



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM**

MIRTES VALÉRIA SARMENTO PAIVA

O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA: avaliação das atitudes de
enfermeiros em Unidade Neonatal

SÃO LUÍS
2017

MIRTES VALÉRIA SARMENTO PAIVA

O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA: avaliação das atitudes de
enfermeiros em Unidade Neonatal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa

São Luís

2017

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

Paiva, Mirtes Valéria Sarmiento.

O Cuidado Centrado na Família: : avaliação das atitudes de enfermeiros em Unidades Neonatais / Mirtes Valéria Sarmiento Paiva. - 2017.

96 f.

Orientador(a): Francisca Georgina Macedo de Sousa.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Cuidado. 2. Enfermagem. 3. Enfermagem de Famílias. 4. Terapia Intensiva Neonatal. I. Sousa, Francisca Georgina Macedo de. II. Título.

MIRTES VALÉRIA SARMENTO PAIVA

O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA: avaliação das atitudes de
enfermeiros em Unidade Neonatal

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Francisca Georgina Macedo de Sousa
Doutora em Enfermagem
Orientadora

Prof^a Me. Marinese Hermínia Santos
Mestre em Ciências da Saúde
1^o. Membro

Prof^a Dra. Andréa Cristina Oliveira Silva
Doutora em Ciências
2^o. Membro

Profa. Dra. Eremita Val Rafael
Doutora em Saúde Coletiva
Membro Suplente

Profa. Dra. Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes
Doutora em Ciências
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

À minha família, por sua capacidade de acreditar, investir em mim e me apoiar em todos os momentos e a enfermagem por contribuir com o meu crescimento e enriquecimento intelectual.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser o grande autor de minha história e por ser a lâmpada que guia meus caminhos, trazendo-me discernimento, enchendo-me de força, bondade, graça, misericórdia e amor;

À Universidade Federal do Maranhão e ao Hospital Universitário, que expandiram os meus horizontes e oportunizaram crescimento e construção intelectual e profissional, possibilitando a minha formação científica e profissional em Enfermagem;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq pela oportunidade e apoio financeiro como Bolsista de Iniciação Científica;

Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem/UFMA, que me ensinaram e me apoiaram na construção do conhecimento em Enfermagem;

A minha orientadora Prof. Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa, meu eterno respeito e gratidão por ser um grande exemplo de enfermeira, pessoa ética, reta, eficiente, dedicada e excelente profissional, pelo seu apoio, ensino, incentivo, por acreditar em meu potencial e oportunizar grandes realizações durante minha formação;

À professora Marinense Hermínia Santos, por sua significativa contribuição na pesquisa, por me ajudar e facilitar meu contato com enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Juvêncio Matos, por sua disponibilidade para ensinar, por sua generosidade, seu acolhimento, carinho e por aceitar o convite em participar como examinadora da minha monografia;

À professora Andréa Cristina Oliveira Silva, por sua contribuição, por seu apoio, por me direcionar na resolução de alguns embaraços no início da coleta de dados na Maternidade Marly Sarney, pelas suas sugestões, apontamentos e por aceitar participar da Banca Examinadora deste trabalho;

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Família, da Criança e do Adolescente – GEPSFCA –, no qual me inseri como Membro e Bolsista de Iniciação Científica/CNPq;

Ao meu pai Albino Rodrigues de Paiva Neto, meu herói, meu espelho, um grande homem, sinônimo de força, sabedoria, honestidade, experiência, integridade, pelo seu amor, por dar o seu melhor pela família, por acreditar em mim, por investir, incentivar, sustentar e por ser o meu porto seguro em todos os momentos me dando

sempre o seu apoio e discernimento, jamais me abandonando, sendo sempre, acima de tudo, o meu melhor amigo, aquele que cuida de mim;

A minha mãe Sônia Maria Sarmiento Paiva, por seu amor incondicional por sua dedicação, companheirismo, carinho, educação, conselhos, pelas noites acordadas, por sempre me assistir, apoiar, por me acompanhar em todos os momentos e nas idas e vindas à Universidade, por me dar força, ser a base, a sabedoria e o equilíbrio da família;

Ao meu avô paterno Manoel Maria Soares Paiva (em memória) meu eterno pai-avô, grande exemplo de vida, de ser humano de coração puro e cheio de bondade, de respeito, de honestidade, de dignidade, em sua vida lutou por um mundo melhor, dando o melhor de si para as pessoas, e sempre esteve comigo, me amou, cuidou de mim, preocupou-se comigo, me apoiou, acreditou em meu desempenho e via em mim o potencial que nem eu mesma conseguia ver;

Ao meu avô materno José Alfredo Seabra Sarmiento (em memória), uma pessoa batalhadora, resiliente, alegre, forte, agregava a todos ao seu redor, apesar do pouco tempo que tive ao seu lado, sempre me levava para brincar, passear, me dava muito carinho, amor e diversão.

A minha avó Maria Myrthes Ferreira Paiva, a matriarca da família, da qual herdei o nome, que sempre trouxe a fortaleza, o refugio, o colo, a união, a paz, a harmonia, o apoio e equilíbrio a toda família, além de ser o amor em pessoa, dedicando-se ao próximo e dando o que tem de melhor a nossa família. Agradeço-lhe pelas orações, pelo colo acolhedor, pelos consolos em momentos de dor e por se dedicar a minha educação;

A minha sobrinha Ana Sophia Oliveira Paiva por me ensinar a ser tia, por me proporcionar momentos de alegria com suas brincadeiras, seu sorriso contagiante, sua felicidade, seus beijos e abraços, enfim, por ser um ser de luz;

Ao meu irmão Bruno Manoel Sarmiento Paiva por sempre me ouvir, ser meu conselheiro, trazendo-me sempre uma palavra de conforto, de tranquilidade e por ser meu amigo, por sempre se disponibilizar a me ajudar em todas as coisas, sobretudo na realização dos meus trabalhos acadêmicos por ser uma pessoa de imensa bondade, de coração puro e reto, cheio de luz, sabedoria, inteligência e paz;

Minha cunhada Ana Cláudia Soares Oliveira Paiva por me dar sempre apoio durante minha caminhada, incentivando, ajudando e por ser uma pessoa que cativou meu coração com seu cuidado e delicadeza, por estar sempre conosco nos

momentos de alegria e tristeza e se dedicar a cuidar de cada um de nós, sendo a força e tranquilidade para todos;

Meus tios e primos maternos e paternos, por ser minha fonte de alegria, pessoas que sempre estiveram e cresceram comigo, me levavam pra passear, brincavam comigo, me dão muito amor e carinho, por me fomentar nos estudos quando preciso, por serem defensores e incentivadores da minha profissão, por todos os livros emprestados, muitas vezes se dispuseram a serem minhas “cobaias” ao mesmo tempo em que me ensinavam da melhor forma a ciência do cuidado por me instruir e por toda admiração e respeito que sempre tiveram por mim;

Ao meu tio Francisco de Melo Paiva, o qual foi escolhido para ser meu segundo pai, que sempre foi presente, me deu apoio, ajudou minha família nos momentos difíceis, me levava para as viagens e passeios com muita alegria, por ser exemplo de pessoa responsável, de caráter íntegro, estudioso, que sempre lutou com dedicação ultrapassando as inúmeras dificuldades e sofrimentos que a vida lhe impôs perseverando com honestidade para alcançar seus objetivos, tornando-se um excelente profissional em que podemos nos espelhar.

A minha tia Vera Lúcia Paiva e Paiva, minha segunda mãe, por todo o seu apoio, carinho, cuidado, zelo, por sua extrema dedicação em me ajudar e ensinar em todos os momentos que preciso, por ser uma pessoa ética, correta, profissional brilhante, exemplar, dedicada e inteligente, capaz de fazer a diferença onde estiver e que nos ensina a ser pessoas melhores.

Minha tia Elizabete de Fatima Texeira Sarmiento, por ser a minha querida, que me dá muito amor e carinho, que sempre cuida de mim, uma pessoa forte, resistente, capaz de ultrapassar qualquer dificuldade, um exemplo de superação e vida;

Minha tia Conceição de Maria Texeira Samento (em memória), uma pessoa extremamente dedicada, inteligente, capacitada, forte, correta, exemplar, a qual tive oportunidade de conviver, aprender e exercer pela primeira vez os cuidados de enfermagem, sempre acreditou, confiou e me incentivou durante o tempo em que estive conosco;

Minha prima Luana Sarmiento Campos Paiva uma verdadeira irmã, que sempre está comigo, me ajuda, me dá força, carinho, zelo, incentivo, conselho e apoio em minhas escolhas e decisões;

À família Fonseca, que me acolheu em diversos momentos em suas casas, dando-me almoço, aconchego, carinho, consolo quando eu passei por perdas irreparáveis;

Minha Cunhada Ana Silvina Ferreira Fonseca, um exemplo de profissional, que se dedicou e disponibilizou seu tempo e conhecimento para me auxiliar na realização deste trabalho;

Meu namorado Emilton Ferreira Fonseca, por trazer-me discernimento, companheirismo, amor, amizade, carinho, conforto e apoio durante a realização deste trabalho e momentos de estresse, um homem simples, sinônimo de paciência, coragem, força, sabedoria e fé, tranquilidade, que emana amor e felicidade por onde passa, capaz de transformar toda circunstância e dificuldade em alegria e aprendizado;

Agradecimento especial ao padrão Ouro da Enfermagem (Alynn Radoyk Silva Lopes, Clístenes Alyson de Souza Mendonça, Jacqueline Gomes da Silva, Laís Barreto Aragão e Rayra Ane Cutrim Campos). Obrigada a todos pela parceria nos estágios, pelo companheirismo e por tornarem esta caminhada mais alegre;

Às amigas Adriana Torres dos Santos, Paloma Rocha Reis e Rayssa Alessandra Godinho de Sousa: a Universidade me presenteou com a amizade de vocês, sou muito grata a Deus por serem minhas amigas;

Aos amigos Jose Branco Santana e Ana Lucia da Silva, pessoas especiais que a vida nos trouxe, por estarem sempre com a família, cuidando e fazendo o melhor por nós, me dando apoio e carinho em todos os momentos;

Aos amigos e pastores da Igreja Batista Árvore da Vida, que sempre estiveram ao meu lado, nos momentos tristes e alegres, sendo grandes irmãos, orando, jejuando, dedicando-se em prol do meu sucesso e felicidade;

Aos amigos Danilo Marcelo Araújo e sua esposa Giuliane Ferreira Lopes dos Santos, pela paciência, disponibilidade e dedicação no desenvolvimento desta pesquisa.

Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso ou pessoas fracassadas. O que existe são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles.

(AUGUSTO CURY)

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um ambiente complexo, estressante, e, por vezes, agressivo e hostil, onde os recém-nascidos permanecem devido sua vulnerabilidade física. A participação da família nesse contexto é fundamental para o atendimento das necessidades do recém-nascido e para o bem estar de todos. O cuidado centrado na família sugere aos enfermeiros: envolvê-la na tomada de decisão; ajudar os familiares a fazer escolhas baseadas em valores; e, disponibilizar opções de cuidados de saúde relevantes. A partir dessas afirmativas questiona-se: que atitudes são assumidas pelos enfermeiros no processo de cuidado em terapia intensiva neonatal para valorização da família? Esse questionamento norteou o desenvolvimento da pesquisa e permitiu definir como objetivo descrever as atitudes dos enfermeiros e o cuidado com famílias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo as dimensões da escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE–AE). Para conduzir a pesquisa definiu-se pelo estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, com população de 68 enfermeiros com inserção profissional em terapia intensiva neonatal de três maternidades públicas de referência localizadas em São Luís – Maranhão. A coleta de dados foi realizada no período de Setembro de 2016 a Março de 2017, sustentada pela escala IFCE–AE e pelo questionário Acadêmico-Profissional. A escala IFCE–AE é de autopreenchimento do tipo *Likert* composta por 26 itens com quatro opções de resposta (discordo completamente, discordo, concordo e concordo completamente). O escore de cada item da escala varia de 1 a 4 e o valor do escore total IFCE–AE de 26 a 104 pontos. As atitudes dos enfermeiros frente à importância da família nas relações de cuidados foram categorizadas em três dimensões independentes como definida pela IFCE–AE: Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*; família: recurso nos cuidados de enfermagem; e, família: fardo. Os dados coletados foram tabulados utilizando o Programa *Microsoft Excel*® e posteriormente analisados pelo *software* STATA® 12.1 e os resultados apresentados segundo as atitudes de cada dimensão da IFCE–AE por meio da média dos escores. O escore médio da escala IFCE–AE foi de 76,77 e na Dimensão Família parceiro dialogante e recurso de *coping* foi de 36,77 pontos; na dimensão Família recurso nos cuidados de enfermagem foi de 31,55 pontos; e, na dimensão Família Fardo a média foi 8,44 pontos. A escala apresentou alta confiabilidade caracterizado pelo α de *Cronbach* de 0,90. Dessa forma, os resultados mostraram que os enfermeiros consideram e valorizam a importância da família no processo de cuidado, porém revelou limitações no tocante à formação profissional relativa a enfermagem de família. Tais resultados reforçam a necessidade de formação contínua e especializada na área da enfermagem familiar e cabe ao enfermeiro refletir seu modo de fazer enfermagem buscando atitudes positivas e evitando aquelas que possam afastar o convívio e atuação do familiar junto ao recém-nascido, nesse processo complexo de saúde-doença.

Descritores: Enfermagem; Enfermagem de Famílias; Cuidado; Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

The Neonatal Intensive Care Unit is a complex, stressful and, sometimes, aggressive and hostile, environment where newborns remain due to their physical vulnerability. The family's role in this context is essential to meet the needs of the newborn and well-being of all. Family-centered Care suggests that nurses: involve it in decision-making, help family members make choices based on values and provide relevant healthcare options. From these statements, it is questioned: which are the attitudes taken by nurses in the process of neonatal intensive care for family valorization? This question has guided the development of the research and allowed the establishment of the objective of describing the attitudes of nurses and care of families in the Neonatal Intensive Care Unit, according to the dimensions of the scale Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes (FINC-NA). To conduct the research, a cross-sectional descriptive study of quantitative approach was defined with the population of 68 nurses professionally inserted in neonatal intensive care of three reference public maternity hospitals based in São Luís – Maranhão. The data were collected in the period September 2016 to March 2017, sustained by the FINC-NA and the Academic Professional Questionnaire. The FINC-NA scale is auto-filling likert-type constituted of 26 items with 4 options of response (totally disagree, disagree, agree and totally agree). Each item score varies from 1 to 4 the scale total score from 26 to 104. Nurses' attitudes towards the importance of family care relations were categorized into three independent dimensions as defined by FINC-NA: Family: dialogue partner and coping resource, family: resource in nursing care and family burden. The collected data were registered using Microsoft Excel® and subsequently analyzed by the software STATA® 12.1 and the results presented according to the attitudes of each dimension of FINC-NA through the scores average. The FINC-NA scale average score was 76.77 and in the dimension of the family dialogue partner and coping resource was 36.77 points; in the Family resource dimension of nursing care, the score was 31.55 points; and, in the Family Burden the average was 8.44 points. The scale presented high reliability characterized by the Cronbach's α value of 0.90. In this way, the results showed that nurses consider and value the importance of family in the process of healthcare; however, it revealed limitations regarding professional training related to family nursing. Such results reinforced the need of continuous and specialized education in the area of family nursing, and it is the nurses' duty to reflect on their way of practicing nursing looking for positive attitudes and avoiding those that may draw back coexistence and conduct of family members towards the newborn in this complex health-disease process.

Descriptors: Nursing; Nursing of Family; Care; Neonatal Intensive Care.

LISTA DE SIGLAS

CCF – Cuidado Centrado na Família

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

COMIC/HUUFMA – Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

ICCF – Instituto de Cuidado Centrado na Família

IFCE-AE – A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros

GEPSFCA – Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente

HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

N – Frequência

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	p
Tabela 1 - Consistência Interna da IFCE – AE	34
Tabela 2 - Caracterização Acadêmico-Profissional dos Enfermeiros	36
Tabela 3 - Caracterização dos Enfermeiros quanto à capacitação acadêmica em Enfermagem de Famílias	39
Tabela 4 - Escores e consistência interna segundo as Dimensões da IFCE-AE	66
Gráfico 1 - Atitudes segundo participação da família nos cuidados de enfermagem	41
Gráfico 2 - Atitude segundo participação da família nas discussões sobre o cuidado	42
Gráfico 3 - Atitude de discutir com a família no primeiro contato, sobre o cuidado, diminui o tempo de trabalho	43
Gráfico 4 - Atitude em conhecer os membros da família	44
Gráfico 5 - Atitude em convocar a família para conversar após cuidados de Enfermagem	45
Gráfico 6 - Atitude sobre participação da família no cuidado ao paciente	46
Gráfico 7 - Atitude de disponibilidade para ajudar à família	47
Gráfico 8 - Atitude sobre o encorajamento da família a utilizar seus recursos	48
Gráfico 9 - Atitude que sugere a família como parceira no cuidado	49
Gráfico 10 - Atitude acerca da participação da família na discussão sobre alterações no estado do paciente	50
Gráfico 11 - Atitude de aceitação da opinião familiar no planejamento do cuidado	52
Gráfico 12 - Atitude que sugere o enfermeiro como recurso para enfrentamento familiar	53
Gráfico 13 - Atitude segundo a importância de saber quem são os membros da família do paciente	54

Gráfico 14 -	Atitude sobre manter uma boa relação com os membros da família gera satisfação no trabalho	55
Gráfico 15 -	Atitude que sugere a importância da presença de membros da família para o enfermeiro	56
Gráfico 16 -	Atitude que propõe o sentimento de segurança com a presença da família	57
Gráfico 17 -	Atitude acerca da presença de membros da família diminuir a carga de trabalho do enfermeiro	57
Gráfico 18 -	Atitude que os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planejamento dos cuidados	58
Gráfico 19 -	Atitude que sugere que os membros da família são importantes para os próprios membros da família	59
Gráfico 20	Atitude do envolvimento familiar e sentimento de utilidade	60
Gráfico 21 -	Atitude de adquirir conhecimento com a família	61
Gráfico 22 -	Atitude sobre a importância de dedicar tempo à família	61
Gráfico 23 -	Atitude sobre a presença da família dificultar o trabalho	62
Gráfico 24 -	Atitude sobre não dispensar tempo à família	63
Gráfico 25 -	Atitude sobre o enfermeiro sentir-se avaliado com a presença de membro da família	65
Gráfico 26 -	Atitude em que a família é fator de estresse	65

LISTA DE QUADROS

	p
Quadro 1 - Atitudes dos enfermeiros segundo a dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	31
Quadro 2 - Atitudes dos enfermeiros segundo a dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem	31
Quadro 3 - Atitudes dos enfermeiros segundo a dimensão Família: fardo	32

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
1.1.	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	19
1.1.1.	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	19
1.1.2.	Família	20
1.1.3.	Cuidado Centrado na Família	23
2.	OBJETIVO	27
3.	METODOLOGIA	28
3.1.	Tipo de estudo	28
3.2.	Local do estudo.....	28
3.3.	População	28
3.4.	Instrumentos para coleta de dados.....	29
3.4.1.	Instrumento 1: Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros - IFCE-AE	29
3.4.2.	Instrumento 2: Questionário Acadêmico Profissional.....	32
3.5.	Estratégias para a coleta de dados.....	32
3.6.	Análise dos dados.....	33
3.7.	Período da pesquisa	34
3.8.	Aspectos Éticos.....	34
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.	CONCLUSÃO	70
6.	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES.....	79
	ANEXOS	89

1. INTRODUÇÃO

A hospitalização de uma criança implica em situação crítica e delicada para a própria criança, sua família e para a equipe hospitalar, principalmente quando essa hospitalização se dá na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que se caracteriza como uma área de assistência a recém-nascidos criticamente enfermos, altamente vulneráveis, que necessitam de cuidados de enfermagem especiais e contínuos, o que exige do profissional enfermeiro amplo conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade para realizar avaliações criteriosas desses pacientes (SOUSA *et al.*, 2014; DUARTE, ELLENSOHN, 2007).

Diante da condição clínica da criança e do aparato tecnológico para o tratamento intensivo, a admissão nessa unidade é um fato estressante, tanto para a criança quanto para os familiares, sendo definido como uma situação de exaustão psicológica e física (COSTA *et al.*, 2010). Nesse contexto, durante o período de hospitalização na UTIN o recém-nascido fica exposto continuamente à dor e a estímulos incômodos, como procedimentos invasivos e luz constante, o que pode causar uma série de fatores estressantes as crianças (ROLIM, CARDOSO, 2006). São condições que exigem dentre outras habilidades e competências, a da comunicação (indispensável para o processo de interação), o ouvir, o comprometimento com o estado emocional e o respeito à autonomia do paciente que auxiliam na resposta de seus anseios (OLIVEIRA, *et al.*, 2011). Esses autores afirmam que na UTIN, o diálogo deve envolver as famílias, embora os recém-nascidos não falem, eles dão sinais, transmitem suas necessidades em uma linguagem própria e, tanto os pais como os profissionais, precisam aprender a se comunicar com eles, pois as crianças necessitam dessa interlocução.

Diante desses eventos, evidências mostram que a família exerce um papel fundamental nos cuidados prestados ao indivíduo, por conhecê-los em sua essência, e a ausência desse suporte é fator de risco, sobretudo àqueles mais dependentes como os portadores de doenças crônicas, crianças e idosos (PINTO *et al.*, 2010).

Devido à singularidade e vulnerabilidade da população infantil, o encontro entre os enfermeiros que atuam em terapia intensiva e as famílias é algo inevitável, sobretudo nas áreas neonatal e pediátrica (CRUZ, 2015). Nesse período que ocorre vários eventos adversos vivenciados pelo familiar acompanhante, os profissionais e

os processos de trabalho destes, precisam ser reorganizados, bem como a assistência, incluindo novas percepções sobre a família enquanto unidade de cuidado e “parceira” no cuidado compartilhado à criança (SOUSA *et al.*, 2014).

Para que o relacionamento construído seja terapêutico e a prática de enfermagem seja eficaz, um espaço relacional para compreensão do contexto precisa ser criado (DOANE, VARCOE, 2007), pois para compreender 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 estabelecida (CHAGAS, 2015). Dessas relações interpessoais geradas com os familiares, por volta do ano de 1969, teve início a construção do termo Cuidado Centrado na Família com o objetivo de definir a qualidade do cuidado dispensado, tendo em vista a relevância da influência dos pacientes e suas famílias para a recuperação do estado de saúde e de considerar a autonomia do paciente frente às suas necessidades (BENZEIN, JOHANSSON, ARESTEDT; 2008).

Essa forma de assistir ao cliente e sua conjuntura familiar tem como objetivo “promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e restaurar seu controle e dignidade”, sem, entretanto, eliminar a competência individual de cada membro em relação à tomada de decisão de sua própria saúde (PINTO *et al.*, 2010, p.133). Para tanto, os profissionais envolvidos nesse cuidado devem incentivar a continuidade da ligação natural que existe entre a maioria dos pacientes, suas famílias e sua rede de apoio. Por acreditar que a família exerce tal influência sobre a saúde do paciente, essa filosofia assistencial a inclui como parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado (BENZEIN, ARESTEDT, JOHANSSON, 2008).

Sob essa perspectiva, Cruz e Ângelo (2011) discorrem que estabelecer um relacionamento com a família possibilita ao profissional de saúde adquirir uma visão ampla dos problemas, compreender as necessidades e as prioridades da família, contribuindo e facilitando o desenvolvimento de um plano de cuidado efetivo para a criança e seus familiares. Portanto, buscar junto à família o reconhecimento de suas necessidades, dificuldades, potencialidades e forças, deve ser o objetivo do cuidado dirigido para a mesma, garantindo que as condições intrínsecas sejam reveladas, para que assim o cuidado possa acontecer (BARBOSA, BALIEIRO, PETTENGILL, 2012).

Friedman (1992) elaborou a teoria de famílias com foco na enfermagem familiar, onde cita as principais funções da família que incluem: a afetiva (para satisfazer as necessidades emocionais); socialização (fundamento importante para o amadurecimento bem sucedido, uso apropriado da linguagem, comportamento, habilidades de comunicação e os valores essenciais da família); reprodutiva (permitindo a procriação e constituição da família); econômica (vital para obtenção de recursos financeiros adequados para a satisfação das necessidades materiais); e, cuidado a saúde (o essencial para manter a família saudável com o alimento, o vestuário, o abrigo, remédios, atividades de prevenção e o próprio cuidado a saúde).

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

Ângelo *et al.* (2009) acrescentou mais um nível de abordagem do cuidado centrado na família, sendo que o primeiro apresenta a família como contexto e a ênfase está no indivíduo; no segundo nível a família surge como a soma das partes e o indivíduo é visto como parte de um subgrupo familiar no qual tanto os indivíduos como os relacionamentos são estudados; no terceiro nível o subsistema da família é o foco e no quarto tem-se a família como cliente, onde o foco pode ser dois ou mais níveis do subsistema, que inclui indivíduos, relacionamentos e famílias.

Figueiredo (2009) afirma que ao intervir na família, o enfermeiro é visto como agente promotor de mudança e que seus conhecimentos, após os momentos de crise que provocam flutuações na unidade familiar, tem como objetivo alcançar um novo nível de estabilidade, pois nas conversações terapêuticas este profissional procura promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar nos três domínios anteriormente citados.

Sob esse aspecto o Instituto de Cuidado Centrado na Família – ICCF (2008) define essa abordagem como um processo de planejamento, de prestação e de avaliação do cuidado que são dinamicamente sustentados na parceria com

benefícios mútuos para pacientes, famílias e profissionais embasados nos seguintes pressupostos:

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

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). Diante disto, é indispensável escutar o familiar acompanhante, estabelecer uma comunicação eficiente e confiabilidade, de forma que se identifique as demandas diariamente, condições necessárias aos profissionais, sobretudo, à equipe de enfermagem (RIBEIRO, 2016).

Apoiada nessas assertivas, esta pesquisa tem como ponto de partida e hipótese de que a qualidade das atitudes dos enfermeiros estabelecidas no cuidado com a criança e a família é produto de ações e participações no plano terapêutico implicando no sucesso da recuperação da saúde ou adaptação à uma nova condição de vida. Assim surge o questionamento: Que atitudes são assumidas pelos enfermeiros no processo de cuidado em terapia intensiva neonatal para valorização da família?

Para condução da pesquisa defende-se que o Cuidado Centrado na Família está intimamente ligado à capacidade de estabelecer vínculo entre a família, a criança e a equipe. Diante disso, urge a necessidade de desenvolver a pesquisa visando alcançar estratégias para o norteamto situacional e conseqüentemente gerir esforços para a contribuição no cuidado eficiente e para a produção do

conhecimento na enfermagem neonatal. Com essa pesquisa será possível analisar as atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento da família no processo de cuidado em terapia intensiva neonatal de maneira que possa apoiar intervenções nesse contexto de cuidado de dimensões técnicas, humanas e sociais tão complexas.

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

1.1.1. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

A UTIN é um ambiente que recebe recém-nascidos (RN) de zero a 28 dias de vida que necessitam de assistência intensiva no ambiente hospitalar, devido a problemas diversos e a internação nesse contexto representa para a família um espaço seguro para a criança por oferecer todos os recursos necessários para o cuidado à criança (LOHMANN, 2011). No entanto, o ambiente da UTI e a nova rotina, aliado ao estresse e sofrimento emocional, causam diversos impactos no familiar que não estão adaptados a esta realidade e provoca sofrimento, modificações na vida cotidiana e enfrentamento de novos desafios (SOUSA *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2010). A vivência desse processo pode se configurar em uma situação de desequilíbrio na medida em que provoca a alteração de papéis e responsabilidades, problemas de relacionamento familiar, surgimento de doenças entre seus membros, redução dos rendimentos financeiros em virtude de despesas então instaladas e respostas psicológicas e fisiológicas (COSTA *et al.*, 2010).

A UTIN é caracterizado como um ambiente complexo, estressante, impessoal e até temeroso, em que os recém-nascidos permanecem em decorrência da condição de extrema vulnerabilidade física (VAN DER SAND, GIRARDON-PERLINI, ABREU 2011). Além das especificidades do ambiente, as autoras enfatizam que o nascimento de uma criança pré-termo confere, na maioria das vezes, dupla significação: local de suporte tecnológico com maiores possibilidades para salvar vidas e, por outro lado de grande apreensão psicológica e emocional às famílias. É, portanto, um setor hospitalar mais comumente associado à morte (FRIZON *et al.*, 2011) e a admissão de um cliente nesta unidade é sentida como um indício da gravidade de seu estado e supõe uma forte possibilidade de que o desfecho seja a morte (SILVA, CAMPOS, PEREIRA, 2011).

Alia-se a essa realidade, o fato de que a separação de uma mãe do filho pré-termo pode causar danos severos para ambos, uma vez que essa situação pode trazer sentimento de incapacidade e insegurança, promovendo o afastamento entre eles. Tais danos podem ser maiores quando os profissionais não convidam a mãe para compartilhar os cuidados a serem realizados com o próprio filho (FERREIRA, VIEIRA, 2003). Deste modo, a UTI se torna um ambiente hostil para os pais e o vínculo entre estes e seu filho torna-se cada vez mais comprometido (VELOSO, 2003).

Por constituir-se de um ambiente terapêutico apropriado para tratamento de RN em estado crítico, a fragilidade da criança, a crescente implementação de procedimentos de alto risco e a baixa tolerância a erros de medicação são as principais preocupações dos profissionais de enfermagem que atuam na UTIN (ALTON, MERICLE, BRANDON, 2006). No entanto, a centralidade tecnológica, tão comum nesse cenário, pode favorecer uma postura de indiferença por parte dos profissionais quanto à presença e aos sentimentos das famílias (REICHERT, LINS, COLLET, 2007).

Pode-se entender que a UTI possui representação simbólica e prática de preocupação com a cura e com o prolongamento e manutenção da vida. E por esse motivo, o trabalho nesse setor exige contínua capacitação e formação dos profissionais, na intenção de se contemplar, para além dos questionamentos técnicos e das melhores evidências, também as questões relativas às consequências de uma internação no setor para doentes e seus familiares, e as condições de trabalho da equipe de saúde (MENEZES, 2013).

1.1.2. Família

A definição de família conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) traduz para a perspectiva da promoção da saúde e redução da doença, desde a fase inicial da existência humana quando são assimilados crenças e comportamentos de saúde por parte do indivíduo, que vão evoluindo gradualmente no decurso do seu ciclo de vida. Decorrente do processo de socialização e das diversas alterações que ocorrem na sociedade, particularmente no acesso aos serviços de saúde, a família assume um papel preponderante de cuidador e de suporte social, afetivo e emocional do indivíduo, sendo simultaneamente o pilar, face

ao impacto que as transformações sociais provocam (PIRES, 2016). Portanto, “a família está relacionada ao vínculo entre dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e econômico e esses indivíduos são auto-definidos” (HANSON, 2005, p.6).

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), esse conceito compreende o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. De forma complementar Hanson (2005) discorre:

[...] é uma palavra que evoca diferentes imagens para cada indivíduo e grupo, cujo significado tem evoluído ao longo dos tempos em que as definições são abordadas em diferentes aspectos: Legal: relações estabelecidas por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento; Biológica: redes genéticas biológicas entre as pessoas; Sociológica: grupos de pessoas que vivem juntas; Psicológica: grupos com fortes laços emocionais (HANSON, 2005, p.4).

No entanto, decorrente das mudanças ocorridas na sociedade contemporânea, Boente (2012) afirma que o elemento definidor da família atual não deve estar relacionado ao casamento, às relações de sangue, e muito menos na diferença de sexo do par, e sim na comunhão espiritual e de vida verdadeira que une as pessoas com mesmo objetivo de vida e comprometimento mútuo.

Embora haja várias definições, sobre a diversidade de tipos de família, Hanson (2005) classifica a família em:

[...] Díade Nuclear: Casal casado, sem filhos; Nuclear: Marido, mulher, filhos; Binuclear: Duas famílias pós-divorciadas com filhos de ambas; Alargada: Família nuclear e ainda parentes de sangue; Reconstituída: Marido, mulher, e filhos de relações anteriores; Monoparental: Um pai e filho(s); Comuna: Grupo de homens, mulheres e filhos; Coabitação: Homens e mulheres solteiros partilhando uma casa; Homossexual: Casal do mesmo sexo; Pessoa celibatária: Uma pessoa numa casa (HANSON, 2005, p.30).

Para Cerqueira (2010), a família assume um papel crucial nas esferas social e cultural, que é composto de uma teia de laços sanguíneos e, sobretudo de laços subjetivos, rodeado de certa complexidade. É uma entidade que não se fecha sobre si mesma, é dinâmica e interage com as transformações de cada sociedade, não se resigna a uma instituição padronizada e baseia-se em princípios morais e psicológicos. É na família que se recebe suporte material e psicológico em situações de maior estresse pessoal, pelo que, enquanto valor, a mesma ocupa um lugar primordial na vida dos indivíduos seja na saúde, na doença, na alegria ou nas adversidades. Contudo, em meio hospitalar ela é tantas vezes esquecida ou

desconhecida, ou se é lembrada, é apenas vista como um recurso (MELLO, ICHISATO, MARCON, 2012). De forma contrária, Cruz e Angelo (2011) defendem ser essencial a participação da família, que é um importante fator no estado de saúde dos indivíduos e nos cuidados à criança para o atendimento de suas necessidades e para o bem-estar de todos os componentes da constituição familiar.

É necessário destacar a afirmação de Figueiredo (2009) quando refere que as pessoas que compõe essa estrutura influenciam a saúde dos seus membros, e os acontecimentos e práticas de saúde de cada indivíduo afetam toda a família, provocando mudanças emocionais durante a fase de sofrimento de um dos seus membros, o que promove as inter-relações nos diferentes contextos de vida diária para conseguir superar tais dificuldades.

Por essas evidências é que desde 1990 por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – é percebida a importância e influência da família para a restauração do estado de saúde do doente e preconiza a permanência do acompanhante em período integral ao longo da internação infantil, fato que corroborou para uma readaptação das unidades de internação neonatal (BRASIL, 1990; HIROMI, 2011). Tal fato, considerando os direitos e deveres, sempre foi reconhecido pela enfermagem, e tem sido tema recorrente de investigação no que se refere à dimensão e a forma como essa participação ocorre na prática assistencial (CORRÊA *et al.*, 2015). Dessa forma, a readaptação do ambiente hospitalar e da própria assistência, permitiu uma aproximação dos pais e familiares e com isso, os profissionais de enfermagem possuem uma vertente de investimento de extrema importância para a influência sobre a estabilidade e união familiar, assim como ferramenta de avaliação contínua relacionada à resiliência familiar que se constitui na capacidade de resistir e ultrapassar às várias adversidades (COUTO, PRAÇA, 2009). Sob esse aspecto, pode-se inferir que os processos interativos entre profissionais e família se definem como importante dimensão no Cuidado Centrado na Família. Assim, a constante interação requer capacitação da equipe de saúde para oferecer à família o suporte nesse momento de fragilidade.

Power, Franck (2008), Hanson (2005, p.295) enfatizam que a hospitalização durante a infância constitui um evento em que as famílias passam por muitos fatores de estresse desencadeados não só pelos ambientes dos hospitais que lhes são estranhos, como também enfermeiros e médicos desconhecidos, que falam uma linguagem técnica difícil de ser compreendida, além da ausência de

informações e as emoções que estão vivenciando, por isso há necessidade de maior comunicação, acolhimento, informação adequada, negociação de cuidados, rompimento de barreiras e promoção de facilidades para a participação dos pais. No tocante à neonatologia, o nascimento de uma criança com algum tipo de adversidade gera uma crise que comove toda a família, abalando sua identidade, estrutura e funcionamento (BARBOSA, CHAUD, GOMES, 2008).

Diante dessa situação, os membros se vêem despreparados para enfrentar ou lidar com esse novo modo de ser família, já que o filho em condições de saúde com extrema vulnerabilidade representa a quebra de expectativas, a alteração de papéis, não continuidade desta unidade e a vida familiar sofre alterações frente às exigências levando a instabilidade emocional e alteração no relacionamento do casal (BARBOSA, 2000). Por isso, Backes, Erdmann, Büscher (2009) compreendem que para o cuidado de enfermagem à família aconteça é necessário que exista compreensão, acolhimento, escuta qualificada e formação de vínculos de confiança, capazes de estabelecer as interconexões que envolvem o processo de saúde/doença.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2010) ressalta que o enfermeiro de família contribui para a ligação entre os seus membros, os outros profissionais e os recursos da comunidade, pois na sua área de intervenção, o enfermeiro cuida da família e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da teia familiar em articulação com outros profissionais de saúde.

Desse modo, o cenário social revela novas necessidades de saúde baseadas na prática profissional voltada à família, a qual pressupõe a adoção de um modelo integral, em que os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social, bem como na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados, sendo a sua qualidade influenciada pelos comportamentos e atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluí-las nesse sistema dos cuidados de enfermagem (ARAÚJO, 2010).

1.1.3. Cuidado Centrado na Família

O Cuidado Centrado na Família (CCF) compreende uma abordagem para o planejamento, a prestação e a avaliação do cuidado em saúde fundamentada em

uma parceria que beneficia ao mesmo tempo profissionais, pacientes e famílias (JOHNSON, ABRAHAM, SHELTON, 2009).

Segundo Shields, Pratt, Hunter (2006), essa metodologia garante o planejamento do cuidado em torno da família e que todos os seus membros sejam reconhecidos como receptores de atenção proporcionando mudanças significativas para a qualidade e a segurança do cuidado (JOHNSON, ABRAHAM, SHELTON, 2009).

Prover essa assistência humanizada mostra que a forma que o profissional cuida é pautada no conhecimento e na convicção de que a família é uma constante na vida das crianças; que as crianças são afetadas e igualmente afetam aqueles com quem tem relacionamentos; e que, ao incluir famílias no processo de cuidar, crianças receberão cuidado de maior qualidade (HARRISSON, 2010).

Bouso, Ângelo (2001) descrevem algumas condições para alcançar a família como unidade e foco de cuidado dentre os quais enfatizam a necessidade de explicitar o conceito de família; valorizar a experiência da família; dirigir as intervenções a todos os membros quer sadios ou doentes; considerar as influências que sofre a família a partir das mudanças nos seus membros, assim como os relacionamentos familiares; que o planejamento do cuidado focalize as forças da família, a cultura e o ambiente no qual está inserida e implica na interação do profissional com a família. Para as autoras essa é uma perspectiva que busca centrar o cuidado na família e envolvê-la na tomada de decisão, ajudar os familiares a fazer escolhas baseadas em valores e disponibilizar opções de cuidados de saúde relevantes. Portanto, revela-se como estrutura integrada e integradora para orientar a prática e transformar o papel da família de uma condição reativa para proativa, planejada e baseada nas suas necessidades.

Segundo Hanson (2005, p14) o enfermeiro assume vários papéis tendo a família como o centro de suas atividades:

Educador de saúde: O enfermeiro ensina sobre a saúde, doença, relações e parentesco de família; Coordenador, Colaborador e Intermediário: O enfermeiro coordena os cuidados que as famílias possam receber, colaborando com o grupo familiar no planejamento destes cuidados; Executante, Supervisor de Cuidados e Perito Técnico: O enfermeiro executa ou supervisiona os cuidados que as famílias recebem em vários locais de saúde; Advogado de Família: O profissional defende as famílias com quem trabalha, isto é, dá poder aos membros da família para se expressarem ou ele falará em seu nome; Consultor: O profissional que fala com serviços para facilitar os cuidados centrados na família; Conselheiro: Desempenha papel terapêutico ao ajudar indivíduos e família a resolverem problemas

familiares ou a mudarem o seu comportamento; Epidemiologista: Envolva-se na detecção de doenças; Modificador de ambiente: o enfermeiro fala com grupos familiares e profissionais de saúde para alterar o ambiente; Explicador e Interprete: Explica e interpreta informações para a família em todas as situações; Substituto: O enfermeiro pode substituir temporariamente outra pessoa da família; Investigador: Identifica problemas práticos e descobre a melhor solução para lidar com eles, recorrendo a investigação científica; Modelo de Identificação: O profissional serve de modelo para outras pessoas, através de suas atividades; Supervisor de processos: Envolve a coordenação e colaboração entre a família e o sistema de saúde.

No entanto, no Brasil, a Enfermagem de Família ainda não está consolidada como especialidade, e nem todos os currículos de graduação em enfermagem abordam aspectos dessa perspectiva, além disso, muitos alunos e enfermeiros acreditam que o estudo de família e da enfermagem de família faz parte do senso comum, e como teoria ou prática, não pertence formalmente aos programas curriculares de enfermagem (ANGELO *et al*, 2009). Hanson (2005) destaca que a enfermagem ainda tem fortes laços históricos com o modelo médico, tradicionalmente centrado no indivíduo e não na família, e os modelos de diagnósticos de enfermagem centram-se nas doenças e as doenças nos indivíduos, por isso deve haver uma reestruturação dos sistemas de diagnósticos ampliando-os e incluindo diagnósticos de família e suas intervenções.

Apesar da proximidade, reciprocidade e o compromisso serem atributos fundamentais dos profissionais para o CCF, as famílias são privadas de participarem de forma ativa no processo de cuidado, pois vivenciam o domínio profissional nas relações de cuidado (RIBEIRO, 2016). Para a transformação de modelo será necessário movimento dinâmico e contínuo de competências para gerir e gerar processos de inovação e renovação de atitudes e práticas do enfermeiro para cuidar na perspectiva do CCF. Em síntese, as atitudes dos enfermeiros são determinantes para a qualidade das relações que se estabelecem com a família para promover o desenvolvimento de um trabalho de parceria e de corresponsabilização entre os envolvidos (BENZEIN *et al.*, 2008). Dessa forma, as autoras destacam que valorizar saberes, crenças e o poder de decisão da família são reveladas como atitudes positivas do enfermeiro que favorecem tanto o envolvimento como a participação da família no processo terapêutico.

A etimologia do termo atitude provém do latino *aptitudine*, e do francês *attitude*, que se refere à forma de agir, modo de proceder, demonstração de uma intenção. Portanto, uma atitude pode ser compreendida como predisposição ou

tendência interior de cada um, traduzindo-se em reações emotivas que se assimilam e materializam em comportamentos (FERNANDES *et al.*, 2015; SOUSA, 2011).

No tocante à atitude do profissional para o cuidado com crianças Sousa (2008, p. 175) afirma que:

[...] As atitudes configuram-se pela forma como os profissionais se relacionam com os outros e com o contexto, pelos valores nos quais acreditam e pela capacidade de articular conhecimento, sensibilidade e criatividade, significa lidar com o saber, colocar-se do lado do outro, lidando com a dimensão subjetiva no cuidado.

Benzein *et al* (2008) defendem que uma atitude de apoio é importante pré-requisito para convidar e engajar as famílias nos cuidados de enfermagem e pode estimular atitudes facilitadoras entre enfermeiros e famílias.

Tendo como referência o Modelo de Rosenberg e Hovland, Pereira (2002) descreve atitude a partir de três dimensões: a afetiva, a cognitiva e a comportamental que podem funcionar como antecedentes, consequências ou respostas atitudinais. A dimensão afetiva refere-se aos sentimentos subjetivos e às respostas fisiológicas que acompanham a atitude. Associada a um componente emocional, esta dimensão retrata os valores e os sentimentos face ao objeto atitudinal. A dimensão cognitiva diz respeito a crenças e opiniões, por meio das quais a atitude é expressa, e refletem os pensamentos, as ideias, as informações e as crenças do indivíduo sobre um dado objeto tendo como consequência uma avaliação mais ou menos favorável. A dimensão comportamental refere-se ao processo mental e físico que prepara o indivíduo para agir de determinado modo. Por fim Erdmann, Sousa (2009) defendem que as atitudes se caracterizam pela forma como os profissionais se relacionam com os outros e com o contexto, influenciados pelos valores nos quais acreditam e pela capacidade de articular conhecimento, sensibilidade e criatividade.

Para Oliveira *et al* (2011), a presença da família no ambiente de cuidado em saúde é o estímulo necessário para desencadear as atitudes que o enfermeiro assumirá para com ela, estando pautadas em sentimentos e emoções (componente afetivo), pensamentos e crenças (componente cognitivo), e nas tendências para reagir (componente comportamental). Sob essa perspectiva, o profissional de enfermagem deve almejar em conjunto com a família, a melhor forma de integrar a prestação de cuidados decorrente da alteração de saúde, das rotinas familiares diárias e se necessário, mobilizar recursos existentes na comunidade.

2. OBJETIVO

Descrever as atitudes dos enfermeiros no cuidado com famílias no contexto da unidade neonatal, segundo as dimensões da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo

Estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa. Os estudos transversais para Polit *et al.* (2004, p.180) “são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou a relação entre os fenômenos em um ponto fixo”.

3.2. Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em três (03) Maternidades de referência para a atenção neonatal no município de São Luís – Maranhão:

a) UTIN do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – UTIN/HUUFMA, hospital de ensino certificado pelo Ministério de Educação – MEC e Ministério da Saúde - MS, de Administração Pública Federal, referência nacional e condutor do cuidado neonatal no Brasil, composto por 573 leitos, sendo 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru e 10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional, 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e 25 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 22 leitos de isolamentos e 16 salas de cirurgias;

b) UTIN da Maternidade Marly Sarney de alta complexidade e referência no âmbito estadual e pioneiro em método Canguru, possui 171 leitos, contando com 38 leitos na UTI Neonatal;

c) UTIN do Hospital Infantil Doutor Juvêncio Mattos especializado em atendimento infantil no Estado, dispõe de 136 leitos com 23 leitos em Terapia Intensiva Neonatal.

Estas unidades foram selecionadas por serem os serviços inseridos na rede pública de saúde do Estado do Maranhão e definidos como referência estadual na assistência neonatal.

3.3. População

A população foi formada por todos os enfermeiros que exercem suas atividades profissionais nas instituições e serviços descritos acima, em um total de

71, sem os critérios de exclusão, com a seguinte distribuição: UTI/HUUFMA: 21 enfermeiros; Juvêncio Matos: 24 enfermeiros; UTIN da Marly Sarney: 26 enfermeiros (Apêndice 1).

Tendo em vista que analisar a população do estudo era condição factível, optou-se por não fazer cálculo amostral, mas considerar integralmente o número de enfermeiros dos locais selecionados para a pesquisa contabilizados em 68 profissionais, correspondendo a 95,77% do total de 71 profissionais em exercício em cada instituição no setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A subtração dos participantes foram decorrentes de demissão (1 enfermeiro) e licença maternidade (2 enfermeiros).

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

Foram definidos como critérios de inclusão os enfermeiros das instituições e serviços selecionados como local da pesquisa e com função assistencial que inclui o contato com a família do cliente hospitalizado ou em seguimento no serviço de *follow up*. Foram excluídos da coleta de dados, os enfermeiros em licença para tratamento de saúde por período superior ou igual a (06) meses, de férias ou em processo de aposentadoria que coincida com o período da pesquisa.

3.4. Instrumentos para coleta de dados

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

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

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

De acordo com escala IFCE–AE as atitudes dos enfermeiros são categorizadas em três dimensões independentes:

- a) Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, composta por 12 itens (4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25), cujo escore varia de 12 a 48. Perceber a família como parceiro dialogante e como recurso de *coping* significa reconhecer a importância do diálogo na família e que esta é imbuída de forças e recursos capazes de fazer diferença em face a eventos previsíveis ou acidentais que implicam mudança e reorganização dos seus papéis;
- b) Família: recurso nos cuidados de enfermagem, composta de 10 itens (1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22), cujo escore varia de 10 a 40. A família é considerada como recurso nos cuidados, sendo valorizada pela sua perícia e corresponsável nos processos de saúde-doença no seio familiar. A interação consiste numa relação de colaboração, parceria e de reciprocidade não hierárquica (BENZEIN *et al.*, 2008);
- c) Família: fardo, composta por quatro itens (2, 8, 23 e 26), cujo escore varia de 4 a 16. Perceber a família como fardo, significa não ter tempo para cuidar desse grupo e considera indesejável a sua presença e permanência. Importa salientar que esta última dimensão, apresenta os itens invertidos e, quanto maior o escore maior é a atitude de desacordo frente à importância da família no processo de cuidado.

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

As atitudes dos enfermeiros foram organizadas, de acordo com escala IFCE – AE em três dimensões independentes conforme demonstrado nos quadros a seguir:

Quadro 1. Atitudes dos enfermeiros segundo a dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*

Dimensão 1. Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao paciente.
6. No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao paciente.
9. Discutir com os membros da família durante o primeiro contato, sobre o processo de cuidados, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.
12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do paciente.
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.
15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao paciente.
16. Pergunto às famílias como posso ajuda-las.
17 Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.
18. Considero os membros da família como parceiros.
19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do paciente.
24. Convido os membros da família a opinar quanto ao planeamento dos cuidados.
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.
Escore: 12 a 48

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 2. Atitudes dos enfermeiros segundo a dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem

Dimensão 2. Família: recurso nos cuidados de enfermagem
1. É importante saber quem são os membros da família do paciente.
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.
5. A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira (o).
7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.
10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.
11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao paciente.
13. A presença de membros da família é importante para os próprios membros da família.
20. O meu envolvimento com as famílias faz com que me sinta útil.
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.
Escore: 10 a 40

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3. Atitudes dos enfermeiros segundo a dimensão Família: fardo

Dimensão 3. Família: fardo
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.
8. Não tenho tempo para cuidar das famílias.
23. A presença de membros da família faz-me sentir avaliado (a).
26. A presença de membros da família deixa-me estressado.
Escore: 04 a 16

Fonte: Elaborado pela autora

3.4.2. Instrumento 2: Questionário Acadêmico Profissional

O questionário com as variáveis acadêmico profissionais (Apêndice 2) foi construído especificamente para esse fim de modo a permitir a descrição dos participantes. O referido instrumento é constituído por doze (12) questões de múltipla escolha. Os participantes deverão escolher a opção de acordo com as características que lhes dizem respeito e em seguida assinalar com um X. Nas questões 3, 4, 7, 8, 9 e 10 caso seja assinalada com SIM deverá completar com uma breve descrição dessa variável.

3.5. Estratégias para a coleta de dados

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

Por tratar-se de instrumento de autopreenchimento, os mesmos foram entregues por meio de contato pessoal entre a pesquisadora e o enfermeiro participante da pesquisa no seu local de trabalho. Nessa oportunidade, a pesquisadora explicou os objetivos do estudo e motivou os enfermeiros a preencherem na sua completude. Entretanto, em alguns casos, para garantir maior adesão, os instrumentos foram aplicados de forma direta assumindo a modalidade de formulário de pesquisa.

Os questionários (Escala IFCE – AE e o Questionário Acadêmico Profissional) foram entregues pela pesquisadora em envelope específico a cada um dos participantes. O mesmo teve a identificação da pesquisa (título da pesquisa e pesquisador responsável) e do participante (nome, Instituição/Unidade de Saúde e

setor correspondente). Constatou também no envelope o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 3), Termo de Pós Consentimento (Apêndice 4), a Carta Convite para o participante (Apêndice 5) e a orientação para o autopreenchimento (Apêndice 6).

A devolução dos instrumentos preenchidos foi negociada com os enfermeiros para que ocorresse em um período entre sete e catorze (7 – 14) dias após a entrega dos mesmos pela pesquisadora. Foram utilizados os recursos das redes sociais para envio de mensagem aos participantes para lembrá-los a data de entrega dos questionários.

Para controle dos participantes, foi construída uma lista dos enfermeiros segundo instituição e local de trabalho (Apêndice 7). Essa estratégia visou assegurar o monitoramento do processo de coleta de dados.

3.6. Análise dos dados

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

Os dados foram expressos em frequências (absolutas e relativas), médias, medianas e desvio padrão. Para tanto foi utilizado programa estatístico STATA® (versão 12) para interpretação estatística dos resultados.

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

Oliveira *et al* (2011) realizou a consistência interna da escala para validar para versão portuguesa e teve um total de alfa de *Cronbach* de 0,87, sendo muito próxima da escala original, que é 0,88 (BENZEIN *et al.*, 2008). Em cada dimensão o alfa assume diferentes valores, na primeira ($\alpha=0,90$), na segunda ($\alpha=0,84$) e na última ($\alpha=0,49$).

Tabela 1. Consistência interna da IFCE – AE

DIMENSÃO	ALFA DE CRONBACH PADRÃO	ALFA DE CRONBACH ATUAL
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	0,90	0,84
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	0,84	0,83
Família: fardo	0,49	0,44
TOTAL	0,87	0,90

Fonte: Elaborado pela autora

A avaliação da consistência em nosso estudo determinou um α de 0,906 e para as três dimensões: Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* (0,841); Família: recurso nos cuidados de enfermagem (0,830), e; família: fardo (0,449).

3.7. Período da pesquisa

A coleta de dados ocorreu no período de Setembro de 2016 a Março de 2017, após o treinamento adequado da pesquisadora para o início do processo.

3.8. Aspectos Éticos

Essa proposta de investigação é parte da pesquisa Importância da Família para os Processos de Cuidados: Atitudes de Enfermeiros nos Contextos Hospitalar e da Atenção Básica, vinculada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão e ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente (GEPSCFA). Para atender aos critérios administrativos e éticos da pesquisa o projeto foi inicialmente submetido à análise da Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – COMIC/HUUFMA para avaliação dos aspectos operacionais da pesquisa (Protocolo 46389315.6.0000.5087) com parecer favorável datado de 29/09/2015. Em seguida o projeto foi inserido na Plataforma Brasil para direcionamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer também favorável registrado sob o número 1.249.885 (Anexo 2). A pesquisa foi guiada pelas determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para atender às exigências éticas, todos os participantes foram informados sobre o problema a ser investigado,

o percurso e recursos metodológicos assim como os riscos e benefícios da pesquisa. Nesse sentido, antes do início da coleta de dados e após os esclarecimentos da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (Apêndice 3) foi apresentado aos participantes que depois de lido e retirado todas as dúvidas e, desde que os mesmos concordassem com todos os aspectos da pesquisa, foram assinadas as duas vias do TCLE. Ressalta-se que foi garantida a autonomia dos participantes, podendo estes abandonar a pesquisa em qualquer fase de desenvolvimento da mesma, mesmo após a assinatura do TCLE. A não identificação dos participantes, isto é, a proteção das suas identidades foi garantida, assim como omissão de qualquer característica que possibilite a identificação dos mesmos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apontados são decorrentes das respostas dos questionários referentes a uma população de enfermeiros que representam 95,77% (n=68) do total de profissionais que se encontravam nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, contexto da pesquisa. Os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos.

Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica dos Enfermeiros. São Luís - MA, 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	03	4,41
Feminino	65	95,59
Idade		
< 30 anos	13	19,12
≥ 30 e < 40 anos	29	42,65
≥ 40 anos	22	32,35
Não responderam	04	5,88
\bar{X} (IC 95%)	38,54 (35,32 – 41,76)	
Habilitação Acadêmica		
Bacharelado	10	14,71
Especialização	45	66,18
Mestrado	12	17,65
Doutorado	01	1,47
Experiência Profissional		
≤ 5 anos	29	42,65
≥ 6 ≤ 10 anos	21	30,88
≥11≤15 anos	08	11,76
≥16 anos	10	14,71
\bar{X} (IC 95%)	10,83 (6,71 – 14,95)	
Vínculo Laboral		
Concurso	23	33,82
Contrato	43	63,24
Não responderam	02	2,94

Fonte: Elaborado pela autora

Verificou-se que os participantes da pesquisa eram predominantemente do sexo feminino 95,59% (n=65) semelhante aos resultados da pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil que apontou que no Brasil, 85,1% da categoria é do sexo feminino e no Maranhão, esse valor permanece alto com representatividade de 87,7% dos indivíduos (MACHADO, *et al.*, 2015). Da mesma forma, estudos que utilizaram a escala IFCE–AE reforçam que mais de 90% dos profissionais eram predominantemente do sexo feminino (ÂNGELO *et al.*, 2014; CRUZ, 2015; RIBEIRO, 2016).

Machado, Vieira, Oliveira (2015) afirmam que a feminilização é característica forte do setor saúde, onde a maioria da força de trabalho é feminina, representando atualmente mais de 70% de todo o contingente, e com tendência ao crescimento para os próximos anos, como é o caso da equipe de enfermagem que é formada quase que integralmente por mulheres.

A Ordem dos Enfermeiros (2014) apresenta dados relativos a 2013, nos quais existe em território nacional português 65.872 enfermeiros e desse total 53.814 são do sexo feminino o que corresponde a 81,7%. No entanto, segundo Santos e Takahashi (2000) houve um aumento quantitativo de profissionais enfermeiros do sexo masculino, o que significa que existem mais homens procurando a profissão e que esta irá sofrer influências culturais e políticas, e ocorrerão mudanças.

No tocante à faixa etária, a idade média encontrada neste estudo foi de 38 anos, assemelhando-se à média do estudo de Martins *et al.* (2010), Oliveira *et al.* (2011), Barbieri-Figueiredo *et al.* (2012), Rodrigues (2013), Cruz (2015), Fernandes *et al.* (2015) e Ribeiro (2016), que obtiveram média entre 35 e 38 anos. Da mesma forma, outra pesquisa realizada por Pires (2016) apresentou uma faixa etária predominante entre 36 e 46 anos.

Entretanto, alguns estudos mostram divergência em tais valores, onde a maior parte dos profissionais de enfermagem tem idade entre 31 e 35 anos (20,3%), compreendido num intervalo onde a idade mínima de 25 anos e a máxima de 70 anos. No Maranhão, a maior proporção encontra-se no intervalo entre 31 e 35 anos de idade (22,4%) (MACHADO, *et al.*, 2015).

Os resultados sugerem que são enfermeiros jovens e que ainda terão força de trabalho e de inserção profissional longa e com contribuições para as práticas de cuidado à criança e à família. Sugerem também, que por serem jovens

poderão investir em suas habilitações profissionais a partir da aquisição de novos conhecimentos e titulações acadêmicas.

No tocante à formação acadêmica, os enfermeiros participantes da pesquisa apresentaram em maior frequência grau de formação acadêmica no nível de Especialização (66,18%); 17,65% com título de mestre e 1,47% com titulação de doutor. Entretanto, 14,71% possuíam bacharelado. Esse dado sugere que a prestação de cuidados ao recém-nascido crítico é realizado por profissionais não especialistas. Nesse aspecto, a Educação Permanente terá importante papel como ferramenta para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e de assegurar a qualidade da assistência.

Outros autores Cruz (2015), Ribeiro (2016), Ângelo *et al.* (2014) e Beck *et al.* (2010), tiveram achados semelhantes em seus estudos cuja frequência foi superior a 60% de enfermeiros com especialização. Esses dados podem ser justificados pela ampliação dos cursos de pós-graduação no Brasil, em especial na região nordeste brasileira.

Em referência ao tempo de exercício profissional constatou-se uma média de 10,83 anos e conforme o intervalo de confiança, uma variação entre no mínimo 6,7 e máximo de 14,9 anos, onde 42,65% dos enfermeiros possuíam tempo de exercício profissional inferior ou igual a 5 anos, 30,88% entre 6 e 10 anos, 11,76% entre 11 e 15 anos e 14,71% a partir de 16 anos de atuação na área, o que sugere tratar-se de um grupo de enfermeiros com pouco tempo de exercício profissional. Alves (2011) apresentou em seu estudo dados semelhantes ao encontrado nesta pesquisa, onde a representatividade maior foi de 53,6% de profissionais com tempo entre 2 e 5 anos de atuação profissional.

Estudos mostram presença predominante de enfermeiros que possuíam tempo de exercício profissional superior a 10 anos (MARTINS *et al.*, 2010; SOUSA, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2011; FERNANDES *et al.*, 2015). Já Ribeiro (2016) relatou em seu estudo que 42,10% de enfermeiros encontravam-se entre 5 e 10 anos de atuação profissional e Rodrigues (2011) afirmou que a maioria possuía acima dos cinco anos (93,40%).

Quanto ao vínculo laboral, o número de participantes que tinham vínculo com a instituição por contrato correspondia a 63,24% e 33,82% por concurso. De igual forma, Ribeiro (2016) constatou que 55,26% da população do seu estudo possuía vínculo por concurso público e 44,74% contrato de trabalho. Vê-se, a

predominância de enfermeiros vinculados às instituições de saúde por contrato precário de trabalho, refletindo como um fenômeno nacional que é a precarização do trabalho, em especial na área de saúde.

Tabela 3. Caracterização dos Enfermeiros quanto à capacitação acadêmica em Enfermagem de Famílias. São Luís - MA, 2017.

Variáveis	N	%
Fez algum curso sobre Enfermagem de Famílias?		
Sim	18	26,47
Não	50	73,53
Na sua graduação em Enfermagem havia alguma disciplina que explorasse o conteúdo cuidado com família?		
Sim	29	42,65
Não	27	39,71
Não lembro	12	17,65
No seu curso de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) cursou alguma disciplina com o conteúdo cuidado com família?		
Sim	23	33,82
Não	29	42,65
Não lembro	15	22,06
Não fez pós-graduação	01	1,47
Na sua graduação em Enfermagem havia alguma disciplina de Enfermagem de Famílias?		
Sim	14	20,59
Não	39	57,35
Não lembro	15	22,06
No seu curso de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) cursou alguma disciplina de Enfermagem de Famílias?		
Sim	14	20,59
Não	44	64,71
Não lembro	10	14,71

Fonte: Elaborado pela autora.

Atualmente no Brasil, considerar a família como foco do cuidado de Enfermagem parece ser consenso, entretanto, realizar tal cuidado tem se constituído um desafio para prática profissional (SANTOS, *et al.* 2000). Devido à natureza prática da profissão, existe um elo entre formação profissional e o contexto de trabalho, dessa forma, capacitar enfermeiros para o cuidado com a família, constitui um desafio, que se vincula a fatores provenientes do cenário sociopolítico do país.

Os resultados da pesquisa revelaram que a maioria dos participantes negou a capacitação com o conteúdo de famílias, quer na graduação como na pós-graduação.

Corroborado por Fernandes *et al.* (2015), os resultados acerca desse cenário evidenciaram uma população predominantemente sem formação em enfermagem de família (73,53%) apesar da qualificação acadêmica do grupo estudado. Ribeiro (2016) confirma esse dado ao apresentar que 75% dos enfermeiros pesquisados não possuem formação em enfermagem de família, bem como, 52,63% não tiveram nenhuma disciplina durante a graduação sobre cuidado centrado na família e da mesma forma 57,89% negaram em relação aos cursos de pós-graduação. Sob esse aspecto Corrêa *et al.* (2015), referiram que os enfermeiros retrataram despreparo para inclusão dos familiares no cuidado como coparticipantes e evidenciaram uma abordagem superficial do CCF nas unidades neonatais. Devido à falta de conhecimento teórico e prático durante sua formação profissional, o enfermeiro ainda não está preparado para acolher as famílias nas unidades hospitalares (CÔA; PETTENGILL, 2011).

Embora a incorporação do CCF seja desejável no contexto do cuidado em recém-nascidos, os profissionais demonstram pouco preparo para isso, seja por não terem tido oportunidade desse aprendizado durante a sua formação ou a mesma não ter sido objeto de educação permanente quando da sua inserção nos serviços de saúde. O que se observa é uma compreensão restrita por parte da equipe acerca da participação da família, contribuindo para o tensionamento durante a internação ou sua exclusão do processo de cuidar (CORRÊA *et al.*, 2015).

Entretanto, assistir as famílias numa perspectiva sistêmica, quer para promover a saúde, por meio da adoção de estilos de vida saudáveis, quer para promover o autocuidado no sentido de diminuir ou aliviar os sofrimentos emocionais, físicos e espirituais da doença, requer o aprofundamento e aquisição de conhecimentos e habilidades de intervenção dirigidas à família (BARBIERE-FIGUEIREDO *et al.*, 2012). Portanto, é consensual a importância da inclusão de referenciais teóricos voltados à Enfermagem de Família nos programas curriculares como fator fundamental no desenvolvimento de competências (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2009). A mesma assertiva é defendida por Ângelo *et al.* (2014) que salientam que a formação em enfermagem de família é uma das variáveis que influencia nas atitudes de suporte como recurso aos cuidados de enfermagem.

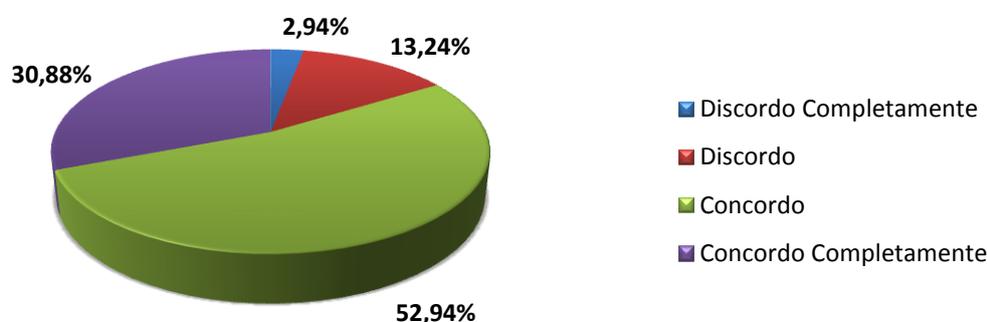
A falta de clareza de conceitos pode constituir uma barreira para adequada integração da família nos cuidados de enfermagem (SEGARIC, HALL, 2005). Conforme Martins *et al.* (2010) em Portugal 59,6% dos enfermeiros de Cuidados Primários de Saúde no país possuem formação em Enfermagem de Família.

Esses dados também foram encontrados na pesquisa de Oliveira *et al.* (2011) onde 59,6% sujeitos da pesquisa tiveram formação em Enfermagem de Família. Da mesma forma, Ângelo *et al.* (2014) e Cruz (2015) relataram que 78% e 86,5% respectivamente, dos enfermeiros pesquisados tiveram algum contato com o conteúdo relacionado com a Enfermagem de Família.

Como resposta ao objetivo delineado para este estudo, apresentamos os resultados obtidos da aplicação da escala IFCE–AE, no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal categorizadas em três dimensões:

a) Dimensão 1– Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*.

Gráfico 1. Atitudes segundo participação da família nos cuidados de enfermagem. São Luís – MA, 2017.



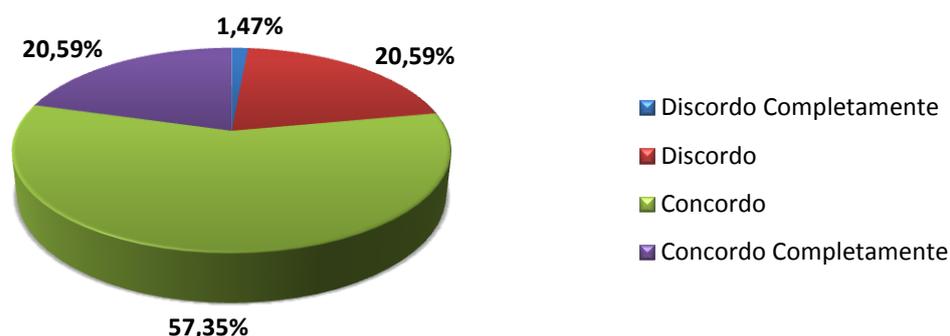
Acerca da atitude “Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem ao paciente”, as respostas obtidas demonstraram que 2,94% discordaram completamente e 13,24% discordaram acerca do envolvimento familiar totalizando 16,18% dos enfermeiros, enquanto que 52,94% concordaram e 30,88% concordaram completamente, o que reitera que a maior parte da população entrevistada aceita a participação da família no cuidado prestado à criança no contexto da terapia intensiva neonatal.

Ao reconhecer a importância da família como partícipe no cuidado, os profissionais de saúde precisam efetivamente estar junto dela, ouvindo-a sobre seus

medos, dúvidas e necessidades e apoiando-a para que possa - respeitando-se seus limites, dificuldades, crenças e valores - cuidar de sua criança da melhor forma possível (MILBRATH, 2008).

Segundo Lago, Garros e Piva (2007), o paciente pediátrico e neonatal difere do adulto por não ter capacidade de decidir sobre as condutas que devem ser tomadas no curso de sua vida. Sendo assim a família possui papel fundamental, por defender o melhor interesse da criança, portanto deve ser aliada ao processo de cuidado. Silva (2007) complementa essa assertiva ao afirmar que a partir do momento em que as famílias participam do cuidado do seu doente, podem aumentar a compreensão sobre a doença e melhorar a relação entre o familiar hospitalizado e a equipe, contudo esse acompanhamento do familiar no tratamento do paciente ainda é deficiente.

Gráfico 2. Atitude segundo participação da família nas discussões sobre o cuidado. São Luís – MA, 2017.

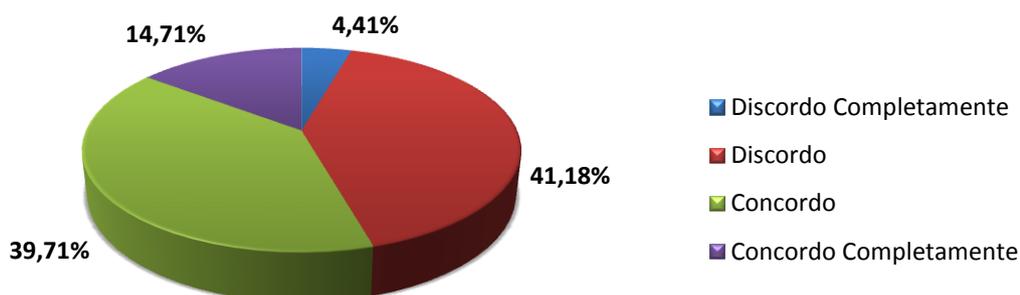


A atitude “No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao paciente”, 22,06% (somados 1,47% dos pesquisados que discordaram completamente e 20,59% que discordaram) sugere a não valorização por parte do enfermeiro em compartilhar com a família o processo de cuidados. Entretanto 57,35% concordaram e 20,59% concordaram completamente quanto à participação nas discussões sobre o processo de cuidados.

Uma maneira de auxiliar os pais é estabelecer uma comunicação efetiva, principalmente nos primeiros dias da internação, oferecendo informações sobre os protocolos e os resultados esperados. Isso contribuirá para que os familiares se sintam menos ansiosos e favorecerá maior interação entre equipe e família (CENTA, MOREIRA, PINTO, 2004).

Para Leite e Vila (2005), a família têm a necessidade e o desejo de saber sobre o estado de saúde do paciente, pois são as informações que lhe proporcionam mais alívio, mesmo que não entendam muita coisa, e assim, a qualidade do relacionamento estabelecido com a equipe torna a internação menos sofrida e a família com a certeza de que o melhor será realizado para o sucesso do tratamento.

Gráfico 3. Atitude de discutir com a família no primeiro contato, sobre o cuidado, diminui o tempo de trabalho. São Luís – MA, 2017.



Analisando o Gráfico 3, segundo a atitude “Discutir com os membros da família durante o primeiro contato, sobre o processo de cuidados, poupa-me tempo no meu trabalho futuro”, 4,41% discordaram completamente e 41,18% discordaram, porém 39,71% assinalaram que concordaram e 14,71% concordaram completamente, asseverando que os profissionais apesar de se mostrarem divididos quanto a esse questionamento, (54,42%) posicionam-se a favor de inteirar os familiares acerca das condutas assumidas e do estado de saúde da criança logo na primeira oportunidade, e que tal conduta facilita o trabalho do enfermeiro.

A comunicação entre a equipe de enfermagem, família e paciente contribui para a assistência de enfermagem, ultrapassando o limite profissional-paciente e humanizando o cuidado, por isso, a relação da equipe com a família deve ocorrer desde o início da internação, dando no primeiro contato, a oportunidade a ela para uma maior interação e melhor relação com os envolvidos nesse processo de cuidados, assim como de esclarecer suas dúvidas e dialogar com a equipe (VIEIRA, PIRES, SANTOS, 2010).

Segundo Silveira *et al.* (2005) é necessário orientar a família sobre as rotinas da UTI no momento da hospitalização e os acontecimentos ao longo do tratamento, pois dessa forma a família do paciente poderá contribuir

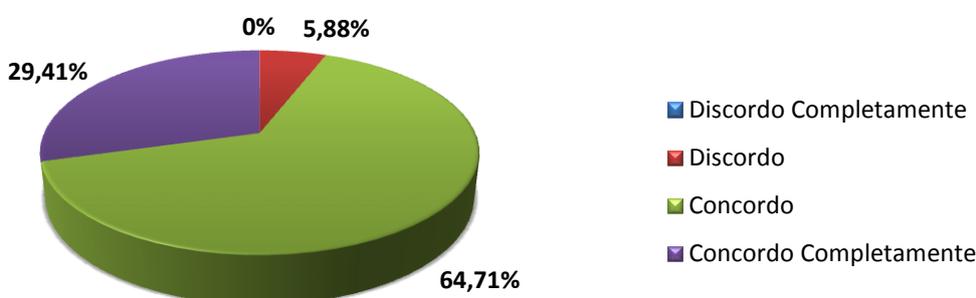
consideravelmente na recuperação do paciente, além disso deve sentir-se acolhida, respeitada e cuidada.

O ser cuidador precisa saber ouvir, estar presente e ter empatia com o outro ser. Desta forma, ambos se fortalecerão e poderão encontrar a solução para o problema de saúde. Isto remete a um significado de humanização da assistência de enfermagem, com interação entre os cuidadores/familiares (NASCIMENTO, TRENTINI, 2004).

Lima *et al.* (2010) consideram que a comunicação e o acolhimento da família pelos profissionais é de grande relevância e devem ser feitos de maneira clara e objetiva, favorecendo a qualidade do cuidado e contribuindo para o estabelecimento de confiança e respeito.

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

Gráfico 4. Atitude em conhecer os membros da família. São Luís – MA, 2017.



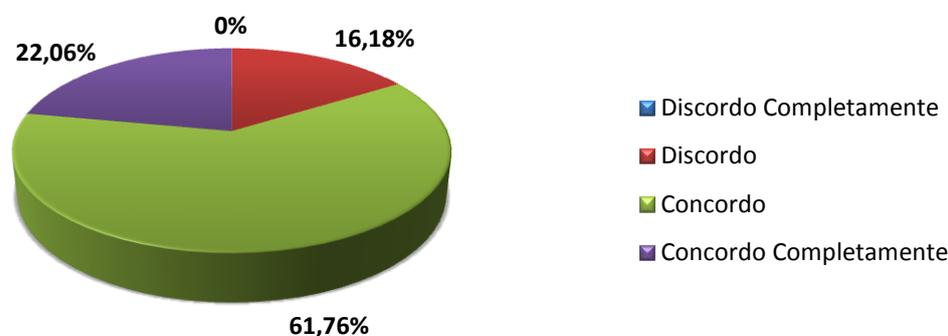
Acerca dos resultados relacionados a procurar sempre saber quem são os membros da família do paciente, verificou-se que apenas 5,88% dos participantes envolvidos na pesquisa responderam que discordavam, todavia 64,71% concordaram e 29,41% concordaram completamente, assim os profissionais demonstram interesse e importância em saber quem são os familiares da criança sob seus cuidados.

Canhestro *et al.* (2005) compartilha dessa perspectiva, afirmando que é necessário conhecer melhor a criança e sua família, saber como compreendem e sentem o processo saúde-doença, conhecer seus valores e as práticas dos diferentes grupos sociais aos quais pertencem. Dessa maneira, haverá uma maior

compreensão das necessidades do paciente, o que propiciará uma adequada intervenção do profissional.

Embora ainda haja certa resistência nessa prática, Crepaldi e Varella (2000) descrevem passou a existir uma preocupação maior por parte da equipe em conhecer a família, para entender qual representação tem sobre saúde e doença, e como poderiam intensificar sua participação no processo de tratamento. Isto mostra que a enfermagem está buscando recursos práticos de intervenções e de conhecimento para auxiliá-los no trabalho.

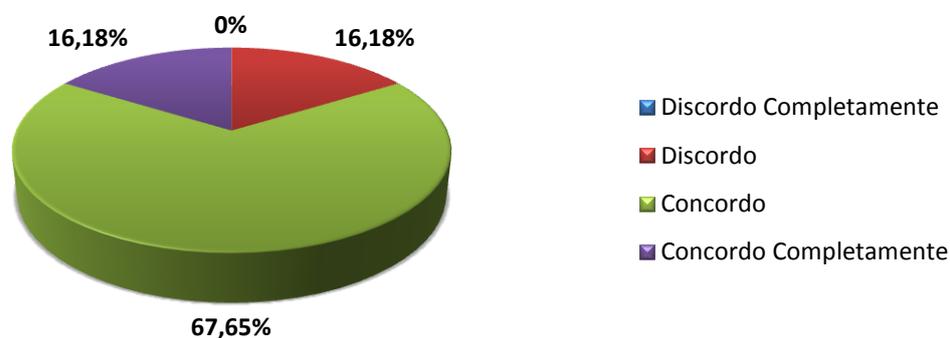
Gráfico 5. Atitude em convocar a família para conversar após os cuidados de Enfermagem. São Luís – MA, 2017.



A análise das respostas para a iniciativa em convidar os membros da família a conversar depois dos cuidados constatou que do total dos participantes, a maior parte concordaram 61,76% e 22,06% concordaram completamente e se preocupam em compartilhar as informações após a assistência e 16,18% discordaram dessa possibilidade. Embora o percentual daqueles que discordaram tenha sido menor, alertamos que sugere limitações importantes para o cuidado com famílias e pode se definir como atitude de enfermeiros de todo um turno ao considerar que o trabalho é organizado em escalas de seis e doze horas.

Conforme Barbosa, Balieiro e Pettengill, (2012), o profissional deve reconhecer a família como constante na vida da criança, oferecer respostas às dúvidas dessa unidade, reconhecer que ela tem o direito a explicações de maneira completa e apropriada à sua compreensão a respeito do diagnóstico e dos cuidados com seu filho.

Gráfico 6. Atitude sobre participação da família no cuidado ao paciente. São Luís – MA, 2017.



Como se pode verificar no Gráfico 6, quando investigados sobre “Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao paciente”, os resultados indicaram que 16,18% dos enfermeiros discordaram, enquanto a maioria mostrou-se a favor com 67,65% dos quais concordaram e 16,18% concordaram completamente.

A enfermagem ao permitir que o familiar tenha participação ativa no cuidado da criança permite que esta se sinta útil durante o período de hospitalização, deixando de ser somente um observador dos cuidados prestados (CHAGAS, 2015).

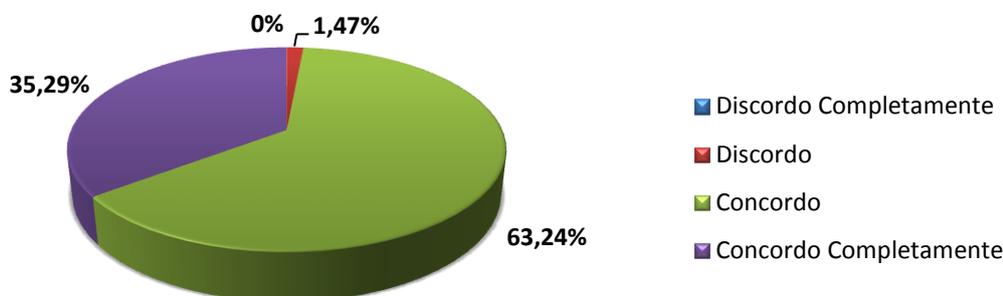
De acordo com Possolli *et al.* (2015) o cuidado que antes era prestado somente pela enfermagem vem sendo compartilhado com a família, de forma que esta fique responsável por procedimentos simples como o banho, a comida e o conforto e a enfermagem com os procedimentos mais complexos. Ao favorecermos a participação ativa da família no cuidado à criança no hospital, dentro daquilo que ela sabe, pode e quer fazer estamos incentivando-as no exercício de sua cidadania e no desenvolvimento de competências e habilidades enquanto cuidadoras de suas crianças (GOMES, ERDMANN, 2005).

O CCF valoriza a importância da família como cliente do cuidado, garantindo sua atuação na programação das ações. Isso proporciona oportunidade para que ela própria focalize os problemas e encontre soluções (BARBOSA, BALIEIRO, PETTENGILL, 2012). Na enfermagem neonatal, de acordo com essa filosofia, os profissionais, além de cuidar do recém-nascido, deve reconhecer a sua família como unidade do cuidado (PINTO *et al.*, 2010; PACHECO *et al.*, 2013).

A equipe de enfermagem ao compartilhar o cuidado à criança com a família pode apoiar a participação dos pais, contribuindo para que a internação da

criança seja uma experiência satisfatória tanto para os profissionais como para as famílias e para as crianças internadas (CHAGAS, 2015).

Gráfico 7. Atitude de disponibilidade para ajudar à família. São Luís – MA, 2017.



Na análise do Gráfico 7, em relação a conduta sobre “Perguntar às famílias como posso ajudá-las”, as respostas indicaram que apenas 1,47% dos enfermeiros entrevistados discordaram quanto a essa iniciativa, enquanto que 63,24% concordaram e 35,29% concordaram completamente, o que conclui que quase a totalidade dos inquiridos assumem atitude positiva em relação ao apoio ao familiar.

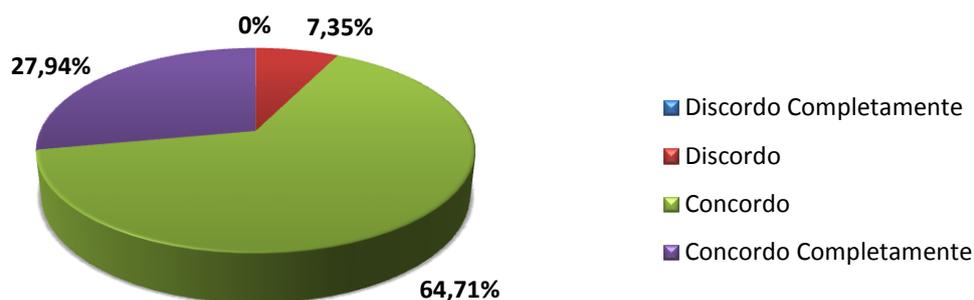
Abrir espaço para a família é fundamental. Por um lado, pela necessidade que a criança ou qualquer outro cliente tem dessa rede de apoio e, por outro, pela possibilidade da família também se sentir apoiada, perceber que seu sofrimento tem acolhimento e para aprender a lidar com o problema. Essa unidade precisa ter suas necessidades atendidas, pois pode não estar preparada para responder às demandas de assistência que o ente dependente de cuidados vai demandar, especialmente após a internação. Por isso a inserção e a escuta da família, durante todo o processo de assistência, torna-se fundamental para os cuidados voltados ao paciente (CARVALHO, 2008).

Valorizar a escuta e o diálogo é atributo que se coloca na mesma ordem das competências técnicas e representa a manifestação de interesse do profissional capaz de estimular a narrativa materna das suas dificuldades e fortalezas no cuidado à criança, pressupondo uma atitude de interesse e disponibilidade permeado pelo olhar e pelo observar para ver o outro na sua singularidade (ERDMANN, SOUSA, 2009).

As mesmas autoras complementam que valorizar a escuta e o diálogo é uma atitude que revela disposição de perceber, conhecer e compreender o outro nas suas necessidades e sofrimentos, nas suas alegrias e nas suas fragilidades.

Segundo Sousa *et al.* (2014) em pesquisa realizada com familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, mostra que a família percebe esse ambiente como um local seguro em decorrência do suporte técnico e científico, pois permite intervenções complexas e necessárias para a recuperação da saúde da criança, e ao mesmo tempo frio e pouco acolhedor, onde os familiares vivenciam sentimentos de medo da morte, de solidão e desamparo. Diante disto, essas autoras acrescentam que os familiares sentem necessidade de apoio e acompanhamento profissional para problemas emocionais ocasionadas pelo processo de adoecimento, afastamento da família e da hospitalização da criança.

Gráfico 8. Atitude sobre o encorajamento da família a utilizar seus recursos. São Luís – MA, 2017.



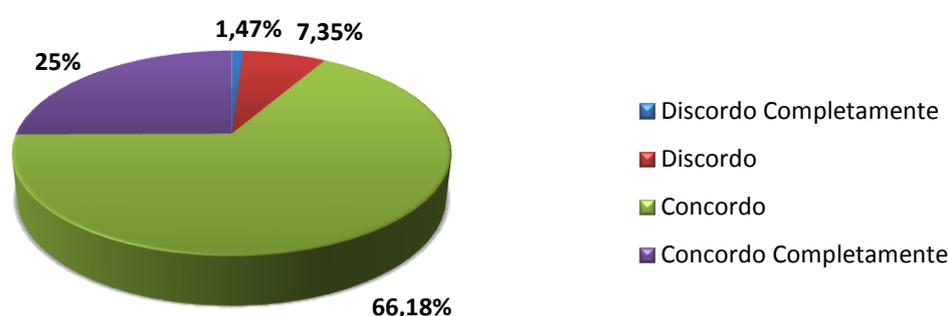
Correspondente ao item “Encorajo as famílias a utilizar os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações”, concluiu-se que 7,35% dos indivíduos entrevistados discordaram, não obstante 64,71% concordaram e 27,94% concordaram completamente. Dessa forma, fica evidente que a atitude dos enfermeiros é motivadora no que diz respeito à iniciativa da família na busca de novas alternativas para a adaptação da realidade.

Os enfermeiros assim como os demais membros da equipe de saúde compartilham com a família a identificação dos seus problemas no hospital e os recursos disponíveis para atuar sobre as fragilidades, assim como também podem elaborar um plano de ação para a criança em conjunto. Dessa forma, as decisões podem ser tomadas conjuntamente por todos os membros e a responsabilidade pode ser assumida igualmente pela equipe e pela família. Portanto, os enfermeiros podem atuar como facilitadores, compartilhando saberes, viabilizando o cuidado da

criança, identificando deficiências e ajudando no norteamento e reconhecimento de suas potencialidades na resolução de problemas (ROSSI; RODRIGUES, 2010).

Os membros da família, diante de uma situação adversa, não tendo alternativas, assumem o cuidado, e podem ser auxiliadas pelos profissionais a buscarem maneiras que facilitem a assistência no intuito de acomodar as demandas complexas exigidas pelo novo momento (DAMIÃO, ANGELO, 2001; STAMM, MIOTO, 2003).

Gráfico 9. Atitude que sugere a família como parceira no cuidado. São Luís – MA, 2017.



Quanto à demanda “Considero os membros da família como parceiros”, identificou-se que uma pequena parcela dos enfermeiros 1,47%, assumiram que discordaram completamente e 7,35% discordaram, em contrapartida quase a totalidade da população estudada, avaliaram de forma positiva manter uma relação de cumplicidade com os familiares, representando 66,18% de sujeitos que concordaram e 25% concordaram completamente com tal argumento.

A parceria entre os cuidadores e a família pode ser entendida como uma cooperação assentada na negociação entre as partes, numa relação de respeito pela autonomia do outro (GOMES, 2009). Cada um depende do outro, trabalhando ambos para um fim/objetivo comum, num processo contínuo e coeso de partilha de significados, saberes e experiências, baseado no respeito pelos papéis de cada um e da sua autonomia e individualidade (DINIS, 2006; GOMES, 2009).

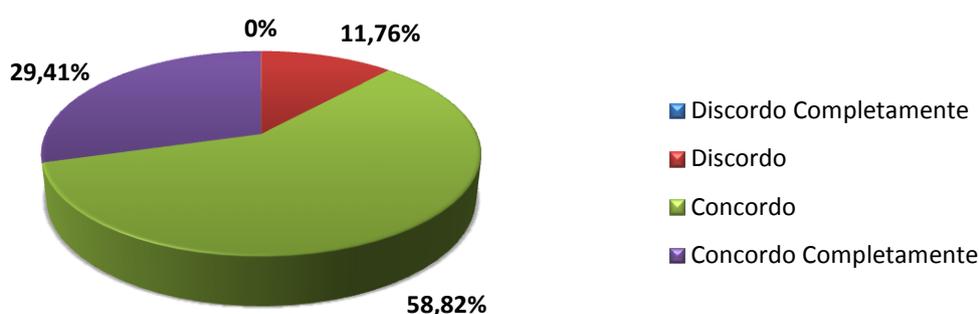
O cuidado precisa estar orientado para o fortalecimento da família, e para que esta seja percebida como parceira nos cuidados à criança conforme sua disponibilidade (COLLET, 2012).

Possolli *et al.* (2015) confirmam que a família deve ser vista como instrumento de auxílio no tratamento à criança hospitalizada por trazer informações relevantes que podem ser aplicadas ao cuidado. Para Strasburg *et al.* (2011) diante

da importância da família no cuidado à criança internada, torna-se necessário que os membros da equipe de enfermagem reconheçam a família não apenas como fonte de cuidados à criança, mas como um grupo a ser instrumentalizado para o cuidar. Portanto, junto com a equipe de enfermagem, a família pode desenvolver novas habilidades e participar ativamente do processo terapêutico.

Segundo Erdmann e Sousa (2009) o cuidado deve ser orientado no sentido de compreender, ouvir e cuidar com sensibilidade, desdobrando o modo de fazer/agir/atuar/intervir na perspectiva de diminuir as relações de dominação que, na maioria das vezes, se estabelecem entre profissionais, mães e família e colocar-se do lado viabilizando uma relação de parceria.

Gráfico 10. Atitude acerca da participação da família na discussão sobre alterações no estado do paciente. São Luís – MA, 2017.



Em relação à assertiva “Convido os membros da família a falar sobre as alterações no estado do paciente”, foi demonstrado que 11,76% dos pesquisados discordaram, no entanto 58,82% concordaram e 29,41% concordaram completamente.

Fornecer informações à família a respeito do processo saúde-doença do filho é uma ação que deve ser incorporada na prática cotidiana assistencial. A equipe de enfermagem deve ter capacidade para exercer essa atividade a fim de estimular e auxiliar a família a adquirir confiança nas suas ações. Uma comunicação efetiva entre enfermagem e família diminui a ansiedade dos pais e aumenta a aceitação e envolvimento dos mesmos no processo de cuidar da criança tanto no domicílio quanto no ambiente hospitalar (ARAÚJO *et al.*, 2009).

Muitas famílias entendem que as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal caracterizam-se por constantes expectativas de situações de emergência, local onde o recém-nascido será constantemente submetido a processos invasivos e sujeitos a

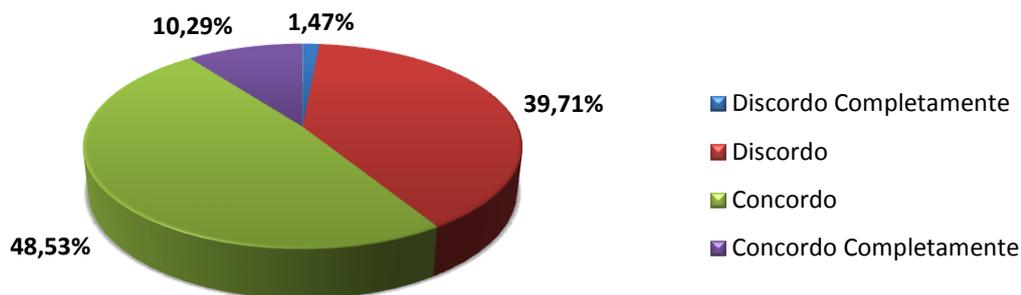
riscos de complicações e mudanças súbitas no estado geral, portanto, é frequente que os familiares sejam abordados pelos profissionais de saúde para comunicação de novas informações e elucidação de dúvidas desses familiares (PINHEIRO *et al.*, 2012). Por isso, Fumis (2010) defende que a comunicação é uma parte importante do cuidado em saúde e está relacionada às decisões a serem tomadas e a qualidade de vida das pessoas envolvidas.

Para Cabeça (2014) comunicar a mãe e a família sobre o estado crítico ou alterações de um recém-nascido pré-termo constitui-se numa tarefa complexa, que necessita de sondagem prévia do conhecimento dos familiares quanto a real situação do(a) filho(a) na UTIN e as suas condições emocionais, pois caso contrário, pode afetar a compreensão e assimilação da informação, promover reflexões equivocadas e provocar situações estressantes.

De modo geral, Muller (2009) afirma que a comunicação possibilita benefícios dentre os quais a adesão ao tratamento e o sucesso deste, maior confiança na equipe profissional e a redução do nível de ansiedade de pacientes e familiares. Matsuda *et al* (2003) defende que o inter-relacionamento e a comunicação entre o enfermeiro-cliente-familiar favorece a qualidade de vida de todos, e que esse processo é tão ou mais importante que a assistência técnica-científica e que os sujeitos envolvidos nesse processo só conseguem suportar longos períodos de internação pela atenção dada a eles. A partir disso, é fundamental que tanto clientes quanto familiares, sobretudo, daqueles mais dependentes, tenham compreensão do significado da enfermidade e aprendam a conviver com ela, sabendo quais serão os ganhos e perdas diante das suas decisões.

Durante o processo de internação é pertinente ao enfermeiro e demais profissionais a reflexão sobre comportamentos e atitudes tomadas diante dos familiares, pois se deve manter uma comunicação efetiva e contínua na convivência diária e, principalmente, nas situações de maior estresse, fornecendo as orientações necessárias para amenizar as repercussões emocionais vivenciadas por elas neste ambiente.

Gráfico 11. Atitude de aceitação da opinião familiar no planejamento do cuidado. São Luís – MA, 2017.



Acerca das respostas obtidas em relação a convidar os membros da família a opinar quanto ao planejamento dos cuidados, conclui-se que 1,47% discordaram completamente e 39,71% discordaram. Já as respostas a favor desse comportamento constituem a população majoritária onde 48,53% concordaram e 10,29% concordaram completamente reconhecendo a relevância do ponto de vista familiar na realização do plano terapêutico.

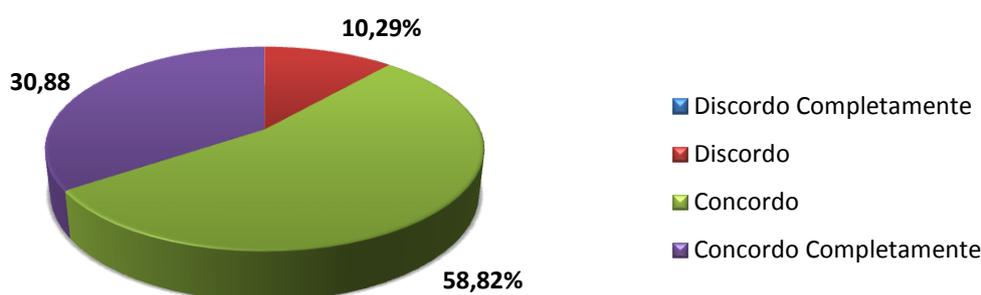
Ao ser envolvida no cuidado, a família tem o direito de conhecer o projeto terapêutico proposto para seu filho e de ser instrumentalizada acerca do processo de hospitalização para que tenha condições de enfrentá-lo (CHAGAS, 2015).

A família revela-se como um ser de direitos no hospital. Ela o faz quando se reconhece como tal, solicita seus direitos e luta para manter sua autonomia (SOUSA, 2009; SCHATKOSKI *et al.*, 2009). Dessa forma, as famílias de maneira geral, querem colaborar com a terapêutica proposta, tendo em vista, o bem estar da criança (SCHATKOSKI *et al.*, 2009). Em diversas situações, ao cuidar da criança internada, a família luta pelos seus direitos e, a partir de suas vivências e dos significados que atribuem as suas experiências sugerem melhorias, com vistas a facilitar os cuidados à criança no hospital (CHAGAS, 2015).

É fundamental esse envolvimento da família na assistência à criança, oferecendo-lhe condições de participação no processo terapêutico como um todo, respeitando seus limites emocionais e habilidades em prestar os cuidados ao filho durante seu período de hospitalização. Além disso, é importante também o estabelecimento de relações de empatia e intersubjetividade entre a enfermagem e a família, facilitando a participação desta nas ações de cuidado (MORAIS; COSTA, 2009).

As famílias demonstram cada vez mais interesse em ser incluído no processo de cuidados, o que implica o estabelecimento de vínculos e de parcerias e a valorização da capacidade de escuta dos profissionais de saúde, que contribui para a humanização dos cuidados de saúde à criança hospitalizada (AEIN, ALHANI, KAZEMNEJAD, 2009; FAQUINELLO, HIGARASHI, MARCON, 2007; SIKOROVA, KUCOVA, 2012).

Gráfico 12. Atitude que sugere o enfermeiro como recurso para enfrentamento familiar. São Luís – MA, 2017.



A análise do gráfico acima sobre a atitude “Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação”, mostrou que 10,29% dos enfermeiros discordaram, entretanto 58,82% concordaram e 30,88% concordaram completamente, portanto os profissionais se reconhecem como auxiliares no enfrentamento e desenvolvimento da resiliência familiar no contexto das Unidades Neonatais.

Segundo Heermann, Wilson, Wilhelm, (2005) e Turan, Basbakkal, Özbek (2008) o ambiente da UTIN aumenta o estresse vivenciado pelas mães, o que justifica a importância dos profissionais de saúde auxiliá-las no processo de adaptação e enfrentamento da situação.

Hanson (2005) complementa sobre o papel do enfermeiro:

[...] o enfermeiro pode coordenar os cuidados que as famílias possam receber, colaborando com o grupo familiar no planejamento destes cuidados e pode servir como chave para ajudar as famílias a acederem aos recursos, servindo de ligação entre os serviços (HANSON, 2005, p.14).

A proximidade dos profissionais com a família do paciente infantil durante a internação proporciona seu envolvimento no processo terapêutico. Com isso, é importante que a enfermagem tenha sensibilidade e proporcione a adaptação da família ao processo de hospitalização de crianças. Assim, torna-se fundamental que

seja compreendida a dinâmica das relações entre os agentes que proporcionam o cuidado ao paciente no hospital (CHAGAS, 2015).

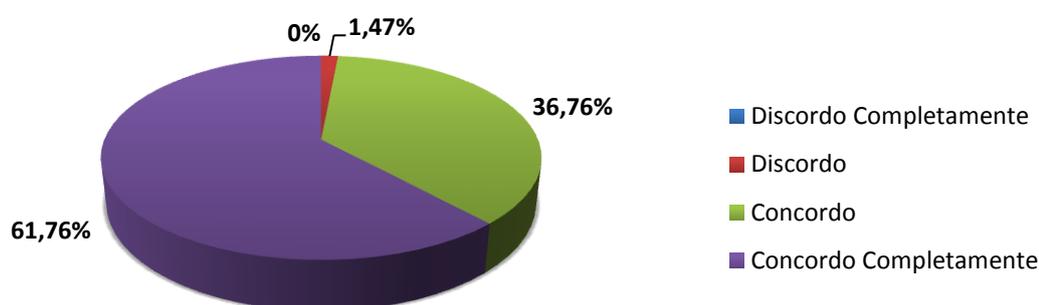
Os profissionais podem desempenhar um papel importante no enfrentamento e proteção da família contra o estresse vivenciado durante a hospitalização, mediante o envolvimento da família na prestação de cuidados durante esse momento da criança, que é um dos elementos-chave para atendimento de alta qualidade em enfermagem avançada. A crença da família em sua capacidade de lidar com situações estressantes pode melhorar a sua relação com a equipe de saúde (LEE; LAU, 2013).

A relação dialógica entre a equipe de enfermagem e a família é a ferramenta que permite a criação de vínculos e responsabilizações, onde essa interação pode refletir diretamente no modo de pensar e de se produzir o cuidado no hospital, portanto, se a equipe não viabilizar espaços de escuta e diálogo, a família pode não encontrar-se preparada para o enfrentamento do dia a dia no hospital (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Segundo Chagas (2015) a equipe de enfermagem também é responsável por viabilizar o apoio emocional à família quando percebe que a mesma encontra-se apreensiva com a situação da criança e deve tomar as medidas necessárias para auxiliar no enfrentamento da situação.

b) Dimensão 2 – Família: recurso nos cuidados de enfermagem:

Gráfico 13. Atitude segundo a importância de saber quem são os membros da família do paciente. São Luís – MA, 2017.



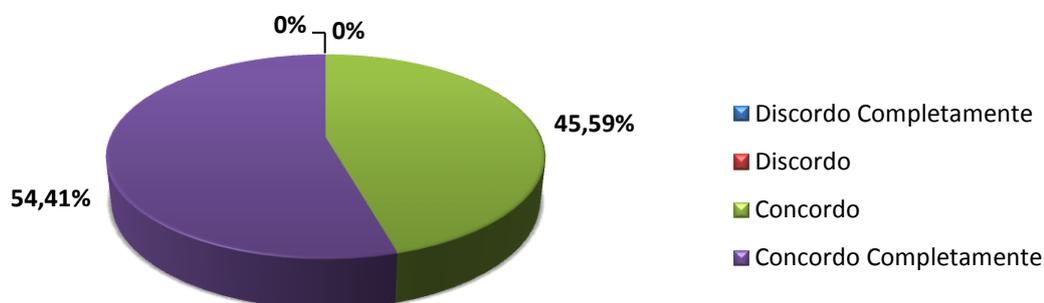
Acerca da atitude quanto à importância de saber quem são os membros da família do paciente, 1,47% dos enfermeiros pesquisados demonstraram que não consideram essencial essa questão, enquanto 36,76% concordaram e 61,76% concordaram completamente em conhecer quem são os membros da família. Dessa

forma, considerar e conhecer esses membros são atitudes importantes de suporte para o cuidado ampliado do enfermeiro em hospitalização com cuidados intensivos.

Sousa, Erdmann, Mochel (2010), defendem que saber quem são os membros da família e qual a sua composição é importante estratégia e a aproximação entre o enfermeiro e a família é reconhecida como uma experiência positiva e diferenciada no cuidado à criança, que permite ao profissional se deslocar para o cotidiano da família e da comunidade e, assim, optar por estratégias compatíveis com a realidade das crianças e dos familiares, favorecendo um espaço de diálogo e o relato de problemas, dificuldades e limitações no cuidado.

Estudos semelhantes realizados por Pires (2016) demonstraram que 100% dos enfermeiros entrevistados corroboram com a importância de saber quem são os membros da família, no entanto Ribeiro (2016) apesar de apresentar população majoritariamente a favor dessa conduta trouxe uma pequena parcela de sua população, representando apenas 2,63% que discordaram dessa importância coincidindo com os resultados desta pesquisa.

Gráfico 14. Atitude sobre manter uma boa relação com os membros da família gera satisfação no trabalho. São Luís – MA, 2017.



Na análise do gráfico acima, quando questionados sobre “Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho”, 45,59% dos enfermeiros concordaram e 54,41% concordaram completamente, totalizando 100% das respostas dos enfermeiros. O que significa que uma boa convivência e comunicação com a família gera bem-estar, portanto, nenhum dos enfermeiros se posicionou contrário a essa atitude no cuidado com famílias.

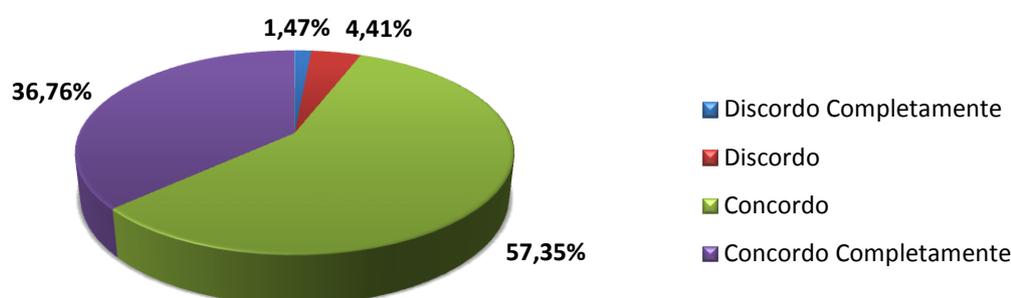
Sousa *et al.* (2014) referem que a constituição de relações de confiança entre a família e os profissionais funciona como elo entre os sujeitos da hospitalização, transformando o ambiente hospitalar em um local de menos desconforto e o estabelecimento de um plano de cuidados para o atendimento das

necessidades da família pela equipe multiprofissional da unidade é uma forma efetiva de se construir uma relação de confiança.

Pires (2015), Ribeiro (2016) corroboram os resultados encontrados nesta pesquisa, indicando que 100% da população estudada concordaram em sentirem-se satisfeitos quando mantém uma boa relação com os familiares.

O bom relacionamento interpessoal da equipe de trabalho, paciente e família é o responsável por um ambiente agradável e pela qualidade e eficiência dos serviços prestados aos clientes (CHAGAS, 2015).

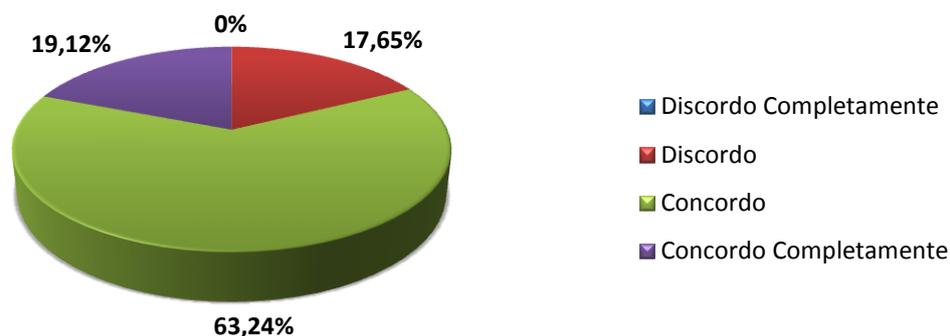
Gráfico 15. Atitude que sugere a importância da presença de membros da família para o enfermeiro. São Luís – MA, 2017.



No gráfico sobre “a presença de membros da família ser importante para mim como enfermeiro(a)”, constata-se a partir dos resultados que 1,47% dos pesquisados discordaram completamente e 4,41% discordaram, todavia 57,35% concordaram e 36,76% concordaram completamente. Portanto 94,11% consideram importante a presença do familiar.

Segundo Thiengo *et al.* (2014), Gorgulho, Rodrigues (2010) a presença materna na Unidade Neonatal deve ser valorizada pela equipe, sobretudo pela enfermagem, e os profissionais devem atuar como mediadores nas relações entre mãe/recém-nascido, e esta relação não pode ser mecânica e impessoal, ao contrário, requer um cuidado especial que demanda sensibilidade e disponibilidade, bem como dedicação para que seja estabelecido um elo para emissão de informações e diminuição de conflitos.

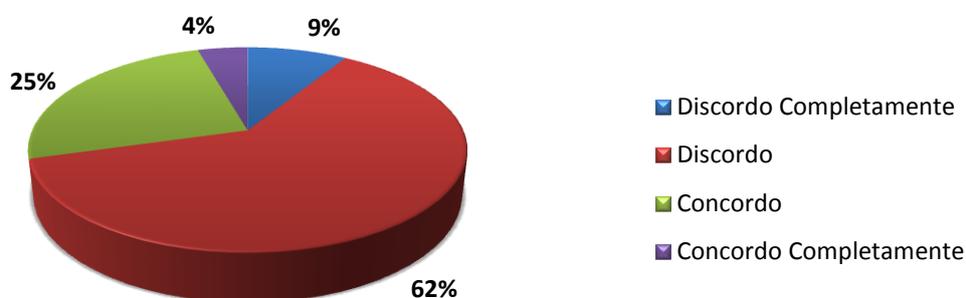
Gráfico 16. Atitude que propõe o sentimento de segurança com a presença da família. São Luís – MA, 2017.



A atitude dos enfermeiros entrevistados acerca do sentimento de segurança gerado pela presença de membros da família revelou que embora 17,65% da população de enfermeiros estudados discordassem, 63,24% concordaram e 19,12% concordaram completamente, favorecendo a presença do familiar junto ao paciente no contexto de UTIN.

Envolver a família na prestação de cuidados durante a hospitalização da criança é um dos elementos-chave para que a enfermagem exerça seu cuidado com segurança e alta qualidade (CHAGAS, 2015). A mesma autora defende que a reciprocidade entre profissionais e família fica evidente quando a enfermeira cuida com o intuito de atender as necessidades integrais, não somente da criança, mas, também de sua família. O relacionamento interpessoal entre enfermeiras e famílias, o fato de ser permitido que o familiar tenha contato com a criança e que seja informada sobre o seu estado clínico geram conforto e sentimento de segurança e confiança entre ambos.

Gráfico 17. Atitude acerca da presença de membros da família diminuir a carga de trabalho do enfermeiro. São Luís – MA, 2017.



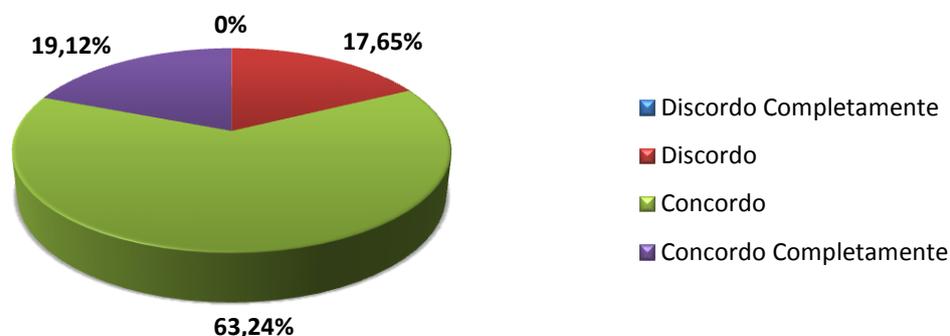
Na análise do gráfico 17 é possível constatar os resultados obtidos para o posicionamento dos enfermeiros acerca de que “A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho”. Dos participantes 62% discordaram dessa atitude

e 9% discordaram completamente sugerindo que a presença da família não diminui a carga de trabalho e que os enfermeiros assumem postura negativa acerca da presença dessa unidade ser colaborativa e facilitadora, quanto aos que se mostraram a favor, foram contabilizados que menos da metade, ou seja, 29% (somando-se 25% que concordaram e 4% que concordaram completamente).

Ribeiro (2016) trouxe resultados semelhantes ao encontrado em seu estudo realizado com enfermeiros no contexto de parto e puerpério, em que 57,9% discordaram quanto ao membro da família ser um facilitador e colaborador da assistência, minimizando a sobrecarga do profissional. 42,10% concordaram com essa assertiva. No entanto, Pires (2016) relatou que 54,4% dos enfermeiros abordados, concordaram com a presença do familiar ser atenuador no peso do trabalho para a equipe de enfermagem.

Segundo Silva *et al.* (2015), a enfermagem, na ausência do acompanhante em tempo integral, realiza os cuidados com uma rotina própria, com momentos de sobrecarga de trabalho e sem apresentar uma boa comunicação/relação com os acompanhantes durante o internamento das crianças.

Gráfico 18. Atitude dos enfermeiros quanto à participação ativa dos membros da família. São Luís – MA, 2017.



Quando analisados sobre “Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planejamento dos cuidados a prestar ao paciente”, 17,65% dos enfermeiros discordaram. Contudo da população estudada, 63,24% concordaram e 19,12% concordaram completamente. Esses dados mostraram-se coerentes com o encontrado no Gráfico 10 sobre a participação da família na discussão sobre alterações no estado do paciente, onde foi demonstrado que 88,23% dos enfermeiros (somados 58,82% concordaram e 29,41% concordaram completamente) se posicionaram a favor da importância do envolvimento familiar na

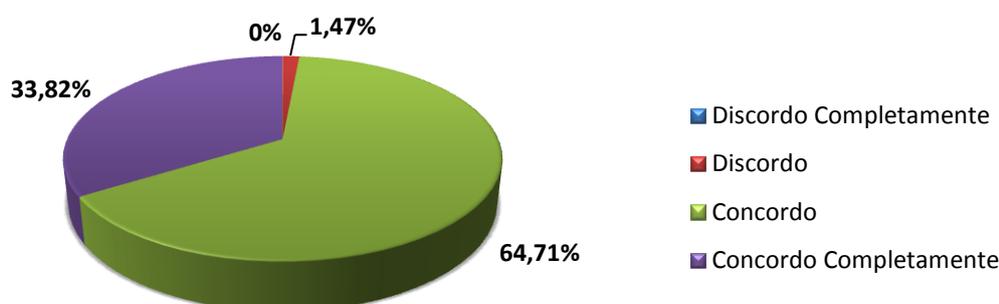
assistência, bem como consideraram sua influência na discussão e planejamento da atenção ao paciente.

Pimenta e Collet (2009) acrescentam que a enfermagem deve reorganizar sua prática assistencial a partir do cuidado negociado e compartilhado em cada situação singular, promovendo, assim, a autonomia da família e, ao mesmo tempo, respeitando as demandas de cuidado da família.

De acordo com Dezorzi, Camponogara e Vieira (2002), o familiar não pode ser visto apenas como aquele que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Deve assumir a responsabilidade pela saúde do seu familiar doente e, para isso, precisa ser ouvido em suas necessidades e ser igualmente cuidado.

A participação cada vez mais ativa das famílias no processo de saúde e doença dos seus membros pressupõe aumento do acompanhamento a estas unidades por parte dos profissionais de saúde e conseqüente obrigação dos enfermeiros repensarem a sua maneira de equacionar e praticar os cuidados de saúde, considerando o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem (ARAÚJO, 2014).

Gráfico 19. Atitude que sugere que os membros da família são importantes para os próprios membros da família. São Luís – MA, 2017.



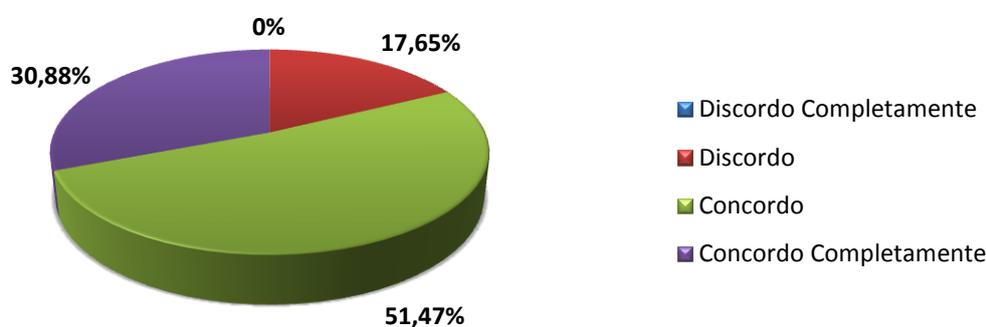
Quanto a atitude “A presença de membros da família é importante para os próprios membros da família”, somente 1,47% dos enfermeiros responderam que discordaram, enquanto 64,71% concordaram e 33,82% concordaram completamente, apoiando e reconhecendo a importância do acompanhamento e presença do familiar ao lado do doente.

O acompanhante representa apoio e suporte durante o tratamento e recuperação da pessoa hospitalizada e sua presença implica na manutenção da afetividade, no oferecimento de apoio emocional e na possibilidade de manutenção

do vínculo com sua rede social durante o período de internação (SANCHES *et al.*, 2013).

A presença do familiar cuidador é essencial, também, para a equipe, pois são os porta-vozes da criança, representam seus sentimentos, atitudes, comportamentos socioculturais internalizados traduzindo o mundo da criança para os profissionais. São os mediadores da criança no mundo do hospital, pois muitas vezes são eles que relatam à equipe de enfermagem o que a criança está sentindo. (SILVA, 2011).

Gráfico 20. Atitude do envolvimento familiar e sentimento de utilidade. São Luís – MA, 2017.

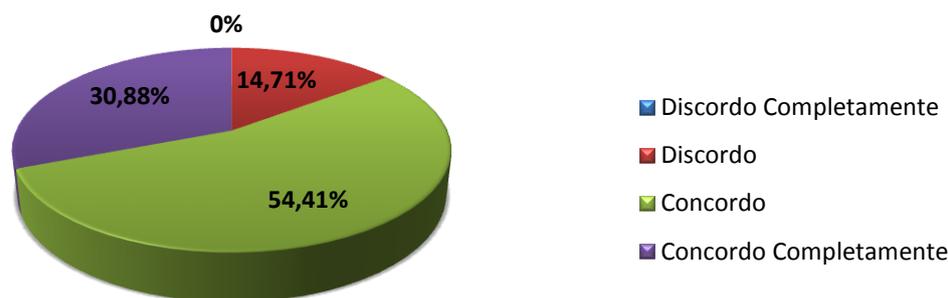


Na afirmação “O meu envolvimento com as famílias faz com que me sinta útil”, 17,65% dos enfermeiros discordaram, porém 51,47% concordaram e 30,88% concordaram completamente.

A possibilidade de se sentir útil e solidário ao outro pode ser fonte de conforto, satisfação e equilíbrio psíquico. O servir como característica profissional retoma origens da profissão de enfermagem, e se repete no discurso destes profissionais até hoje (MARTINS, FERNANDES, GONÇALVES, 2012).

Pires (2015) mostrou que mais de 95% dos enfermeiros estudados, referem sentimento de utilidade após o atendimento das necessidades e apoio emocional no enfrentamento da situação de internação. Ribeiro (2016) corrobora essa assertiva com mais de 80% de concordância dos participantes.

Gráfico 21. Atitude de adquirir conhecimento com a família. São Luís – MA, 2017.

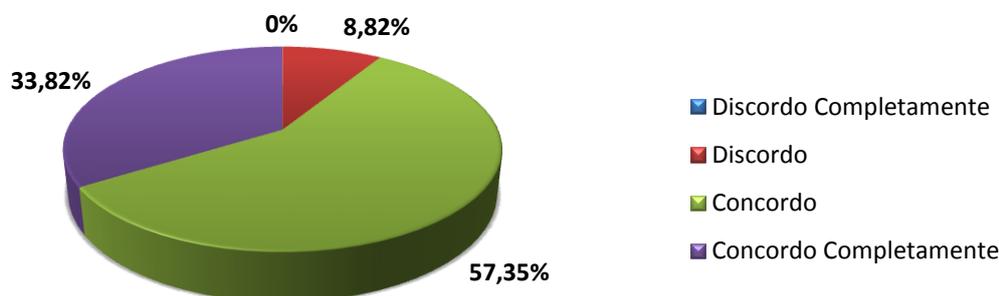


Sobre o questionamento “Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho” verificou-se que 54,41% dos enfermeiros concordaram e 30,88% concordaram completamente com o fato de que os familiares contribuem para o aprendizado na assistência de enfermagem, enquanto que 14,71% discordaram dessa opinião.

Cruz, Ângelo (2011, p. 864) afirmam que “pacientes e famílias não são mais apenas participantes ativos do cuidado e do processo de decisão, mas também vistos como conselheiros e parceiros no ensino, melhora da qualidade e redesenho do sistema de cuidado em saúde”.

Marcon e Elsen (1999) retratam a importância em se estudar famílias e de reconhecer que trabalhar com famílias se mostra hoje aos profissionais das mais diferentes áreas, como a “saída” possível para que melhores resultados sejam alcançados a médio e longo prazo.

Gráfico 22. Atitude sobre a importância de dedicar tempo a família. São Luís – MA, 2017.



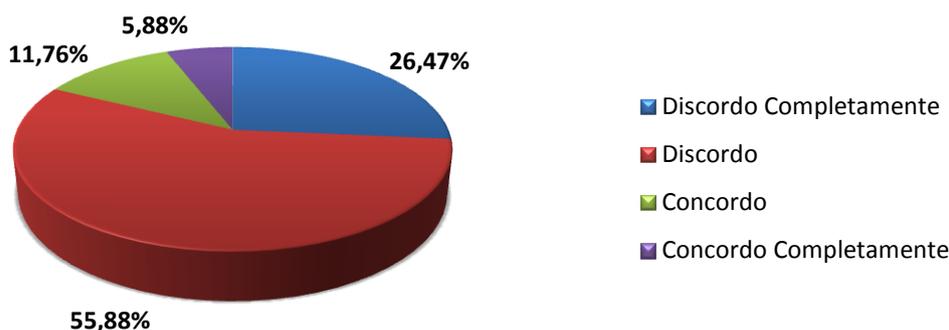
Acerca da conduta sobre a importância de dedicar tempo às famílias, constatou-se que 8,82% dos enfermeiros discordaram, contudo constituindo percentual predominante, 57,35% concordaram e 33,82% concordaram completamente com a doação de tempo à família.

Valorizar a escuta e o diálogo são traduzidos como atitude de respeito e dedicação, porém o contrário representa atitude de arrogância, é ignorá-la, é não desejar conhecê-la, é desconsiderá-la, assim a ausência do olhar, da escuta e do diálogo implica na qualidade do encontro e na continuidade do atendimento.

A família tem expectativas de encontrar um profissional que lhe ajude a compreender os momentos difíceis, que demandam ações, sentimentos e pensamentos nem sempre positivos. Vale destacar como contribuição, a crença de que, com a orientação, a ajuda e o acolhimento da enfermagem, os familiares poderão ultrapassar suas expectativas, o que propicia seu crescimento individual e maior aquisição de habilidades em qualidades humanas (SILVA, 2007).

c) Dimensão 3 - Família: fardo

Gráfico 23. Atitude sobre a presença da família dificultar o trabalho. São Luís – MA, 2017.



Conforme ilustrado no gráfico 23 sobre a atitude “A presença de membros da família dificulta o meu trabalho”, os dados comprovam que 26,47% dos enfermeiros afirmaram que discordam completamente e 55,88% discordam dessa percepção, portanto os entrevistados possuem condutas favoráveis a presença do familiar no cuidado, mas ainda persiste uma parcela destes que assumem considerar a família como obstáculo para o cuidado, totalizando aproximadamente 18% dos profissionais.

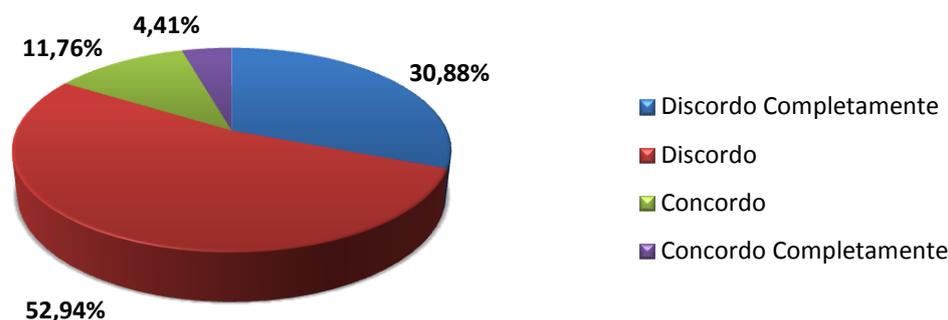
Pimenta e Collet (2009), Sousa, Gomes e Santos (2009) e Pinto *et al.* (2010), referem que a presença do familiar durante a hospitalização é benéfica, não só para os pais e para as crianças, mas para os enfermeiros, pois facilita o desempenho do seu trabalho. Entretanto, Chagas (2015), alerta que os profissionais de enfermagem enfatizam que em algumas situações o familiar cuidador não compreende o tratamento estabelecido para a criança e não aceita as informações

recebidas, sentindo-se nervoso e dificultando o desenvolvimento do trabalho da equipe.

Segundo Corrêa *et al.* (2015), o enfermeiro e a equipe como um todo reconhece a importância e necessidade de uma interação efetiva, entre a equipe e a família da criança internada, entretanto, esse reconhecimento não é acompanhado de um esforço satisfatório para a melhoria dessa realidade. É necessário compreensão do enfermeiro sobre a importância dessa relação como prática que contribui para o CCF, porém precisa-se preparar a equipe para acolher e aceitar a família na unidade.

Embora, a maior parte dos enfermeiros considere relevante a relação com os membros da família, esta ainda é percebida pelos enfermeiros de maneira fragmentada, e os cuidados de enfermagem continuam dirigidos ao indivíduo e não à família como cliente (FRIEDMAN, 1998; ELSEN *et al.*, 2002; HANSON, 2005).

Gráfico 24. Atitude sobre não dispensar tempo à família. São Luís – MA, 2017.



A respeito do profissional de enfermagem não ter tempo para cuidar das famílias, a investigação trouxe como resultado que os enfermeiros responderam ao item discordando completamente (30,88%) e discordando (52,94%). Não obstante 11,76% concordaram e 4,41% concordaram completamente com o fato elencado.

No contexto da UTI, o trabalho do enfermeiro é permeado por múltiplas demandas de atenção provenientes da complexidade e prestação dos cuidados, do ambiente de trabalho e da própria instituição de saúde (SANTOS; GUIRARDELLO, 2007).

Os enfermeiros e a equipe de saúde, com o intuito de atender as demandas assistenciais de cuidado à criança durante sua permanência no hospital, muitas vezes, dedicam pouca ou nenhuma atenção às questões psicológicas e

sociais do seu cuidado e de seu familiar, reduzindo, muitas vezes, a assistência à realização de procedimentos técnicos (JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010).

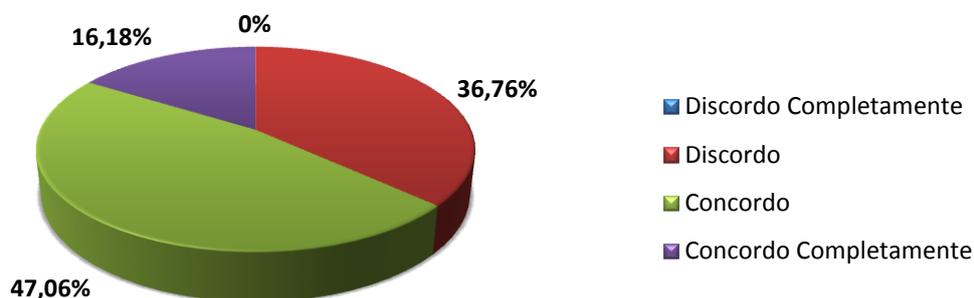
As ações de cuidado não devem somente se prender a cumprir atribuições técnicas de realização de procedimentos, mas também devem representar um elo, informando, orientando, dedicando tempo à família e à criança; deixando-as expressar seus sentimentos, medos, anseios e esperanças; permitindo assim, que vivenciem e criem condições para o enfrentamento do processo (SANTOS *et al.*, 2015).

Segundo Guirardello (2005) na prática diária o enfermeiro de UTI deve direcionar sua atenção para múltiplas e, frequentemente, competitivas demandas impostas pela grande variedade de estímulos no ambiente, enquanto presta assistência aos pacientes e seus familiares, ao mesmo tempo em que se relaciona com colegas e outros profissionais. A exposição constante do enfermeiro a essas fontes de demandas de atenção pode ocasionar fadiga, que é notada pela redução da capacidade para direcionar atenção, podendo refletir no planejamento e na implementação da assistência (SANTOS; GUIRARDELLO, 2007).

Sampaio e Ângelo (2015) fazem referência que em alguns momentos o enfermeiro, mesmo motivado, reconhece que não tem tempo para atender a família como deveria, uma vez que a prioridade está no cuidado à criança.

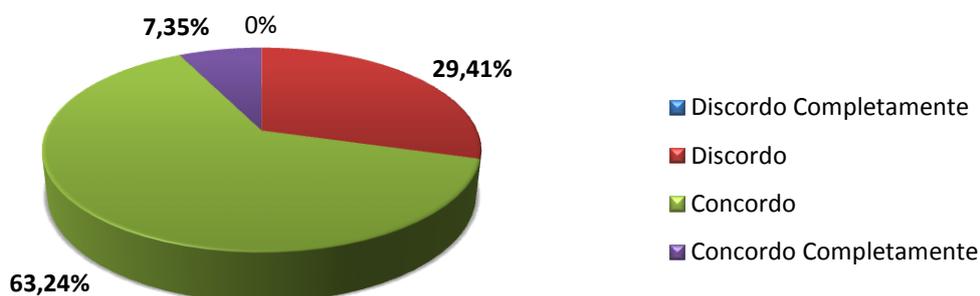
Sob o enfoque das demandas do enfermeiro em terapia intensiva neonatal Santos *et al* (2015) e Sousa *et al.* (2014) destacam que os enfermeiros não possuem tempo suficiente para completar todas as tarefas técnicas, administrativas, de cuidado de enfermagem e que a ação terapêutica na UTI limita-se, na maioria das vezes, a esses aspectos técnicos e científicos importantes para o controle e cura de doenças de pacientes graves sem levar em consideração o aspecto ameaçador do ambiente e o sofrimento físico e emocional que provocam nos familiares que acompanham a criança hospitalizada. Dessa forma, os enfermeiros que apresentam atitudes de menor suporte em relação à família podem estar relacionadas com o modelo centrado nos procedimentos e técnicas e não na pessoa e/ou família (SILVA, COSTA, SILVA, 2013).

Gráfico 25. Atitude sobre o enfermeiro sentir-se avaliado com a presença de membro da família. São Luís – MA, 2017.



Conforme ilustrado no Gráfico 25 em que “A presença de membros da família faz-me sentir avaliado(a)” 47,06% concordaram e 16,18% concordaram completamente, enquanto 36,76% discordaram. Entretanto, os profissionais investigados sentem-se avaliados pelos familiares. Em pesquisas realizadas por Côrrea *et al.* (2015) e Ribeiro (2016) constataram que há uma percepção da equipe em relação à família como um agente de fiscalização dos cuidados prestados, e não como coparticipantes no cuidado à criança. No entanto, Pires (2015) diverge ao demonstrar em seu estudo que 47% dos profissionais pesquisados discordam dessa perspectiva, ou seja, a família é vista como auxiliadora no processo de cuidado. Casanova e Lopes (2009) defendem que a enfermagem necessita estar sensível e encarar os familiares como parceiros no tratamento, pois estes podem auxiliar no cuidado por meio de informações e possíveis alterações clínicas acerca da criança.

Gráfico 26. Atitude sugere o enfermeiro sentir-se estressado com a presença da família. São Luís – MA, 2017.



Segundo a avaliação dos resultados obtidos sobre a declaração “A presença de membros da família deixa-me estressado” constatou-se que 29,41% dos entrevistados discordaram, porém 63,24% concordaram e 7,35% concordaram completamente, ou seja, a família é vista como fator desencadeador de estresse para os enfermeiros.

O cuidado à criança é permeado de algumas singularidades como a intensa interação entre equipe de enfermagem e a família da criança hospitalizada, que, se por um lado oferece inúmeros benefícios à recuperação da criança, por outro pode representar fonte geradora de conflitos, muitas vezes pelo não entendimento da família acerca do que está sendo feito com a criança ou devido a sua discordância da equipe. Para diminuir os conflitos, Sousa *et al* (2011) orientam manter uma relação pautada no diálogo, na negociação e nas trocas, estabelecendo com a família, na grande maioria das vezes, um vínculo harmonioso e propício à recuperação da criança. Para tanto, é indiscutível que o enfermeiro esteja mais próximo à criança e à família e possua uma visão ampla de suas necessidades. Para a família é imprescindível que o profissional de saúde ouça suas dúvidas, valorize sua opinião e incentive sua participação em todo o processo de cuidar durante a hospitalização, minimizando possíveis contendas surgidas na relação (MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

Considerando os escores definidos na IFCE-AE é importante considerar que quanto maior o valor obtido nas duas primeiras dimensões e menor na terceira mais importância os enfermeiros atribuem à família nos cuidados, ou seja, mais atitudes de suporte são reveladas pelos enfermeiros (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Tendo em vista essa assertiva, apresenta-se a Tabela 5 onde são demonstrados os escores e a consistência interna por dimensão.

Tabela 4. Escores e consistência interna segundo as Dimensões da IFCE-AE. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, São Luís-MA, 2017

Dimensões	Escore	Escore Mínimo e Máximo	α de Cronbach
Média IFCE – AE Total	76,77	74,87 – 78,68	0,90
Família: parceiro dialogante e recurso de <i> coping</i>	36,77	35,66 – 37,89	0,84
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	31,55	30,62 – 32,49	0,83
Família: fardo	8,44	8,01 – 8,86	0,44

Fonte: Elaborado pelo autora.

O estudo evidenciou que os enfermeiros possuem atitudes de suporte à família, pois a média do escore geral da escala encontrada foi de 76,77 pontos, com Intervalo de Confiança de 95% com variação mínima de 74,87 e a máxima de 78,68,

perfazendo um percentual de concordância de cerca de 74%, tendo em consideração que este instrumento varia entre valor mínimo de 26 e máximo de 104, com ponto médio de 65 pontos.

O escore encontrado para a primeira dimensão foi de 36,77 com intervalo de confiança de 95% com valor mínimo de 35,66 e máximo de 37,89. Esse resultado demonstra que a família é percebida como parceiro dialogante e como recurso de *coping*, ou seja, significa reconhecer o diálogo como importante e que ela é imbuída de forças e recursos capazes de fazer face a eventos previsíveis ou acidentais que implicam mudança e reorganização dos seus papéis, fato também argumentado e sustentado por Ângelo *et al.* (2014), Fernandes *et al.* (2015), Martins *et al.* (2010), Rodrigues (2013), Silva, Costa e Silva (2013).

Diante deste cenário faz-se necessário que se promovam condições adequadas para que o enfermeiro cuide da criança e da família nas suas especificidades e necessidades. Dentre as condições enfatizam-se as ações da educação/formação que permita habilitar e capacitar esses profissionais nos cuidados em colaboração com a família para assim prestar e consolidar da melhor forma esses cuidados (PIRES, 2016).

Na segunda Dimensão, Família: recurso nos cuidados de enfermagem, o escore encontrado foi equivalente a 31,55. Considerando o intervalo de confiança, esse valor pode variar com o mínimo de 30,62 e máximo de 32,49. Os escores são reveladores da família como recurso nos cuidados, sendo valorizada pela sua perícia e corresponsável nos processos de saúde-doença. Uma das principais atitudes nessa dimensão é a interação que consiste numa relação de colaboração, parceira e de reciprocidade não hierárquica.

Trazer a família para ser apoiada, com o objetivo na reorganização da prática de enfermagem é entender a unidade familiar como recurso nos cuidados de enfermagem. Pimenta e Collet (2009) ressaltam que a enfermagem deve remodelar sua prática assistencial, com base na assistência negociada e compartilhada em cada situação, promovendo, assim, a autonomia da família e, ao mesmo tempo, respeitando as suas demandas de cuidado.

Em relação à terceira dimensão, Família: fardo, o escore obtido foi de 8,4 pontos e considerando-se o intervalo de confiança de 95%, a variação foi de 8,01 e num valor maior de 8,86. Nesta dimensão, os itens apresentam-se inversos, portanto quanto menor o escore, maior é a atitude de apoio e relevância quanto a importância

da família no processo de cuidado, ou seja o valor encontrado nesta pesquisa foi baixo, mais próximo do valor mínimo estabelecido pelo instrumento validado por Oliveira *et al.* (2011), cujo escore variava de 4 a 16.

Os dados mostrados em relação a última dimensão, assemelham-se ao de Sousa (2011), que trouxe resultados de atitudes mais positivas face à família, assim como Alves (2011), quando refere resultados baixos na dimensão Família como fardo, o que traduz que os enfermeiros consideram a família com um recurso e apoio.

O alfa de *Cronbach* avalia a consistência interna da escala e no estudo a média total da escala de 0,90 assim como evidenciaram os estudos de Oliveira *et al.* (2009) que validaram a escala, apresentando um $\alpha=0,87$, Rodrigues (2013) com α de *Cronbach* 0,82 e Alves (2011) e Sousa (2011) com um $\alpha=0,83$.

Os valores das dimensões apresentaram alta confiabilidade: família como parceira dialogante e recurso de *coping* $\alpha=0,84$; família como recurso nos cuidados de enfermagem, $\alpha=0,83$ e família como fardo $\alpha=0,44$, muito próximo ao encontrado por Oliveira *et al.* (2011) em seu estudo, o qual realizou a consistência interna da escala para validar para versão portuguesa, o que teve um valor total da escala de 0,87, a primeira dimensão de 0,90; a segunda dimensão de 0,84 e a terceira dimensão de 0,49.

Embora, a maioria dos enfermeiros do estudo manifestem atitudes positivas e de apoio à importância sobre envolver as famílias no cuidado de enfermagem, outros estudos apresentam a média da escala IFCE–AE superior ao encontrado neste. Fernandes *et al.* (2015) refere em seu estudo pontuação média de 79,2; Ângelo *et al.* (2014) encontrou como resultado em sua pesquisa 82 pontos e Barbieri – Figueiredo *et al.* (2012) apresentou dados com média da escala de 101.27 pontos. Dessa forma, os princípios do Cuidado Centrado na Família já são aplicados em muitos serviços em vários países, entretanto, ainda são tímidas as iniciativas desta abordagem no Brasil (SAMPAIO; ÂNGELO, 2015).

A pouca ênfase que ganham conteúdos relacionados à assistência à família na formação do enfermeiro, interferem para a aquisição de uma postura mais valorizadora da família (WERNET, 2000).

Lima *et al.* (2012) referem que no cotidiano do trabalho no hospital, a convivência entre família e profissionais de enfermagem tem evidenciado a presença

de conflitos que vêm sendo desencadeados, em grande parte, pelo despreparo desses em lidar com a dor e o sofrimento da família.

Defende-se, assim como Mendes (2016), que os enfermeiros devem acolher a família nos momentos de acesso à unidade de internação, para a construção da possibilidade de tornar mais claro o processo vivido e encontrar algum conforto, eximindo-se de quaisquer pré-julgamentos, para que assim a família identifique nos profissionais, o porto seguro que necessitam.

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

5. CONCLUSÃO

O estudo buscou responder a inserção do cuidado no campo da enfermagem de família, fundamentado pela contextualização teórica e prática no contexto das Unidades Neonatais, revelando as atitudes dos enfermeiros nas relações de cuidado com a família. Nesse ponto, ressalta-se a importância da atuação do enfermeiro enquanto promotor e ligação entre a família, o paciente e os outros elementos envolvidos na equipe multiprofissional que prestam cuidados de saúde. Portanto, as atitudes positivas no cuidado com famílias pelos enfermeiros devem ser valorizadas, consideradas e implementadas no exercício prático da enfermagem.

Considerando a Escala IFECE-AE apresentou um α de *Cronbach* de 0,90 com excelente confiabilidade. A média do escore total da Escala foi de 76,77 pontos (IC= 74,87 – 78,68), apontando que os enfermeiros assumiam atitudes positivas de apoio sobre a importância das famílias nas relações de cuidado em Unidades Neonatais, não sendo a família considerada um fardo.

A dimensão da Escala Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*, mostrou resultados que indicaram a integração da família no contexto da prestação de cuidados ao cliente, bem como atitudes de apoio a família, exercitando-se a escuta, o acolhimento, o interesse em saber quem são os membros da família, discussões sobre o processo de cuidados ao paciente e a disponibilidade ao familiar. Na dimensão Família como recurso nos cuidados de enfermagem, verificou-se a relevância de se conhecer a família e manter com esse grupo social um relacionamento claro e saudável, de forma a assegurar a satisfação profissional dos enfermeiros e a presença da família na prática dos cuidados. A dimensão Família como um fardo, apresentou resultados de não concordância com essa percepção, mas como um fator positivo de parceria, apoio, colaboração, ajuda e participação na implementação dos cuidados de saúde ao paciente.

Contudo, o enfermeiro ainda necessita de formação contínua e especializada na área do Cuidado Centrado na Família, bem como refletir seu modo de fazer enfermagem buscando atitudes positivas e evitando aquelas que possam afastar o convívio e atuação do familiar junto ao recém-nascido nesse processo complexo de saúde-doença.

6. REFERÊNCIAS

- AEIN, F; ALHANI, F; KAZEMNEJAD, A. Parental participation and mismanagement: a qualitative study of child care in Iran. **Nurs Health Sci**, 2009;11(3):221-7.
- ALVES, C. M. P. M. **Atitudes dos enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito**. Porto, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade de Porto, Portugal.
- ALTON, M; MERICLE, J; BRANDON, D. One Intensive Care Nursery's Experience with Enhancing Patient Safety. **Adv Neonatal Care**, 2006; 6(3):112-9.
- ÂNGELO, M; BOUSSO, RS; ROSSATO, ML; DAMIÃO, EB; SILVEIRA, AO; CASTILHO, A M; ROCHA, MC. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, 2009; 43 (n.spe): 1337-1341.
- ÂNGELO, M; CRUZ, AC; MEKITARIAN, FFP; DOS SANTOS, CCDS; MARTINHO, M JCM; MARTINS, MMFPS. Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. **Rev Esc Enferm USP**, 2014;48 (Esp):75-81.
- ARAÚJO, YB; COLLET, N; MOURA, FM; NÓBREGA, RD. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. **Texto Contexto Enferm**, 2009; 18(3):498-505.
- ARAÚJO, IMB. **Cuidar da Família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem**. 2010. Porto. Tese (Doutoramento em Ciências da Enfermagem) - Universidade do Porto, 2010.
- ARAÚJO, CFG. **Enfermagem com famílias: percepção dos utentes de uma unidade de saúde familiar dos cuidados do enfermeiro de família**. Porto, 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade de Porto.2014.
- BACKES, DS; ERDMANN, AL; BÜSCHER, A. Evidenciando o cuidado de Enfermagem como prática social. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 2009; 17(6): 988-994.
- BARBIERI-FIGUEIREDO, MC; SANTOS, MR; ANDRADE, L; VILAR, AI; MARTINHO, M J; FERNANDES, I. Atitudes, Concepções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). **Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família** [Knowledge transferability in Family Nursing]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto – UNIESEP. Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família, 2012.
- BARBOSA, MAM; BALIEIRO, MMFG; PETTENGILL, MAM. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Rev Texto Contexto Enferm**, 2012; 21:194-9.
- BARBOSA, MAM; CHAUD, MN; GOMES, MMF. Vivências de mães com um filho deficiente: um estudo fenomenológico. **Acta paul. Enferm**, 2008;.21(1): 46-52 .
- BARBOSA MAM. **Compreendendo o mundo-vida da mãe com um filho deficiente** [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem; 2000.
- BECK, CLC; PROCHNOW, A; SILVA, RM; PRESTES, FC; TAVARES, JP. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Esc. Anna Nery**, 2010,14(3):490 – 495.
- BENZEIN, E; JOHANSSON, P; ARESTEDT, KF, BERG, A; SAVEMAN, BI. Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes — An Instrument Development. **Journal of Family Nursing**, 2008; 12: 97-117.

- BOENTE, LM. **A proteção da autonomia na formação de novas entidades familiares pela regulação normativa.** Salvador, 2012. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal da Bahia. 2012.
- BOUSSO, RS., ÂNGELO, M. **A enfermagem e o cuidado na saúde da família.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de enfermagem. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (2001): 18-22.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília: Ministério da Saúde; 1990. 110p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.
- CABEÇA, LPF. **Molduras da Comunicação de Notícias Difíceis em UTI Neonatal: sentidos do presente, reflexos para o futuro.** 2014. São Luís. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, 2014.
- CANHESTRO, MR; SILVA, EG; MOREIRA, M; SOARES, CMB; DINIZ, JSS; LIMA, EM; OLIVEIRA, GMR; FERNANDES, LM. A visita domiciliar como estratégia assistencial no cuidado de doentes crônicos. **REME**, 2005;9(3):260-266.
- CARVALHO, CSU. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2008; 54(1): 87-96.
- CASANOVA, EG; LOPES, GT. Comunicação da Equipe de Enfermagem com a Família do Paciente. **Rev. bras. enferm**, 2009; 62(6): 831-6.
- CENTA, ML; MOREIRA, EC; PINTO, MNGHR. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, 2004 Jul-Set; 13(3):444-51.
- CERQUEIRA, MMA. **A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento.** Lisboa, 2010. Tese (Doutoramento em Enfermagem) – Universidade de Lisboa, 2010.
- CHAGAS, MCS. **Criança hospitalizada: cuidado compartilhado entre família e equipe de enfermagem.** Rio Grande, 2015. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande/FURG, 2015.
- CÔA, TF; PETTENGILL, MAM. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; 45(4):825-32.
- COLLET, N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a Enfermagem Pediátrica. **Rev Bras Enferm**, 2012; 65(1): 7-8.
- CORRÊA, A. R.; ANDRADE, A. C.; MANZO, B. F.; COUTO, D. L.; DUARTE, E. D. As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro na Unidade Neonatal. **Escola Anna Nery**, 2015; 19(4): 629-634.
- COSTA, JB; FELICETTI, CR; COSTA, CR; MIGLIORANZA, DC; OSAKU, EF; VERSA GL, *et al.* Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **J Bras Psiquiatria**, 2010;59(3):182-9.
- COUTO, FF; PRAÇA, NS. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Esc Anna Nery**, 2009; 13(4).
- CREPALDI, MA; VARELLA, PB. A recepção da família na hospitalização de crianças. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, 2000; 10(19):33-39.
- CRUZ, AC; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Ciência Cuidado e Saúde**, 2011; 10(4):861-865.

- CRUZ, AC. **Relacionamento com famílias na prática clínica de enfermagem no contexto neonatal e pediátrico: impacto de uma intervenção educativa e proposição de uma escala de autoeficácia.** São Paulo, 2015. Tese (Doutoramento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- DAMIÃO, EBC; ANGELO, M. A experiência da família em ter uma criança com doença crônica. **Rev Esc Enferm USP**, 2001; 35(1):66-71.
- DEZORZI, LW; CAMPONOGARA, S; VIEIRA, DFVB. O enfermeiro de terapia intensiva e o cuidado centrado na família: uma proposta de sensibilização. **Rev. Gaúcha Enferm**, 2002;23(1):84-102.
- DIAS, M. O. **Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica – o processo de comunicação no sistema familiar.** Gestão e desenvolvimento. 2011.
- DINIS, RPAB. **A família do idoso o parceiro esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros.** 2006, Lisboa. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde), Universidade Aberta.
- DOANE, GH; VARCOE, C. Relational practice and nursing obligations. **Adv Nurs Sci**, 2007; 30(3): 192-205.
- DUARTE, APP; ELLENSOHN, L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007; 15(4):521-6.
- ELSEN, I.(2002) - Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, SS.; SANTOS, MR. dos (Orgs.). **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, p.11-24.
- ERDMANN, AL; SOUSA, FGM. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais e saúde. **Rev Mundo da Saúde**, 2009; 33(2):150-60.
- FAQUINELLO, P; HIGARASHI, IH; MARCON, SS. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto Contexto Enferm**, 2007;16(4):609-16.
- FERNANDES, CS; GOMES, APG; MARTINS, MM; GOMES, BP; GONÇALVES, LHT. A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. **Rev. Enf. Ref.** Vol. ser IV no.7 Coimbra dez. 2015.
- FERREIRA, L; VIEIRA, CS. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. **Acta Health SCI**, 2003;25(1):41-50.
- FIGUEIREDO, MH. **Enfermagem de Família: um contexto do cuidar.** 2009. Porto. Tese (Doutoramento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade do Porto, 2009.
- FRIEDEMANN, MARIE-LUISE. The concept of family nursing. **Journal of Advanced Nursing**, 1989; 14(3): 211-216.
- FRIEDEMANN, M.M. **Family nursing: theory and practice.** 3 ed. Pennsylvania. Appleton-Lange, 1992.
- FRIEDEMANN, MM.(1998) - **Family Nursing. Research, Theory e Practice.** 4ª ed. Connecticut: Appleton e Lange
- FRIZON, G; NASCIMENTO, ERP; BERTONCELLO, KCG; MARTINS, JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Rev Gaúcha Enferm**, 2011; 32(1):72-78, 2011.
- FUMIS, RRL. Comunicação de más notícias: um cuidado com a saúde. **Rev Bras Medicina**, 2010; São Paulo, 67: 34-35.

- GOMES, GC; ERDMANN, AL. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Rev Gaúcha Enferm**, 2005, 21(1): 20-30.
- GOMES, I. **A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente crônico no domicílio**. 2009. Lisboa. Tese(Doutorado em Ciências da Saúde), Escola Superior de Enfermagem, 2009.
- GORGULHO, FR; RODRIGUES, BMRD. A relação entre enfermeiros , mães e recém-nascidos em unidades de tratamento intensivo neonatal. **Rev Enferm UERJ**, 2010; 18:541-546.
- GUIRARDELLO, EB. Adaptação cultural e validação do instrumento demandas de atenção dirigida. **Rev Esc Enferm USP**, 2005;39(2):77-84.
- HANSON, SMH. (2005) - Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação. (2ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- HARRISON, TM. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. **J Pediatr Nurs**, 2010;25(5):335-43.
- HEERMANN, JA; WILSON, ME; WILHELM, PA. Mothers in the NICU: outsider to partner. **Pediatric Nurs**, 2005 May-Jun; 31 (3): 176-81.
- HIROMI, A. Predictors of nurses'family - centered care practices in the neonatal - intensive care unit. **Japan Journal of Nursing Science**, 2011; 8 (1): 57-65.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2012: Famílias e domicílios – resultado da amostra**. 2012. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/d_detalhes.php?id=797>. Acesso em: 25 de Maio de 2017.
- 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
- JANSEN, M. F.; SANTOS, R. M.; FAVERO, L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. **Rev Gaúcha Enferm**,2010; 31(2): 247-53.
- JOHNSON BH, ABRAHAM, MR, SHELTON, TL. Patient-and Family- Centered Care: Partnerships for Quality and Safety. **NC Med J**, 2009; 70(2):125-30.
- LAGO, PM; GARROS, D; PIVA, JP. Participação da Família no Processo Decisório de Limitação de Suporte de Vida: Paternalismo, Beneficência e Omissão. **Rev Bras Terapia Intensiva**, 2007;19(3): 364-368.
- LEE, R. L.; LAU, V. W. An interpretive phenomenological study of Chinese mothers' experiences of constant vigilance incaring for a hospitalized sick child. **J Adv Nurs, England**, 2013; 69(8): 1808-18.
- LEITE, MA; VILA, VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional: unidade de terapia intensiva. **Rev. Latinoam. Enf.**, 2005; 13(2): 145-50.
- LIMA, AS; SILVA, VKBA; COLLET, N; REICHERT, APS; OLIVEIRA, BRG. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto Contexto Enferm.**, 2010; 19(4):700-8.
- LIMA, A. S; SILVA, V. K. B. A; COLLE, N. *et al.* Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2012.
- LOHMANN, PM. **O ambiente de cuidado em UTI Neonatal: a percepção dos pais e da equipe de saúde**. 2011. Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Rio Grande do Sul; 2011.

MACHADO, MH; AGUIAR, WF; LACERDA, WF; OLIVEIRA, E; LEMOS, W; WERMELINGER, M; *et. al.* **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil** (Convênio: FIOCRUZ/COFEN). Rio de Janeiro: 28 volumes, NERHUS-DAPS-Ensp/Fiocruz e Cofen; 2015.

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

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

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

MATSUDA, LM; SILVA, N; TISOLIN, NA. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pos internação de uma UTI adulto. **Acta Scienti Arum Health Sciences.**, 2003;25:163-70.

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

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

MENDES, A. P. Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. **Texto Contexto Enferm.**, 2016; 25 (1): 1-9.

MILBRATH, VM. **Cuidado da família à criança portadora de paralisia cerebral nos três primeiros anos de vida.** 2008. Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande; 2008.

MORAIS, G. S. N.; COSTA, S. F.G. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Esc Enferm USP**, 2009; 43(3): 639-46.

MULLER, MR. Aspectos relevantes na comunicação em saúde. **Psicologia IESB**, 2009 1(1): 72-79.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, CJG. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Rev Bras Enferm**, 2011;64(2): 254-60.

NASCIMENTO, ERP; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na UTI: Teoria Humanística de Paterson e Zderad – **Rev Latino-am Enferm**, 2004;12:250-7.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, ICN. Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>>. Acesso em: 20 de Maio de 2017.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2014). **Dados Estatísticos a 31-12-2013, Departamento de Informática.** Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/common/downloads/Dados%20Estat.pdf>> Acesso em: 20 de Maio de 2017.

- OLIVEIRA, P; FIGUEIREDO, M. Modelos de formação em enfermagem de família. **Rev Esc Enferm USP**, 2009; 43(3): 615-21.
- OLIVEIRA, P. D. C. M.; FERNANDES, H. I. V.; VILAR, A. I. S.; FIGUEIREDO, M. H. D. J.; FERREIRA, M. M. S. R.; MARTINHO, M. J.; ET AL. Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes. **Rev Esc Enferm USP**, 2011;45(6): 1331 – 1337.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2002). Saúde 21 – **Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para todos na Região Europeia da OMS**. Loures: Lusociência.
- PACHECO, STA; RODRIGUES, BMRD; DIONÍSIO, MCR; MACHADO, ACC; COUTINHO, KAA; GOMES, APR. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. **Rev. Enferm. UERJ**, 2013; 21(1):106-12.
- PEREIRA, OG. A emergência do paradigma americano. In: VALA, J; MONTEIRO, MB. **Psicologia social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia – Teoria e Prática**. 2 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2008.
- PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, 2009;43(3).
- PINHEIRO, USM. **Más noticia em oncologia**: o caminho da comunicação na perspectiva de médicos e enfermeiros. 2012. 114f. Dissertação (mestrado) – Universidade de Santa Maria, Santa Maria, 2012.
- PINTO, JP; RIBEIRO, CA; PENTEGILL, MM; BALEIRO, MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev Bras Enferm**, 2010; 63(1):132-5.
- PIRES, EIF. **A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família**. Bragança, 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar) - Escola Superior de Saúde de Bragança. 2016.
- POLIT, D; BECK, C.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. São Paulo: Editora Artmed, 2004.
- POSSOLLI, GE; SALE, APT; ALMEIDA, DD; MATIA, G; LERMEN, NH. Relação da família e a equipe de enfermagem. **4ª Convibra**, 2015.
- POWER, N; FRANCK, L. Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. **J Adv Nurs.**, 2008;62(6):622-41.
- REICHERT, APS; LINS, RNP; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Rev Eletrônica Enferm**, 2007; 9(1):200-13.
- RIBEIRO, JSST. **Atitudes de enfermeiros nos cuidados com famílias no contexto do parto e puerpério imediato**. São Luís, 2016. Dissertação em enfermagem – Universidade Federal do Maranhão.
- RODRIGUES, P. F. *et al.* Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Esc. Anna Nery. Rev Enferm**, 2013; 17(4): 781-7.
- RODRIGUES, L. M. O. **A família parceira no cuidar: intervenção do enfermeiro**. Coimbra, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Universidade de Coimbra, Portugal.
- ROLIM, KMC; CARDOSO, MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2006;14(1):85-92.

- ROSSI, C. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. **Acta Paul Enferm**, 2010; 23 (5):640-5, out.
- SAMPAIO, P. S. S; ANGELO, M. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. **Rev Soc Bras Enferm Ped.**, 2015; 15(2):85-92.
- SANCHES, ICP; COUTO, IRR; ABRAHAO, AL; ANDRADE, M. Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? **Ciênc. saúde coletiva**, 2013;18(1):67-76.
- SANTOS, CE; TAKAHASHI, RT. Resgatando a trajetória profissional do enfermeiro do sexo masculino: um enfoque fenomenológico. **Rev Bras. Enferm.**, 2000; 53(2): 183–192.
- SANTOS, LSC; GUIRARDELLO, EB. Demandas de atenção do enfermeiro no ambiente de trabalho. **Rev Latino Am Enferm.** 2007;15(1):27-33.
- SANTOS, LMS; ARAUJO, JS; LIMA JÚNIOR, RM; SOUSAS, RF; CONCEIÇÃO, VM; SANTANA, ME. Cuidados paliativos para a criança com câncer: reflexões sobre o processo saúde-doença. **Rev Bras Pesq Saúde**, 2015;15(3): 130-8.
- SCHATKOSKI, AM; WEGNER, W; ALGERI, S; PEDRO, EN. Safety and protection for hospitalized children: literature review. **Rev Latino-Am Enferm.**, 2009;17(3):410-416.
- SEGARIC, CA; HALL, WA. (2005). The family theory-practice gap: A matter of clarity? **Nursing Inquiry**, 2005;12(3), 210-218.
- SHIELDS, L.; PRATT, J.; HUNTER, J. Family centred care: a review of qualitative studies. **J Clin Nurs**, 2006; 15:1317-2.
- SIKOROVA, L; KUCOVA, J. The needs of mothers to newborns hospitalized in intensive care units. **Biomed Pap Med**, 2012; 156(4):330-6.
- SILVA MS. **Família e o cuidado do portador de psicose em um CAPS de Salvador**. 2007. Bahia. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2007.
- SILVA, R S; CAMPOS, AER; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem da USP**, 2011; 45(3): 738-744.
- SILVA, M. A. N. C. G. M. M.; COSTA, M. A. S. M.; SILVA, M. M. F. P. A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem**. Referência. Portugal, 2013.
- SILVEIRA, RS; LUNARDI, V; LUNARDI FILHO, WD; OLIVEIRA, AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na uti. **Texto Contexto Enferm**, 2005;14 (supl): 125-130.
- SIQUEIRA, SB; FILIPINI, R; POSSO, MBS; FIORANO, AMM.; GOLÇALVES, SA. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arq Med ABC**, 2006; 31(2):73-77.
- SOUSA, FGM. **Tecendo a Teia do Cuidado à Criança na Atenção Básica de Saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade**. 2008. Florianópolis. Tese (Doutoramento em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.
- SOUSA, FGM; ERDMANN, AL; MOCHEL, EG. Modelando a Integralidade do Cuidado à Criança na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**, 2010; 31(4):701-7.
- SOUSA, FGM; SANTOS, DMA; LIMA, HRFO; SILVA, DCM; CABEÇA, LPF; PERDIGÃO, ELL. O Familiar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: um contexto revelador de necessidades. **Journal of Research Fundamental Care Online**, 2014; 7(supl.): 77- 94.

- SOUSA, LD; GOMES, GC; SANTOS, CP. Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. **Rev Enferm UERJ**, 2009; 17(3):394-399.
- SOUSA, LD; GOMES, GC; SILVA, MRS; *et al.* A família na unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora. **Cienc Enferm Conception**, 2011; 17(2): 87-95.
- SOUSA, ESAS. **A Família: atitudes do Enfermeiro de Reabilitação**. 2011. Porto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011.
- STAMM, M; MIOTO, RCT. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. **Cienc Cuid Saude**, 2003; 2(2): 161-68.
- STRASBURG, AC; PINTANEL, AC; GOMES, GC; MOTA, MS. Cuidado de enfermagem a crianças hospitalizadas: percepção de mães acompanhantes. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro. 2011, 19 (2): 262-7.
- THIENGO, MA; SANTOS, ND; MORAES, JRMM; *et al.* O empoderamento de mães de recém-nascidos no contexto de cuidados hospitalar. **Revista de Enfermagem da UERJ**, 2014; .22 (1): 65-70.
- TURAN, T; BASBAKKAL, Z; ÖZBEK, S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. **J Clin Nurs.**, 2008; 17(21):2856-66.
- VAN DER SAND, I. C. P; GIRARDON-PERLINI, N. M. O; ABREU, S. M. Ansiedade de familiares de parturientes durante o processo de parto. **Cienc Cuid Saúde**, 2011; 10(3): 474-481.
- VELOSO, MAMA. **A equipe de saúde e os pais na UTI Neonatal** [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
- VIEIRA, MP; PIRES, NS; SANTOS, VC. **O acesso dos familiares a Unidade de Terapia Intensiva: uma forma de comunicação com a equipe**. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. 2010, Uruguaiana - Universidade Federal do Pampa.
- WERNET, M. Enfermagem e família – investindo no primeiro passo, DF. **Rev. Bras. Enferm**; 2000,53(spe).

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PARTICIPANTES DA PESQUISA POR CONTEXTO E SERVIÇO

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/HUUFMA

1.1 UNIDADE MATERNO INFANTIL

SETOR	POPULAÇÃO
UTI NEONATAL	21
FOLLOW UP	01
TOTAL	22

2. HOSPITAL INFANTIL DOUTOR JUVÊNIO MATOS

SETOR	POPULAÇÃO
UTI NEONATAL	24
TOTAL	24

3. HOSPITAL MARLY SARNEY

SETOR	POPULAÇÃO
UTI NEONATAL	26
TOTAL	26

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO ACADÊMICO PROFISSIONAL

1. Idade em anos _____

2. Sexo

() FEMININO () MASCULINO

3. Habilitações acadêmicas

() Bacharelado

() Licenciatura

() Residência em Enfermagem

() Especialização. Especificar _____

() Mestrado. Especificar _____

() Doutorado . Especificar _____

4. Experiência profissional em anos _____

5. Contexto de inserção profissional

() Hospital

() Atenção Básica

6. Unidade de trabalho

() Estratégia Saúde da Família

() Centro Cirúrgico Adulto

() Centro Cirúrgico Pediátrico

() Clínica Médica Adulto

() Clínica Cirúrgica Adulto

() Internação Pediátrica

() UTI Geral

() UTI Cardiológica

() UTI Pediátrica

() UTI Neonatal

() Followup

() Alojamento Conjunto

() Banco de Leite Humano

() Urgência Pediátrica

() Centro Obstétrico

() Hemodinâmica

() Ambulatório Hospitalar de

() Ambulatório de Psiquiatria

Pediatria

() Enfermaria de Psiquiatria

() Urgência Psiquiátrica

() Nefrologia

() Central de Transplante

() Banco de Olhos

() CIHDOTT

() Unidade de Oncologia

(...)Outro

Especificar _____

7. Vínculo Laboral

Vínculo por concurso

Contrato temporário

8. Fez algum curso sobre Enfermagem de Famílias

Sim. Especificar _____

Não

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

Sim. Especificar _____

Não

Não lembro

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

Sim. Especificar _____

Não

Não lembro

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

Sim. Especificar _____

Não

Não lembro

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

Sim. Especificar _____

Não

Não lembro

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Responsável pela Pesquisa: Profa: Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa

O planejamento do cuidado em torno da família deve reconhecer todos os seus membros como receptores de atenção com contribuições significativas para a qualidade e a segurança do cuidado. Para conduzir esta pesquisa, parte-se do pressuposto de que as atitudes dos enfermeiros são determinantes para a qualidade das relações que se estabelecem com a família. Desta forma, convidamos você a participar da pesquisa que tem como objetivo identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado segundo as dimensões da Escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE)” e de estabelecer a relação entre as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado com o contexto, o tempo de exercício profissional e a titulação dos enfermeiros. A sua participação na pesquisa é importante, pois suas experiências e concepções irão contribuir na delimitação de atitudes do enfermeiro para o cuidado com famílias. A pesquisa será realizada por meio do autopreenchimento de dois (2) questionários que lhe serão entregues em um envelope com dados de identificação da pesquisa e do participante no seu local de trabalho em dia e horário por você definido. O instrumento 1 (Escala de A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE) você responderá marcando cada um dos itens com um X a partir da sua concepção que varia de Discordo Completamente a Concordo Completamente. Nenhuma das perguntas devem ser deixadas em branco. No segundo instrumento (Variáveis Acadêmicas e Profissionais) você responderá marcando com um X e, em algumas perguntas será necessário uma pequena descrição. É uma pesquisa baseada em abordagem quantitativa e será realizada com enfermeiros que trabalham em terapia intensiva neonatal. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, para isso basta entrar em contato pelo telefone abaixo. Sua

recusa não trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora. Informamos que os riscos e desconfortos relativos a sua participação na pesquisa, são mínimos, e podem relacionarem-se a dificuldades pessoais para expressar suas concepções além de comportamentos decorrentes de inseguranças e barreiras defensivas. Nesse sentido, a pesquisadora fará o possível para minimizá-los. A sua participação não lhe trará nenhum custo ou quaisquer compensações pessoais ou financeiras. Asseguramos que todas suas informações serão mantidas confidencialmente, que seu nome será mantido em sigilo e as suas informações aparecerão no relatório da pesquisa e nas publicações de forma anônima. Os resultados serão divulgados somente em publicações científicas e acadêmicas. Você pode solicitar questionamentos sobre a pesquisa, sempre que achar necessário para isso basta entrar em contato com as pesquisadoras: Professoras Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa e Dra. Andréa Cristina Oliveira Silva no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Centro Pedagógico Paulo Freire, sala 107 - Sul, Campus Universitário, Bacanga, São Luís- MA, pelo telefone (98)32729700 ou (98) 988919782 ou pelo e-mail: fgeorginasousa@hotmail.com ou andreacris09@hotmail.com. Em caso de dúvidas éticas, contatar com a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, na Rua Barão de Itapary, 227 – centro, telefone (98) 2109-1250. Este termo será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma delas com você e a outra arquivada com o pesquisador.

São Luís, ____ de _____ de _____.

Coordenadora da Pesquisa

Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa

APÊNDICE 4 – TERMO DE PÓS-CONSENTIMENTO

Eu,

_____ ,
abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Importância da Família para os Processos de Cuidados: Atitudes de Enfermeiros nos Contextos Hospitalar e da Atenção Básica” na condição de participante. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade.

São Luís, ____ de _____ de _____.

Participante da Pesquisa

APÊNDICE 5 – CARTA CONVITE

São Luís, ____ de _____ de 2016

Prezado(a) Senhor(a)

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

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

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

Agradecemos sua disposição e participação

Francisca Georgina Macedo de Sousa
Professora da Universidade Federal do Maranhão
Coordenadora da Pesquisa

APÊNDICE 6 – ORIENTAÇÃO PARA O AUTOPREENCHIMENTO DA ESCALA

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

Prezado Participante,

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

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

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

ORIENTAÇÕES:

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

Obrigada pela sua participação

ANEXOS

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

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

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

alivia a minha carga de trabalho				
11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planejamento dos cuidados a prestar ao paciente				
12. Procuro sempre saber quem são os membros da família do paciente				
13. A presença de membros da família é importante para os próprios membros da família				
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados				
15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao paciente				
16. Pergunto às famílias como posso ajudá-las				
17. Encorajo as famílias a utilizar os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações				
18. Considero os membros da família como parceiros				
19. Convido os membros da família a falar sobre as alterações no estado do paciente				
20. O meu envolvimento com as famílias faz com que me sinta útil				
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho				
22. É importante dedicar tempo às famílias				
23. A presença de membros da família				

faz-me sentir avaliado(a)				
24. Convido os membros da família a opinar quanto ao planejamento dos cuidados				
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação				
26. A presença de membros da família deixa-me estressado				

Faça aqui seu Comentário

ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Andréa Cristina Oliveira Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46389315.6.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.249.885

Apresentação do Projeto:

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

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

Continuação do Parecer: 1.249.885

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

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

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 1.249.885

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum comentário ou comentário sobre a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória são apresentados.

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO -PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:** O Cuidado Centrado na Família: avaliação das atitudes de enfermeiros em Terapia Intensiva neonatal

2. **ALUNO(A):** MIRTES VALÉRIA SARMENTO PAIVA

3. **ORIENTADOR(A):** Prof^ª. Dr^ª. FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE SOUSA

4. **INTRODUÇÃO:** A assistência de enfermagem, quando pautada nos princípios do Cuidado Centrado na Família busca o reconhecimento de suas necessidades, dificuldades, potencialidades e forças e requer dos enfermeiros o atendimento abrangente dessas necessidades. - *Capítulo redigido de forma clara e sucinta, utilizando referências atuais.*

5. **JUSTIFICATIVA:** O estudo justifica-se pela necessidade de alcançar situações para o norteamento situacional e gerir esforços para a contribuição no cuidado com eficiência e produção de conhecimento. - *Apresenta Justificativa coerente com a proposta.*

6. **OBJETIVOS:** -Descrever as atitudes dos enfermeiros no cuidado com famílias no contexto da terapia intensiva segundo as dimensões da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem Atitudes dos Enfermeiros e; -Identificar as atitudes dos enfermeiros que contribuem ou limitam o cuidado com famílias no contexto da terapia intensiva neonatal segundo as dimensões da Escala das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros -*Passíveis de alcance.*

7. **PROCESSO METODOLÓGICO:**

O estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa. Realizar-se-ão entrevistas individuais abertas (não estruturadas) com todos os enfermeiros (N=73) que exerçam atividades em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) (UTIN-HUUFMA, UTIN-Maternidade Marly Sarney e UTI -Hospital Juvêncio Matos. No tangente aos aspectos éticos, o estudo é parte do projeto de pesquisa "Importância da família para os processos de cuidados: atitudes de enfermeiros nos contextos hospitalar e da Atenção Básica". *Reforça-se contudo que não se considera exclusão enfermeiros em licença para tratamento de saúde ou em férias, uma vez que não serão incluídos na coleta de dados.*

8. **CRONOGRAMA:** *Contempla todas as etapas de um projeto de pesquisa com início em setembro de 2016 e conclusão em setembro de 2017.*

9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** Contempla a Resolução 466/12 do CNS.

10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** -*Adequada*

11. **CONCLUSÃO DO PARECER**

Em face à análise realizada no projeto apresentado ao Colegiado do Curso de Enfermagem, este parecerista decide pela APROVAÇÃO.

São Luís, 02 de dezembro de 2016.

Adriana P. C. Rabilo

Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ___/___/___.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 06/12/2016.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ___/___/___.

Leina Maria Barros Fonseca

Prof^ª Dr^ª Leina Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem