	62.50	0.63	75.00	0.75	100.00	1.00
	Item 7	87.50	0.88	87.50	0.88	100.00	1.00
	Item 8	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 9	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 10	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
			87.5	0.87	90.27	0.90	100
Atitude de parceria e corresponsabilização	Item 11	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 12	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 13	87.50	0.88	87.50	0.88	100.00	1.00
	Item 14	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 16	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 18	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 19	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 21	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		98.43	0.98	98.43	0.98	100.00	1.00
Suporte à Família	Item 22	100.00	1.00	87.50	0.88	87.50	0.88
	Item 23	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 24	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 25	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 2	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 26	75.00	0.75	75.00	0.75	75.00	0.75
	Item 29	75.00	0.75	75.00	0.75	75.00	0.75
	Item 30	75.00	0.75	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 31	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 32	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 33	62.50	0.63	87.50	0.88	100.00	1.00
	Item 34	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 35	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
			91.34	0.91	94.23	0.94	95.19
Acolhimento à Família	Item 36	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 37	100.00	1.00	100.00	1.00	87.50	0.88
	Item 38	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 40	87.50	0.88	87.50	0.88	87.50	0.88
	Item 41	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Item 42	75.00	0.75	75.00	0.75	75.00	0.75
	Item 43	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		94.64	0.94	94.64	0.94	92.85	0.92

Fonte: autoria própria (2019).

Os itens 34, 40 e 43 foram retirados da escala acatando as sugestões dos juízes por considerar as atitudes de cuidado já contempladas em itens anteriores. O

item 43 “Respeita a singularidade da família” foi excluído com o objetivo de incorporar e completar o sentido e a escrita do item 37 “Respeita e valoriza as diversidades da família”, considerando além das sugestões dos juízes, a proximidade das definições de singularidade e diversidade quando abordadas na construção do item e levando em consideração que a família possui a sua dinâmica única, peculiar e particular, então, o termo singularidade está mais adequado para a construção do item.

O *feedback* da segunda rodada (APÊNDICE 8) demonstra que 17 itens não sofreram alterações na escrita por não apresentarem sugestões e alcançarem a taxa de concordância de 100% e IVC = 1. Sendo assim, o título e 14 itens sofreram alterações para aprimoramento da escrita.

Ao final da segunda rodada também não houve sugestões, críticas ou elogios relacionados ao título das dimensões ou inclusão de novo item.

Dessa maneira, houveram alterações na escrita dos itens em todas as dimensões, no entanto, a escala apresentou uma evolução uma vez que ocorreu um aumento na quantidade de itens inalterados em todas as dimensões. Nas dimensões “Suporte à família” e “Acolhimento à família” alguns itens foram excluídos por taxa de concordância e IVC, abaixo de 80% e 0,80 respectivamente, ou por sugestão dos juízes. Destaca-se que as dimensões “A família como foco do cuidado” e “Atitude de parceria e corresponsabilização” não sofreram exclusão de itens, de acordo com o exposto no quadro 4:

**Quadro 4** - Alterações dos itens por dimensão após a avaliação na segunda rodada de avaliação dos juízes de conteúdo.

Situação	Dimensões			
	A família como foco do cuidado	Atitude de parceria e corresponsabilização	Suporte à família	Acolhimento à família
Excluídos por taxa de concordância < 80% e o IVC $\geq$ 0,8 nos três critérios	-	-	27 e 29	42
Excluídos por sugestões dos juízes	-	-	34	40 e 43
Sem alterações	3, 4, 8 e 10	11, 12, 16, 18, 19 e 21	23, 24, 26 e 35	36, 38 e 41
Alterações na escrita	1, 2, 6, 7 e 9	13 e 14	22, 25, 30, 31, 32 e 33	37

Fonte: autoria própria (2019).

### 6.3 Comparativo entre as rodadas e características da terceira versão

A Versão 1 da Escala, constituída título e quatro dimensões contendo 46 itens apresentando taxa de concordância de 88% foi avaliada quanto a clareza, coerência e relevância além de ter sofrido alterações e a Versão 2 da escala, composta por título e 37 itens, atingiu concordância de 94,8%, além de alterações na escrita. Observa-se diante dos resultados das taxas de concordância que, mesmo havendo a diminuição do número de itens, as alterações incorreram na evolução do conteúdo da escala.

Os critérios avaliados apresentaram na primeira rodada, a partir do valor de Kappa, a concordância fraca para clareza (Kappa de 0,00 a 0,20), sofrível para coerência (Kappa de 0,21 a 0,40) e regular para relevância (Kappa de 0,41 a 0,60). Em relação a segunda rodada, a clareza e coerência apresentam nível de concordância bom (Kappa de 0,61 a 0,80) e a relevância nível de concordância ótimo (Kappa de 0,81 a 0,99), conforme Tabela 3.

**Tabela 3** - Taxa de concordância e Kappa dos critérios na primeira e segunda rodadas de avaliação pelos juízes de conteúdo.

Critérios	1ª rodada		2ª rodada	
	%	K	%	K
Clareza	83,7	0.16	92,8	0.68
Coerência	87,7	0.23	94,4	0.71
Relevância	92,7	0.41	97,3	0.84

Fonte: autoria própria (2019).

O índice de Kappa também foi calculado para verificar o nível de concordância entre os juízes na avaliação dos itens na segunda rodada, considerando clareza, coerência e relevância, confirmando através das matrizes abaixo (Tabela 4, 5 e 6) assim a total concordância entre as respostas após as alterações realizadas.

**Tabela 4** – Índice de Kappa da avaliação dos juízes na segunda rodadam, segundo o critério clareza.

Juiz	01	02	03	04	05	06	07	08
01		1	1	1	0.168	1	0.215	0.387
02			1	1	1	1	1	1
03				1	1	1	1	1
04					1	1	1	1
05						1	0.119	0.434
06							1	1
07								0.327

Fonte: autoria própria (2019).

**Tabela 5** – Índice de Kappa da avaliação dos juízes na segunda rodada, segundo o critério coerência.

Juiz	01	02	03	04	05	06	07	08
01		1	-0.027	1	-0.027	1	-0.046	0.160
02			1	1	1	1	1	1
03				1	-0.027	1	-0.046	0.160
04					1	1	1	1
05						1	-0.046	0.160
06							1	1
07								0.312

Fonte: autoria própria (2019).

**Tabela 6** – Índice de Kappa da avaliação dos juízes na segunda rodada, segundo o critério relevância.

Juiz	01	02	03	04	05	06	07	08
01		1	1	1	1	1	1	1
02			1	1	1	1	1	1
03				1	-0.027	1	1	0.252
04					1	1	1	1
05						1	1	0.252
06							1	1
07								1

Fonte: autoria própria (2019).

A Versão 3 da Escala (APÊNDICE 6), construída a partir da validação dos juízes de conteúdo, possui o título Escala de Atitudes do Enfermeiro no Cuidado às Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS), quatro dimensões nas quais se distribuem 31 itens e estão apresentados em ordem alfabética na Versão Final:

1. Associa valores pessoais, profissionais e éticos para cuidar da família
2. Busca compreender a forma como a família pensa, age e reage frente a situações específicas
3. Busca soluções práticas e viáveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas
4. Coloca-se à disposição dos membros da família para fazer esclarecimentos e discutir o plano de cuidados
5. Considera as necessidades da família para o planejamento do cuidado
6. Considera os relacionamentos familiares e as mudanças destes para o planejamento do cuidado
7. Contribui para que a família desenvolva competências e habilidades para manutenção e recuperação da saúde

8. Demonstra compromisso, responsabilidade e disponibilidade para cuidar da família
9. Desenvolve educação em saúde para empoderar a família para o cuidado e a prevenção de agravos
10. Elabora conjuntamente com a família o plano de cuidados para atender as necessidades de seus membros
11. Empenha-se para identificar e compreender o sofrimento e necessidades da família em relação a situação do processo saúde doença
12. Envolve a família na tomada de decisão relacionada ao planejamento e à execução dos cuidados
13. Estabelece estratégias para auxiliar a família na adaptação às mudanças
14. Estabelece vínculo com a família
15. Executa, ensina e supervisiona cuidados técnicos no domicílio
16. Exerce a escuta qualificada para identificar necessidades da família
17. Explica para a família as situações do processo saúde-doença de forma clara e objetiva, minimizando dúvidas
18. Inclui todos os membros da família no planejamento e execução do cuidado
19. Julga necessário saber quem são os membros da família
20. Orienta a família em relação ao direito a serviços, programas e auxílios sociais para atender as necessidades da família
21. Orienta a família em relação ao espaço físico visando autonomia e melhores condições de vida e saúde
22. Orienta, esclarece e aconselha a família para lidar com as situações que envolvem o processo saúde doença
23. Para cuidar considera o contexto social, cultural e econômico do qual a família está inserida
24. Potencializa a autonomia da família para tomada de decisão.
25. Promove diálogo com a família
26. Respeita e valoriza as singularidades da família
27. Respeita os direitos das famílias
28. Utiliza linguagem clara e em momento oportuno
29. Valoriza a experiência da família para o cuidado no processo saúde-doença
30. Valoriza acultura da família para o planejamento do cuidado

31. Valoriza as potencialidades da família para o planejamento e execução do cuidado

Considerando as cinco (05) categorias de respostas da escala: discordo totalmente (com pontuação igual a 1); discordo (pontuação 2); às vezes concordo (pontuação 3); concordo (pontuação 4); concordo totalmente (pontuação 5), a pontuação obtida na escala pode variar entre 31 e 155, com amplitude de 124, considerando que quanto maior o escore obtido, melhor a avaliação e mais as atitudes concordantes, dentro de cada dimensão os enfermeiros adotam no cuidado com as famílias, de acordo com o quadro 5:

**Quadro 5 – Avaliação das atitudes da escala de acordo com a pontuação total.**

Pontuação média	Percentual (Escore)	Avaliação
139.5 - 155	90 a 100%	Muito bom
116.2 – 139.4	75 a 89,9%	Bom
77.5 – 116.1	50 a 74,9%	Regular
31 – 77.4	0 a 49,9%	Ruim

Fonte: autoria própria (2019).

A distribuição dos itens por dimensão apresenta-se a seguir. Os escores indicarão em qual dimensão os enfermeiros adotam atitudes concordantes para o cuidado às famílias.

a) **Dimensão 1 - A família como foco do cuidado** (9 itens):

Itens: 5, 6, 12, 18, 19, 23, 29, 30, 31

Escore: 9 a 45 (Amplitude 36)

**Quadro 6 – Avaliação das atitudes de acordo com a pontuação na dimensão 1.**

Pontuação média	Percentual (Escore)	Avaliação
40.5 – 45	90 a 100%	Muito bom
33.7 – 40.4	75 a 89,9%	Bom
22.5 – 33.6	50 a 74,9%	Regular
9.0 – 22.4	0 a 49,9%	Ruim

Fonte: autoria própria (2019).

b) **Dimensão 2 - Atitude de parceria e corresponsabilização** (8 itens):

Itens: 1, 2, 4, 10, 13, 14, 15, 22

Escore: 8 a 40 (Amplitude 32)



**Quadro 7 – Avaliação das atitudes de acordo com a pontuação na dimensão 2.**

Pontuação média	Percentual (Escore)	Avaliação
36 – 40	90 a 100%	Muito bom
30 – 35	75 a 89,9%	Bom
20 – 29	50 a 74,9%	Regular
8 – 19	0 a 49,9%	Ruim

Fonte: autoria própria (2019).

c) **Dimensão 3 - Suporte à família** (10 itens):

Itens 3, 7, 8, 9, 11, 17, 20, 21, 24, 28

Escore: 10 a 50 (Amplitude 40)

**Quadro 8 – Avaliação das atitudes de acordo com a pontuação na dimensão 3.**

Pontuação média	Percentual (Escore)	Avaliação
45 – 50	90 a 100%	Muito bom
37.5 – 44	75 a 89,9%	Bom
25 – 37.4	50 a 74,9%	Regular
10 – 24	0 a 49,9%	Ruim

Fonte: autoria própria (2019).

d) **Dimensão 4 - Acolhimento à família** (4 itens):

Itens 16, 25, 26, 27

Escore: 4 a 20 (Amplitude 16)

**Quadro 9 – Avaliação das atitudes de acordo com a pontuação na dimensão 4.**

Pontuação média	Percentual (Escore)	Avaliação
18 – 20	90 a 100%	Muito bom
15 – 17	75 a 89,9%	Bom
10 – 14	50 a 74,9%	Regular
4 – 9	0 a 49,9%	Ruim

Fonte: autoria própria (2019).

## 7 DISCUSSÃO

O processo de construção e validação de instrumentos, principalmente na área da saúde, requer seleção criteriosa dos participantes para o processo de validação pautada na experiência prática, conhecimentos, habilidades e que o campo de atuação do participante esteja relacionado ao tema de estudo, conferindo fidedignidade à validação (MELO et al., 2011).

Para a obtenção de opiniões e consenso de especialistas foi utilizado a técnica *Delphi* por meio de um questionário estruturado, em interações referidas como rodadas. As respostas de cada item do questionário foram consideradas para reformulação da rodada seguinte. Desta forma, cada rodada foi construída sobre as respostas da rodada anterior para a obtenção da concordância entre os participantes (VITURI; MATSUDA, 2009).

A técnica *Delphi* é um método destinado ao refinamento de opiniões de um grupo de pessoas especialmente instruídos, com o objetivo de alcançar o consenso (DALKEY, 1969). Segundo Giovizazzo (2001), a técnica está embasada no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um grupo de especialistas, partindo do pressuposto de que o julgamento coletivo, quando organizado, é melhor que a opinião de um só indivíduo, ou de grupos desprovidos de conhecimentos específicos; assim, a evolução em direção ao consenso representa a consolidação do julgamento intuitivo de um grupo.

Scarparo et al. (2012), apresenta que, de modo geral, em um estudo utilizando a técnica *Delphi*, o consenso pré-estabelecido de 80%, como nesta pesquisa, tem a previsão de ser alcançado aplicando-se duas rodadas de opiniões, como realizado também em outras pesquisas de validação (VIEIRA; OHARA; DOMENICO, 2016; PORTELA 2017).

Na construção e validação da escala nesta pesquisa, sob as recomendações preconizadas pela técnica *Delphi*, realizou-se a interação de especialistas em Enfermagem de Famílias, buscando tendências e consenso sobre essa temática no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), abrangendo as realidades e experiências regionais.

Para Powell (2003), a técnica *Delphi* não exige uma amostra representativa, para fins estatísticos, do grupo de especialistas. A representatividade é avaliada na qualidade do grupo de especialistas, e não em seus números. A

participação dos juízes de conteúdo considerou as recomendações de Pasquali (2010), que sugere de seis a vinte especialistas, atingindo a participação recomendada nas duas rodadas (14 especialistas na primeira rodada e oito especialistas na segunda rodada), assim como encontrado em outros estudos de validação que consideraram a mesma orientação (MARINHO et al., 2016, VIEIRA; OHARA; DOMENICO, 2016).

Com o interesse de garantir a participação de profissionais com domínio na área de interesse, a seleção dos juízes utilizou os critérios do sistema de classificação de Fehring (1994), com algumas adaptações de forma a permitir a inclusão de profissionais com maior proximidade da temática Enfermagem de Famílias. Portanto, assim como outros estudos (MARINHO et al., 2016; POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014; HONÓRIO; CAETANO; ALMEIDA, 2011), além dos critérios de titulação acadêmica, dissertação e/ou tese e publicações de artigos na área de interesse, acrescentou-se a experiência de ensino, participação em grupos ou projetos de pesquisa e orientação de trabalho final de curso envolvendo o cuidado de enfermagem com famílias.

Em relação à análise teórica e semântica dos itens, foram utilizados três critérios adaptados que são sugeridos por Pasquali (2010): clareza, relevância e coerência, assim como os trazidos pelas pesquisas de Honório, Caetano e Almeida (2011) e Vituri e Matsuda (2009). Foi solicitado aos juízes a avaliação quanto a clareza (classificar o item em não claro, pouco claro, claro ou muito claro), coerência (classificar em incoerente, pouco coerente, coerente ou muito coerente) e relevância (irrelevante, pouco relevante, relevante ou muito relevante), além do campo de preenchimento para sugestões, críticas ou elogios.

Avaliar clareza, segundo Pasquali (2010) e Coluci, Alexandre e Milani (2015) é verificar a facilidade de compreensão do item e se este expressa adequadamente o que se espera medir. Portanto, assim como as avaliações dos estudos de Martini (2015), Vieira, Ohara e Domenico (2016) e Portela (2017), a avaliação quanto a clareza dos itens permitiu eliminar frases confusas e utilização de expressões mais adequadas. Avaliar a coerência permitiu identificar e direcionar as alterações de forma que os itens possuíssem descrição harmônica das ações com uma interligação lógica entre as ideias. E por fim, avaliar a relevância, pertinência ou representatividade possibilitou identificar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos do cuidado centrado na família, se são relevantes e adequados para medir as atitudes do enfermeiro no cuidado com famílias na APS.

A análise e alterações dos itens e a obtenção do consenso foram realizadas a partir dos cálculos do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e da Taxa de Concordância entre os juízes de conteúdo (MOURA et al., 2008; VITURI; MATSUDA, 2009; YAMADA; SANTOS, 2009; HONÓRIO; CAETANO; ALMEIDA, 2011). O IVC avaliou a concordância dos juízes quanto à representatividade da medida em relação ao conteúdo abordado, ao dividir o número de juízes que julgaram o item claro ou muito claro, coerente ou muito coerente, relevante ou muito relevante pelo total de juízes (IVC para cada item por critério) (RUBIO et al., 2003).

Os critérios clareza, coerência e relevância foram avaliados a partir do Coeficiente de Kappa que também tem sido recomendado para avaliar medidas de concordância entre avaliadores na área de saúde (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). É um índice relevante e foi utilizado para comparar as duas rodadas quanto aos critérios de avaliação, com o intuito de demonstrar se os níveis em que as respostas foram obtidas apresentam concordância ou discordância em diferentes tempos.

Diante do exposto, o cálculo do Coeficiente de Kappa revelou baixa concordância entre as respostas dos juízes na primeira rodada considerando os critérios de avaliação. No entanto, na segunda rodada, os coeficientes dos critérios clareza, coerência e relevância apresentaram uma concordância positiva evidenciando a evolução da escala e reafirmando em conjunto com a taxa de concordância e o IVC a pertinência das alterações realizadas na escala.

Acredita-se que por meio de um instrumento de medição rigorosamente validado seja possível identificar, descrever e avaliar fenômenos do cuidado de enfermagem, para assim, realizar mudanças necessárias ao processo de trabalho (VITURI; MATSUDA, 2009). Nesta perspectiva a Escala de Atitudes de Enfermeiros no Cuidado com Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS) contém quatro dimensões e 31 itens que se propõem predizer quais as atitudes mais assumidas pelo enfermeiro no cuidado às famílias na APS, considerando as dimensões da escala.

Existem vários instrumentos e questionários, como aponta um estudo internacional, que permitem conhecer as atitudes dos enfermeiros com as famílias no que diz respeito à avaliação das suas necessidades, percepções e experiências e sobre as atitudes dos enfermeiros para com a família na participação de cuidados (BENZEIN et al., 2008). Estes instrumentos estão direcionados para as atitudes dos enfermeiros em contextos específicos, como por exemplo, em cuidados intensivos, atendimento a acidentes e emergências, unidades pediátricas e famílias com um dos

membros em cuidados paliativos; e procuram fundamentalmente avaliar as necessidades e participação das famílias nos cuidados aos seus membros (OLIVEIRA et al., 2011).

Levando em consideração o contexto da APS, compreende-se que os problemas de saúde influenciam as percepções e comportamentos da família, do mesmo modo que as percepções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros. Para que os cuidados de enfermagem se centrem na família, enquanto objeto de intervenção, é fundamental o reconhecimento da sua multidimensionalidade e das suas competências como unidade auto organizativa face aos processos de transição (OLIVEIRA et al., 2011).

Neste sentido, as atitudes dos enfermeiros nos contextos de interação terapêutica com as famílias traduzem o entendimento dos mesmos sobre a importância de as integrar no processo de cuidados, gerando práticas mais ou menos direcionadas à potencialização funcional das famílias. A atitude faz a junção entre a opinião e a conduta e indica o que interiormente estamos dispostos a fazer. As atitudes de cuidado são disposições favoráveis ou desfavoráveis relativas as pessoas, famílias, situações e contextos (OLIVEIRA et al., 2011; ANGELO et al., 2014).

A Dimensão 1 “A família como foco do cuidado” construída na EAECF-APS, possui nove itens e tem por objetivo identificar as atitudes que permitem envolver a família no processo de cuidado na APS, incluindo todos os membros e compreendendo a importância de identificar, para este processo, o contexto social, cultural e econômico, a dinâmica dos relacionamentos assim como as potencialidades e necessidades da família.

Cuidar da família, de uma forma geral, não é uma tarefa fácil devido a sua multidimensionalidade, porém, a percepção de que a família tem sua própria maneira de cuidar e que isso deve ser respeitado pode ajudar a delinear o enfoque do trabalho do enfermeiro no contexto da APS. Conhecer os valores da família, suas crenças e costumes, facilita a construção de um cuidado digno e individualizado. O enfermeiro precisa considerar que as necessidades mudam de pessoa para pessoa, principalmente em relação ao contexto em que elas estão vivendo (WAIDMAN; ELSEN, 2004).

O estudo de Oliveira e Marcon (2007) evidenciou que no trabalho da enfermagem com famílias, embora o foco pretendido seja a família, na prática, as atividades têm tendência a centrar-se na vertente assistencial e muito direcionadas

para o membro da família que apresenta um problema de saúde, o que reforça a necessidade de discussão crítica e reflexiva que conduza a uma prática mais avançada com foco na família, que considere tanto as necessidades e o estado de saúde das pessoas que a compõem, como o seu funcionamento, a sua estrutura, as suas funções e seus contextos.

Evidências demonstram que os enfermeiros consideram a família como recurso e uma parte do seu trabalho, afirmando ser importante estabelecer um bom relacionamento (ANGELO et al., 2014; CHAVES et al., 2017; RIBEIRO et al., 2018), por outro lado, Benzein et al. (2008) relataram dificuldades de alguns enfermeiros no relacionamento com famílias devido a diversidade de culturas.

Portanto, em relação ao conhecimento da realidade familiar, alguns enfermeiros declararam que assistir à família possibilita uma visão mais ampla dos costumes e cotidiano familiar, podendo dar subsídios para compreensão da real origem do processo de adoecimento e facilitar o tratamento desta quando abordada na unidade básica de saúde. Segundo os enfermeiros entrevistados pelas autoras, o fato de ter a família como foco do cuidado facilita o repasse de informações, amplia a visão do problema presente no seio familiar, permite o conhecimento da estrutura da família e favorece a participação de seus membros no cuidado (LOPES; MARCON, 2012).

A Dimensão 2 “Atitudes de parceria e corresponsabilização”, composta por oito itens, aponta para as atitudes que promovem a colaboração do enfermeiro com as famílias no sentido de esclarecimentos de dúvidas e estabelecimento de estratégias que auxiliam nas mudanças oriundas do processo saúde-doença; as atitudes que garantem a inclusão da família na elaboração conjunta do planos de cuidados; a associação de valores dos enfermeiros para cuidar das famílias; a responsabilização pelos cuidados prestados no domicílio e, por fim, o estabelecimento de vínculo.

Para Alves (2011), existem evidências científicas acerca das vantagens de parceria no cuidado e de que os enfermeiros começam a olhar a família como par. O envolvimento da família no adoecimento de um dos seus membros representa um apoio emocional importante, assim como uma fonte de informação para os enfermeiros; sendo assim, a informação compartilhada é uma atitude fomentadora da participação das famílias sobre a dinâmica e decisões acerca do cuidado.

Sampaio e Angelo (2015), evidenciaram que a vivência do enfermeiro no cuidado prestado à família não é uniforme e que as motivações para esse envolvimento se dão a partir do âmbito das experiências individuais e conforme bagagem de conhecimento, ressaltando a importância da incorporação dos valores inerentes à profissão, demonstrando, dessa maneira, a importância de avaliar a incorporação dessa associação de valores nesta dimensão. Portanto, não é possível falar de atitudes de cuidado sem considerar as experiências de vida de cada pessoa (ALVES, 2011).

Os achados de Alves (2011) também apontam que a participação da família em alguns cuidados da enfermagem proporciona o aumento da proximidade, segurança e bem-estar de todos os envolvidos no processo. O enfermeiro ao promover a atitude de parceria consegue planejar um cuidar humanizado pela colaboração da família, promovendo uma relação de confiança, essencial para o estabelecimento de vínculo.

Segundo Oliveira e Marcon (2007), entre os benefícios de se trabalhar com famílias pode se verificar a maior facilidade de acesso e de aceitação das orientações. Essa aproximação, também beneficia o cuidado, pois a intimidade, a confiança e o vínculo estabelecido com as famílias permitem exercer um cuidado de qualidade.

Para o estabelecimento do vínculo, os enfermeiros devem conquistar a confiança da família. O vínculo é o resultado de uma relação mais próxima com a família e tem sido percebido como facilitador da adesão aos serviços de saúde. Após a formação de um vínculo com a família, as pessoas sentem-se melhor cuidadas, a equipe pode intervir com uma visão mais ampliada, estimulando sua autonomia, participação no tratamento e inclusive a corresponsabilização das pessoas pelo seu próprio bem-estar (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

As dez atitudes construídas na Dimensão 3 “Suporte à família”, objetivam prever o apoio dispensado às famílias, por meio da comunicação e compartilhamento das informações, orientações quanto aos direitos das famílias, desenvolvimento de competências e habilidades, autonomia enfrentamento do sofrimento e das adversidades oriundas do processo saúde-doença de um membro da família, além do compromisso, responsabilidade e disponibilidade para cuidar da família.

Para Angelo et al. (2014), manter uma atitude de apoio é importante pré-requisito para convidar e engajar famílias no cuidado de enfermagem, e tais atitudes podem estimular o compromisso de todos os envolvidos e a autonomia da família.

Os estudos de observação das atitudes dos enfermeiros em relação à família demonstraram que, maioritariamente, as atitudes de suporte são um recurso aos cuidados de enfermagem (BENZEIN et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2011; SILVA; COSTA; SILVA, 2013; FERNANDES et al., 2015).

O conhecimento da realidade familiar facilita as ações de planejamento da saúde de todos os membros e o acompanhamento das ações planejadas é facilitado pelo trabalho em equipe, capaz de promover um envolvimento ainda maior com os familiares (OLIVEIRA; SPIRI, 2006). A facilidade em repassar orientações e investir na promoção da saúde e prevenção de doenças também esteve presente em alguns relatos do estudo com enfermeiro na APS realizado por Oliveira e Marcon (2007), quando existe um bom vínculo entre a família e o enfermeiro.

Ao assumir o compromisso de incluir a família nos cuidados de saúde o enfermeiro adota estratégias e recursos que capacitam a família a adquirir competências para responder frente aos seus problemas de saúde contribuindo para a redução de medos e inseguranças (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Assim, é estratégico, por parte do enfermeiro, incluir as famílias e seus membros no processo de cuidado, dotando-os de autonomia e competência para assegurar, preservar e integrar a família nos cuidados, incluindo-a na tomada de decisões, empoderando e intensificando sua capacidade de cuidar (BENGOZI et al., 2010).

A família pode ser vista também como um sistema em processo de interação e de integração dos seus membros entre si e com os contextos nos quais está inserida. A comunicação é o elo que constitui condição de convívio e de sustentação de todo o sistema (DIAS, 2011). Na construção das relações entre o enfermeiro e a família a comunicação é um dos aspectos fundamentais para o acolhimento (MATUMOTO et al., 2012; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

E por fim a Dimensão 4 “Acolhimento à família”, apresenta quatro itens que delineiam as atitudes do enfermeiro que exerce a escuta qualificada, respeito e valorização das singularidades, diálogo e respeito aos direitos da família.

No cuidado à família, um dos pressupostos a ser respeitado é o de que a relação entre o enfermeiro e a família deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo e da construção



conjunta da intervenção no processo saúde-doença (JOHN; FLOWERS, 2009). O acolhimento no processo de construção destes princípios implica, portanto, atitudes de diálogo, amparo e hospitalidade, que favorecem a construção de uma relação de confiança e compromissos da família com o enfermeiro (MARQUES-FERREIRA; BARREIRA-PENQUES; SANCHES-MARIN, 2014).

Compreender a família como recurso nos cuidados de enfermagem é trazer a mesma para ser acolhida, com vistas à reorganização da prática de enfermagem, adotando um cuidado negociado e compartilhado em cada situação singular, promovendo a autonomia e respeitando as demandas de cuidado da família (PIMENTA; COLLET, 2009). Tal atitude é fruto de uma participação cada vez mais ativa das famílias no processo de saúde e doença dos seus membros e demonstra uma nova maneira do enfermeiro compreender os cuidados de saúde, considerando o cuidado centrado na família como parte integrante de sua prática (ARAÚJO, 2014).

O acolhimento é representado por um encontro entre pessoas, que permite, uma relação de compromisso e ajuda. Assume-se, assim, uma forma de cuidado que considera as necessidades da família por meio da escuta qualificada e diálogo, num encontro que pressupõe, não somente, identificação de problemas e intervenções resolutivas, mas também a responsabilidade e compromisso com a família (OLIVEIRA et al., 2010; GARUZI et al., 2014; MARQUES-FERREIRA; BARREIRA-PENQUES; SANCHES-MARIN, 2014).

Para cuidar da família, o enfermeiro precisa estar atento ao conceito próprio de família e entender que, atualmente, esta tem assumido outras conformações. Este é mais um fator que revela a importância de conhecer as atitudes dos enfermeiros para cuidar de famílias, compreendendo a sua dinâmica. Neste sentido, é necessário também romper com o conceito de família nuclear como parâmetro para o cuidado (OLIVEIRA; MARCON, 2007; MORENO, 2008). Nota-se, portanto, que a escala construída possui dimensões integradas e inter-relacionadas com atitudes que remontam os pressupostos do cuidado centrado na família e apontam para predizer as atitudes dos enfermeiros na APS.

## 8 CONCLUSÃO

A opção de construir e validar um instrumento para avaliar as atitudes do enfermeiro no cuidado com famílias na APS por meio do emprego de uma escala que indique a intensidade de concordância ou discordância dos participantes fundamentou-se no fato de que, até o momento, não se tinha conhecimento da existência de um instrumento que possibilitasse fazer a mensuração de tais atitudes.

A escala elaborada com base nas dimensões “A família como foco do cuidado”; “Atitude de parceria e corresponsabilização”; “Suporte à família” e “Acolhimento à família”, contém 31 itens, com conteúdo validado nas quatro dimensões referidas, sendo intitulada Escala de Atitudes do Enfermeiro no Cuidado às Famílias na Atenção Primária à Saúde – (EAECF-APS).

De acordo com suas dimensões a EAECF-APS visa avaliar as atitudes assumidas pelo enfermeiro que direcionam o foco do cuidado para a família, compreender os contextos os quais a família está inserida, identificar as necessidades e potencialidades; as atitudes de parceria e corresponsabilização, com elaboração conjunta do plano de cuidados e estabelecimento de vínculo; identificar as atitudes de suporte à família como a comunicação efetiva, informação compartilhada, compromisso, responsabilidade, disponibilidade e autonomia; e reconhecer as atitudes de acolhimento à família pela escuta qualificada e diálogo.

Os critérios de concordância direcionaram à validação da escala, considerando que houve aumento e pertinência da taxa de concordância, IVC e Índice Kappa entre as duas rodadas de avaliação. Entretanto, optou-se metodologicamente pela consideração das sugestões dos juízes e, quando acatadas, resultaram na modificação e exclusão dos itens da escala e elaboração de uma nova versão com compromisso de *feedback* das contribuições.

O IVC destinado a avaliar o conteúdo dos itens e da escala total em relação à representatividade da medida, é considerado válido se, ao computar as avaliações de juízes, se obtiver índice de aprovação acima de 0,80, o que significa que o conteúdo do instrumento possibilita medir o que se propõe medir. Apesar do IVC indicar conteúdo válido, as sugestões dos juízes foram acatadas e todos os itens que apresentaram IVC abaixo de 0,8 foram suprimidos ou tiveram a sua redação aprimorada.

A aplicação da Técnica *Delphi online* tem sido bem-sucedida na validação de instrumentos em outros estudos e apresentou-se efetiva também ao desenvolvimento desta escala. Segundo a literatura, a validação de instrumentos por meio da Técnica *Delphi* modificada deve apresentar no mínimo duas rodadas. O número de rodadas nesta pesquisa foi definido de acordo com o alcance do nível de concordância de  $\geq 80\%$ ,  $IVC \geq 0,8$  entre as respostas dos juízes na avaliação da escala em cada critério.

A aproximação do enfermeiro aos conhecimentos sobre o cuidado com a família pode ampliar a sua maneira de trabalhar, modificando o seu padrão de prática habitual para uma abordagem que promova suporte, acolhimento, parceria e respeito à família.

A escala pode ser utilizada para nortear processos de implementação do cuidado centrado na família, uma vez que atitudes de maior apoio, suporte e responsabilização podem ser indicativas de que os enfermeiros estão mais sensibilizados e são mais favoráveis a uma prática de enfermagem que têm a família como parceira e foco do cuidado.

Os enfermeiros interagem diariamente com as famílias nos cuidados prestados na ESF, no entanto, a prática ainda se distancia do cuidado que a família necessita. Então é importante ir mais além, examinando as suas atitudes e práticas direcionados à família.

É imprescindível continuação da validação da Escala pelos enfermeiros da ESF, com o objetivo de realizar a avaliação semântica e confiabilidade considerando o contexto em que estão inseridos.

Como limitação nesta pesquisa, o recrutamento dos especialistas via Plataforma *Lattes* não se mostrou efetivo, ainda que mediante o recebimento de um e-mail de confirmação do envio pelo CNPq. Entre 41 juízes de conteúdo para quem foi enviado um e-mail convidando-os para participar da pesquisa, 34% participaram da primeira rodada e 20% da segunda rodada. E houve a necessidade de tolerância quanto ao tempo de coleta que aumentou a previsão de duração das rodadas de 15 para em média 41 dias.

Pela morosidade para devolução do material enviado por alguns juízes, sobretudo na realização da segunda rodada, foi impeditivo em virtude do tempo para a realização da validação semântica. Considera-se que a EAECF-APS possui boa

validade de conteúdo e no momento, é compatível ao fim a que se propõe qual seja, avaliar a atitudes do enfermeiro ao cuidar de famílias na APS.

## REFERÊNCIAS

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

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p.3061-3068, jul. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000800006>.

ALVES, Cecília Maria Pereira de Macedo. **Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito**. 2011. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2011.

ANGELO, Margareth et al. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 43, n. 2, p.1337-1341, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000600033>.

ANGELO, Margareth et al. Nurses' attitudes regarding the importance of families in pediatric nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 48, n.esp, p.74-79, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000600011>.

ARAGÃO, Laís Barreto. **Valorização da família no processo de cuidado: atitudes de enfermeiros em Unidade Neonatal**. 2017. 74 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

ARAÚJO, Cláudia Filipa Gomes. **Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família**. 2014. 177 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2014.

BARBIANI, Rosangela; NORA, Carlise Rigon Dalla; SCHAEFER, Rafaela. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 24, p.1-12, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>.

BARBOSA, Genesis de Souza; VALADARES, Glaucia Valente. Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 1, p.17-23, mar. 2009. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452009000100003>.

BARBOSA, Maria Angélica Marcheti; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 1, p.194-199, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072012000100022>.

BELLATO, Rosenev et al. The family experience of care in chronic situation. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 50, n. , p.81-88, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000300012>.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p.751-757, out. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672012000500006>.

BENGOZI, Talita Maria et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, p.155-160, 1 jul. 2010. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.10565>.

BENZEIN, Eva et al. Families' Importance in Nursing Care. **Journal Of Family Nursing**, v. 14, n. 1, p.97-117, fev. 2008. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1074840707312716>.

BITTENCOURT, Hélio Radke et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 22, n. 48, p.91-113, 30 abr. 2011. Fundacao Carlos Chagas. <http://dx.doi.org/10.18222/eae224820111994>.

BORGES, Valéria Oliveira; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. Família no Programa de Saúde da Família: uma inquietação em sua abordagem. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 55, p.19-23, fev. 2012.

BRAGA, Cristiane Giffoni; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Contribuições da psicomетria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 40, n. 1, p.98-104, mar. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342006000100014>.

BRASIL. Constituição (2011). Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova A Política Nacional de Atenção Básica, Estabelecendo A Revisão de Diretrizes e Normas Para A Organização da Atenção Básica, Para A Estratégia Saúde da Família (esf) e O Programa Agentes Comunitários de Saúde (pacs)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 12 dez. Seção 1 p. 59. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea. Departamento de Atenção Básica**. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de outubro de 2017. **Aprova A Política Nacional de Atenção Básica, Estabelecendo A Revisão de Diretrizes Para A Organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (sus)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva. **Saúde em Debate**, v. 38, n. , p.252-264, Não é um mês valido! 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s019>.

CANO, Stefan John; HOBART, Jeremy Charles. The problem with health measurement. **Patient Preference And Adherence**, p.279-290, jun. 2011. Dove Medical Press Ltd.. <http://dx.doi.org/10.2147/ppa.s14399>.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p.1177-1186, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017111515>.

CARVALHO, Emilia Campos de et al. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p.235-240, dez. 2008.

CHAVES, Rodson Glauber Ribeiro et al. Importância da família no processo de cuidados: atitudes de enfermeiros no contexto da terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, v. 11, n. 12, p.4989-4998, 4 dez. 2017. Revista de Enfermagem, UFPE Online. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22285p4989-4998-2017>.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p.925-936, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p.514-524, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.

CRUZ, Andréia Cascaes; ANGELO, Margareth. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p.861-865, 9 out. 2011. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i4.18333>.

CRUZ, Arménio Guardado; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; PARREIRA, Pedro Miguel Dinis. Atitudes de enfermeiros em relação à pessoa idosa hospitalizada [Nurses' attitudes to hospitalized older adults] [Actitudes de enfermeras en relación con ancianos hospitalizados]. **Revista Enfermagem Uerj**, v. 24, n. 3, p.1-6, 27 jun. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.14726>.

DALKEY, Norman C.. The *Delphi* method: an experimental study of group opinion. **Futures**, v. 1, n. 5, p.408-426, dez. 1969.

DEVON, Holli A. et al. A Psychometric Toolbox for Testing Validity and Reliability. **Journal Of Nursing Scholarship**, v. 39, n. 2, p.155-164, jun. 2007. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x>.

DIAS, Maria Olívia. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: o processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, v. 19, n. 1, p.139-156, jan. 2011.

DUDLEY, N. et al. Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. **Pediatrics**, v. 135, n. 1, p.255-272, 29 dez. 2014. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2014-3424>.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2, p.164-176, jan. 2007.

FAYERS, Peter .M.; MACHIN, David. Quality of Life, the Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes. 2nd Edition, Wiley, Chichester, 2007.

FEHRING, Richard J. The Fehring model. In: Carrol-Johnson RM, Paquete M, editores. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference; 1994. **PhilaDelphia: J.B. Limppincott**; p. 55-62, 1994.

FERNANDES, Carla Sílvia et al. A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. Rev. Enf. Ref., Coimbra, v. IV, n. 7, p. 21-30, dez. 2015.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FRIEDMAN, M.M. **Family nursing: theory and practice**. 3 ed. Pensylvania. Appleton-Lange, 1992.

GARUZI, Miriane et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p.144-149, jan. 2014.

GEIST, Monica R. Using the *Delphi* method to engage stakeholders: A comparison of two studies. **Evaluation and Program Planning**, v. 33, n. 2, p.147-154, maio 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.06.006>.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p.1-5, 20 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00029818>.

GIOVINAZZO, Renata A. Modelo de Aplicação da Metodologia *Delphi* pela Internet: Vantagens e Ressalvas. **Administração On Line**, v. 2, n. 2, p.1-5, abr. 2001.

GOMES, Karine de Oliveira et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de



Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p.881-892, 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000700020>.

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

GUALDA, Dulce Maria Rosa; BERGAMASCO, Roselena Bazilli. Apresentação. In: *Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença*[s.n.], 2004.

GÜNTER, Hartmut. Como Elaborar um Questionário (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, nº 01). Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental. 2003.

HANSON, Shirley May Harmon. Family Nursing: Challenges and Opportunities. **Journal Of Family Nursing**, v. 11, n. 4, p.336-339, nov. 2005. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1074840705280821>.

HASSON, Felicity; KEENEY, Sinead; MCKENNA, Hugh. Research guidelines for the *Delphi* survey technique. **Journal Of Advanced Nursing**, v. 32, n. 4, p.1008-1015, out. 2000. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>.

HONÓRIO, Rita Paiva Pereira; CAETANO, Joselany Áfio; ALMEIDA, Paulo César de. Validação de procedimentos operacionais padrão no cuidado de enfermagem de pacientes com cateter totalmente implantado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p.882-889, out. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000500013>.

HSU, Chia-Chien; SANDFORD, B.A. The *Delphi* technique: making sense of consensus. **Practical assessment, research & evaluation**, v.12, n.10, p.1-8, 2007.

HULLEY, Stephen B.; et al. **Delineando a pesquisa clínica**. Porto Alegre: Artmed, 4ª ed., 2015.

ICCF, Instituto de Cuidado Centrado na Família. Institute for Family-Centered Care. JOHNSON, B., ABRAHAM, M., CONWAY, J., SIMMONS, L., EDGMAN-LEVITAN, S., SODOMKA et al. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system. **Bethesda MD**: 2008.

JOHN, Winsome St; FLOWERS, Karen. Working with families: From theory to clinical nursing practice. **Collegian**, v. 16, n. 3, p.131-138, jul. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2009.04.001>.

JORGE, Jônathan Cardoso; GUIMARÃES, Celma Martins. Estratégia Saúde da Família: a enfermagem e o cuidar humanizado. **Estudos, Goiânia**, v. 41, n. , p.113-124, out. 2014.

KAYO, E. K.; SECURATO, J.R. Método *Delphi*: fundamentos, críticas e vieses. **Revista de Ciências da Administração**. V.1, n.4, p.51-61, 1997.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; OLIVEIRA, Sonia Acioli de. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família / Health practices of nurses and community health agents of the family health strategy. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p.893-900, 7 fev. 2015.

Universidade Estadual de

Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.22466>.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo et al. Actions/Interactions Motivating Nursing Leadership in the Context of Primary Health Care. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 4, p.1121-1129, 24 nov. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003740013>.

LIMA, Aline Soares de et al. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 4, p.700-708, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072010000400013>.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 487 p, 2001.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima; MARCON, Sonia Silva. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum. Health Science**, v. 34, n. 1, p.85-93, 9 jan. 2012.

Universidade Estadual de

Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34i1.7624>.

MARINHO, Pabliane Matias Lordelo et al. Construction and validation of a tool to Assess the Use of Light Technologies at Intensive Care Units. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 24, p.1-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1002.2816>.

MARQUES-FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva; BARREIRA-PENQUES, Rosana Maria do Vale; SANCHES-MARIN, Maria José. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Aquichan**, v. 14, n. 2, p.216-225, jun. 2014.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 44, n. 4, p.956-961, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342010000400014>.

MARTINI, Marcio Roberto. **Construção e validação de um instrumento de pesquisa para avaliar a qualidade de vida de trabalhadores**. 2015. 106 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Ciências Cirúrgicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Sobre Confiabilidade e Validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8, n. 20, p.1-12, jan. 2006.

MARTINS, Rosa Maria Lopes; RODRIGUES, Maria de Lurdes Martins. Esteriótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbia. **Educação, Ciência e Tecnologia**, v. 1, n. 1, p.249-254, out. 2011.

MATTEI, Ângela Taís. **Validação do conteúdo de uma escala com fatores preditivos de complicações da hipertensão arterial sistêmica na atenção primária**. 2015. 207 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

MATUMOTO, Silvia et al. Production of nursing care in primary health care services. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p.710-717, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692012000400011>.

McGILTON, Karine S. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. **Canadian Journal of Nursing Research**. v.35, n.4, p.72-86, 2003.

MEDEIROS, Rosana et al. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 1, n. 4, p.127-135, 5 mar. 2015. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv14009>.

MELLO, Raquel; ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda; MARCON, Sonia Silva. Percepção da família quanto à doença e ao cuidado fisioterapêutico de pessoas com paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p.104-109, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672012000100015>.

MELO, Renata Pereira et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 2, p.242-231, dez. 2011.

MORAIS, Ildone Forte de et al. O que mudou nos serviços de saúde com a Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 2, p.291-299, jan. 2012.

MORENO, Vânia. Enfermeiras das unidades básicas de saúde: visão sobre a família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 9, n. 1, p.9-18, jan. 2008.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira et al. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Revista de Aps**, v. 11, n. 4, p.435-443, out. 2008.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa; FERNANDES, Marta Francisca Trigo; SILVA, Priscila de Freitas. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p.1-8, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63562>.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p.727-733, jan. 2006.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo de et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 2, p.46-51, dez. 2010.

OLIVEIRA, Joelma P.; COSTA, Maíra Murrieta; WILLE, Marina Ferreira de Castro. **Introdução ao método Delphi**. Ed. Curitiba, 2008.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. , p.158-164, jan. 2013.

OLIVEIRA, Palmira da Conceição M. et al. Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 45, n. 6, p.1331-1337, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000600008>.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.65-72, dez. 2007.

PASQUALI, Luiz. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Porto Alegre, Brasil: **Artmed**. 568 p. 2010.

PIMENTA, Erika Acioli Gomes; COLLET, Neusa. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 43, n. 3, p.622-629, set. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000300018>.

PINTO, Júlia Peres et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p.132-135, fev. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672010000100022>.

PITTMAN, Joyce; BAKAS, Tamilyn. Measurement and Instrument Design. **Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing**, v. 37, n. 6, p.603-607, 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/won.0b013e3181f90a60>.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: **ArtMed**; 2018, 456 p.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida; PAIVA, Luciana. Content validation of the nursing diagnosis Nausea. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 48, n. 1, p.48-56, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000100006>.

PORTELA, Flávia Fernandes. **Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos processos e resultados do serviço de atendimento móvel de urgência relacionados ao acidente vascular cerebral**. 2017. 210 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

POWELL, Catherine. The *Delphi* technique: myths and realities. **Journal Of Advanced Nursing**, v. 41, n. 4, p.376-382, jan. 2003.

REWORÊDO, Luciana da Silva et al. O uso da técnica *Delphi* em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p.16-21, 13 jul. 2015. Faculdade de Medicina de Sao Jose do Rio Preto - FAMERP. <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>.

RIBEIRO, Jéssica Sâmia Silva Tôrres et al. Atitudes de Enfermeiros nos Cuidados com Famílias no Contexto do Parto e Puerpério Imediato. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 3, p.784-792, 1 jul. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.784-792>.

RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p.94-104, 1 jun. 2003. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/swr/27.2.94>.

SAMPAIO, Patrícia Stella Silva; ANGELO, Margareth. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 15, n. 2, p.85-92, dez. 2015.

SANTOS, Maria Luisa Vieira Andrade dos. **Abordagem Sistêmica do Cuidado à Família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro**. 2012. 263 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.

SCARPARO, Ariane Fazzolo et al. Reflexões sobre o uso da técnica *Delphi* em pesquisas na Enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, p.242-251, dez. 2012.

SIEGEL, Sidney; CASTELLAN, N. John. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.221-232, jan. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000100023>.

SILVA, Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes Martins Moreira da; COSTA, Maria Armanda da Silva Mendes da; SILVA, Maria Manuela Ferreira Pereira da. A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos

enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, v. , n. 11, p.19-28, 31 dez. 2013. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riii13105>.

SILVA, Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro; SILVA, Lucía; BOUSSO, Regina Szyliet. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 45, n. 5, p.1250-1255, out. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000500031>.

SILVA, Nair Chase da; GIOVANELLA, Ligia; MAINBOURG, Evelyne Marie Therese. The family in the practices of Family Health teams. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p.274-281, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140037>.

SILVA, Roseli Ferreira da; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Técnica *Delphi*: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em Atenção Primária de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 33, n. 3, p.207-216, set. 1999.

SILVA, Simone Santana da; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Family health nursing care: weaknesses and strengths in the Unified Health System. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 49, n. 4, p.0603-0609, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000400010>.

SOARES, Juliana et al. Considerations about the health tie in the trajectory of search for elderly and the family care. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 4, p.583-590, 1 out. 2013. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n4p583>.

SOLIGO, Valdecir. Indicadores: conceito e complexidade do mensurar em estudos de fenômenos sociais. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 23, n. 52, p.12-25, 30 ago. 2012. Fundacao Carlos Chagas. <http://dx.doi.org/10.18222/eae235220121926>.

SOUSA, Eunice Salomé Alves Sobral de. **A família**: atitudes do enfermeiro de reabilitação. 2011. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2011.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002. 177 p.

STREINER, David L.; NORMAN, Geoffrey R. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2008.

TAVARES, Marcelo. Validade clínica. **Psico-usf**, v. 8, n. 2, p.125-136, dez. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-82712003000200004>.

VIEIRA, Maria Aparecida; OHARA, Conceição Vieira da Silva; DOMENICO, Edvane Birelo Lopes de. The construction and validation of an instrument for the assessment of graduates of undergraduate nursing courses. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 24, p.1-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0834.2710>.

VILELAS, José Manuel da Silva; JANEIRO, Sandra Isabel Dias. TRANSCULTURALIDADE: O ENFERMEIRO COM COMPETÊNCIA CULTURAL. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p.120-127, jan. 2012.

VITURI, Dagmar Willamowius; MATSUDA, Laura Misue. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 43, n. 2, p.429-437, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000200024>.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSÉN, Ingrid. Família e necessidades... revendo estudos. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p.147-157, dez. 2004.

WHIGHT, James T. C.; GIOVINAZZO, Renata Alves. *Delphi*: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 12, p.54-65, jan. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Primary health care. Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata. Geneva: WHO; 1978.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na família**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012, 392 p.

WYND, Christine A.; SCHMIDT, Bruce; SCHAEFER, Michelle Atkins. Two Quantitative Approaches for Estimating Content Validity. **Western Journal Of Nursing Research**, v. 25, n. 5, p.508-518, ago. 2003. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0193945903252998>.

YAMADA, Beatriz Farias Alves; SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers: versão feridas. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 43, n. 1, p.1105-1113, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000500015>.

**ANEXOS**



## ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CUIDADO COM FAMÍLIAS: Construção e Validação de Escala e Avaliação das Atitudes de Enfermeiros da Atenção Primária em Saúde

**Pesquisador:** FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE SOUSA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 86924418.5.1001.5087

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.786.495

#### Apresentação do Projeto:

No final do século XX a família foi retomada como foco de interesse das políticas públicas, e o ano de 1994, foi eleito pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o Ano Internacional da Saúde da Família, constituindo-se como marco brasileiro de oficialização desse grupo social como foco do cuidado profissional de saúde na atenção básica, por meio do Programa/Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2004). O princípio norteador do Ano Internacional da Saúde da Família consistiu em conceitualizar a família como unidade básica da sociedade e como instituição essencial de preservação e transmissão de valores culturais, assim como a responsável pela formação e educação dos indivíduos. Assim, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) pode ser considerada um avanço das ações públicas de assistência familiar em direção ao desenvolvimento das potencialidades desse grupo familiar e de seus membros. Sob essa perspectiva, a política de humanização (BRASIL, 2004) incentiva o atendimento à família e a consideração dos seus membros nas suas necessidades, a partir do olhar global, integrador e individualizado dos profissionais. A incorporação da ESF na política de saúde brasileira propõe a reversão do modelo assistencial a partir da Atenção Básica de Saúde, fato que tem contribuído para a valorização da família pelos profissionais de saúde.

A pesquisa tem como objeto medir as atitudes dos enfermeiros para o cuidado com famílias na Atenção Primária em Saúde, a partir da construção de uma Escala de Medidas. Para guiar o desenvolvimento da pesquisa serão definidas as seguintes questões: a Escala de Medidas a ser

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

Continuação do Píscar: 2.736.625

construída, tendo por finalidade avaliar atitudes de cuidados de enfermeiros com famílias no contexto da Atenção Primária em Saúde, apresenta propriedades psicométricas válidas e confiáveis. Em que dimensões da Escala de Medidas estão inseridas

as atitudes do enfermeiro para cuidar de famílias na Atenção Primária em Saúde? No Brasil, há um único instrumento que avalia atitudes de enfermeiros na valorização da família nos processos de cuidado, entretanto, direcionado ao contexto hospitalar. Esse instrumento é nomeado A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE), originalmente desenvolvida na Suécia.

Considerando a ausência de instrumentos de medida que abordam atitudes de enfermeiro no cuidado com famílias na Atenção Primária em Saúde e, que a família, precisa ser visualizada numa perspectiva integral e como foco da atenção do enfermeiro, torna-se necessário e essencial uma aproximação da medida desse fenômeno. Espera-se que a tecnologia a ser construída e validada, que será nomeada como Escala de Atitudes

de Enfermeiros no Cuidado com Famílias na Atenção Primária em Saúde (AECF-APS), possa auxiliar enfermeiros e demais profissionais de saúde a refletir e compreender os atributos do cuidado centrado na família e disponibilizar a escala pautada em evidências empíricas. A AECF-APS contribuirá para avaliar a efetividade do cuidado com famílias e poderá fortalecer as políticas de humanização da APS e o cuidado com famílias. Do mesmo modo, a AECF-APS favorecerá o avanço do conhecimento sobre o fenômeno cuidado de famílias e possibilitará avançar rumo a constatação de um referencial teórico para avaliar atitudes de cuidado com famílias com possibilidades para ser incorporada à clínica e à pesquisa em enfermagem. Ressalta-se que a AECF-APS será o primeiro instrumento válido para avaliação das atitudes de enfermeiros nas relações de cuidado com famílias na Atenção Primária de Saúde.

Será utilizada pesquisa multicêntrica do tipo metodológica de natureza quantitativa, que possibilita um processo integrado que vai desde a Investigação ao desenvolvimento e à avaliação de um instrumento. Numa etapa subsequente, após o processo de construção e validação da Escala Atitudes de Enfermeiros no Cuidado com Famílias na Atenção Primária em

Saúde (AECF-APS), serão avaliadas as atitudes do enfermeiro no cuidado com famílias na APS.

Para tanto, utilizar-se-á a abordagem quantitativa em um estudo transversal, descritivo e correlacional. A pesquisa será desenvolvida em quatro (04) etapas: a primeira será definida pelo polo empírico (construção da escala); a segunda o polo estatístico (determinar a validade do conteúdo da escala); na terceira será desenvolvido o polo

experimental (avaliação psicométrica da escala); e a quarta etapa consistirá na pesquisa de campo

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

Continuação do Parecer: 2.795.495

para avaliação das atitudes dos enfermeiros para cuidar de famílias na APS. Para a validade de conteúdo e de aparência dos domínios e itens da Escala considerou-se coerente dividir os juízes em dois grupos distintos: grupo de juízes de conteúdo (mestres/doutores/pesquisadores) e um grupo de juízes técnicos (enfermeiros da APS) para a

avaliação semântica. Os enfermeiros da APS participarão da pesquisa nas Etapas 3 (Polo Experimental) cujo objetivo é a avaliação semântica da Escala; e na Etapa 4 (Pesquisa de Campo) com a finalidade de avaliar as atitudes dos Enfermeiros da APS nas relações de cuidado com Famílias. A coleta de dados será realizada em três estados diferentes do país: Maranhão (nas cidades de São Luís, São José de Ribamar e Pinheiro), Rio de Janeiro (cidade de Macaé) e Rio Grande do Sul (cidade de Santa Maria). Para avaliação dos juízes de conteúdo, a operacionalização se dará por meio da técnica Delphi. Para tanto será enviado e-mail aos juízes identificados pelos critérios de busca na Plataforma Lattes, envio da Carta-Convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento com informações sobre a pesquisa assim como os métodos e técnicas que serão utilizados para coleta e análise dos dados e as instruções para validação de conteúdo da escala. Na segunda e terceira rodada com os juízes de conteúdo será dada continuação do processo de validação, com as alterações/adequações da Versão 1 e da Versão 2 da Escala e um documento com o feedback de cada uma das rodadas. A versão 3 da Escala será submetida a análise semântica pelos juízes técnicos e consistirá no teste piloto da referida versão. Na última etapa o material da pesquisa será entregue aos participantes por contato pessoal e Individual nos locais onde os mesmos desenvolvem suas atividades profissionais. A coleta de dados nestas fases, será realizada por meio de entrevista na qual o entrevistador faz os questionamentos verbais aos participantes da pesquisa face a face. Por tratar-se de pesquisa multicêntrica serão consideradas as recomendações da Resolução 346 de 13 de

Janeiro de 2005 da Universidade Federal do Maranhão que descreve que os coordenadores locais deverão apresentar o protocolo de pesquisa em seus respectivos CEPs, após aprovação local. A pesquisa será orientada pelas determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir uma Escala para prever as atitudes de enfermeiros no cuidado com famílias no contexto da Atenção Primária à Saúde;

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1968 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: 2.795.495

**Objetivo Secundário:**

Descrever a construção das dimensões e itens da Escala;

Proceder a validação da Escala Atitudes de Enfermeiros no Cuidado com Famílias na Atenção Primária à Saúde (AECF-APS) a partir dos critérios de aparência e confiabilidade;

Descrever as atitudes de enfermeiros no cuidado com famílias no contexto da Atenção Primária à Saúde a partir dos domínios e itens definidos e validados na Escala AECF-APS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Leve de ansiedade e desconforto ao responder o instrumento podendo suscitar questões pessoais e/ou profissional referentes ao tema trabalho na pesquisa. Neste sentido, os pesquisadores farão o possível para minimizá-los.

**Benefícios:**

Auxiliar enfermeiros a refletir e compreender os atributos do cuidado centrado na família; avaliar a efetividade do cuidado com famílias e fortalecer cuidado voltado às famílias e às políticas de humanização da APS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Segundo os autores, com a realização desta pesquisa se que a tecnologia a ser construída e validada, que será nomeada como Escala de Atitudes de Enfermeiros no Cuidado com Famílias na Atenção Primária em Saúde (AECF-APS), possa auxiliar enfermeiros e demais profissionais de saúde a refletir e compreender os atributos do cuidado centrado na família e disponibilizar a escala pautada em evidências empíricas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram atendidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1968 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: 2.795.495

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1071678.pdf	12/06/2018 01:23:16		Aceito
Parecer Anterior	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIA S.docx	12/06/2018 01:22:09	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/06/2018 01:18:49	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_VERSAO_OFICIAL.docx	12/06/2018 01:18:31	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_VERSAO_OFICIAL.pdf	12/06/2018 01:17:59	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
Outros	DECLARACOES_LIBERACAO.docx	15/03/2018 00:57:12	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	14/02/2018 18:52:25	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 26 de Julho de 2018

Assinado por:

Flávia Castello Branco Vidal Cabral  
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1968 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

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1 – Versão 1 da Escala

**Título:** Escala Atitudes de Enfermeiro no Cuidado com Famílias na Atenção Primária à Saúde (ACEF-APS)  
 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Às vezes concordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente

Dimensão		Itens	1	2	3	4	5
<b>A família como foco do cuidado (10)</b>	1	Considera que todos os membros da família são receptores de atenção					
	2	A família e o seu contexto na qual está inserida configuram-se como centro das atividades do enfermeiro					
	3	Julga necessário saber quem são os membros da família					
	4	Envolve a família na tomada de decisão					
	5	Para a promoção da saúde e prevenção de agravos dirige intervenções para todos os membros da família					
	6	No planeamento do cuidado considera as mudanças e os relacionamentos familiares					
	7	Valoriza saberes e crenças dos membros da família no planeamento das intervenções					
	8	Valoriza a experiência da família para o cuidado no processo saúde-doença					
	9	Valoriza as fortalezas da família no planeamento das intervenções					
	10	Considera as necessidades da família para o planeamento das ações de cuidado					
<b>Atitude de parceria e corresponsabilização (10)</b>	11	Mantém-se abertos às interações com os membros da família					
	12	Estabelece estratégias para auxiliar na adaptação da família às mudanças					
	13	Alia valores pessoais, profissionais e éticos para cuidar da família					
	14	Ajuda a família a definir um plano de cuidados que atenda às necessidades dos seus membros					
	15	Ajuda os membros da família a fazer escolhas					
	16	Executa e supervisiona cuidados técnicos no domicílio					
	17	Inclui a família e seus membros no processo de cuidado					
	18	O enfermeiro é recurso para que as famílias lidem com as situações que envolvem o processo saúde doença					
	19	Compreende a forma como a família pensa, age e reage frente a situações específicas					
	20	Entende a dinâmica e a estrutura da situação do ponto de vista da família					

<b>Suporte à Família (15)</b>	21	Orienta e auxilia na tomada de decisão em questões burocráticas e auxílios sociais						
	22	Explica as situações do processo saúde-doença que envolvem a família, de forma clara e objetiva, não deixando a família com dúvidas						
	23	Utiliza linguagem clara e em tempo oportuno						
	24	Adota ações que busquem a autonomia da família para que estas exerçam suas escolhas						
	25	Estabelece relações de confiança com a família						
	26	Contribui para que a família desenvolva competências e habilidades para manutenção e recuperação da saúde						
	27	Promove orientações à família com foco no autocuidado						
	28	Estabelece intervenções que excedem o cuidado clínico						
	29	Orienta a terapêutica e mudanças de estilo de vida face a uma necessidade						
	30	Intervém junto à família orientando-a a modificar o espaço físico para melhor condições de vida e de saúde						
	31	Demonstra empenho em perceber, conhecer e compreender as necessidades, fortalezas e sofrimentos da família						
	32	Busca soluções práticas e possíveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas						
	33	Desempenha ações de educação em saúde para empoderar a família para a promoção do cuidado e a prevenção de agravos						
	34	Mantem interação com a família para que ocorra a construção e manutenção do vínculo						
	35	Demonstra compromisso e disponibilidade para cuidar da família						
<b>Acolhimento à Família (11)</b>	36	Exerce a escuta qualificada para identificar necessidades e minimizar medos e anseios						
	37	Valoriza o outro e respeita diversidades						
	38	Promove interlocução com as famílias						
	39	Investe para esclarecer dúvidas						
	40	Viabiliza estratégias para assegurar acesso aos serviços e programas para atender as necessidades da família						
	41	Assume atitude de respeito aos direitos das famílias como usuárias do SUS						
	42	Demonstra interesse e preocupação com a família e seus membros						
	43	Demonstra interesse e disponibilidade pra olhar, observar e ver o outro na sua singularidade						
	44	Ouve o que a família tem a dizer e a forma como diz						
	45	Adota atitudes de interesse e disponibilidade para as necessidades da família						
	46	Mostra-se sempre aberto aos questionamentos e dúvidas da família						



## **APÊNDICE 2 – Orientações para os juízes de conteúdo realizarem a avaliação do instrumento**

Para a utilização da Escala em pesquisas na APS será necessário ser validada por Enfermeiros experts na temática Enfermagem de Família. O propósito de sua participação nesta etapa da pesquisa consiste em julgar as Versões da Escala, que é composta, inicialmente, por 4 dimensões e 46 itens, divididos da seguinte maneira:

- a) DIMENSÃO I: Família como foco do cuidado - Itens: 1 a 10
- b) DIMENSÃO II: Atitude de parceria e corresponsabilização - Itens: 11 a 20
- c) DIMENSÃO III: Suporte à família - Itens: 21 a 35
- d) DIMENSÃO IV: Acolhimento à família - Itens: 36 a 46

Você irá avaliar as dimensões e os itens com relação à aceitabilidade, coerência, compreensão, relevância, clareza e ambiguidade dos itens; discorrer opiniões, sugestões e críticas e se o instrumento é capaz de avaliar as atitudes dos enfermeiros no cuidado às famílias no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Cada Versão da Escala circulará entre os participantes e o *feedback* de cada sugestão será dada a cada um dos domínios e itens da Escala. Essas opiniões serão analisadas, revisadas e agrupadas para a construção de nova versão da Escala, que retornará para o juiz para obtenção de consenso. Cada item deverá ter uma única resposta. Não deixe de avaliar nenhum dos itens. Ao final, no espaço em branco, você poderá realizar seus comentários, opiniões e sugestões que julgar necessário.

As respostas de cada item na Versão Final da Escala serão composta por opções graduadas por meio de uma escala Likert, que indicarão o grau em que concordam ou discordam da opinião expressa em cada item. Assim, a Escala terá cinco (05) categorias de respostas:

- Discordo totalmente (com pontuação igual a 1);
- Discordo (pontuação 2);
- Às vezes concordo (pontuação 3);
- Concordo (pontuação 4);
- Concordo totalmente (pontuação 5).

**APÊNDICE 3 – Formulário eletrônico para preenchimento dos dados dos participantes**

**Dados do participante**

**\*Obrigatório**

**Endereço de e-mail \***

Seu e-mail

**Nome completo**

Sua resposta

**Instituição**

Sua resposta

**Titulação**

Doutorado

Mestrado

**Contato telefônico**

Sua resposta

**Aceita participar da pesquisa? \***

Aceito

Não aceito

**PRÓXIMA**

Nunca envia senhas pelo Formulário Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço

**APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eletrônico****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezada professora,

Após o seu consentimento em participar como juiz de conteúdo, você receberá as instruções de como proceder a análise com vistas à validação de conteúdo das versões da Escala, que mudará a cada rodada (versão 1, 2 e 3). Inicialmente será encaminhada a primeira versão e a sua análise deverá ser devolvida em no máximo 10 (dez) dias após a data de recebimento. Em seguida será encaminhada a versão 2 da Escala, após ter sido aceita as considerações do Comitê de Juízes e logo depois a terceira versão a qual será validada por Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS).

Esta pesquisa tem como benefícios auxiliar os enfermeiros e demais profissionais de saúde a refletir e compreender os atributos do cuidado centrado na família; avaliar a efetividade do cuidado com famílias e fortalecer as políticas de humanização da APS e o cuidado com famílias por meio da construção desta escala.

Reconheço que essa atividade tomará o seu tempo o que pode gerar ansiedade e/ou desconforto ao avaliar os domínios e itens do instrumento, mas lhe é facultado o direito de interromper a sua participação em qualquer momento, minimizando possíveis riscos e sem que ocorra prejuízo pessoal. Informo que a sua participação no Comitê de Juízes desta pesquisa não terá nenhuma forma de compensação pessoal ou financeira e asseguro que seu nome será mantido em sigilo e suas informações aparecerão no relatório da pesquisa e nas publicações de forma anônima. Você tem a liberdade de desistir da pesquisa retirando seu consentimento em qualquer fase da mesma. Dúvidas sobre o projeto poderão ser endereçadas diretamente à pesquisadora, Francisca Georgina Macedo de Sousa pelo fone: (98) 98215-9674; email: [fgeorginasousa@hotmail.com](mailto:fgeorginasousa@hotmail.com) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão localizado na Avenida dos Portugueses Nº.1966, Cidade Universitária Dom Delgado - Vila Bacanga, São Luís – Maranhão, Prédio do CEB Velho, Pós-Graduação e Inovação (PPGI). E-mail para correspondência [cepufma@ufma.br](mailto:cepufma@ufma.br), telefone (98) 3272-8708.

Desta forma, de acordo com o que foi exposto, EU declaro estar ciente de que:

- 1) Fui informado(a) e esclarecido(a) acerca dos objetivos e procedimento da pesquisa;
- 2) Minha identidade será mantida em sigilo, sendo que qualquer material envolvido será de acesso restrito aos pesquisadores; este sigilo deve ser mantido mesmo em eventuais divulgações para fins científicos
- 3) Poderei desistir de minha participação a qualquer momento, sem nenhum ônus;
- 4) Autorizo a divulgação e publicação das informações, desde que mantido o sigilo e anonimato;
- 5) Entendo que não sou obrigado a dar/responder todas as informações, mas, minhas sugestões serão as mais fidedignas e verdadeiras possíveis.

\*

- Concordo em participar desta pesquisa
- Não concordo em participar

## APÊNDICE 5 – Versão 2 da Escala

**Título:** Escala de Atitudes do Enfermeiro no Cuidado com Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS)

1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Às vezes concordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente

Dimensão	Itens	1	2	3	4	5	
<b>A família como foco do cuidado</b>	1	Considera todos os membros da família para o cuidado					
	2	Considera o contexto da família para o cuidado					
	3	Julga necessário saber quem são os membros da família					
	4	Envolve a família na tomada de decisão relacionada ao planejamento e à execução dos cuidados					
	6	Considera as mudanças e os padrões dos relacionamentos familiares para o planejamento do cuidado					
	7	Valoriza saberes, crenças e a cultura da família no planejamento do cuidado					
	8	Valoriza a experiência da família para o cuidado no processo saúde-doença					
	9	Valoriza as potencialidades da família no planejamento do cuidado					
	10	Considera as necessidades da família para o planejamento do cuidado					
	<b>Atitude de parceria e corresponsabilização</b>	11	Coloca-se à disposição dos membros da família para fazer esclarecimentos e discutir o plano de cuidados				
12		Estabelece estratégias para auxiliar a família na adaptação às mudanças					
13		Associa valores pessoais, profissionais e éticos para cuidar da família					
14		Elabora conjuntamente com a família o plano de cuidados que atenda às necessidades dos seus membros					
16		Executa, ensina e supervisiona cuidados técnicos no domicílio					
18		Orienta, esclarece e aconselha a família para lidar com as situações que envolvem o processo saúde doença					
19		Busca compreender a forma como a família pensa, age e reage frente a situações específicas					
21		Estabelece vínculo com a família					

<b>Suporte à Família</b>	22	Orienta a família em relação ao direito a auxílios sociais definidos pelo governo					
	23	Explica para a família as situações do processo saúde-doença de forma clara e objetiva, minimizando dúvidas					
	24	Utiliza linguagem clara e em momento oportuno					
	25	Adota ações que potencializam a autonomia da família para tomada de decisão					
	26	Contribui para que a família desenvolva competências e habilidades para manutenção e recuperação da saúde					
	27	Orienta a família com foco no indivíduo e nas suas necessidades					
	29	Orienta a terapêutica e mudanças no estilo de vida diante de uma necessidade					
	30	Quando necessário, orienta a família em mudanças no espaço físico visando autonomia e melhores condições de vida e saúde					
	31	Empenha-se para identificar e compreender as necessidades e sofrimentos da família					
	32	Busca soluções práticas e possíveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas					
	33	Desempenha ações de educação em saúde para empoderar a família para a promoção do cuidado e a prevenção de agravos					
	34	Considera importante interagir com a família para construção e manutenção do vínculo					
35	Demonstra compromisso, responsabilidade e disponibilidade para cuidar da família						
<b>Acolhimento à Família</b>	36	Exerce a escuta qualificada para identificar necessidades da família					
	37	Respeita e valoriza as diversidades da família					
	38	Promove diálogo com a família					
	40	Adota estratégias que viabilizem o acesso aos serviços e programas para atender as necessidades da família					
	41	Respeita os direitos das famílias					
	42	Demonstra interesse e preocupação com a família					
	43	Respeita a singularidade da família					

## APÊNDICE 6 – Versão 3 da Escala

### Escala Atitudes do Enfermeiro no Cuidado às Famílias na Atenção Primária à Saúde

Prezado participante,

Assinale com um [X] cada uma das afirmações que melhor descreve o seu pensamento sobre as atitudes do Enfermeiro no cuidado com famílias na Atenção Primária à Saúde. Essas atitudes estão distribuídas em quatro dimensões: A família como foco do cuidado (itens 5, 6, 12, 18, 19, 23, 29, 30, 31), Atitude de parceria e corresponsabilização (itens 1, 2, 4, 10, 13, 14, 15, 22), Suporte à família (itens 3, 7, 8, 9, 11, 17, 20, 21, 24, 28) e Acolhimento à família (itens 16, 25, 26, 27).

As suas respostas deverão ser expressas segundo as opções:

1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Às vezes concordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente.

Por gentileza, marque apenas uma opção para cada uma das afirmações.

	Itens	1	2	3	4	5
1	Associa valores pessoais, profissionais e éticos para cuidar da família					
2	Busca compreender a forma como a família pensa, age e reage frente a situações específicas					
3	Busca soluções práticas e viáveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas					
4	Coloca-se à disposição dos membros da família para fazer esclarecimentos e discutir o plano de cuidados					
5	Considera as necessidades da família para o planejamento do cuidado					
6	Considera os relacionamentos familiares e as mudanças destes para o planejamento do cuidado					
7	Contribui para que a família desenvolva competências e habilidades para manutenção e recuperação da saúde					
8	Demonstra compromisso, responsabilidade e disponibilidade para cuidar da família					
9	Desenvolve educação em saúde para empoderar a família para o cuidado e a prevenção de agravos					
10	Elabora conjuntamente com a família o plano de cuidados para atender as necessidades de seus membros					
11	Empenha-se para identificar e compreender o sofrimento e necessidades da família em relação a situação do processo saúde doença					
12	Envolve a família na tomada de decisão relacionada ao planejamento e à execução dos cuidados					
13	Estabelece estratégias para auxiliar a família na adaptação às mudanças					
14	Estabelece vínculo com a família					
15	Executa, ensina e supervisiona cuidados técnicos no domicílio					

Itens		1	2	3	4	5
16	Exerce a escuta qualificada para identificar necessidades da família					
17	Explica para a família as situações do processo saúde-doença de forma clara e objetiva, minimizando dúvidas					
18	Inclui todos os membros da família no planejamento e execução do cuidado					
19	Julga necessário saber quem são os membros da família					
20	Orienta a família em relação ao direito a serviços, programas e auxílios sociais para atender as necessidades da família					
21	Orienta a família em relação ao espaço físico visando autonomia e melhores condições de vida e saúde					
22	Orienta, esclarece e aconselha a família para lidar com as situações que envolvem o processo saúde doença					
23	Para cuidar considera o contexto social, cultural e econômico do qual a família está inserida					
24	Potencializa a autonomia da família para tomada de decisão.					
25	Promove diálogo com a família					
26	Respeita e valoriza as singularidades da família					
27	Respeita os direitos das famílias					
28	Utiliza linguagem clara e em momento oportuno					
29	Valoriza a experiência da família para o cuidado no processo saúde-doença					
30	Valoriza acultura da família para o planejamento do cuidado					
31	Valoriza as potencialidades da família para o planejamento e execução do cuidado					

**Observação:** Caso necessário, você poderá utilizar esse espaço para fazer comentários, sugestões ou descrever atitudes de cuidado que você julga não ter sido contemplada

**APÊNDICE 7 – FEEDBACK DA AVALIAÇÃO NA PRIMEIRA RODADA**

Dim	ITENS DA VERSÃO 1	ALTERAÇÃO PARA VERSÃO 2	CLAREZA		COERÊNCIA		RELEVÂNCIA		CONSOLIDADO DE SUGESTÕES DOS JUÍZES
			%	IVC	%	IVC	%	IVC	
<b>A família como foco do cuidado</b>	Título: Escala de Atitudes de Enfermeiros no Cuidado com Famílias na Atenção Primária em Saúde (EAECF-APS)	Título: Escala de Atitudes do Enfermeiro no Cuidado com Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS)	86%	0.86	86%	0.86	93%	0.93	Colocar "do" em lugar de "de" após Atitude Alterar para "Atenção Primária à Saúde" Retirar "Escala" Obs: mantido Escala, pois trata-se de uma pesquisa para construção dessa ferramenta
	1. Considera que todos os membros da família são receptores de atenção	1. Considera todos os membros da família para o cuidado	71%	0.71	79%	0.79	93%	0.93	Alterar o termo família para "núcleo familiar" Considera que todos os membros da família são foco do cuidado
	2. A família e o seu contexto na qual está inserida configuram-se como centro das atividades do enfermeiro	2. Considera o contexto da família para o cuidado	71%	0.71	79%	0.79	93%	0.93	Cortar a expressão "seu contexto" Considera o contexto da família no cuidado. Retirar "na qual está inserida" Retirar a palavra "seu" do item
	3. Julga necessário saber quem são os membros da família	3. Julga necessário saber quem são os membros da família	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Substituir a palavra julga por "acredita ser" Obs: Item não sofreu alterações considerando a concordância para clareza, coerência e relevância de 100%.
	4. Envolve a família na tomada de decisão	4. Envolve a família na tomada de decisão relacionada ao planejamento e à execução dos cuidados	86%	0.86	86%	0.86	100%	1.00	Ter clareza com relação a "decisão a respeito do que" Envolve a família nas tomadas de decisão relacionadas ao planejamento e à execução dos cuidados
	5. Para a promoção da saúde e prevenção de agravos dirige intervenções para	5. Oferece ações de promoção da saúde e prevenção de agravos a todos os membros da família	86%	0.86	86%	0.86	100%	1.00	Organiza o cuidado para todos os membros da família O termo "dirige intervenções", precisa ficar mais claro à que se refere Substituir a palavra dirige, para oferece



<b>A família como foco do cuidado</b>	todos os membros da família								Obs: Item excluído, pois a atitude de cuidado foi contemplada em item anterior (item 1)
	6. No planejamento do cuidado considera as mudanças e os relacionamentos familiares	6. Considera as mudanças e os padrões dos relacionamentos familiares para o planejamento do cuidado	79%	0.79	86%	0.86	100%	1.00	No planejamento do cuidado considera o ciclo de vida familiar e a dinâmica familiar Sugestão: "considera as mudanças e o padrão dos relacionamentos familiares" ao invés de considera as mudanças e os relacionamentos familiares Modificar a palavra mudanças por - alterações no sistema familiar
	7. Valoriza saberes e crenças dos membros da família no planejamento das intervenções	7. Valoriza saberes, crenças e a cultura da família no planejamento do cuidado	93%	0.93	93%	0.93	100%	1.00	Valoriza saberes, crenças e cultura da família no planejamento do cuidado
	8. Valoriza a experiência da família para o cuidado no processo saúde-doença	8. Valoriza a experiência da família para o cuidado no processo saúde-doença	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Nenhuma observação
	9. Valoriza as fortalezas da família no planejamento das intervenções	9. Valoriza as potencialidades da família no planejamento do cuidado	79%	0.79	100%	1.00	100%	1.00	Sugiro alterar o termo "fortalezas para "potencialidades" Substituir a palavra fortaleza por forças
	10. Considera as necessidades da família para o planejamento das ações de cuidado	10. Considera as necessidades da família para o planejamento do cuidado	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Retirar ações ir direto planejamento de cuidado
<b>Atitude de parceria e responsabilização</b>	11. Mantem-se abertos às interações com os membros da família	11. Coloca-se à disposição dos membros da família para fazer esclarecimentos e discutir o plano de cuidados	71%	0.71	79%	0.79	93%	0.93	Acrescentar que tipo de interações foram pensadas Está aberto às interações e não usar "mantem-se aberto" Coloca-se à disposição de outros membros da família para fazer esclarecimentos e discutir o plano de assistência

<b>Atitude de parceria e corresponsabilização</b>	12. Estabelece estratégias para auxiliar na adaptação da família às mudanças	12. Estabelece estratégias para auxiliar a família na adaptação às mudanças	86%	0.86	86%	0.86	100%	1.00	"A partir da compreensão da família, estabelece estratégias para apoiá-las nas mudanças" "Estabelece estratégias para auxiliar a família na adaptação às mudanças."
	13. Alia valores pessoais, profissionais e éticos para cuidar da família	13. Associa valores pessoais, profissionais e éticos para cuidar da família	79%	0.79	86%	0.86	86%	0.86	Associa ao invés de alia
	14. Ajuda a família a definir um plano de cuidados que atenda às necessidades dos seus membros	14. Elabora conjuntamente com a família o plano de cuidados que atenda às necessidades dos seus membros	86%	0.86	93%	0.93	93%	0.93	Se é uma dimensão que envolve parceria e corresponsabilização, então é melhor "elabora/planeja" conjuntamente o plano de cuidados Compartilha com a família um plano de cuidados que atenda às necessidades dos seus membros
	15. Ajuda os membros da família a fazer escolhas		71%	0.71	79%	0.79	71%	0.71	Este item foi excluído por não atingir 80% de concordância nos três critérios avaliados
	16. Executa e supervisiona cuidados técnicos no domicílio	16. Executa, ensina e supervisiona cuidados técnicos no domicílio	100%	1.00	93%	0.93	86%	0.86	Executa, ensina e supervisiona.
	17. Inclui a família e seus membros no processo de cuidado		86%	0.86	93%	0.93	100%	1.00	A forma como está redigida dissocia a família de seus membros Obs: Item excluído, pois a atitude de cuidado foi contemplada em item anterior (item 14)
	18. O enfermeiro é recurso para que as famílias lidem com as situações que envolvem o processo saúde doença	18. Orienta, esclarece e aconselha a família para lidar com as situações que envolvem o processo saúde doença	71%	0.71	71%	0.71	93%	0.93	Como enfermeiro, você se considera um recurso para que as famílias lidem com as situações que envolvem o processo saúde doença. O enfermeiro é um parceiro das famílias nas situações que envolvem o processo saúde-doença. O enfermeiro é procurado pela família em situações que envolvem o processo saúde doença para fazer esclarecimentos, orientações, aconselhamento

<b>Atitude de parceria e corresponsabilização</b>	19. Compreende a forma como a família pensa, age e reage frente a situações específicas	19. Busca compreender a forma como a família pensa, age e reage frente a situações específicas	79%	0.79	86%	0.86	100%	1.00	Ficaria melhor se redigida da seguinte forma; "Procura compreender..." Busca compreender Busca compreender ao invés de compreende Compreende, aceita e apoia a forma como a família
	20. Entende a dinâmica e a estrutura da situação do ponto de vista da família		64%	0.64	71%	0.71	79%	0.79	Este item foi excluído por não atingir 80% de concordância nos três critérios avaliados
	21. Estabelece relações de confiança com a família	21. Estabelece vínculo com a família	79%	0.79	86%	0.86	100%	1.00	Ficaria melhor na dimensão "parceria e corresponsabilidade" Incluir o termo "vínculo" no lugar de relações de confiança Ao invés da expressão "relações de confiança" talvez fosse possível utilizar a palavra "vínculo" - expressão esta que faz parte do Cuidado na Atenção primária. Fortalecer e formar vínculos positivos pressupõe a confiança
<b>Suporte à Família</b>	22. Orienta e auxilia na tomada de decisão em questões burocráticas e auxílios sociais	22. Orienta a família em relação ao direito a auxílios sociais definidos pelo governo	79%	0.79	79%	0.79	93%	0.93	Compartilhar o cuidado com profissionais que orientem com maior propriedade a família nestes aspectos "tomada de decisão" não é o termo mais adequado - Orienta e auxilia a família na resolução de questões burocráticas e solicitação de auxílios sociais
	23. Explica as situações do processo saúde-doença que envolvem a família, de forma clara e objetiva, não deixando a família com dúvidas	23. Explica para a família as situações do processo saúde-doença de forma clara e objetiva, minimizando dúvidas	86%	0.86	93%	0.93	100%	1.00	A expressão final do item "não deixando a família com dúvidas" é ilusória - mas estar disponível para diminuir/minimizar as dúvidas seria mais adequado Explica para a família as situações relacionadas ao processo saúde-doença de forma clara e objetiva
	24. Utiliza linguagem clara e em tempo oportuno	24. Utiliza linguagem clara e em momento oportuno	86%	0.86	93%	0.93	100%	1.00	Descrever a questão do tempo oportuno Explicar melhor o termo "tempo oportuno"

<b>Suporte à Família</b>	25. Adota ações que busquem a autonomia da família para que estas exerçam suas escolhas	25. Adota ações que potencializam a autonomia da família para tomada de decisão	86%	0.86	86%	0.86	86%	0.86	<p>A expressão "Adota ações que busquem a autonomia..."</p> <p>Não se busca a autonomia, se desenvolve ou se constrói</p> <p>A família, em sua própria lógica, já desenvolve ações que propiciam suas escolhas. O enfermeiro poderia adotar ações que potencialize as escolhas da família, orientando-as sobre as possibilidades</p> <p>Para a tomada de decisões</p> <p>Adota ações voltadas a autonomia da família, para que estas façam suas próprias suas escolhas</p>
	26. Contribui para que a família desenvolva competências e habilidades para manutenção e recuperação da saúde	26. Contribui para que a família desenvolva competências e habilidades para manutenção e recuperação da saúde	100 %	1.00	100%	1.00	100%	1.00	<p>Promove a competência e habilidade das famílias para manutenção e recuperação da saúde</p>
	27. Promove orientações à família com foco no autocuidado	27. Orienta a família com foco no indivíduo e nas suas necessidades	93%	0.93	93%	0.93	93%	0.93	<p>Orienta a família com foco no autocuidado</p> <p>Promover é sinônimo de oferecer, oferecer dá a ideia de que o enfermeiro é um recurso que a família pode recorrer. Outra questão, refere-se à ênfase no autocuidado. Acredito que o foco deva ser no indivíduo e suas necessidades e não somente no autocuidado. Desse modo, sugiro a seguinte mudança: "Oferece orientações à família com foco no indivíduo e suas necessidades", o que aumentaria a coerência e relevância do item.</p>

<b>Suporte à Família</b>	28. Estabelece intervenções que excedem o cuidado clínico		43%	0.43	50%	0.50	50%	0.50	Este item foi excluído por não atingir 80% de concordância nos três critérios avaliados
	29. Orienta a terapêutica e mudanças de estilo de vida face a uma necessidade	29. Orienta a terapêutica e mudanças no estilo de vida diante de uma necessidade	86%	0.86	86%	0.86	86%	0.86	Trocar a palavra "face" para "diante de"
	30. Intervém junto à família orientando-a a modificar o espaço físico para melhor condições de vida e de saúde	30. Quando necessário, orienta a família em mudanças no espaço físico visando autonomia e melhores condições de vida e saúde	93%	0.93	93%	0.93	79%	0.79	Organiza junto com a família as necessidades de mudanças do espaço físico para melhores condições de vida e saúde Sugiro que o item seja modificado para: "Intervém junto à família explorando mudanças no espaço físico para melhoria das condições de vida e de saúde", trazendo aumento da coerência e relevância. Sugiro retirar este item da escala, pois parte do pressuposto de que todas as famílias necessitam de modificação no espaço físico. Intervém junto a família, quando estritamente necessário, orientando-a. Não pode parecer que é uma intromissão.
	31. Demonstra empenho em perceber, conhecer e compreender as necessidades, fortalezas e sofrimentos da família	31. Empenha-se para identificar e compreender as necessidades e sofrimentos da família	86%	0.86	86%	0.86	93%	0.93	Busca conhecer as limitações das famílias as fortalezas já foram feitas em outro item. Observar o que já foi sugerido no item que abordava as fortalezas. Este item parece ter aproximação com a ideia da empatia de outro item anteriormente apresentado. A questão do empenho não fica clara

<b>Suporte à Família</b>									Sugestão: Empenha-se para conhecer e compreender as necessidades, forças e sofrimentos da família
	32. Busca soluções práticas e possíveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas	32. Busca soluções práticas e possíveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Trocar auxiliar para assessorar. Obs: Item não sofreu alterações considerando a concordância para clareza, coerência e relevância de 100%.
	33. Desempenha ações de educação em saúde para empoderar a família para a promoção do cuidado e a prevenção de agravos	33. Desempenha ações de educação em saúde para empoderar a família para a promoção do cuidado e a prevenção de agravos	86%	0.86	93%	0.93	93%	0.93	Precisa desmembrar a frase para se ter clareza a que se refere exatamente Obs: Item não sofreu alterações considerando que os critérios atingiram mais de 80% de concordância
	34. Mantem interação com a família para que ocorra a construção e manutenção do vínculo	34. Considera importante interagir com a família para construção e manutenção do vínculo	79%	0.79	86%	0.86	93%	0.93	Considera importante interagir adequadamente com a família para que ocorra a construção e a manutenção do vínculo.
	35. Demonstra compromisso e disponibilidade para cuidar da família	35. Demonstra compromisso, responsabilidade e disponibilidade para cuidar da família	93%	0.93	86%	0.86	100%	1.00	Demonstra compromisso, responsabilidade e disponibilidade
<b>Acolhimento à Família</b>	36. Exerce a escuta qualificada para identificar necessidades e minimizar medos e ansios	36. Exerce a escuta qualificada para identificar necessidades da família	93%	0.93	100%	1.00	93%	0.93	Identificar as necessidades de as famílias retirar receio medos Escuta qualificada pode não ser tão claro Inserir no final do item " da família"
	37. Valoriza o outro e respeita diversidades	37. Respeita e valoriza as diversidades da família	93%	0.93	100%	1.00	100%	1.00	Respeita a adversidade da família e valoriza seus membros Relacionar ao tema família Substituir o "outro" por "a família"

<b>Acolhimento à Família</b>	38. Promove interlocução com as famílias	38. Promove diálogo com a família	71%	0.71	79%	0.79	86%	0.86	A palavra interlocução poderia ser substituída por diálogo. Não está claro que tipo de interlocução: conversa casual, conversa planejada, entrevista? Substituir a palavra interlocução Explicar melhor o que é interlocução
	39. Investe para esclarecer dúvidas		50%	0.50	64%	0.64	79%	0.79	Este item foi excluído por não atingir 80% de concordância nos três critérios avaliados
	40. Viabiliza estratégias para assegurar acesso aos serviços e programas para atender as necessidades da família	40. Adota estratégias que viabilizem o acesso aos serviços e programas para atender as necessidades da família	86%	0.86	93%	0.93	93%	0.93	Viabiliza ou adota estratégias que viabilizem o acesso aos serviços e programas do governo? Nem sempre o enfermeiro tem o poder de viabilizar estratégias, talvez colocar uma condicional
	41. Assume atitude de respeito aos direitos das famílias como usuárias do SUS	41. Respeita os direitos das famílias	93%	0.93	86%	0.86	86%	0.86	Recomendo focalizar o contexto da APS Irrelevante para verificar acolhimento. Parte do pressuposto de que o enfermeiro sabe quais são os direitos das famílias no SUS
	42. Demonstra interesse e preocupação com a família e seus membros	42. Demonstra interesse e preocupação com a família	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Não houve sugestões
	43. Demonstra interesse e disponibilidade pra olhar, observar e ver o outro na sua singularidade	43. Respeita a singularidade da família	79%	0.79	86%	0.86	93%	0.93	Não há clareza em relação aos termos "pra olhar, observar e ver". Respeita a singularidade de cada membro da família "Para" em vez de "pra" Corrigir a grafia no termo " pra olhar" Corrigir a expressão "pra olhar" - grafar adequadamente "para olhar" . Corrigir "pra olhar"; para olhar. O texto pede uma linguagem mais formal Demonstra interesse e disponibilidade pra olhar e ouvir a família

<b>Acolhimento à Família</b>	44. Ouve o que a família tem a dizer e a forma como diz	44. Ouve o que a família tem a dizer e a forma como se expressa	71%	0.71	86%	0.86	93%	0.93	<p>Estar aberto para o diálogo com a família Substituir "e a forma como diz" para "e a forma como se expressa" considerando que o processo de comunicação vai além da comunicação verbal. Ouve o que a família tem a dizer e se atenta a forma como a família se comunica Obs: Apesar deste item apresentar concordância para coerência e relevância acima de 80%, considerou-se excluir pois atitude encontra-se contemplada no item 36</p>
	45. Adota atitudes de interesse e disponibilidade para as necessidades da família	45. Adota atitudes de interesse e disponibilidade para as necessidades da família	93%	0.93	93%	0.93	93%	0.93	<p>Essa questão está repetida em outra dimensão. Obs: Apesar deste item apresentar concordância acima de 80% para clareza, coerência e relevância, considerou-se excluir pois atitude encontra-se contemplada no item 35</p>
	46. Mostra-se sempre aberto aos questionamentos e dúvidas da família	46. Mostra-se aberto aos questionamentos e dúvidas da família	93%	0.93	100%	1.00	93%	0.93	<p>Mostra-se aberto aos questionamentos e dúvidas da família Já foi atendido em outro item Parece semelhante a itens anteriores Obs: Apesar deste item apresentar concordância acima de 80% para clareza, coerência e relevância, considerou-se excluir pois atitude encontra-se contemplada nos itens 21, 22 e 38</p>

**Legenda**

Itens excluídos conforme taxa de concordância e IVC e por sugestão dos juízes



### APÊNDICE 8 – FEEDBACK DA AVALIAÇÃO NA SEGUNDA RODADA

Dim	ITENS DA VERSÃO 2	ALTERAÇÕES PARA VERSÃO 3	CLAREZA		COERÊNCIA		RELEVÂNCIA		CONSOLIDADO DE SUGESTÕES DOS JUÍZES
			%	IVC	%	IVC	%	IVC	
A família como foco do cuidado	Título: Escala de Atitudes do Enfermeiro no Cuidado com Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS)	Escala de Atitudes do Enfermeiro no Cuidado às Famílias na Atenção Primária à Saúde (EAECF-APS)	87,5%	0.87	100%	1.00	100%	1.00	Substituir a palavra "atitude" por um adjetivo que mostre a "ação" do enfermeiro. Obs: alteração não realizada por atitude ser além de uma ação, é disposição ou comportamento que permite efetuar alternativas de valor constante de uma determinada situação. É uma tendência psicológica avaliativa, envolvendo tomada de decisão, favorável ou desfavorável, em relação a um objeto. Significa um propósito, modo de proceder, uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir.  Escala de Atitudes do Enfermeiro no Cuidado <b>às</b> Famílias na Atenção Primária à Saúde
	1. Considera todos os membros da família para o cuidado	1. Inclui todos os membros da família no planejamento e execução do cuidado	62,5%	0.62	75%	0.75	100%	1.00	Inclui os membros da família como participantes do cuidado  Substituir a expressão "para o cuidado" por para "o planejamento do cuidado".
	2. Considera o contexto da família para o cuidado	2. Para cuidar considera o contexto social, cultural e econômico do qual a família está inserida	75%	0.75	75%	0.75	100%	1.00	Esclarecer de qual contexto estão falando. E observar, ainda, que ao longo da escala vários contextos estão sendo abordados  Qual contexto? Social? Econômico? Político? Cultural? Todos?
	3. Julga necessário saber quem são os membros da família	3. Julga necessário saber quem são os membros da família	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Não houve sugestões

<b>A família como foco do cuidado</b>	4. Envolve a família na tomada de decisão relacionada ao planejamento e à execução dos cuidados	4. Envolve a família na tomada de decisão relacionada ao planejamento e à execução dos cuidados	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Comentário: É importante conhecer quem os membros da família consideram "família".
	5. Considera as mudanças e os padrões dos relacionamentos familiares para o planejamento do cuidado	5. Considera os relacionamentos familiares e as mudanças destes para o planejamento do cuidado	62,5%	0.62	75%	0.75	100%	1.00	Considera os relacionamentos familiares e as mudanças destes para o planejamento do cuidado Sugiro "modificações" ou "alterações"
	6. Valoriza saberes, crenças e a cultura da família no planejamento do cuidado	6. Valoriza a cultura da família para o planejamento do cuidado	87,5%	0.87	87,5%	0.88	100%	1.00	Uma das definições de cultura diz: "conjunto dos conhecimentos adquiridos, saberes, hábitos ou crenças que diferenciam um grupo de outro". Por essa razão, entendo que há uma repetição quando o item refere "saberes, crenças e cultura..."
	7. Valoriza a experiência da família para o cuidado no processo saúde-doença	7. Valoriza a experiência da família para o cuidado no processo saúde-doença	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Não houve sugestões
	8. Valoriza as potencialidades da família no planejamento do cuidado	8. Valoriza as potencialidades da família para o planejamento e execução do cuidado	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Incluir a expressão "execução" do cuidado: Valoriza as potencialidades da família no planejamento e execução do cuidado
	9. Considera as necessidades da família para o planejamento do cuidado	9. Considera as necessidades da família para o planejamento do cuidado	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Não houve sugestões
		10. Coloca-se à disposição dos	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Não houve sugestões

<b>Atitude de parceria e corresponsabilização</b>	10. Coloca-se à disposição dos membros da família para fazer esclarecimentos e discutir o plano de cuidados	membros da família para fazer esclarecimentos e discutir o plano de cuidados							
	11. Estabelece estratégias para auxiliar a família na adaptação às mudanças	11. Estabelece estratégias para auxiliar a família na adaptação às mudanças	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Conhecer como o enfermeiro faz isso é importante, para compreender as estratégias de assistência à família
	12. Associa valores pessoais, profissionais e éticos para cuidar da família	12. Associa valores pessoais, profissionais e éticos para cuidar da família	87,5%	0.88	87,5%	0.88	100%	1.00	Questionamento sobre como os valores pessoais poderiam não influenciar negativamente no cuidado com a família.
	13. Elabora conjuntamente com a família o plano de cuidados que atenda às necessidades dos seus membros	13. Elabora conjuntamente com a família o plano de cuidados para atender as necessidades de seus membros	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	"Elabora conjuntamente com a família UM plano de cuidados que atenda às necessidades de seus membros". Ou, então: "Elabora conjuntamente com a família o plano de cuidados PARA ATENDER as necessidades de seus membros"
	14. Executa, ensina e supervisiona cuidados técnicos no domicílio	14. Executa, ensina e supervisiona cuidados técnicos no domicílio	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Não houve sugestões
	15. Orienta, esclarece e aconselha a família para lidar com as situações que envolvem o processo saúde doença	15. Orienta, esclarece e aconselha a família para lidar com as situações que envolvem o processo saúde-doença	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Está relacionado com o "ensino" do item anterior Obs: Item não alterado pois o item anterior refere-se a cuidados técnicos no domicílio enquanto este item refere-se ao processo saúde-doença
	16. Busca compreender a forma como a	16. Busca compreender a forma como a família pensa,	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Não houve sugestões



<b>Suporte à Família</b>	manutenção e recuperação da saúde	manutenção e recuperação da saúde							
	23. Orienta a família com foco no indivíduo e nas suas necessidades		75%	0.75	75%	0.75	75%	0.75	Este item foi excluído por não atingir 80% de concordância nos três critérios avaliados.
	24. Orienta a terapêutica e mudanças no estilo de vida diante de uma necessidade		75%	0.75	75%	0.75	75%	0.75	Este item foi excluído por não atingir 80% de concordância nos três critérios avaliados.
	25. Quando necessário, orienta a família em mudanças no espaço físico visando autonomia e melhores condições de vida e saúde	25. Orienta a família em relação ao espaço físico visando autonomia e melhores condições de vida e saúde	75%	0.75	100%	1.00	100%	1.00	Orienta a família em relação ao espaço físico visando autonomia e melhores condições de vida e saúde
	26. Empenha-se para identificar e compreender as necessidades e sofrimentos da família	26. Empenha-se para identificar e compreender o sofrimento e necessidades da família em relação a situação do processo saúde doença	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Empenha-se para identificar e compreender o sofrimento da família em relação a situação do processo saúde doença
	27. Busca soluções práticas e possíveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas	27. Busca soluções práticas e viáveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Busca soluções práticas e viáveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas Quais seriam as situações adversas?
	28. Desempenha ações de educação	28. Desenvolve educação em saúde	62,5%	0.63	87,5%	0.88	100%	1.00	Desempenha ações de educação em saúde que possibilitem a família se

Suporte à Família	em saúde para empoderar a família para a promoção do cuidado e a prevenção de agravos	para empoderar a família para o cuidado e a prevenção de agravos							apropriar de conhecimentos para a promoção do cuidado e a prevenção de agravos. Desenvolve educação em saúde para empoderar a família para o cuidado e a prevenção de agravos
	29. Considera importante interagir com a família para construção e manutenção do vínculo		100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Está repetido com a construção de vínculo  Repetido no item de estabelecimento de vínculo
	30. Demonstra compromisso, responsabilidade e disponibilidade para cuidar da família	30. Demonstra compromisso, responsabilidade e disponibilidade para cuidar da família	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Não houve sugestões
	31. Exerce a escuta qualificada para identificar necessidades da família	31. Exerce a escuta qualificada para identificar necessidades da família	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Não houve sugestões
	32. Respeita e valoriza as diversidades da família	32. Respeita e valoriza as singularidades da família	100%	1.00	100%	1.00	87,5%	0.88	Olhando a Dimensão IV como um todo, não consigo identificar qual é a diferença entre este item e o 37 que refere; "Respeita a singularidade da família". Qual a diferença entre diversidades e singularidade? Observem, também, que neste item são usadas as expressões "respeita e valoriza as diversidades..." e no item 37 foi suprimida a expressão "valoriza".  Obs: item alterado e incorporada a ideia do item 37, por considerar que a família possui a sua dinâmica única, peculiar e particular, portanto, o termo

<b>Acolhimento à Família</b>									singularidade está mais adequado para a atitude do item.
	33. Promove diálogo com a família	33. Promove diálogo com a família	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Não houve sugestões
	34. Adota estratégias que viabilizem o acesso aos serviços e programas para atender as necessidades da família	34. Unido com o item 18 e transferido para a dimensão - Suporte à família	87,5%	0.88	87,5%	0.88	87,5%	0.88	Obs: Item excluído, pois a atitude de cuidado foi incorporada em item anterior (item 18), proporcionando uma alteração de dimensão (Suporte à família)
	35. Respeita os direitos das famílias	35. Respeita os direitos das famílias	100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Não houve sugestões
	36. Demonstra interesse e preocupação com a família		87,5%	0.75	100%	0.75	100%	0.75	Ideia repetida no Item 30 Obs: Item excluído, pois a atitude de cuidado foi contemplada em item anterior (item 30)
	37. Respeita a singularidade da família		100%	1.00	100%	1.00	100%	1.00	Avaliar proximidade com itens anteriores Qual a diferença entre diversidades e singularidade colocado no item 32? Obs: Item excluído, pois a atitude de cuidado foi incorporada em item anterior (item 32)

**Legenda**

	Itens excluídos conforme taxa de concordância e IVC e por sugestão dos juízes
--	---