UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**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

ANDRÉIA CASCAES CRUZ

**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**

Tese Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências
Área de concentração: Cuidado em Saúde
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Margareth Angelo

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Cruz, Andréia Cascaes

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 / Andréia Cascaes Cruz. São Paulo, 2015.

292 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Margareth Angelo

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem da família. 2. Enfermeiros - treinamento.
3. Escalas (psicometria). 4. Atitudes. 5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Andréia Cascaes Cruz

Título: 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.

Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha família.

Aqueles de quem vim, àqueles a quem me uni, àquele que de mim veio.

Com amor!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À Prof.^a Dr.^a **Margareth Angelo**, pelas partilhas nessa caminhada que
empreendemos juntas, minha eterna gratidão.*

AGRADECIMENTOS

Neste percurso para concretização desta etapa da minha história, recebi ajuda de centenas de pessoas... surgiram pessoas que eu nem sequer conhecia, reapareceram pessoas com quem há muito eu não tinha contato, permaneceram pessoas que sempre estiveram ao meu lado, todas para me apoiar neste trajeto. Termino esta jornada agradecendo à vida pelos sentimentos que pude experimentar, por sentir que ainda há compaixão, solidariedade e amor ao próximo.

Aos meus pais, por todo carinho, suporte e zelo.

Ao Rodrigo, por tornar os meus dias mais suaves e felizes.

Ao Benício, por existir.

À minha grande amiga Carla, meu sincero agradecimento por toda colaboração. Você foi imprescindível.

Às minhas irmãs Pati e Mi, por fazerem parte da família que eu escolhi.

À amiga Keila, pela grande ajuda na reta final, quando já me faltava fôlego.

À amiga Patricia Moreira, pelo carinho, escuta, por ser uma pessoa especial.

A todos os colegas enfermeiros que se engajaram junto comigo na construção deste trabalho, obrigada por efetivamente participarem da produção deste conhecimento.

*Às Prof.^{as} Dr.^{as} **Myriam Mandeta** e **Alda Valéria** pelas contribuições oferecidas no exame de qualificação.*

*À enfermeira **Nanci Cristiano Santos**, chefe técnica da Divisão de Enfermagem Pediátrica do HU, por toda atenção e suporte para realização deste trabalho.*

*A toda **equipe do Hospital Universitário (HU)**, pelo acolhimento.*

*À **Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP)** pelo apoio para realização da pesquisa.*

*Aos amigos do **GEENF**, Fran, Tel, Eliane, Virgínia e Lígia.*

*À todas que integram a secretaria do **ENP**, em especial à Betânia.*

*Ao **Bernardo**, pela paciência e prontidão na realização das análises estatísticas.*

*Ao **Marcello Batista Pimentel**, pelos ajustes finais.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (**PPGE**) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (**CNPQ**) pela concessão da bolsa de Doutorado e pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.*

Muito obrigada!

"A pergunta crucial é esta: o que é que nos separa desse futuro que todos queremos? Alguns acreditam que o que falta são mais quadros, mais escolas, mais hospitais. Outros acreditam que precisamos de mais investidores, mais projectos económicos. Tudo isso é necessário, tudo isso é imprescindível. Mas para mim, há uma outra coisa que é ainda mais importante. Essa coisa tem um nome: é uma nova atitude. Se não mudarmos de atitude não conquistaremos uma condição melhor. Poderemos ter mais técnicos, mais hospitais, mais escolas, mas não seremos construtores de futuro".

Mia Couto

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 [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: A transferência do conhecimento relativo à Enfermagem dos Sistemas Familiares para a prática clínica de enfermagem é um desafio. No processo de integrar a teoria à prática, as motivações e atitudes dos enfermeiros são fortemente influenciadas por suas percepções de autoeficácia. **Objetivos:** Avaliar o impacto de um treinamento sobre Enfermagem dos Sistemas Familiares nas atitudes e percepções de enfermeiros no contexto neonatal e/ou pediátrico hospitalar e construir e validar uma escala de autoeficácia para o estabelecimento de bons relacionamentos com famílias no contexto neonatal e/ou pediátrico hospitalar. **Método:** Dois estudos foram desenvolvidos a fim de se alcançar os objetivos da pesquisa, e para tanto foi utilizado um método de pesquisa misto sequencial explanatório e exploratório. O primeiro estudo foi realizado em um Hospital Universitário de São Paulo com 37 enfermeiros que atuavam no contexto neonatal/pediátrico. Refere-se a um desenho quasi-experimental que envolveu uma etapa de intervenção educativa e a coleta de dados pré e pós-intervenção por meio da aplicação de instrumentos e realização de entrevistas. O segundo estudo do tipo metodológico e psicométrico foi conduzido em quatro etapas para construção e validação da escala de autoeficácia. A primeira etapa consistiu na revisão de literatura e em entrevistas com nove enfermeiros para a definição constitutiva e operacional do construto. A segunda etapa consistiu na validação de conteúdo da primeira versão do instrumento por juízes e na análise semântica pela população-alvo. Na terceira etapa a versão piloto da escala foi aplicada à amostra de 194 enfermeiros que atuavam no contexto neonatal/pediátrico hospitalar. A quarta etapa consistiu na análise das consistências interna e fatorial. Em ambos os estudos os dados quantitativos foram analisados por meio do programa SPSS 22 e as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo à luz do Interacionismo Simbólico. **Resultados:** A realização da entrevista no campo clínico com famílias foi a única variável que indicou diferença estatisticamente significativa nas atitudes dos enfermeiros pré e pós-intervenção educativa. As principais mudanças na percepção dos enfermeiros se deram nos âmbitos da reconstrução do seu papel enquanto enfermeiros, da importância de cuidar das famílias e do tipo de relacionamento que deve ser estabelecido com a família na prática

clínica. A Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/Pediátrico integra 39 itens e três dimensões denominadas *autoeficácia para abrir-se para a família; autoeficácia para manter uma comunicação eficaz com a família e autoeficácia para conviver em equilíbrio consigo e com a família*. A análise da confiabilidade, realizada por meio do coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach, revelou valores elevados tanto para a escala total (0,983), como para suas dimensões.

Conclusões: Um treinamento sobre a Enfermagem dos Sistemas Familiares que integre teoria e prática provoca um impacto positivo nas atitudes e percepções de enfermeiros no que diz respeito ao atendimento às famílias na prática clínica de enfermagem. A mobilização de conceitos no *self* desencadeia atitudes mais favoráveis à inclusão e ao atendimento de famílias, bem como o aumento na percepção de autoeficácia dos enfermeiros. A escala construída é consistente e válida, constituindo um recurso para mensurar a autoeficácia de enfermeiros para estabelecerem bons relacionamentos com as famílias no contexto neonatal e /ou pediátrico hospitalar.

Palavras-chave: Enfermagem da Família. Enfermeiros – treinamento. Escalas (psicometria). Atitudes. Enfermagem.

Cruz AC. Relationships with families in clinical nursing practice in the neonatal and pediatric settings: impact of an educational intervention and proposition of a self-efficacy scale. [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Knowledge Translation in Family Systems Nursing into clinical nursing practice constitutes a challenging process. While integrating theory and practice, nurses' attitudes and motivations are highly influenced by their self-efficacy perception. **Objectives:** To evaluate the impact of a Family Systems Nursing training on nurses' attitudes and perceptions in neonatal/pediatric context and to build and validate a self-efficacy scale to establish good relationships with families in neonatal/pediatric settings. **Method:** Two studies were developed in order to reach the research goals and, for this purpose, a mixed-methods sequential explanatory and exploratory was used. The first study was held in a University Hospital of São Paulo city with 37 nurses from neonatal/pediatric settings. It refers to a quasi-experimental design which involved an educational intervention step and pre and post-intervention data collection by means of application of instrument and surveys. The second study, one of psychometric and methodological type, was conducted in four steps for the building and validation of self-efficacy scale. The first step consisted of literature review and interviews with 9 nurses for the construct's operational and constituent definition. The second step consisted of judges' validation of the instrument's first version content and semantic analysis by the target population. In the third step, the pilot version of the scale was applied to a sample of 194 nurses from neonatal/pediatric settings. The fourth step consisted of the analysis of internal and factorial consistencies. In both studies, quantitative data were analyzed by means of SPSS 22 program and interviews were submitted to content analysis in the light of Symbolic Interactionism. **Results:** Conducting the interview in the clinical field with families was the only variable that showed statistically significant difference in the nurses' attitudes pre and post-educational intervention. The primary changes in professionals' perception took place in the scope of reconstruction of their role as nurses, the importance of caring for families and the type of relation which should be established with families in clinical practice. The Self-efficacy Scale for the Establishment of Good Relationships with Families in Neonatal/Pediatric Settings integrates 39 items and three dimensions denominated self-efficacy to open up to families; self-efficacy to maintain an effective communication with

the family and self-efficacy to live in harmony with oneself and the family. Reliability analysis, held by means of Cronbach alpha internal consistency coefficient, revealed elevated values for both the total scale (0,983) and its dimensions. **Conclusions:** A Family Systems Nursing training which integrates theory and practice causes a positive impact on nurses' attitudes and perceptions towards family care in clinical nursing practice. Self concepts' mobilization triggers more favorable attitudes towards family care and inclusion, as well as increases nurses' self-efficacy perception. The constructed scale is valid and consistent and constitutes a resource to measure up nurses' self-efficacy to establish good relationships with families in neonatal/pediatric context.

Keywords: Family Nursing. Nurses - training. Scales (psychometry). Attitudes. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas metodológicas realizadas na condução do primeiro estudo.....	71
Figura 2 - Procedimentos adotados para a Construção e Validação da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico.....	103
Figura 3 – Componentes que integram o construto Bom Relacionamento na percepção dos enfermeiros.	124
Figura 4 – Elementos que integram o estabelecimento de um relacionamento eficaz entre enfermeiro e família no contexto neonatal/pediátrico.	165

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 -Distribuição das variáveis demográficas da amostra dos enfermeiros (n=37) que iniciaram o treinamento, São Paulo, 2015	125
Tabela 5.2 - Distribuição dos enfermeiros participantes do treinamento segundo as variáveis idade e tempo de profissão, (n=37) São Paulo, 2015	126
Tabela 5.3 - Atitudes dos enfermeiros (n=37) acerca da importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem pré-intervenção, São Paulo, 2015.....	127
Tabela 5.4 - Apresentação dos escores da amostra de enfermeiros (n=37) para a escala IFCE-AE total e subescalas em relação ao setor em que trabalhavam na fase pré-intervenção, São Paulo, 2015	129
Tabela 5.5 - Apresentação dos escores da escala IFCE-AE total e das subescalas em relação ao contato da amostra de enfermeiros (n=37) com conteúdo relacionado à Enfermagem da Família, São Paulo, 2015	130
Tabela 5.6 - Apresentação dos escores da escala IFCE-AE total e das subescalas em relação ao grau acadêmico da amostra de enfermeiros (n=37) na fase pré-intervenção, São Paulo, 2015	131
Tabela 5.7 - Apresentação dos escores da escala IFCE-AE total e das subescalas em relação à experiência prévia da amostra de enfermeiros (n=37) com familiar gravemente doente na fase pré-intervenção, São Paulo, 2015	132
Tabela 5.8 - Correlação das variáveis idade e tempo de profissão, São Paulo, 2015.	132
Tabela 5.9 - Comparação do escore total da escala IFCE-AE e dos escores das subescalas pré e pós-intervenção com o setor em que os enfermeiros trabalham, São Paulo, 2015.....	141
Tabela 5.10 - Comparação do escore total da escala IFCE-AE e dos escores das subescalas pré e pós-intervenção com o grau acadêmico dos enfermeiros, São Paulo, 2015.....	143
Tabela 5.11 - Comparação do escore total da escala IFCE-AE e dos escores das subescalas pré e pós-intervenção acerca do contato prévio do enfermeiro com conteúdo relacionado à Enfermagem da Família, São Paulo, 2015	144
Tabela 5.12 - Comparação do escore total da escala IFCE-AE e dos escores das subescalas pré e pós-intervenção com a variável experiência do enfermeiro com familiar gravemente doente, São Paulo, 2015.....	145

Tabela 5.13 - Correlação das variáveis idade e tempo de profissão nas fases pré e pós intervenção, São Paulo, 2015	146
Tabela 5.14 - Distribuição dos enfermeiros que responderam à Escala IFCE-AE em relação em relação à realização ou não da entrevista no campo clínico, São Paulo, 2015.....	146
Tabela 5.15 - Comparação do escore total da escala IFCE-AE e dos escores das subescalas pré e pós-intervenção com o grupo de enfermeiros que participou ou não da entrevista no campo clínico, São Paulo, 2015	148
Tabela 5.16 - Apresentação do escore da escala total IFCE-AE e dos escores das subescalas na fase pré-intervenção em relação à participação ou não da entrevista no campo clínico pela amostra de enfermeiros que preencheu a escala IFCE-AE nas fases pré e pós-intervenção, São Paulo, 2015.....	149
Tabela 6.1 - Distribuição da amostra para validação da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico segundo as variáveis sócio-demográficas, São Paulo, 2015.....	178
Tabela 6.2 - Coeficientes de consistência interna dos 39 itens da versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico, São Paulo, 2015.....	180
Tabela 6.3 - Apresentação dos itens com as respectivas comunalidades e cargas fatoriais em cada fator correspondente, São Paulo, 2015.....	182
Tabela 6.4 - Matriz de Correlação entre os Fatores da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico , São Paulo, 2015.....	185
Tabela 6.5 - Coeficientes de consistência interna dos 22 itens do fator 1 da versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico, São Paulo, 2015.....	186
Tabela 6.6 - Coeficientes de consistência interna dos 13 itens do fator 2 da versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico, São Paulo, 2015.....	188
Tabela 6.7 - Coeficientes de consistência interna dos 4 itens do fator 3 da versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico , São Paulo, 2015.....	189

LISTA QUADROS

Quadro 1 – Informações relacionadas aos enfermeiros, por setor, quanto à participação do treinamento e dos métodos de avaliação.	134
Quadro 2 – Avaliação dos enfermeiros acerca do treinamento e das expectativas atendidas.....	135
Quadro 3 – Avaliação dos enfermeiros sobre o conteúdo do treinamento, mudanças percebidas acerca de si e do paciente/família.	138
Quadro 4 – Avaliação do Guia para Atendimento das Famílias na Prática Clínica de Enfermagem.....	140
Quadro 5 – Itens da primeira versão da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/Pediátrico.....	168
Quadro 6 – Resultado da avaliação dos juízes referente aos 40 itens da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico.....	171
Quadro 7 – Apresentação dos 39 itens da versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico.....	174
Quadro 8 – Resultado da avaliação semântica referente à compreensão da população-alvo sobre o que estava sendo avaliado pela Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico.....	177
Quadro 9 – Alocação dos itens da escala nos fatores correspondentes.....	185
Quadro 10 – Escores correspondentes ao nível de autoeficácia para a escala total e subescalas.....	190

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 APRESENTAÇÃO.....	21
1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	27
1.2.1 Relacionamento entre enfermeiros e famílias	27
1.2.2 A Enfermagem dos sistemas familiares e o papel central dos relacionamentos na prática clínica.....	35
1.2.3 A transferência do conhecimento como elemento facilitador para o cuidado da família na prática clínica.....	43
2 OBJETIVOS	48
3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS	50
3.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO	50
3.2 AUTOEFICÁCIA.....	54
3.3 CONCEPÇÃO CONSTRUTIVISTA.....	61
4 MÉTODO	68
4.1 TIPO DE ESTUDO	70
4.1.2 Intervenção educativa	71
4.1.3 Instrumentos	83
4.1.4. Contexto e participantes	84
4.1.5 Procedimentos metodológicos	85
4.2 TIPO DE ESTUDO	93
4.2.1 Procedimentos adotados para a Construção e Validação da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal /Pediátrico.....	102
5 RESULTADOS	112
5.1 APRESENTAÇÃO DA DEFINIÇÃO EMPÍRICA DO CONSTRUTO “BOM RELACIONAMENTO”	112
5.2 ATITUDES DOS ENFERMEIROS ACERCA DA IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ANTES DO TREINAMENTO (PRÉ-INTERVENÇÃO)	124
5.3 RESULTADOS DESCRITIVOS ACERCA DA PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA FASE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA E MÉTODOS DE AVALIAÇÃO	133

5.4 RESULTADOS DESCRITIVOS ACERCA DA AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO E DO GUIA DE ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM	134
5.5 DIFERENÇA NAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS ACERCA DA IMPORTANCIA DE INCLUIR AS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ANTES E APÓS O TREINAMENTO	141
5.6 IMPACTO NAS PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS	150
5.7 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA O ESTABELECIMENTO DE BONS RELACIONAMENTOS COM FAMÍLIAS NO CONTEXTO NEONATAL/PEDIÁTRICO	166
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	192
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	202
REFERÊNCIAS	208
APÊNDICES	221
ANEXOS	288

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Famílias que vivenciam situações de doença e hospitalização sofrem. A família e cada um dos seus membros sofrem por diferentes motivos e experienciam este sofrimento de diferentes formas. O sofrimento adentra a vida da família porque a doença acarreta mudanças na vida familiar, que por ser temporária ou definitiva, muda o rumo da vida das pessoas, muitas vezes, para sempre.

Como enfermeira participo ativamente das histórias de sofrimento das famílias, o que me mobiliza a refletir e agir em direção a diminuir o sofrimento que testemunho, bem como a observar como os ambientes assistenciais se comportam em relação às famílias ali presentes. Assim pergunto-me constantemente: como os enfermeiros têm se inserido nesse contexto de doença que muda a vida da família? Como eles têm inserido a família como objeto de seu cuidado nos ambientes de saúde?

Tenho observado que a inclusão da família na atuação dos enfermeiros não ocorre de maneira uniforme, havendo os que têm a crença de que devem e podem ter a família também como objeto de seu cuidado. Em contrapartida, há aqueles enfermeiros que não consideram a família como objeto do cuidado, mobilizados por uma crença de que este não deve ser foco da assistência.

As famílias estão nos ambientes em que os enfermeiros exercem o seu trabalho, elas fazem parte do seu trabalho cotidiano, elas são o próprio trabalho do enfermeiro. Mesmo que não considerem a possibilidade de incluir a família como foco de cuidado, os enfermeiros participam das histórias das famílias numa situação em que elas se encontram vulneráveis e, inevitavelmente, relacionam-se com as famílias neste momento de mudanças e sofrimento para elas.

Tenho a convicção de que a relação estabelecida entre enfermeiro e família pode amenizar ou intensificar o sofrimento familiar e que do ponto de vista profissional, e até moral, minimizar o sofrimento da família deve ser a meta do cuidado. Assim, o tipo de relacionamento que o enfermeiro estabelece com a família vai além da sua vontade, engloba o poder e o dever envolvidos nesta ação. Poder no sentido de ter consciência dos limites desta relação e dever no sentido da obrigação profissional e ética que arraiga o relacionamento entre enfermeiro e família.

No Grupo de Estudos de Enfermagem e Família (GEENF), no qual estou inserida desde 2008, têm sido identificadas significativas evidências acerca das consequências sociais e emocionais da doença da criança sobre a família. Nestes estudos tem-se compreendido e desenvolvido modelos teóricos que integram os componentes presentes nas experiências vivenciadas pelas famílias, que descrevem os desafios e as estratégias de superação implementadas por elas. Nestes estudos observa-se, porém, a ausência da intervenção realizada pela enfermeira como um recurso de ajuda no processo de enfrentamento das situações difíceis, configurando-se para os pesquisadores um importante foco de pesquisa.

Prestar uma assistência digna e de qualidade à família é considerar o impacto que o próprio relacionamento estabelecido entre enfermeiro e o sistema familiar tem sobre sua história, sobre sua vida. Por ter plena convicção do papel central que os relacionamentos entre enfermeiros e famílias ocupam no cuidado, e da necessidade de preparar os enfermeiros para atenderem famílias na prática clínica, engajei-me no desenvolvimento desta pesquisa.

Quando penso no conceito *atendimento à família*, defendo a ideia de que o relacionamento deve ser o centro da prática de enfermagem. A própria palavra *atendimento* tem a intencionalidade de transmitir às famílias o que significa o verbo atender, ou seja, acolher, responder, ajudar, solucionar, cuidar, satisfazer.

Quando atendo à família devo acolhê-la desde o sentido mais simples ao mais amplo da palavra: acolhê-la em suas preocupações, dúvidas, sentimentos; responder às suas necessidades, ajudando-a a encontrar suas próprias soluções para os problemas; e sem dúvida, cuidar não só do paciente e de seu agravo, mas cuidar também de toda a família, de modo que tenha diminuído seu sofrimento e que fique satisfeita com o atendimento que recebeu.

Considerando o atendimento à família como uma ação profissional, mais do que querer, poder e dever cuidar de famílias, os enfermeiros precisam saber o que fazer e como fazer para atender às famílias. Faz-se necessário ir além e agregar o saber (conhecimento teórico e desenvolvimento de habilidades e competências) para que a família possa ser adequadamente atendida na prática clínica de enfermagem.

A prática de enfermagem para o cuidado da família requer o desenvolvimento de competências e habilidades específicas, de modo que o enfermeiro consiga avaliar e intervir neste sistema identificando e colaborando no atendimento das demandas decorrentes da experiência de doença e hospitalização, contribuindo para extinção ou alívio do sofrimento da família.

Considerando que os enfermeiros brasileiros, em sua maioria, ainda são novatosⁱ no que se refere ao nível de prática clínica para atendimento do sistema familiar, engajei-me na construção de um processo formativo, que integra teoria e prática, e o desenvolvimento de um instrumentoⁱⁱ que objetiva nortear o pensamento e as ações dos enfermeiros, direcionar a sequência do atendimento, sugerir perguntas e apontar os elementos mais importantes para uma avaliação e intervenção com famílias, de modo que os enfermeiros também possam efetuar o registro do atendimento realizado às famílias, documentando e integrando todo atendimento realizado no prontuário do paciente.

O processo formativo e o instrumento desenvolvido foram intencionalmente construídos com base nos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção com Famílias, uma vez que estava certa de que o fio condutor do atendimento a ser realizado era o relacionamento estabelecido entre enfermeiros e famílias. Os referidos modelos são pautados na Enfermagem dos Sistemas Familiares (Family Systems Nursing), referencial que coloca o relacionamento entre o enfermeiro e o indivíduo e/ou família no centro da prática de enfermagem^(2,3).

Leitores familiarizados com a temática de Enfermagem e Família e com os modelos que embasaram teoricamente o processo formativo e o instrumento proposto podem questionar-se sobre a necessidade da elaboração desse instrumento, uma vez que o livro de Wright e Leahey (2012) traz proposições e instruções para o enfermeiro avaliar e intervir com famílias na prática.

Ocorre que recorrentemente ouvimos discursos de enfermeiros que participam nos processos de formaçãoⁱⁱⁱ conduzidos pelo GEENF que o conteúdo da referida obra⁽²⁾ é extenso e complexo, não sendo inteligível por profissionais que atuam essencialmente na prática e que nunca tiveram, ou tiveram superficialmente, contato com esse conteúdo anteriormente, necessitando de auxílio para compreensão das bases teóricas e das ações propostas pelas autoras. O treinamento que propomos neste estudo não pretende capacitar os enfermeiros para utilizarem os Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção com a Família na íntegra, mas transferir ao enfermeiro esse conhecimento disponível, de modo que seja mais pragmático, e apto a uma adequação mais precisa à realidade assistencial experienciada pelo profissional.

ⁱ Conforme classificação do nível de experiência dos enfermeiros para prática clínica de enfermagem, enfermeiros novatos são aqueles recém-chegados numa determinada especialidade ou recém-graduados⁽¹⁾.

ⁱⁱ Guia de Atendimento às Famílias na Prática Clínica de Enfermagem

ⁱⁱⁱ Curso de atualização “Família e doença: uma perspectiva de trabalho em saúde”, com carga horária de 30 horas, coordenado pela professora Doutora Margareth Angelo na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo desde 2002.

Apesar de reconhecer que não há um procedimento padrão para atender às famílias de forma uniforme, parto da crença de que há elementos-chave para conduzir uma avaliação e intervenção com famílias, os quais podem ser utilizados para realizar esse atendimento em qualquer contexto assistencial, e que podem estar organizados em um instrumento que efetivamente contribua para aplicação do conhecimento teórico na prática de enfermagem com famílias.

É nítido, e faço questão de deixar claro, que não estou propondo um referencial ou modelo novo, mas um novo arranjo, uma nova organização deste material, uma nova estrutura, isto é, um novo modo de traduzir o conhecimento teórico disponível para a prática.

O treinamento proposto pode ser executado com enfermeiros que atuam em diferentes cenários e especialidades assistenciais, no entanto, o foco deste estudo é o contexto neonatal e pediátrico, onde conduzi minha prática profissional e as indagações que tem norteadado minha formação acadêmica. O contexto neonatal e pediátrico é um ambiente de cuidado em que a presença da família é constante, muitas vezes obrigatória, e em que a repercussão que a doença e a hospitalização de uma criança têm na vida da família é colossal. Considerando os aspectos relacionados à família e à prática assistencial para definir o contexto, agreguei minha motivação pessoal para tomar a decisão final. Por ter iniciado meu pensar família nestes ambientes de cuidado, junto à famílias de crianças que vivenciam a doença e a hospitalização, elegi os enfermeiros que atuam junto a elas para iniciar esse processo de (re)construção do conhecimento e transformação da prática.

A proposição de uma intervenção educativa que integra teoria, prática e o instrumento elaborado^{iv}, parte das seguintes convicções que justificam a sua realização e constituem hipóteses que norteiam o estudo:

A intervenção educativa pode capacitar o enfermeiro a:

- sistematizar as ações de cuidado às famílias;
- compreender e valorizar a importância de atender o sistema familiar, e não apenas o indivíduo;
- sentir-se mais seguro para se relacionar com as famílias, uma vez que as ações propostas são teoricamente fundamentadas;
- gerir melhor os cuidados prestados ao paciente e família;

^{iv} Guia de Atendimento às Famílias na Prática Clínica de Enfermagem

- reconhecer os elementos que compõe e definem um relacionamento eficaz com a família.
- sentir mais confiança para atender as famílias na prática
- sentir-se mais valorizado, satisfeito e reconhecido com seu cuidado direcionado às famílias;
- sensibilizar outros membros da equipe de saúde para as questões familiares no contexto da doença e/ou hospitalização.

O propósito geral desta intervenção educativa é contribuir para melhorar o relacionamento entre enfermeiros e famílias e ampliar o número de enfermeiros que oferecem um cuidado de enfermagem que tenha a família como foco do cuidado e em consequência mais famílias lidarão da melhor maneira possível com a situação de doença e hospitalização e mais demandas familiares serão atendidas por meio de intervenções, considerando intervenção, conforme Robinson (1995), como tudo aquilo que a família diz fazer diferença na sua experiência de doença⁽⁴⁾.

Compartilho da ideia de Polit e Beck (2014) de que é preciso produzir não só conhecimento, mas também ação, empoderamento e conscientização dos indivíduos no processo de produção do conhecimento. Para auxiliar neste processo, onde a reflexão pudesse ser incorporada de modo a impactar nas percepções e atitudes dos enfermeiros, a concepção construtivista foi escolhida como referencial para nortear o processo pedagógico da intervenção educativa, sobretudo porque acreditava que para atingir os objetivos propostos, os enfermeiros deveriam participar ativamente do processo de (re)construção do seu conhecimento⁽⁵⁾.

Além do conhecimento específico para incluir famílias na prática assistencial, entendemos que a confiança do enfermeiro em sua capacidade de realizar as atividades envolvidas no atendimento às famílias é outro elemento que deve ser considerado, agregando a definição que enfermeiro faz de si mesmo no relacionamento com família.

Neste caminho de motivação para capacitar os enfermeiros para atenderem famílias na prática clínica de enfermagem, de modo que eles pudessem integrar a teoria à prática, foi integrado o construto da *autoeficácia* para o estabelecimento de bons relacionamentos entre enfermeiros e famílias, acreditando que este é um importante conceito a ser considerado nos contextos de cuidado, em face da interação entre enfermeiros e famílias.

Já é largamente reconhecida a relevância do nível de autoeficácia percebida pelo indivíduo como um importante preditor da mudança de comportamento após intervenções

educativas. Entretanto, não foi encontrado nenhum estudo relacionando treinamentos no contexto da Enfermagem dos Sistemas Familiares à autoeficácia dos enfermeiros para estabelecerem bons relacionamentos com famílias, o que nos motivou a incluir este conceito ao nosso estudo.

A partir do exposto, vislumbrando um caminho de transformação dos padrões de relacionamento, das atitudes dos enfermeiros em relação às famílias e do atendimento às famílias na prática clínica de enfermagem, proponho uma intervenção educativa que capacite o enfermeiro, desencadeie reflexões acerca da prática, promova novas definições no self acerca de si, do outro e das interações com o mundo e que aumente sua percepção de autoeficácia para construir relacionamentos eficazes com as famílias de forma intencional (planejada), sistematizada (organizada) e fundamentada (sólida).

Sendo assim, esta pesquisa teve como elemento propulsor para seu desenvolvimento os seguintes questionamentos:

1. Na perspectiva dos enfermeiros, o que significa ter um bom relacionamento com as famílias no contexto pediátrico/neonatal hospitalar?
2. Quais elementos dificultam o relacionamento deles com as famílias?
3. Qual é o impacto de um treinamento para o atendimento familiar: nas atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem? Na percepção dos enfermeiros em relação a si mesmo, às famílias e ao seu relacionamento com as famílias? Na autoeficácia dos enfermeiros para o relacionamento com as famílias?
4. Qual é a percepção dos enfermeiros acerca de um treinamento para o atendimento das famílias na prática clínica de enfermagem?
5. Qual é a percepção dos enfermeiros acerca da utilização de um instrumento para atendimento das famílias na prática clínica de enfermagem?

Considerando que os enfermeiros buscam por aprimoramento do conhecimento para garantir qualidade de assistência à família, e agem na tentativa de que seu comportamento de incluir a família nos cuidados seja integrado pelos outros membros da equipe⁽⁶⁾, destaco o trecho abaixo por ir de encontro ao desejo dos enfermeiros que atuam na prática pediátrica e aos pressupostos da perspectiva interacionista simbólica no que tange à aquisição de conhecimentos pelo profissional^(7:11):

“A instrumentalização além de capacitar o enfermeiro, pode atuar como um elemento de sensibilização para outros enfermeiros. Se fizermos um exercício de pensarmos interacionalmente, sob a ótica do Interacionismo Simbólico, veremos que o enfermeiro ao interagir com mais segurança, possibilitado pelos recursos de conhecimento que dispõe, pode ter suas ações consideradas, simbolicamente falando, de modo diferente pelas outras pessoas do ambiente, o que poderá levar estas pessoas a reverem suas próprias ações, e assim, poderão também modificar sua perspectiva e conseqüentemente suas ações. Um dos aspectos do interacionismo simbólico, é que a intervenção, qualquer que seja ela, sempre se dá na dimensão das definições. Assim, se queremos ações diferentes dos profissionais, temos que possibilitar um contexto, onde novas definições possam emergir”.

Acredito que a transferência do conhecimento sobre a Enfermagem dos Sistemas Familiares, enfatizando na construção de relacionamentos eficazes entre enfermeiros e famílias, pode gerar no enfermeiro aumento na percepção de autoeficácia, motivação, competência e atitudes mais favoráveis ao cuidado da família, por meio de uma mudança nas percepções acerca de si e do outro. A partir do olhar interacionista simbólico, penso que uma intervenção educativa realizada com um determinado grupo de enfermeiros tem ainda o potencial de gerar transformações nas percepções e atitudes de outros enfermeiros e de outros grupos de profissionais e, conseqüentemente, ampliar o cuidado da família no contexto neonatal e pediátrico.

1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

1.2.1 Relacionamento entre enfermeiros e famílias

Cuidar é o cerne da enfermagem e implica numa ação que possui como principal componente a relação, a interação estabelecida entre o profissional de enfermagem e os receptores de cuidado^(8,9,10). A responsabilidade de alcançar melhores resultados de saúde por meio de bons relacionamentos é do enfermeiro, atribuindo-se a ele o papel de promover relações terapêuticas e, assim, um melhor atendimento em saúde⁽¹¹⁾. Nesse sentido, o aspecto relacional da interação estabelecida entre as partes envolvidas na ação de cuidar é um importante definidor da concretização e da qualidade do cuidado.

A literatura de enfermagem descreve um bom relacionamento entre enfermeiro-paciente como aquele que está alicerçado em três componentes essenciais: o respeito, a confiança e a mutualidade⁽¹²⁾, não sendo encontrada uma descrição categórica para o construto

bom relacionamento entre enfermeiros e famílias. Na área de enfermagem, o relacionamento é mais comumente visto em termos de interações humanas, habilidades de comunicação e ação colaborativa⁽¹³⁾. No entanto, um bom relacionamento profissional não leva em consideração apenas o que se refere à capacidade de ser mais responsivo, no sentido de ser mais respeitoso e digno de confiança, mas também os resultados de um cuidado mais ético e eficaz⁽¹¹⁾.

Deste modo, embora muitas conceituações existentes sobre relacionamentos enfatizem conceitos como respeito, confiança e mutualidade, que oferecem um bom ponto de partida para as interações, é preciso expandir a compreensão e a adotar uma lente que amplie o potencial das relações, considerando as pessoas envolvidas nos relacionamentos como seres biográficos, que constroem seu modo de ver e viver no mundo em suas interações relacionais⁽¹¹⁾.

Para que o relacionamento construído seja terapêutico e a prática de enfermagem seja eficaz, um espaço relacional para a compreensão do contexto precisa ser criado⁽¹¹⁾. Durante o entendimento do 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.

O encontro entre enfermeiros e famílias nos ambientes assistenciais é algo inevitável na área neonatal e pediátrica, dada a singularidade e a vulnerabilidade da população infantil, o que resulta em várias possibilidades de ser e estar com as famílias.

Estudo nacional realizado com enfermeiras do contexto de pediatria de um hospital universitário, evidenciou que as condutas motivacionais de enfermeiras para o cuidado da família podem ser enquadradas em dois grupos distintos no que se refere ao modo como a família é inserida na assistência, um que se caracteriza por incluir a família no cuidado e outro por engajar a família no cuidado, isto é, a família é vista pelos enfermeiros como objeto do cuidado ou como contexto do cuidado⁽⁶⁾. Para as enfermeiras que agem de modo a incluir a família no cuidado, esta ação está pautada na crença de que os membros familiares constituem uma unidade que sofre impacto com a doença e hospitalização da criança, refletindo uma visão interacional e sistêmica da família na assistência prestada. Neste caso, as ações da enfermeira visam atender as demandas da família para proporcionar seu bem-estar, e não apenas da criança que se encontra internada. Já as enfermeiras que agem para engajar a família no cuidado, têm sempre como foco o atendimento das necessidades da criança, devido à crença de que é sua responsabilidade o bem-estar dela, assim como a manutenção de sua saúde futura e a redução do número de reinternações⁽⁶⁾. Essa concepção do cuidado reflete

uma assistência centrada no paciente, onde a família é vista apenas como um recurso para melhora e manutenção da saúde da criança.

As crenças, motivação, sensibilização, conhecimento, competências e habilidades dos enfermeiros são determinantes no foco eleito para o cuidado e nas atitudes desempenhadas para ele. O significado da família para a saúde e o bem-estar de seus membros, bem como a influência da família na doença, é um importante elemento a ser incorporado para que o enfermeiro possa prestar uma assistência que tenha a família como foco dos cuidados. Após essa compreensão ele precisa tornar-se capaz de avaliar o impacto da doença sobre a família e a influência da família sobre o curso da doença^(2,7), assim, os relacionamentos entre famílias e profissionais de saúde são um grande desafio no cuidado neonatal e pediátrico.

No que tange as interações estabelecidas entre o enfermeiro e a família da criança, é preciso considerar o contexto das respectivas motivações, expectativas e crenças em saúde da família. O relacionamento entre enfermeiros e pais é fundamental para o desenvolvimento de alianças de sucesso, sendo valorizado pelos pais a experiência dos enfermeiros, sua disponibilidade e a capacidade de resposta às suas necessidades⁽¹⁴⁾.

As chances de se criar interações efetivas, de compartilhar os cuidados e de melhorar a qualidade e a satisfação da assistência prestada são aumentadas quando os enfermeiros escutam a criança e sua família, reconhecem e atendem suas necessidades, ficam por mais tempo ao seu lado e consideram suas opiniões, questionamentos e sentimentos⁽¹⁵⁾. A comunicação, a informação e a negociação são os mais importantes componentes para garantir o sucesso de um relacionamento colaborativo com os pais⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Quando a família sente-se acolhida, ela busca uma aproximação relacional com os profissionais para posteriormente ter suas necessidades atendidas⁽²⁰⁾. Ter suas necessidades atendidas pelos profissionais é fundamental para a família da criança hospitalizada^(20,21) e encontrar segurança é a principal necessidade dos familiares no contexto de internação pediátrica⁽²⁰⁾. Durante a interação com a equipe de saúde, os pais sentem-se seguros quando recebem atenção, vivenciam troca afetiva e de amizade, recebem palavras de conforto, percebem que podem contar com o profissional, que têm liberdade para se expressarem⁽²⁰⁾ e que podem acompanhar e participar do cuidado ao filho⁽²²⁾.

Considerando que se sentir incluída no processo de cuidado também é, uma necessidade apresentada pela família^(21,22), responder a essa demanda é ajudar a família a retomar a autonomia que se perde com a internação da criança^(21,23). No entanto, apesar dos pais geralmente esperarem ser envolvidos no cuidado, o modo como eles querem ser envolvidos pode se configurar de diferentes maneiras⁽¹⁸⁾. A informação, a comunicação e a

negociação constituem elementos importantes para o envolvimento parental no cuidado da criança⁽¹⁸⁾, uma vez que para os pais é difícil encontrar um equilíbrio entre seu papel e o papel do enfermeiro devido a falta de comunicação e limites ambíguos⁽²⁴⁾.

A família precisa e espera um contexto relacional respeitoso e agradável, onde os profissionais sejam comunicativos e compreendam o que a família está experienciando por ter um filho hospitalizado⁽²⁰⁾. Uma boa comunicação entre família e equipe há muito tem sido reconhecida como essencial para um relacionamento positivo e colaborativo^(25,26). Estudos reconhecem que a qualidade do relacionamento interpessoal entre enfermeiros e pais é influenciada pela capacidade dos enfermeiros em se comunicar de forma eficaz^(27,28).

Enfermeiros pediatras acreditam que a família necessita de cuidados, para eles é clara e enfática a importância de reconhecer as necessidades das famílias e tentar atendê-las de forma holística^(6,28), mas eles têm dificuldade de ver a família como parceira no cuidado⁽²⁹⁾. Os enfermeiros consideram que seu papel consiste em incluir, ensinar, educar, supervisionar, apoiar, aconselhar, dar informações e construir relacionamentos⁽²⁸⁾.

Outro estudo nacional constatou que na concepção da equipe de enfermagem pediátrica, a família tem o dever de acompanhar o filho e realizar os cuidados prestados a ele, deste modo, a mãe tem tarefas de cuidado a cumprir, sendo vista como mão-de-obra⁽²¹⁾. Nessa mesma concepção, estudo evidencia que os pais são rotulados pelos enfermeiros como não cooperativos quando resistem em cumprir as tarefas atribuídas a eles⁽²⁷⁾.

Estudos no Brasil e internacionais relatam que os relacionamentos entre enfermeiros e famílias em pediatria caracterizam-se pela falta de clareza dos papéis para ambas as partes; como os papéis não são claros, a dificuldade de negociação permeia as relações estabelecidas. As relações interpessoais entre enfermeiros e pais são insuficientes, sendo os profissionais que estabelecem o rumo das interações^(21,24,27,30). Nesse sentido, um estudo realizado no Brasil e outro no Irã mostram que o relacionamento entre profissionais e pais é hierárquico, do tipo dominação-subordinação, não havendo negociação; a decisão do que é bom para a criança é tomada pelos profissionais, sem compartilhar ou consultar a família sobre tomada de decisões e plano de cuidados^(21,27).

Visando reduzir o tempo gasto com aspectos educacionais e interpessoais com os pais, ainda que inconscientemente, os enfermeiros limitam sua relação interpessoal com eles. Assim, a abordagem de cuidado marginaliza o relacionamento com a família, caracterizando-se por distanciamento, e restringindo-se ao fornecimento de informações^(27,28).

Estudos realizados em diferentes culturas relatam que em alguns ambientes pediátricos os relacionamentos se restringem à delegação aos pais de alguns aspectos do cuidado, os quais

deveriam ser dever dos enfermeiros, visando reduzir a carga de trabalho da enfermagem⁽²⁷⁻²⁹⁾. Isso muitas vezes ocorre sem treinamento suficiente ou supervisão, e sem qualquer negociação com os pais^(27,29).

Estudo iraniano constatou que os pais não conseguem acesso fácil aos enfermeiros para conversar com eles ou fazer perguntas, pois os profissionais sempre estão ocupados com papéis ou aspectos práticos de seu trabalho; além disso, conflitos malsucedidos vivenciados pelos pais durante os relacionamentos estabelecidos com enfermeiros em internações anteriores fazem-nos concluir que, como a criança precisa de hospitalizações frequentes, é melhor manter a calma e cooperar com os enfermeiros; eles se transformam em pais calmos, mas insatisfeitos, que não comunicam as suas necessidades e que respeitam os limites impostos pelos enfermeiros⁽²⁷⁾.

Além disso, quando os pais tentam ultrapassar as barreiras existentes por busca de informações, ainda se deparam com reações desagradáveis dos enfermeiros, levando a maioria deles a aceitar os limites existentes^(20,27,31) e abster-se de fazer perguntas ou tentar estabelecer um relacionamento eficaz^(20,27). É comum também a família sentir-se desamparada por vivenciar a distância do profissional e a falta de comunicação^(20,31). Esse desamparo traduz-se na percepção da família de que ela não é importante no processo de cuidado da criança e que não pode contar com o profissional para atender suas necessidades⁽²⁰⁾.

Estudo nacional mostra que um relacionamento de distanciamento da equipe com a família é vivenciado quando esta percebe hostilidade, sente-se excluída e desconsiderada pelos profissionais. Uma forma de exclusão é a não permissão do profissional para que a família participe dos cuidados com a criança, o que a faz sentir-se afastada do filho pelos profissionais⁽³¹⁾.

Quando a equipe faz imposições à família nas interações que estabelece, ela se sente desrespeitada em sua autonomia⁽²⁰⁾. E quando a família sente sua autonomia ameaçada, devido à pressão causada não só pela equipe de saúde, mas pela própria doença e por questões familiares, fica vulnerável na situação de doença e hospitalização que vivencia. Neste sentido, a vulnerabilidade da família experienciada em uma situação de doença e hospitalização de um filho pode ser definida como “sentindo-se ameaçada em sua autonomia”^(32,33).

O desafio para a família ser considerada como foco de cuidado na enfermagem é uma preocupação que emerge no Brasil de maneira mais consistente a partir da década de 1990, na qual destacamos duas importantes considerações. A primeira de Marcon e Elsen (1999), que recomendam uma mudança conceitual e de paradigma no enfermeiro para superar o desafio, onde os padrões habituais de prática clínica, centrados no paciente, passem a ser centrados no

sistema familiar. As autoras explicam que este padrão usual da prática de enfermagem, voltada prioritariamente para o indivíduo, com foco em uma assistência de caráter curativo, é explicado pelo desenvolvimento da enfermagem a partir do modelo biomédico, o qual é centralizado no mecanicismo e reducionismo da natureza humana⁽³⁴⁾.

A segunda, extraída de um texto clássico na área de Enfermagem da Família, Angelo (1999) com uma perspectiva visionária afirma que a prática de enfermagem com famílias que vem ao longo dos anos sendo direcionada a atitudes de orientação e aquisição de informações, ficando a família restrita ao papel de receptora e fornecedora das mesmas, exige um novo rumo, onde o profissional esteja aberto e apto ao conhecimento da experiência de cada família que se torna objeto de seu cuidado⁽⁷⁾.

Estas reflexões foram e continuam sendo fundamentais para nortear inovadores processo de trabalho em saúde, considerando que o referencial biomédico que privilegia a uniformidade de valores culturais, padrões gerais de atendimento à saúde e universalização de sintomas e doenças não pode ser aplicado à assistência à família, visto que as experiências existenciais são vivenciadas de forma singular pelos indivíduos⁽²⁾.

Com base nessas considerações pondero ainda mais sobre a dificuldade dos enfermeiros em assistir a família, uma vez que não é possível seguir roteiros protocolares para avaliar e oferecer intervenções, como ocorre na realização de um exame físico, por exemplo.

A importância da capacitação do enfermeiro para estabelecer bons relacionamentos interpessoais com a família já é algo consolidado no meio acadêmico e também clínico; da mesma forma que para conhecer e avaliar famílias é necessária a construção de um contexto relacional que favoreça a entrada do enfermeiro no universo familiar e na experiência de doença que vivencia. Contudo, as interações entre enfermeiros e famílias ainda são dificultadas pela falta de conhecimento sobre Enfermagem da Família⁽⁷⁾.

Importante aspecto desse relacionamento entre enfermeiro e paciente/família é a conexão estabelecida entre as partes, pois, ainda que o enfermeiro tenha ideias úteis de como ajudar a família na experiência que vivencia, se ele não conseguir construir e manter uma conexão terapêutica com ela, muito provavelmente não conseguirá atingir a família com suas ideias. A criação de um relacionamento colaborativo entre o enfermeiro e a família permitirá a construção e a manutenção dessa conexão terapêutica⁽³⁵⁾.

A importância da conexão nos relacionamentos empreendidos entre paciente/família e os profissionais de saúde tem sido reconhecida e explorada há muito tempo por teóricos de enfermagem⁽³⁶⁾. O conceito de conexão foi recentemente definido como: “em relacionamentos sociais, conexão é o grau pelo qual uma pessoa percebe que ele/ela tem um relacionamento

próximo, íntimo, significativo e importante com outra pessoa ou grupo de pessoas. Essa percepção é caracterizada por expressões positivas (empatia, senso de pertencer, cuidado, respeito e verdade) que são recebidas e retribuídas, tanto pela pessoa ou entre pessoas, através de interações sociais afetivas e consistentes”^(36:235).

Para a interação entre equipe e família ser genuína e respeitosa, todos os envolvidos precisam ser capazes de falarem, serem ouvidos e ouvirem. No entanto, a atitude relacional de respeito mútuo muitas vezes pode ser difícil de ser alcançada, especialmente quando estão presentes diversas perspectivas, mas ela é essencial para uma comunicação verdadeira⁽³⁷⁾.

Observar o sofrimento alheio funciona como uma barreira para construção e manutenção das relações entre enfermeiros e famílias; essa constatação é um paradoxo incoerente, uma vez que o encontro do enfermeiro com experiências dolorosas das famílias é frequente e constante em seu cotidiano.

Doane e Varcoe (2007) explicam que apesar dos enfermeiros estarem regularmente em contato com situações difíceis experienciadas pelas famílias na doença e na hospitalização, há uma tendência de pensar na dificuldade e no sofrimento como algo negativo e que deve ser evitado⁽¹¹⁾; os enfermeiros tendem a afastarem-se e desviarem-se de relacionamentos mais próximos com famílias que estão vivenciando situações de grande sofrimento^(11,15).

Para os enfermeiros, a dificuldade em lidar com o sofrimento da família emerge da empatia que sentem e, assim, essa identificação afetiva que poderia favorecer um relacionamento mais eficaz com o paciente e sua família, acaba inibindo-os de estabelecerem interações, por não serem capazes de lidarem com a empatia que sentem pelo sofrimento alheio⁽³⁸⁾.

Compreender a dificuldade e o sofrimento como um caminho para adentrar em relacionamentos significativos e como a base para um cuidado de enfermagem ético e responsivo, cria um espaço relacional para os enfermeiros melhor compreenderem as múltiplas e concorrentes obrigações, objetivos e perspectivas, para levantar questões e questionar sobre as particularidades de cada situação e, finalmente, desenvolver a clareza e a coragem para agir em prol da promoção da saúde⁽¹¹⁾.

Estabelecer relacionamentos e interagir com o mundo, ainda que de forma inconsciente, é algo que fazemos desde o nascimento, no entanto, nem todas as pessoas tornam-se adultos capazes de relacionarem-se adequadamente; para muitos, estabelecer relacionamentos pode ser um desafio. Convicta de que para cuidar da família é preciso relacionar-se de maneira apropriada com ela, e que o tipo de relacionamento estabelecido é determinante na qualidade do cuidado prestado, questiono-me: Quais são as dificuldades ou

barreiras encontradas pelos enfermeiros no cenário pediátrico para o estabelecimento de relacionamentos com famílias?

Na área de enfermagem, a falta de tempo, de conhecimento e habilidades há muito são apontados como os principais elementos que dificultam uma aproximação mais consistente do enfermeiro da família⁽⁷⁾. Ainda hoje, os estudos relatam a falta de tempo para formar relacionamentos, a falta de tempo para se comunicar e negociar o cuidado com os pais, as instalações inadequadas nos ambientes assistenciais, a pesada carga de trabalho, o baixo número de recursos humanos, que se refletem em fadiga excessiva no profissional^(6,27,28,37,39-41), e a falta de oficinas práticas e educação continuada sobre o cuidado centrado na família⁽³⁷⁾ como elementos limitadores para que se sucedam interações apropriadas dos enfermeiros com as famílias no cenário pediátrico.

Além das questões ambientais, como excessiva carga de trabalho, número reduzido de pessoal e falta de tempo para interagir com as famílias, estudo relata que os enfermeiros não possuem habilidades interpessoais, limitando a sua capacidade de construir relacionamentos eficazes com os pais. Todos os enfermeiros de estudo realizado no Irã acreditavam que eles precisavam de mais conhecimento para serem capazes de assumir papéis interpessoais⁽²⁷⁾.

A falta de preparo profissional para cuidar da família é uma das grandes barreiras para que o cuidado da família aconteça na prática⁽³⁾, pois não basta estar sensibilizado para a família⁽⁷⁾, é preciso que o profissional esteja instrumentalizado para prestar assistência à criança e família; este cuidado precisa ser fundamentado em referenciais teóricos^(7,42).

Estudo nacional também constata que a equipe de enfermagem sente-se despreparada para manter um bom relacionamento com as famílias⁽¹⁵⁾ e que a falta de conhecimento dificulta a aproximação e afasta o profissional de famílias que estão vivenciando situações de intenso sofrimento, uma vez que sente dificuldade para trabalhar com a dor e o sofrimento do outro e para estabelecer processos efetivos de comunicação^(15,43).

A carência de habilidades de comunicação por parte dos enfermeiros também funciona como uma barreira para que os pais sejam incluídos na assistência^(28,29). Tanto a comunicação verbal quanto a não-verbal têm repercussões na maneira como a família interpreta a interação com os profissionais durante a hospitalização da criança; dependendo do tipo de comunicação estabelecida, a família pode sentir-se fragilizada e desamparada⁽²⁰⁾. Falta de apoio gerencial e organizacional e carência de programas de formação educacional, também são reconhecidos pelos enfermeiros como obstáculos para conseguirem implementar totalmente as práticas do cuidado centrado na família⁽²⁸⁾.

Ainda no que se refere à falta de preparo profissional, estudo nacional aponta a sensação de fragilidade e despreparo da enfermeira por não conseguir solucionar problemas que identifica na família, ela percebe que lhe faltam conhecimentos e recursos para atender as demandas de cuidado da família⁽⁶⁾. Nesse sentido, demonstrando a influência do conhecimento no cuidado prestado à família, estudo constata que o contato prévio do enfermeiro com algum conteúdo de Enfermagem da Família é um importante definidor de atitudes de maior apoio para inclusão da família nos cuidados de enfermagem, sendo o inverso igualmente verdadeiro⁽⁴⁴⁾.

Outra barreira identificada para o estabelecimento de relacionamentos eficazes e para o cuidado da família em pediatria é dificuldade de definição de papéis entre equipe de saúde e família da criança hospitalizada^(6,27,29,30). Equipe e família não tem claro o que compete a cada uma durante a internação da criança, o que muitas vezes acaba gerando conflitos. A partir de uma perspectiva interacional e sistêmica, a construção de relacionamentos adequados tem o potencial de clarificar os papéis entre ambas as partes, ao mesmo tempo em que os relacionamentos se tornam mais eficazes quando os papéis estão claros.

A falta de compreensão das responsabilidades, papéis e perspectivas são responsáveis pelas relações improdutivas entre equipe e família. Assim, as perspectivas que se têm dos papéis e responsabilidades uns dos outros afetam como os relacionamentos se constroem e evoluem⁽³⁷⁾. Desenvolver a prática relacional de enfermagem exige uma reflexão contínua não só do que estamos fazendo, mas também do que está influenciando o que estamos fazendo. Ao mesmo tempo requer que examinemos de perto a forma como estamos respondendo em situações particulares e intencionalmente agindo em relação aos valores, metas e obrigações de enfermagem⁽⁴⁵⁾.

1.2.2 A Enfermagem dos sistemas familiares e o papel central dos relacionamentos na prática clínica

É importante que o enfermeiro tenha a família como foco de cuidado, visto que: os comportamentos na saúde e na doença são aprendidos dentro do contexto da família; as unidades familiares são afetadas quando um ou mais membros experienciam problemas de saúde, sendo a família um elemento significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos; a família afeta a saúde do indivíduo, bem como a saúde do indivíduo e as práticas de saúde afetam a família; o cuidado de saúde é mais efetivo quando enfatiza a família, ao invés de um

indivíduo somente; e a promoção, manutenção e reestruturação da saúde das famílias são importantes para a sobrevivência da sociedade⁽⁴⁶⁾.

Não se trata mais de uma opção, mas uma obrigação ética e moral das enfermeiras incluir as famílias nos cuidados de saúde⁽²⁾. Essa afirmação, amplamente disseminada nos textos de enfermagem que tratam de família, pode parecer algo óbvio aos olhos de quem lê, no entanto, a inclusão da família como algo inerente à prática de enfermagem ainda não está plenamente incorporado aos cenários assistenciais.

É necessário que os enfermeiros ampliem sua visão de cuidado, acreditando que não basta apenas cuidar de um indivíduo ciente de que ele faz parte de uma família, é preciso que os profissionais de enfermagem considerem a família como objeto de cuidado e, assim, como objeto de trabalho, já que o próprio trabalho da enfermagem é o cuidado⁽³⁴⁾.

A Enfermagem da Família é uma área do conhecimento nova, que começou a ser concretamente fundamentada e realizada de forma sistematizada na década de 1980, o que explica ainda encontrarmos lacunas entre a pesquisa, o ensino e a prática nesse campo. Embora seja uma área de conhecimento recente, um processo intenso de produção de conhecimento vem sendo disponibilizado aos profissionais nos últimos 30 anos, com destaque a como família e os processos de saúde-doença afetam-se reciprocamente, ao impacto das situações de doença e hospitalização na vida familiar e à importância da família estar inserida no trabalho da enfermagem. Entretanto, essas evidências parecem não ser suficientes para modificar a prática.

Friedman⁽⁴⁷⁾ afirma que a Enfermagem da Família pode ser praticada em 3 níveis: o individual, ou o mais básico nível, onde a família é vista como contexto do indivíduo; o interpessoal, onde a família é vista como constituída de díades, tríades e unidades maiores; e por fim, o nível sistêmico, ou o maior, onde a família é vista como um sistema com seus próprios componentes estruturais e funcionais, interagindo com sistemas do ambiente e com seus próprios subsistemas.

Numa perspectiva similar a de Friedman, Lorraine M. Wright e Maureen Leahey, observando na década de 1990 a prática de enfermagem corrente e a tendência para onde esta apontava, realizaram uma importante diferenciação conceitual entre Enfermagem da Família (*Family Nursing*) e Enfermagem dos Sistemas Familiares (*Family Systems Nursing*)⁽⁴⁸⁾:

A Enfermagem da Família (*Family Nursing*) foi conceituada de duas maneiras distintas, uma estabelecendo que o foco do cuidado está no indivíduo dentro do contexto da família, e a outra tendo o foco na família com o indivíduo como contexto. Em contrapartida, a Enfermagem dos Sistemas Familiares (*Family Systems Nursing*) tem toda a família como

unidade de cuidado. Assim sendo, enquanto na Enfermagem da Família o foco está no indivíduo ou na família, na Enfermagem dos Sistemas Familiares o foco está em ambos, no indivíduo e na família simultaneamente, estando o cuidado de enfermagem sempre concentrado na interação e na reciprocidade entre saúde, doença e família⁽²⁾.

Essa diferenciação foi essencial para solidificar a relevância da enfermagem “pensar família” sob uma perspectiva sistêmica, reconhecendo que família é muito mais do que a soma de cada um de seus membros. Logo, analisar separadamente cada membro da família não é o mesmo que analisar a família como unidade. A capacidade do enfermeiro de pensar no cuidado de forma sistêmica e interacional faz a prestação dos serviços de saúde elevar seu nível de assistência, do individual para o familiar⁽²⁾.

Um dos principais pressupostos da Teoria de Sistemas aplicada à Família é que o sistema familiar tem como característica a tendência de manter sua estabilidade. No entanto, a família tem a capacidade de mudar constantemente em resposta ao estresse e as tensões que sofre, tanto do ambiente interno quanto externo⁽⁴⁹⁾. A partir dessa perspectiva o enfermeiro precisa compreender que seu papel é ajudar a família a manter ou restaurar sua estabilidade diante da experiência de doença.

Alguns conceitos da Teoria de Sistemas podem ser aplicados ao trabalho com famílias e ajudam os enfermeiros a compreender como o sistema familiar se comporta nas situações de crise, como na experiência de doença e hospitalização⁽⁴⁹⁾:

Conceito 1: Todas as partes do sistema são interconectadas - isso quer dizer que o que ocorre em uma parte do sistema influencia todas as suas partes. Assim, quando um indivíduo da família adoece, todos os membros são afetados porque estão conectados. Contudo, cada família é única e responde aos eventos de maneiras distintas, do mesmo modo que o efeito sob cada membro da família varia em sua qualidade e intensidade.

Conceito 2: O todo é mais do que a soma de suas partes - a família é um todo composto para além da junção de todos os membros individualmente. Assim, o relacionamento entre todo o sistema familiar, e não apenas entre parte dele precisa ser compreendido. É preciso analisar como todo o sistema é afetado numa situação de doença, e não um membro isoladamente.

Conceito 3: Todos os sistemas possuem algum tipo de limites ou fronteiras entre o sistema e o ambiente - as famílias controlam a entrada e saída de informações e pessoas do sistema familiar a fim de proteger membros individuais ou a família como um todo. Os limites familiares incluem níveis de permeabilidade que pode ser fechada, flexível ou aberta às informações, pessoas ou outros tipos de recursos. O enfermeiro deve estar atento e avaliar

durante o relacionamento com a família à permeabilidade de seus limites, uma vez que sua experiência de doença pode ser fortemente influenciada pelos limites que possui.

Conceito 4: Os sistemas podem ser organizados em outros subsistemas – o sistema familiar pode ser subdividido em sistemas menores, como o subsistema pais e filhos, avós e pais, subsistema marital, e assim por diante. Os enfermeiros podem interagir com as famílias focalizando sua atenção em subsistemas específicos, de acordo com as observações que faz do sistema familiar.

É preciso destacar que essa abordagem de cuidado pode ser operacionalizada com uma única pessoa diante do enfermeiro, uma vez que se trata de uma lente teórico-metodológica que direciona os conceitos do enfermeiro, as habilidades de percepção e a execução das ações para focalizar nos relacionamentos, questionar sobre os relacionamentos e oferecer avaliação e intervenções direcionadas aos relacionamentos, independente de quem esteja envolvido na conversa terapêutica no momento do encontro⁽⁵⁰⁾.

Recentemente, Bell (2009) em um editorial sobre a Enfermagem dos Sistemas Familiares afirmou veementemente que esta é uma perspectiva de cuidado que privilegia os relacionamentos estabelecidos entre os envolvidos no processo – paciente, família e profissional de saúde – adotando, portanto, uma lente conceitual mais ampliada, onde a prática de enfermagem ocorre dentro do relacionamento entre enfermeiro e paciente/família. A descrição das características-chaves da Enfermagem dos Sistemas Familiares elucida a importância que o aspecto relacional assume dentro dessa abordagem^(50:126) e que consideramos fundamental inserir neste texto::

- O foco da Enfermagem dos Sistemas Familiares está na manutenção da saúde e na promoção da cura, com uma prática direcionada para a promoção da saúde e para o sofrimento causado pela doença.

- A prática com base na Enfermagem dos Sistemas Familiares reconhece que o relacionamento entre as pessoas influenciam reciprocamente a saúde/doença.

- Na Enfermagem dos Sistemas Familiares o termo “família” é usado para simbolizar uma lente conceitual sistêmica que descreve a interação, reciprocidade e relacionamentos entre os múltiplos níveis de sistemas, os quais oscilam de pequenos níveis celulares ao maior nível da sociedade. Estes incluem a doença, o indivíduo doente, a família, o enfermeiro e o maior sistema dentro do qual eles estão alocados.

- O enfermeiro, usando a Enfermagem dos Sistemas Familiares, está habilitado para avaliar os múltiplos níveis de sistemas e escolher intervenções que atinjam esses níveis, que oferecem uma maior possibilidade de saúde e de cura. A intervenção pode ser direcionada ao

indivíduo, ao relacionamento entre dois ou mais membros da família, ao relacionamento entre a família e o enfermeiro ou outro profissional da saúde, ao sistema de cuidado em saúde, sociedade e cultura, ou uma combinação destes.

- Não importa quantas pessoas o enfermeiro tenha diante dele; a Enfermagem dos Sistemas Familiares pode ser operacionalizada com uma única pessoa ou com uma unidade inteira de pessoas ligadas entre si de alguma forma. A Enfermagem dos Sistemas Familiares é uma lente conceitual que direciona os conceitos do enfermeiro, as habilidades de percepção e a execução para focar nos relacionamentos, questionar sobre os relacionamentos e oferecer avaliação e intervenções direcionadas aos relacionamentos, independente de quem está envolvido na conversa terapêutica no momento imediato.

- A Enfermagem dos Sistemas Familiares ocorre em um relacionamento entre um indivíduo/família e um enfermeiro sem julgamentos, que prefere relacionamentos colaborativos e não-hierárquicos, e que acredita na legitimidade de múltiplas realidades. Na Enfermagem dos Sistemas Familiares ocorre uma orientação baseada nas forças da família, onde a enfermeira move a conversa terapêutica em direção às competências e forças, ao invés de direcioná-la para os déficits e a patologia.

Bell (2011) também afirma que as pesquisas na área de Enfermagem da Família, ao longo de três décadas, têm focalizado na descrição das experiências de saúde e doença das famílias, utilizando desenhos qualitativos e quantitativos para desvendar fenômenos da família que poderiam ser alvos para avaliação e intervenção de enfermagem, como também para o desenvolvimento de instrumentos de medição nessa área. Outras pesquisas optaram por examinar fenômenos relacionados ao profissional, como crenças e atitudes dos enfermeiros que poderiam limitar ou encorajá-los a atender às famílias em suas práticas de cuidado⁽³⁵⁾.

Em âmbito internacional, os estudos demonstram que a Enfermagem dos Sistemas Familiares encontra-se num nível avançado de prática, onde há evidências sobre a aplicação clínica dessa perspectiva de cuidado. No Brasil, em contrapartida, a maior parte da produção de conhecimento relacionado a esta área do conhecimento ainda está centrada na descrição da experiência de doença, onde é relatado o significado da doença para a família e o impacto da doença na vida cotidiana. Essas pesquisas são predominantemente relacionadas à família, onde são consideradas respostas individuais de membros familiares, sendo escassas as pesquisas de família, as quais são capazes de prover compreensão da unidade familiar⁽⁵¹⁾.

Sem dúvida, as proporções do avanço que vem ocorrendo em relação à área de pesquisa, ensino e prática da enfermagem da família são distintas em âmbito global. Enquanto em países do Hemisfério Norte são utilizadas unidades práticas de laboratório da Enfermagem

dos Sistemas Familiares, as quais têm promovido significantes oportunidades para pesquisa e prática do conhecimento⁽⁵⁰⁾, no Brasil os desafios ainda são muitos e de outra ordem, sendo preciso melhorar o ensino sobre enfermagem da família em cursos de graduação e pós-graduação, incorporando formalmente as teorias sobre família e enfermagem da família, instituir o título de especialista em enfermagem da família e estimular pesquisas sobre intervenção e avaliação na área de enfermagem da família⁽⁵²⁾.

Trabalhar com famílias sob a perspectiva sistêmica é focalizar nos relacionamentos empreendidos dentro do próprio sistema familiar e dele com os demais subsistemas onde está inserido. Assim, ao cuidar da família sob uma perspectiva sistêmica, o enfermeiro deve focalizar não apenas nos relacionamentos entre seus membros, mas também, no relacionamento que ele próprio estabelece com o sistema familiar⁽³⁵⁾.

Na década de 1980, tendo como foco a Enfermagem dos Sistemas Familiares, Lorraine Wright e Maureen Leahey organizaram ideias e conceitos de autores e teóricos em um modelo voltado para a prática, o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), e posteriormente, o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), introduzindo de forma pragmática o pensamento sistêmico ao trabalho da enfermagem com famílias. Esses modelos tornaram-se um marco nessa área, influenciando e inspirando ações inovadoras no ensino, na pesquisa e na prática de enfermagem da família, ao mesmo tempo em que facilitaram, e continuam favorecendo, a capacitação de enfermeiros para o cuidado da família ao redor do mundo.

Modelos de enfermagem buscam capturar e definir a essência da enfermagem e o seu processo, fornecendo referenciais para tomada de decisão, pelos quais os modelos podem ser usados na prática para analisar, planejar, implementar e avaliar o cuidado⁽⁵³⁾. Entretanto, modelos teóricos podem ser mais valiosos como ferramentas para o pensamento do que como ferramentas para o uso⁽⁵⁴⁾.

Três tipologias de modelos de enfermagem foram identificadas entre enfermeiros que atuavam na prática: o primeiro tipo, chamado de Modelo Teórico, foi definido como algo abstrato, geral e desenvolvido através de abordagens dedutivas e indutivas, e apresentado como uma imagem potencial da realidade de enfermagem; o segundo tipo, chamado de Modelo Mental, é um modelo pessoal ou esquema individual do enfermeiro, construído através de sua experiência e conhecimentos pessoais, e é representado na maneira descrita pelo indivíduo; o terceiro tipo, chamado de Modelo Substituto, é uma versão funcional do modelo teórico, é usado para guiar a área clínica e representa o referencial ou estrutura ao

redor do qual os enfermeiros podem coletar dados, se comunicar, e através do qual a organização pode padronizar e auditar as práticas⁽⁵⁴⁾.

O estudo mencionado acima demonstra que para os enfermeiros que atuam essencialmente na prática, os modelos teóricos estão distantes de ser aplicados em seus ambientes de cuidado. No entanto, na versão funcional dos modelos teóricos, nomeada de modelo substituto, o enfermeiro encontra referenciais para guiar de forma sistematizada a sua prática assistencial.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), desenvolvido em 1984, baseia-se nos fundamentos da teoria de sistemas, cibernética, comunicação e mudança, sendo influenciada pelas ideias do pós-modernismo e da biologia da cognição. É uma estrutura multidimensional que integra três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional; cada uma das categorias possui várias subcategorias⁽²⁾.

O Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), publicado 10 anos após o Modelo Calgary de Avaliação, é um modelo que se baseia nas forças da família e conduzido para a resiliência familiar. Intervenções, domínios do funcionamento familiar e eficácia são os elementos que integram o MCIF. As intervenções propostas pelo enfermeiro à família de acordo com o MCIF visam a promoção, a melhora ou a manutenção do sistema familiar, almejando mudanças nos domínios cognitivo, afetivo e/ou comportamental⁽²⁾.

No ano 2000, foi publicada a *Entrevista de 15 minutos(ou menos) com a Família*, como uma importante resposta e incentivo à transformação da crença dos enfermeiros de que não ter tempo para fazer entrevistas com famílias é o maior obstáculo para as famílias não serem envolvidas na prática de enfermagem. No texto são descritos cinco ingredientes-chave para realização de uma entrevista de 15 minutos com as famílias: conversas terapêuticas, boas maneiras, genogramas e ecomapas da família, perguntas terapêuticas e elogiar as forças da família e do indivíduo⁽²⁾.

Em relação ao modo como o MCAF e MCIF vêm sendo referenciados nas pesquisas desenvolvidas no Brasil, fizemos um levantamento da literatura⁽⁵⁵⁾ e constatamos que a maioria delas utilizou parcialmente o modelo, restringindo-se apenas a avaliação estrutural da família, aplicando os instrumentos genograma e ecomapa com indivíduos e/ou famílias. No entanto, a utilização do Modelo Calgary vai muito além da aplicação desses instrumentos isoladamente. Nesse levantamento pudemos observar que muitos estudos fizeram a avaliação da família para fins de pesquisa, ou seja, o objetivo não era aplicar e avaliar os resultados da utilização do Modelo Calgary na prática clínica, mas sim, realizar a avaliação estrutural para conhecer e caracterizar melhor a população participante dos estudos. Wright e Leahey (2012)

destacam ser importante o enfermeiro distinguir se está usando o MCAF como um modelo para avaliar uma família ou como um referencial para o trabalho clínico com a família⁽²⁾.

Uma importante publicação do International Council of Nurses (ICN) realizada no ano 2000, apresenta além do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção com Famílias, outros modelos que podem ser usados na prática de enfermagem com famílias, como a Avaliação da Família e o Modelo de Intervenção desenvolvido por Berkey e Hanson em 1991, o Modelo de Avaliação da Família de Friedman, desenvolvido por Friedman em 1970 e aperfeiçoado posteriormente, e o Modelo de Enfermagem de Saúde da Família da Região Europeia da Organização Mundial da Saúde⁽⁵⁶⁾.

As autoras enfatizam que embora distintos, o importante é considerar que todos os modelos disponíveis possuem certos elementos comuns entre si para a prática de enfermagem da família ^(56:14):

- a) A prática inclui uma perspectiva holística de cuidado, que considera que o indivíduo está buscando apoio e/ou cuidado dentro da unidade familiar, ou que tem toda a família como foco do cuidado.
- b) A prática reconhece que a estrutura, forças, fraquezas e dinâmicas podem aumentar ou diminuir o potencial da saúde ou o cuidado na doença e, portanto, influenciam a avaliação de enfermagem da família e os tipos de intervenção.
- c) A prática promove um envolvimento significativo dos membros da família na avaliação, tomada de decisão e planejamento, bem como nos cuidados.
- d) A prática mobiliza uma gama de recursos e serviços que englobam a avaliação, educação e assistência. Isto envolve a mobilização de recursos de outros profissionais e prestadores de serviço nos setores de saúde e comunitários.

Devido à vasta referência ao Cuidado Centrado na Família (CCF) nos estudos realizados no contexto neonatal e pediátrico faz-se necessário, em função dos propósitos deste estudo, mencioná-lo e diferenciá-lo da Enfermagem dos Sistemas Familiares. Como Bell (2013) afirma: “Enfermagem da Família é mais do que Cuidado Centrado na Família”. O CCF é referido como uma abordagem de cuidado ideal, que destaca o papel essencial que os membros da família desempenham na vida e no bem-estar da criança, devendo todos os membros da família serem reconhecidos como receptores do cuidado. Contudo, há muitos desafios para implementação do CCF nos ambientes assistenciais pediátricos^(41,58).

No que se refere aos enfermeiros, os estudos enfatizam que eles têm dificuldade de implementar o CCF na prática devido a falta de conhecimento, compreensão, atitudes e falta de habilidades de negociação e comunicação⁽⁵⁹⁾. Pacientes e famílias que receberam assistência de acordo com os princípios do CCF confirmaram essas limitações, avaliando seus relacionamentos com os profissionais de saúde como difíceis, sem afeto e intimidantes⁽²⁸⁾.

Assim, antes de implementar o CCF, os enfermeiros precisam ser preparados para se relacionarem adequadamente com as famílias nos ambientes assistenciais, devendo, primeiramente, refletir sobre suas próprias crenças e valores relacionados ao trabalho com famílias⁽⁶⁰⁾.

O tipo de relacionamento estabelecido entre enfermeiros e famílias é fortemente influenciado pelas crenças dos profissionais. Deste modo, para colocar o relacionamento no centro do cuidado, os enfermeiros precisam primeiramente desafiar crenças que inibem a aproximação e a construção de um contexto relacional com a família, como, por exemplo: “Eu não tenho tempo para envolver as famílias no cuidado”⁽⁵⁷⁾.

A Enfermagem dos Sistemas Familiares também considera os princípios centrais do Cuidado Centrado na Família, como o compartilhamento de informações, o respeito e a colaboração com pacientes e famílias como importantes elementos para o cuidado das famílias. No entanto, ela vai além do CCF, devendo promover o encontro entre enfermeiros e pacientes/famílias por meio da construção de verdadeiros relacionamentos entre eles⁽⁵⁷⁾.

1.2.3 A transferência do conhecimento como elemento facilitador para o cuidado da família na prática clínica

O princípio interacional ou circular do relacionamento entre enfermeiros e famílias tende a ser ignorado pelos profissionais⁽²⁾, no entanto, Wright e Leahey (2012) afirmam que a participação do enfermeiro em oficinas sobre a Enfermagem dos Sistemas Familiares tem o potencial de alterar suas conceituações sobre os relacionamentos entre enfermeiro/família e fazê-los entrar numa prática mais interacional, mais relacional⁽²⁾.

Apesar do papel central ocupado pelas relações estabelecidas entre enfermeiros e famílias no contexto de cuidado, tem havido muito pouca discussão sobre o que é necessário para desenvolver e determinar qual a sensibilidade e/ou os conhecimentos, capacidades e competências necessários para a construção de relações éticas e sensíveis de enfermagem dentro das atuais complexidades nos ambientes de saúde⁽¹¹⁾.

Estratégias para cuidar da família devem ser baseadas no relacionamento interpessoal e na comunicação efetiva. Sabendo que a comunicação adequada é essencial para o estabelecimento de relacionamentos eficazes, autores afirmam que durante o treinamento de habilidades de comunicação a ênfase deve estar no desenvolvimento de relacionamentos, focalizando na capacidade natural de conexão e na formação de relações, e não apenas no aprendizado de uma lista de habilidades, de empatia, questionamento, confronto, auto-revelação e ações comportamentais discretas^(15,61,62).

As necessidades e preocupações principais de enfermeiros estão relacionadas à aquisição de mais habilidades clínicas para lidar com os conflitos entre famílias e profissionais de saúde, com as situações de crise e com problemas de comunicação familiar, em um curto espaço de tempo⁽⁶³⁾. Os enfermeiros solicitam mais conhecimentos e habilidades para lidar com as famílias em contextos estressantes de cuidado e para assegurar a eficácia e a utilidade dos cuidados de enfermagem, sobretudo em situações onde a complexidade do cuidado é alta, há falta de pessoal de enfermagem, e quando eles percebem que as famílias estão "em crise" ou "em negação" da doença e/ou tratamento⁽⁶³⁾.

Ao tratar da educação dos enfermeiros, Coyne et al (2011) afirmam que esta deve se concentrar mais no desenvolvimento de habilidades do que no conhecimento por si só. É preciso haver mais oficinas práticas para que o cuidado seja centrado na família, tais como treinamentos para desenvolvimento de habilidades de comunicação, de relacionamentos, avaliação das necessidades das famílias e resolução de conflitos⁽²⁸⁾.

É preciso oferecer conceitos teóricos que desafiem a crença do enfermeiro de que a família é um problema. A transmissão do conhecimento sobre família deve levar os aprendizes a considerar que o impacto da doença na família e a influência da família na trajetória da doença é um processo contínuo e observável. Para saber lidar com os próprios sentimentos e ajudar a família na experiência de doença, cursos teóricos e de prática clínica com famílias necessitam incluir mais idéias sobre as habilidades clínicas específicas necessárias para lidar com a situação de crise da família, a percepção da negação, a expressão de raiva e sofrimento dos membros familiares, morte e questões espirituais⁽⁶³⁾.

Os enfermeiros têm dificuldade em cuidar das famílias, ou porque não têm habilidades relacionais e conhecimento sobre o cuidado centrado na família, ou porque têm dificuldade em usar esse conhecimento na prática. Deste modo, a falta de educação e formação do pessoal exercem um grande impacto sobre as habilidades dos enfermeiros para ter a família como foco dos cuidados na prática⁽²⁸⁾.

Torna-se primordial a proposição de maneiras para implementar os modelos teóricos e os conceitos disponíveis na prática clínica, uma vez que eles contribuem potencialmente para a transformação da prática profissional do enfermeiro^(32:281). A transferência do conhecimento refere-se a um processo que visa reduzir as lacunas entre o que já é conhecido cientificamente e a implementação desse conhecimento na prática, com o propósito de obter melhores resultados para pacientes e famílias bem como para melhorar a produtividade nos sistemas de cuidado em saúde^(64,65).

No entanto, o processo de transferência do conhecimento é desafiador, pois envolve muito mais do que o oferecimento de uma intervenção educativa e a mensuração dos resultados por meio da aplicação de instrumentos⁽⁶⁶⁾.

Transferir o conhecimento com o propósito de modificar a prática em um contexto específico de cuidado em saúde é complexo, necessita de um trabalho colaborativo entre pesquisadores, enfermeiros da prática, outros profissionais da saúde, paciente/família e a organização institucional⁽⁶⁶⁾.

Há pouco conhecimento produzido sobre a prática do ensino de enfermagem da família ao redor do mundo. A maioria dos estudos disponíveis foi realizada na América do Norte e predominantemente focalizaram no ensino da enfermagem da família com estudantes de Graduação. Poucos estudos exploraram as percepções de enfermeiros da prática clínica sobre a utilidade dos conteúdos e conhecimento sobre a enfermagem da família nos seus ambientes de cuidado em saúde⁽⁶⁷⁾.

Bell (2010) enfatiza a urgência da condução de estudos que tratem da educação sobre a enfermagem da família em ambientes da prática clínica. Muitas variáveis acerca do ensino e a aplicação da enfermagem dos sistemas familiares na prática clínica ainda precisam ser exploradas, como as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias, a mudança do conhecimento sobre a importância de atender famílias, as mudanças na prática com famílias ou a satisfação das famílias com o cuidado realizado⁽⁶⁸⁾.

É preciso pensar em métodos e estratégias que facilitem a integração e reduzam o hiato entre a teoria e a prática clínica de enfermagem da família. Neste sentido, a modelagem de papel e a prática reflexiva são sugeridas como abordagens efetivas para o ensino do cuidado da família aos enfermeiros que atuam nos ambientes de assistência pediátricos⁽⁶⁹⁾. A necessidade de uma aprendizagem sobre a enfermagem da família que leve a uma reflexão sistemática acerca das experiências dos indivíduos enquanto famílias e acerca da prática profissional também já foi destacada por outros autores^(3,70).

A modelagem de papel e a prática reflexiva são métodos de aprendizagem pautados na Teoria do Aprendizado Social de Bandura. A modelagem de papel (*role modelling*) é um processo pelo qual uma pessoa assume os valores e comportamentos de outro por meio da identificação com ele. A prática reflexiva (*reflective practice*) refere-se ao pensamento ou reflexões que as pessoas estão tendo enquanto executam uma determinada ação; entender as razões para determinada ação é importante para a construção do conhecimento⁽⁶⁹⁾.

Outras estratégias e métodos já utilizados e referenciados por estudos que focalizaram na transferência do conhecimento e no ensino da enfermagem da família foram: laboratórios de simulação clínica, dramatização (*role playing*), curso online, *coaching*, *peer mentoring*, seminários educacionais e prática clínica supervisionada⁽⁷⁰⁻⁸³⁾.

Bell (2014) afirma que o oferecimento e a avaliação do efeito de uma breve intervenção educacional sem a presença de um mentor e/ou de um *coaching*, geralmente, não é suficiente para modificar a prática⁽⁶⁶⁾. Duhamel (2010) vem realizando estudos para implementação da Enfermagem dos Sistemas Familiares na prática clínica, e enfatiza a importância do *mentorship* ou do *coaching* no processo da tradução do conhecimento teórico para a prática clínica de enfermagem⁽⁸⁴⁾.

As estratégias e os métodos adotados devem provocar nos enfermeiros mais confiança em seus próprios conhecimentos e habilidades sobre como conversar com as famílias, pois, se eles sentirem mais confiança em si, muito provavelmente se comportarão de modo a acolher, incluir e reconhecer as famílias como parceiras do cuidado⁽⁵⁷⁾. A autoeficácia percebida pelo enfermeiro para se relacionar com famílias é, portanto, um importante preditor de atitudes que têm a família como foco dos cuidados.

Estudos acerca do ensino sobre a Enfermagem dos Sistemas Familiares já indicaram sua atenção para o construto da autoeficácia^(72,74). A Escala Prática de Enfermagem da Família (*Family Nursing Practice scale*) desenvolvida por Simpson e Tarrant (2005) é instrumento disponível para avaliar resultados de programas educacionais relacionados à Enfermagem dos Sistemas Familiares, o qual inclui como um de seus cinco componentes principais a confiança⁽⁸⁵⁾. No entanto, mesmo sendo reconhecido o papel central dos relacionamentos na prática clínica para o cuidado de famílias, não encontramos nenhum instrumento disponível para avaliar a autoeficácia de enfermeiros no que se refere ao estabelecimento de bons relacionamentos com famílias, configurando-se, portanto, a conexão entre intervenções educativas sobre enfermagem dos sistemas famílias e autoeficácia como um importante foco que demanda investigação.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

1. Avaliar o impacto de um treinamento sobre a Enfermagem dos Sistemas Familiares em relação:
 - a) Às atitudes dos enfermeiros acerca da importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem;
 - b) Às mudanças na percepção dos enfermeiros acerca de si mesmos, das famílias e do relacionamento com elas.
2. Construir e validar uma escala de autoeficácia para o estabelecimento de bons relacionamentos com famílias no contexto neonatal/pediátrico hospitalar.

3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS

3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS

3.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Considerando que as percepções do enfermeiro acerca de si e das famílias provêm das interações que ele estabelece consigo e com o mundo, por meio de suas definições simbólicas e dos significados que atribui a si e ao outro, optou-se pelo Interacionismo Simbólico como referencial teórico para nortear a coleta e a análise dos dados qualitativos.

O tipo de relacionamento que o enfermeiro estabelece com a família (interação social) é orientado e definido pelo significado (símbolos) que ele atribui às pessoas e a si mesmo (*self*). Do mesmo modo, cada interação social que o enfermeiro estabelece com a família gera novas interpretações, ressignifica os símbolos no *self* e origina novas definições sobre si, o outro e o mundo, as quais direcionam e definem o comportamento nas novas relações por ele estabelecidas. O relacionamento entre o enfermeiro e a família é movido por um constante ciclo de observação, interpretação, ressignificação e ação.

Por meio do Interacionismo Simbólico estuda-se o comportamento de um indivíduo e de um grupo, sendo possível apreender a maneira como as pessoas definem a realidade e se comportam, de acordo com as definições que possuem acerca das coisas. Esta perspectiva focaliza a natureza das interações nos processos das relações sociais entre as pessoas, o significado que possuem dos acontecimentos ocorridos no mundo em que vivem e as ações por elas desenvolvidas.⁽⁸⁶⁾

De acordo com Blumer (1969), os pressupostos básicos do Interacionismo Simbólico são:

- Os seres humanos agem em relação às coisas de acordo com o significado que lhes atribuem. Essas coisas referem-se a tudo aquilo que os seres humanos percebem no mundo;
- O significado das coisas deriva das interações sociais que as pessoas estabelecem umas com as outras;
- Esses significados são alterados por meio de um processo interpretativo utilizado pela pessoa a fim de lidar com as coisas com que se depara.

O significado de um objeto no mundo, seja ele uma pessoa, um evento ou uma coisa, é criado pela experiência humana, e, portanto, não possui valores inerentes. É por meio da

interação com o objeto e da pessoa consigo mesma que os significados são definidos, e, deste modo, o valor concedido aos objetos no mundo, bem como as ações da pessoa em relação a eles são oriundos dos significados que a pessoa lhes atribui.⁽⁸⁷⁾

Concepções centrais do Interacionismo Simbólico são explicadas por Charon (2009):

- Ao focalizar as interações estabelecidas entre os indivíduos, o Interacionismo Simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita sua condição passiva. A interação implica ações das pessoas entre si, as quais percebem, interpretam e agem novamente.
- O ser humano é entendido por meio do que acontece no presente, e não apenas pela influência do que ocorreu no passado. O passado entra em ação quando é trazido ao momento presente e aplicado na situação.
- A interação relaciona-se não somente ao que está acontecendo entre as pessoas, mas também ao que está ocorrendo em seu íntimo. Suas ações estão pautadas no modo como definem a situação em que se encontram e o mundo em que vivem, sendo essa definição influenciada pelas interações que estabelecem com os outros.
- O ser humano é descrito pelo Interacionismo Simbólico como imprevisível e ativo no mundo, sendo, até certo ponto, livre no que faz. Todo ser humano define o mundo em que atua e age a partir dessa definição, a qual é intrínseca: ele faz escolhas conscientes, direciona suas escolhas de acordo com suas definições, avalia tanto suas ações como aquelas alheias e faz redirecionamentos.

Os construtos fundamentais dessa perspectiva teórica são compostos pelas seguintes ideias: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, ação humana e interação social.

Símbolo⁽⁸⁶⁾

É o conceito central do Interacionismo Simbólico, visto que sem ele o ser humano não pode interagir com o outro. Os símbolos, significados e valores são aprendidos pelo indivíduo durante o processo de socialização, isto é, na interação com o próximo.

Os símbolos promovem a compreensão da conduta dos indivíduos. Em razão dos símbolos, o ser humano não responde de forma passiva à realidade do mundo; ele cria e recria, define e redefine de modo ativo suas circunstâncias na sociedade.

É por meio dos símbolos que o indivíduo identifica, relembra, categoriza, pensa, percebe, resolve problemas, delibera, cria abstrações e ideias, direciona-as para si e transcende o espaço, o tempo e a si mesmo.

Self⁽⁸⁶⁾

O *self* é a representação de um processo social interiorizado, isto é, o modo como o indivíduo interage socialmente com o outro e consigo mesmo. O *self* é um objeto social, e, do mesmo modo que o indivíduo consegue olhar e ver qualquer objeto social, ele é capaz de olhar e ver a si mesmo.

O *self* é definido nas interações, podendo manter-se estável ou ser redefinido nas interações sociais com os outros em diferentes situações. O *self* apresenta duas fases: o Eu e o Mim. O Eu impulsiona o indivíduo e o Mim representa a incorporação do outro no indivíduo. A ação é impulsionada pelo Eu, ao passo que o Mim direciona a ação.

O Eu é a resposta do organismo às atitudes alheias, é o indivíduo como sujeito que não se submete às regras estabelecidas socialmente. O Mim, proveniente da interiorização da sociedade, corresponde às atitudes organizadas adotadas pelo indivíduo e constitui a pessoa como objeto. O Mim é o *self* social, é o objeto que surge da interação, cuja ação é direcionada pelas expectativas e definições dos outros próximos ao indivíduo.

Mente⁽⁸⁶⁾

A mente é definida como a ação simbólica em relação ao *self*. Deve ser concebida como a atividade que mantém uma comunicação ativa com o *self* por meio da manipulação de símbolos. Por intermédio da ação mental (ato de pensar) o ser humano faz indicações para si mesmo, atribui significados, interpreta e dá sentido às coisas relativas às situações vivenciadas. Deste modo, a ação é a resposta da maneira pela qual o indivíduo interpreta os objetos, e não a resposta reflexa a eles.

Assumir o papel do outro⁽⁸⁶⁾

Esse conceito está estritamente conectado aos conceitos anteriores. Assumir o papel do outro é um exercício importante e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e uso de símbolos e a própria atividade mental.

Ao assumir o papel do outro, o ser humano busca explicação para a ação que observa e, assim, alinha sua ação à razão identificada. Deste modo, tal conceito é entendido como uma condição para a comunicação simbólica.

Ação humana⁽⁸⁶⁾

A ação humana refere-se à capacidade que o indivíduo possui de fazer indicações para si mesmo. O indivíduo confronta-se com o mundo, o qual deve interpretar para poder agir. A ação é definida de acordo com as necessidades do presente, as quais são organizadas em torno de metas e objetos sociais, portanto a definição da situação gera a ação.

Interação social⁽⁸⁶⁾

Todos os conceitos básicos do Interacionismo Simbólico surgem da interação social e são parte dela. Ao interagir, o indivíduo torna-se objeto social para o outro, utiliza símbolos, direciona o *self*, engaja-se em atividade mental, toma decisões, compartilha perspectivas, define a realidade, define a situação e assume papéis. Deste modo, a interação social constitui um componente central para o Interacionismo Simbólico, visto que gera perspectivas, direciona o olhar e guia a realidade.

A interação é simbólica quando a ação do indivíduo tem significado para ele e para quem recebe a ação. Assim, cada qual interage simbolicamente consigo ao mesmo tempo em que observa e age em relação ao outro.

Neste estudo, ao utilizar o Interacionismo Simbólico como uma das perspectivas teóricas, que postula que os indivíduos vivem em um mundo de significados, busca-se articular a compreensão do relacionamento do enfermeiro com a família, como uma construção de significados elaborados no processo relacional, aqui definido como uma interação social.

Com esta expectativa, com base nos conceitos do Interacionismo Simbólico é possível estabelecer como pressupostos deste estudo:

- Ao identificar os **símbolos** do enfermeiro acerca do relacionamento com as famílias, poderemos compreender definições (significados, valores, ideias e definições) que baseiam suas ações.
- Ao acessar o *self* poderemos compreender como o enfermeiro vê a si mesmo no contexto do relacionamento que estabelece com a família, bem como os elementos que o levam a adotar determinadas ações e as crenças de autoeficácia presentes a fim de criar as circunstâncias relacionais.
- Identificar a **ação mental** realizada pelo enfermeiro nos relacionamentos que estabelece com família propiciará a compreensão do processo dessa interação social

como um todo, o que envolve a avaliação, a interpretação e a definição de si e dos demais elementos envolvidos nas situações relacionais vivenciadas.

- A compreensão do conceito **assumir o papel do outro** nos permitirá identificar como o enfermeiro explica a situação da família e como vê as relações que estabelece com ela, sob a perspectiva familiar.
- Vislumbrar a **ação humana** tornará possível a compreensão do fluxo envolvido nas ações do enfermeiro a fim de se relacionar com a família, o que compreende todas as decisões, interpretações, motivos e emoções envolvidos em experiências do passado, presente e futuro.
- Examinar o relacionamento à luz da perspectiva interacionista e simbólica permitirá uma melhor compreensão do modo como o enfermeiro vê a si e ao outro nessa **interação social**, uma vez que sua percepção decorre de como interpreta as interações sociais previamente estabelecidas consigo e com os demais.

3.2 AUTOEFICÁCIA

A teoria da autoeficácia foi desenvolvida por Albert Bandura, psicólogo canadense que voltou sua atenção para o papel dos processos cognitivos na aquisição e manutenção de comportamentos, consolidando a Teoria Social Cognitiva (1986), anteriormente designada Teoria do Aprendizado Social.

A teoria social cognitiva está enraizada em uma perspectiva de ação na qual pessoas funcionam como reguladoras pró-ativas de sua motivação e de suas ações por meio da antecipação, da intencionalidade e da autoavaliação. Dentre os mecanismos de ação humana, nenhum é mais central ou penetrante do que as crenças de eficácia pessoal. Apesar de existirem outros fatores que podem operar como guias e motivadores das ações, todos estão enraizados na crença central de que a pessoa tem o poder de produzir os efeitos desejados por meio de suas ações, caso contrário haveria pouco incentivo para agir ou perseverar diante de dificuldades^(88,89).

Deste modo, as crenças de autoeficácia constituem a base da ação humana. Elas desempenham um papel central na autorregulação da motivação por meio dos desafios de meta e das expectativas de resultado. É com base nas crenças de eficácia que as pessoas escolhem quais desafios irão enfrentar, quanto esforço irão empregar e por quanto tempo irão perseverar em face dos obstáculos e fracassos. A probabilidade das pessoas seguirem em

direção às metas estabelecidas depende do quanto acreditam ser ou não possível atingir os resultados desejados⁽⁸⁸⁾.

A autoeficácia constitui as crenças relativas à capacidade de se desempenhar determinada tarefa com êxito⁽⁹⁰⁾. O desempenho proficiente de uma determinada tarefa é parcialmente guiado por competências de autorregulação de ordem superior. Estas incluem habilidades genéricas para diagnosticar demandas da tarefa, construir e avaliar alternativas de cursos de ação, estabelecer metas proximais para orientar os seus esforços e para criar autoincentivos, a fim de sustentar o engajamento em atividades de grande demanda física ou mental, gerenciar o estresse e atenuar pensamentos inoportunos⁽⁹¹⁾.

As crenças de autoeficácia pertencem à classe de expectativas ligadas ao *self*⁽⁹²⁾. Tais crenças determinam como as pessoas se sentem, pensam, motivam-se e comportam-se, processo que ocorre por meio de quatro etapas principais: cognitiva, motivacional, afetiva e de seleção⁽⁹⁰⁾.

A percepção da autoeficácia refere-se, portanto, a uma avaliação pessoal da própria inteligência, das habilidades e dos conhecimentos, e é representada pelo termo “capacidades”. No entanto, apenas a presença destas capacidades não é suficiente; é preciso que a pessoa acredite possuí-las. Essas capacidades são direcionadas à organização e execução de ações, o que significa uma expectativa de “eu posso fazer” determinada tarefa. Há ainda um componente de finalidade, uma vez que englobam exigências de uma dada situação que precisam ser cumpridas. Portanto, na avaliação da autoeficácia os indivíduos consideram simultaneamente suas próprias potencialidades, o objetivo de atender às exigências de determinada situação e as ações que conduzam a esse objetivo⁽⁹²⁾.

Em sua teoria da autoeficácia Bandura (1977) destaca e apresenta a distinção entre dois conceitos: expectativa de resultado e expectativa de autoeficácia. A expectativa de resultado é definida como a estimativa de que um dado comportamento levará a certos resultados; a expectativa de eficácia constitui a convicção de que é possível executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados desejados. Em outras palavras, o indivíduo pode acreditar que determinada ação irá produzir certos resultados, embora possa ter dúvidas quanto à sua capacidade de executar tal ação^(93,94).

Apesar de os dois conceitos acima serem distintos, a autoeficácia desempenha grande influência sobre as expectativas de resultados, uma vez que a antecipação que as pessoas fazem dos resultados a serem atingidos depende fortemente das crenças que possuem acerca do quão bem podem agir em determinada situação⁽⁹⁵⁾.

As expectativas de autoeficácia afetam tanto o início como a persistência em um dado comportamento. Assim, a força das convicções de uma pessoa acerca de sua própria eficácia afeta seu comportamento no momento de enfrentar determinadas situações. O indivíduo que duvida de sua eficácia não manifesta o comportamento necessário para a realização de determinada tarefa⁽⁹³⁾.

Um forte senso de eficácia aumenta a realização e o bem-estar pessoais. Pessoas com alta segurança de suas capacidades engajam-se em tarefas difíceis e desafios, em vez de concebê-los como uma ameaça que deve ser evitada; elas se comprometem fortemente com seus objetivos, aumentando e sustentando seus esforços mesmo diante de insucessos, e recuperam o senso de eficácia rapidamente após falhas ou contratempos. Geralmente atribuem o fracasso ao esforço insuficiente ou à deficiência de conhecimentos e habilidades. Elas se aproximam de situações ameaçadoras com a convicção de que podem controlá-las, e a eficácia de semelhante perspectiva produz realizações pessoais, reduz o estresse e diminui a vulnerabilidade à depressão⁽⁹⁰⁾.

Em contraste, indivíduos que duvidam de suas capacidades evitam tarefas difíceis, as quais visualizam como ameaças pessoais. Eles possuem aspirações baixas e não se comprometem veementemente com seus objetivos; quando se deparam com tarefas difíceis, eles concentram-se em suas deficiências pessoais, nos obstáculos que irão encontrar e em todos os tipos de resultados adversos, em vez de focarem em como poderiam realizar determinada tarefa com sucesso. Diante das dificuldades, eles abandonam rapidamente seus esforços, e seu processo de recuperação do senso de eficácia após fracassos ou retrocessos é lento. São vítimas mais fáceis do estresse e da depressão⁽⁹⁰⁾.

As pessoas tendem a evitar situações de risco que acreditam superar suas capacidades de enfrentamento, porém envolvem-se em atividades e se comportam de modo seguro quando se julgam capazes de enfrentar determinadas situações. As expectativas de eficácia determinam a quantidade de esforço e de tempo que as pessoas irão empregar diante dos obstáculos e de experiências adversas. Quanto mais forte a percepção de autoeficácia, mais esforços são empreendidos para realizar determinada atividade e vencer os desafios. Em contrapartida, quem possui baixa percepção de autoeficácia cessa seus esforços prematuramente⁽⁹³⁾.

As expectativas de eficácia variam em muitas dimensões, as quais possuem importantes implicações no desempenho. Diferem na magnitude, na generalidade e na força⁽⁹³⁾.

Magnitude: quando os indivíduos ordenam suas atividades por nível de dificuldade, limitando-se à execução de tarefas mais simples, ou ampliando seu comportamento em direção àquelas mais difíceis.

Generalidade: as expectativas de eficácia podem estar limitadas a certas experiências, ou então ser mais generalizadas, ampliando o comportamento do indivíduo para além de uma situação específica. Contudo, a autoeficácia está relacionada a uma situação específica e não a um senso de competência global.

Força: as expectativas de eficácia podem ser fracas ou fortes; quem possui fracas expectativas de eficácia irá desistir de desempenhar determinada tarefa quando deparar-se com experiências difíceis, ao passo que quem possui fortes expectativas irá persistir mesmo diante de experiências adversas.

As expectativas de autoeficácia baseiam-se em quatro fontes principais de informação: realizações pessoais, experiências vicárias, persuasão verbal e estados emocionais⁽⁹³⁾.

- Realizações pessoais: são fontes de informação de eficácia fortemente influentes, uma vez que se baseiam em experiências de domínio pessoal. Experiências de sucesso aumentam as expectativas de autoeficácia; em contrapartida, experiências de fracasso tendem a diminuí-las.

Contudo, o impacto na percepção de autoeficácia irá depender da avaliação cognitiva de uma série de fatores informativos, incluindo a dificuldade da tarefa, a quantidade de esforço empreendida, o número de apoio situacional, o tipo e a proporção de sucesso. O impacto negativo de uma falha ocasional é mais passível de ser reduzido após fortes expectativas de autoeficácia terem sido desenvolvidas em decorrência de repetidas experiências de sucesso^(93,94).

Experiências de sucesso tendem a aumentar a percepção de autoeficácia quando o sucesso é visto como resultado da própria habilidade, e não de situações fortuitas ou de ajudas externas. O impacto do desempenho sobre a autoeficácia também irá depender se as realizações de sucesso foram atribuídas à capacidade ou ao esforço. Atingir o sucesso com o mínimo esforço promove atribuições de capacidade que reforçam um senso forte de autoeficácia. Em contrapartida, experiências de êxito alcançadas por meio de muito esforço conotam uma capacidade menor e, portanto, é provável que provoquem um efeito mais fraco sobre a percepção de autoeficácia⁽⁹³⁾. Repetidas falhas, por outro lado, tendem a diminuir a percepção de autoeficácia, sobretudo se ocorrem no início dos acontecimentos e não refletem falta de esforço ou circunstâncias adversas⁽⁹⁶⁾.

- Experiências vicárias: observar como outros (modelos) lidam com certas situações com êxito e sem consequências adversas pode gerar nos observadores expectativas de que eles também poderão melhorar em determinada atividade se persistirem e intensificarem seus esforços. Observar experiências alheias bem-sucedidas faz com que o observador convença-se de que também pode ser capaz de alcançar o sucesso. As expectativas de autoeficácia provenientes da observação de experiências alheias são mais fracas e mais vulneráveis à alteração do que aquelas advindas das realizações pessoais⁽⁹³⁾.

O impacto da modelagem na percepção de autoeficácia é fortemente influenciado pela apreensão da semelhança com os modelos. Quanto maior a semelhança percebida, mais persuasivos são os sucessos e fracassos dos modelos. Se os modelos são concebidos como muito diferentes do observador, a autoeficácia percebida não é muito influenciada por seu comportamento. As pessoas procuram modelos proficientes que possuam as competências às quais aspiram. Por meio de seu comportamento e das formas expressas de pensar, os modelos competentes transmitem conhecimento e ensinam habilidades e estratégias aos observadores, a fim de que possam gerir de modo eficaz as demandas e situações desafiadoras^(90,96).

- Persuasão verbal: configura-se como outra maneira de fazer com que as pessoas acreditem possuir o que é necessário para atingir o sucesso. A persuasão verbal está entre uma das estratégias mais amplamente utilizadas para tentar influenciar o comportamento humano, uma vez que constitui uma ferramenta fácil e de pronta disponibilidade. As pessoas podem ser verbalmente persuadidas a acreditar que possuem a capacidade para lidar eficazmente com determinada tarefa ou situação. As expectativas de eficácia induzidas pela persuasão verbal, como ocorre com as experiências vicárias, tendem a ser mais fracas do que aquelas decorrentes de realizações pessoais, visto que não fornecem uma base experiencial autêntica. A persuasão verbal apresenta limitações no que diz respeito à criação de uma autoeficácia duradoura, porém pode contribuir para o desempenho de tarefas bem-sucedidas^(90,93).

O impacto da persuasão verbal na autoeficácia pode variar substancialmente, a depender da credibilidade de quem a executa, bem como de seu prestígio, experiência e confiança. Quanto mais crível a fonte de informação, mais provável é a mudança nas expectativas de autoeficácia⁽⁹³⁾.

- Estados emocionais: o julgamento das próprias capacidades também depende, parcialmente, dos estados somáticos e emocionais do indivíduo. A partir das respostas fisiológicas, em detrimento de certos estados emocionais, a pessoa julga sua força, capacidade e vulnerabilidade para lidar com determinadas situações, interpretando suas reações de estresse e tensão como sinais de vulnerabilidade para determinada tarefa^(90,96).

De modo geral, experiências estressantes e desgastantes provocam uma excitação emocional que, dependendo das circunstâncias, pode adquirir valor informativo sobre a competência pessoal, tendo por isso a capacidade de afetar a percepção de autoeficácia. A alta excitação emocional costuma interferir de modo negativo no desempenho pessoal⁽⁹³⁾. O humor também influencia os julgamentos de autoeficácia; o humor positivo melhora a percepção de autoeficácia, ao passo que o humor deprimido a diminui⁽⁹⁰⁾.

Uma forma de modificar as crenças de autoeficácia é reduzir as reações de estresse do indivíduo e alterar seu estado emocional negativo, o qual conduza falsas interpretações de seu estado físico. Não é a intensidade das reações físicas e emocionais que de fato importa, mas como são percebidas e interpretadas. Quem possui um alto senso de eficácia está propenso a apreender seu estado de excitação afetiva como um veículo facilitador do desempenho, enquanto quem possui baixa autoeficácia considera sua excitação emocional um elemento capaz de debilitar suas ações⁽⁹⁰⁾.

Indivíduos que percebem sua excitação emocional como decorrente de inadequações pessoais são mais propensos a reduzir suas expectativas de eficácia do que aqueles que atribuem sua excitação emocional a fatores situacionais⁽⁹³⁾. As pessoas interpretam seus estados fisiológicos a fim de julgar suas capacidades.

Em situações estressantes e desafiadoras, sua excitação visceral é lida como um mau sinal, fazendo com que se sintam vulneráveis. A alta excitação tende a enfraquecer o desempenho; as pessoas estão mais inclinadas a esperar o sucesso quando não se sentem tensas e visceralmente agitadas⁽⁹⁶⁾.

Em suma, as quatro principais fontes de informação, responsáveis pelas expectativas de autoeficácia são: realizações pessoais, as quais fornecem a mais influente informação de eficácia por serem baseadas em experiências pessoais de sucesso; experiências indiretas ou vicárias, que consistem em observar o sucesso de outros por meio de seus esforços; persuasão verbal, estratégia que consiste em afirmar que o indivíduo possui as habilidades necessárias para lidar com sucesso com determinada situação; estados de excitação fisiológica, os quais constituem o julgamento do nível de ansiedade e de vulnerabilidade diante de situações de estresse⁽⁹⁷⁾.

O impacto das quatro fontes de informações sobre a autoeficácia, contudo, irá depender de como elas serão cognitivamente avaliadas. Uma série de fatores contextuais, como as circunstâncias sociais, situacionais e temporais em que ocorrem os eventos, também irão compor a avaliação de autoeficácia. Por isso, experiências de sucesso em determinada situação não necessariamente criarão fortes expectativas de autoeficácia. Tudo irá depender

de como essa informação será cognitivamente processada⁽⁹³⁾. Os processos cognitivos emergem de atividades cerebrais que exercem influências determinantes nos pensamentos e ações⁽⁸⁸⁾.

As expectativas de autoeficácia são definidas e medidas independentemente do desempenho, e proporcionam uma base explícita para prever a ocorrência, a generalidade e a persistência de comportamentos de enfrentamento. As pessoas irão se aproximar, explorar e lidar com certas situações de acordo com suas capacidades de autopercepção, por isso tendem a evitar situações estressantes no ambiente quando percebem que sua capacidade está sendo excedida⁽⁹³⁾.

Quanto mais forte a crença de autoeficácia, maior é a probabilidade de que uma tarefa seja concluída com êxito^(93,96). A força da autoeficácia também prevê mudança de comportamento e persistência em relação aos esforços, até que seja atingido aquilo que se almeja. Em contrapartida, a falta de autoeficácia leva as pessoas a se comportarem de modo ineficaz, mesmo que elas saibam o que devem fazer⁽⁹⁶⁾.

Existe uma diferença entre possuir habilidades de enfrentamento e ser capaz de aplicá-las de forma eficaz e consciente diante de situações difíceis. O sucesso, portanto, requer não apenas habilidades, mas autoconfiança nas próprias capacidades a fim de exercer o controle⁽⁹⁸⁾.

A autoeficácia percebida está relacionada às crenças pessoais de poder exercer controle sobre a motivação, o comportamento e o ambiente social⁽⁹⁸⁾. As crenças relativas à própria capacidade afetam as escolhas, o esforço empregado e a persistência em face das dificuldades e experiências adversas. Quando falta senso de autoeficácia, o indivíduo não maneja as situações de forma eficaz, ainda que possua as competências necessárias e saiba o que fazer^(97,98).

A eficácia não é um ato fixo ou simplesmente uma questão de saber como agir diante de certas situações; pelo contrário, ela envolve uma capacidade geradora em que os componentes cognitivo, social e comportamental devem ser organizados em cursos de ação integrados a fim de que sirvam para inúmeros propósitos. “A autoeficácia percebida está relacionada com julgamentos de quão bem se pode executar cursos de ação necessários para lidar com situações potenciais”⁽⁹⁶⁾.

As percepções de autoeficácia não são simples estimativas inertes de ação futura, mas autoavaliações das capacidades operativas, as quais funcionam como um conjunto de elementos que determinam como as pessoas se comportam, seus padrões de pensamento e as reações emocionais que experimentam em situações extenuantes⁽⁹⁶⁾.

Bandura (1982) traz uma reflexão acerca da autoeficácia coletiva, uma vez que as pessoas não vivem socialmente isoladas. Muitos dos desafios e dificuldades que as pessoas enfrentam refletem problemas de grupo, os quais requerem um esforço coletivo para produzir uma mudança significativa. A força de grupos e organizações afeta parcialmente o senso pessoal de eficácia coletiva, fazendo com que o indivíduo acredite ser capaz de resolver seus problemas e melhorar sua vida por meio de esforços conjuntos. A percepção de eficácia coletiva irá influenciar o que se opta por fazer em grupo, quanto esforço será empregado e o poder de persistir quando os esforços do grupo não produzirem resultados. A percepção da eficácia pessoal não está relacionada com a percepção de eficácia coletiva; na verdade, a eficácia coletiva está enraizada na autoeficácia pessoal⁽⁹⁶⁾.

Para atingir as metas desejadas, os membros de um grupo devem partilhar seus recursos e trabalhar em conjunto, executando funções e atividades com um elevado senso de eficácia. Resultados coletivos eficazes não podem ser alcançados por membros que possuem dúvidas persistentes sobre sua capacidade para vencer e sobre seu poder de persistir em face das dificuldades. A eficácia pessoal é valorizada, não por reverência ao individualismo, mas porque um forte senso de eficácia é vital para o funcionamento bem-sucedido, seja ele alcançado por um indivíduo ou por um grupo de pessoas trabalhando em conjunto⁽⁸⁸⁾.

3.3 CONCEPÇÃO CONSTRUTIVISTA

A concepção construtivista foi eleita como referencial pedagógico para nortear a intervenção educativa. De acordo com o referencial em questão, a aprendizagem ocorre quando conseguimos elaborar uma representação pessoal de um objeto da realidade ou de um conteúdo que pretendemos aprender. Essa elaboração requer que o indivíduo se aproxime do objeto ou do conteúdo a fim de apreendê-lo; não se trata de uma aproximação a partir do nada, mas a partir de experiências e conhecimentos preexistentes; deste modo, o conhecimento já possuído é modificado durante o processo de aprendizagem, ao passo que o novo conhecimento é interpretado de maneira particular, a fim de que seja integrado e apropriado pelo indivíduo⁽⁹⁹⁾.

Esquemas de conhecimento constituem as representações possuídas por alguém, em um determinado momento, sobre parte da realidade⁽¹⁰⁰⁾. De acordo com o construtivismo, um novo aprendizado é construído por meio da interação com os esquemas de conhecimento previamente existentes no indivíduo. Esses esquemas de conhecimento são compostos por

uma variedade de representações da realidade, incluindo informações sobre fatos, acontecimentos, atitudes, normas, valores, explicações, conceitos e procedimentos a elas relacionados⁽¹⁰¹⁾.

A natureza dos esquemas de conhecimento formados pelo indivíduo difere bastante da experiência ou situação em que o conhecimento foi gerado, isto é, os esquemas de conhecimento não provêm do material da experiência, mas são simbólicos, ou seja, constituem uma construção que abarca as ideias que o indivíduo já possuía e armazenava em sua mente⁽¹⁰⁰⁾.

Deste modo, o conhecimento elaborado na mente não constitui uma cópia da realidade, mas a representação ou ideia elaborada a partir dela. Nos esquemas de conhecimento estão integrados conhecimentos do tipo declarativo - referentes ao que se diz de alguém ou algo, de alguma situação, experiência ou acontecimento - e conhecimentos do tipo procedimental - relativos a como fazer, à realização de ações⁽¹⁰⁰⁾.

Por se tratar de um processo que envolve atribuição de significados, há mobilização do nível cognitivo, levando o indivíduo a revisar e recrutar seus esquemas de conhecimento a fim de dar conta de novas situações, tarefas ou conteúdos de aprendizagem. Os esquemas de conhecimento prévios podem ser modificados leve ou drasticamente, estabelecendo novas conexões, esquemas e relações na estrutura cognoscitiva⁽¹⁰²⁾.

Coll e Martín (2004) afirmam que “os alunos não atribuem, primeiramente, um determinado sentido ao conteúdo da aprendizagem para depois proceder à construção de significados referentes a eles. Tampouco constroem primeiro significados, passando depois a atribuir um sentido àquilo que aprenderam. Os alunos constroem determinados significados *na medida em que* lhes atribuem determinado sentido”.

O grau de significância da aprendizagem depende da amplitude e da complexidade das relações que se estabelecem entre os significados construídos e os significados preexistentes na estrutura cognoscitiva. Quanto mais ricas, complexas e extensas forem essas relações, maior será o grau de significância atingido⁽¹⁰³⁾.

Apesar dos conhecimentos prévios dos alunos serem importantes, nem todos irão participar da mesma maneira na atribuição de significados para a construção do conhecimento. Deve-se ter em mente que o conhecimento é fruto de uma atividade pessoal e, deste modo, os alunos podem ver conexões entre duas informações e considerá-las muito importantes, ao passo que quem está ensinando possui uma visão distinta da sua. Por isso, além de saber os conhecimentos prévios dos alunos sobre determinado tema, é necessário

compreender também seu ponto de vista, explorando as conexões que fazem em relação às novas informações transmitidas⁽¹⁰⁰⁾.

Os objetivos educacionais construtivistas colaboram para o desenvolvimento de capacidades cognitivas, motoras, afetivas, de equilíbrio, de relação interpessoal, de inserção e de atuação profissional⁽¹⁰⁴⁾. Aquele que transmite a informação (professor) deve, de acordo com a visão construtivista, conhecer o conteúdo que ensina, não no sentido de saber bem para transmitir ou avaliar corretamente, mas de saber o bastante para discutir com quem está aprendendo (aluno), fazer perguntas inteligentes, formular hipóteses e sistematizar, quando necessário. Em uma perspectiva não construtivista, a resposta ou mensagem do professor é o que importa, enquanto na visão construtivista o que interessa é a pergunta ou o problema que desencadeia no aluno⁽¹⁰⁵⁾.

Segundo o construtivismo de Piaget, é importante a adoção de uma perspectiva experimental, e não apenas de transmissão; a partir desse olhar, o professor deve ser um investigador que considera algo que não está nos livros, ou seja, tem de levar em consideração o saber dos alunos, suas hipóteses e as relações que fazem. A postura do professor construtivista é experimental porque há um engajamento em relação à novidade e à criatividade, um aprofundamento em razão do interesse na produção do conhecimento e um compromisso com o que se sabe sobre os conteúdos, visto que as experiências passadas são conservadas⁽¹⁰⁵⁾.

O ensino deve articular-se em torno do princípio da atividade mental dos alunos e, portanto, da diversidade. Isso não quer dizer que o professor ocupa um papel secundário no ensino, e sim que promove uma atividade mental autoestruturadora, a qual permite que aluno o estabeleça relações, generalização, descontextualização, atuação autônoma e compreensão do que faz e do porquê o faz⁽¹⁰⁶⁾.

A escolha do método de ensino vai além da necessidade de introduzir saberes culturalmente organizados; ela deve não apenas abranger a formação de determinadas capacidades cognoscitivas, mas atingir o mais alto nível de desenvolvimento de todas as capacidades do aluno. Para tanto, é imprescindível pensar nas estratégias de ensino, nos tipos de agrupamento, no papel do professor e na organização dos conteúdos que propiciem o desenvolvimento global do estudante⁽¹⁰⁶⁾.

Os referenciais utilizados para decidir o planejamento e a aplicação das atividades de ensino/aprendizagem, definidas como intenções educativas e concepção de como se aprende, também condicionam as variáveis para a escolha da metodologia. Para o construtivismo, a necessidade de trabalhar conteúdos diversos, a função que eles devem desempenhar e a forma

como se aprende são determinantes no momento de estabelecer os critérios que guiam as variáveis presentes na articulação do ensino⁽¹⁰⁶⁾.

As técnicas ou estratégias de ensino são mediadoras das relações entre professor e aluno, e a decisão de quais serão adotadas no processo ensino/aprendizagem está relacionada aos ideais educativos; deste modo, não é a técnica que define o objetivo educativo, mas o inverso⁽¹⁰⁷⁾. As estratégias que serão utilizadas nas interações educativas dos professores e alunos devem, sob a ótica construtivista, considerar a multiplicidade tanto de estudantes como de situações de aprendizado existentes. Pensando nisso, o professor deve observar o que ocorre durante as interações que estabelece com os alunos e organizar estratégias que as favoreçam em diferentes níveis.⁽¹⁰⁶⁾

A seleção das distintas metodologias de ensino existentes deve considerar três fatores: as necessidades organizativas, a necessidade de atender à diversidade dos alunos e a importância atribuída pelas propostas metodológicas aos conteúdos procedimentais e atitudinais⁽¹⁰⁶⁾. No que se refere às diferentes técnicas que podem ser utilizadas na mediação entre professor e aluno, estas podem ser mais ou menos centradas no professor, como ocorre na aula expositiva ou demonstrativa, ou então no aluno, como se dá no estudo dirigido, no estudo de texto ou na pesquisa bibliográfica; podem também ser mais ou menos centradas na individualização, quando se utiliza o estudo programado, ou na socialização do aluno, no caso de estudo do meio, seminário, discussão e outros trabalhos em grupo⁽¹⁰⁷⁾.

Para Zabala (2004, p.165), as atividades de intervenção educativa, sob a ótica construtivista devem:

- Permitir que o professor conheça os conhecimentos prévios dos alunos em relação aos novos conteúdos de aprendizagem;
- Colocar os conteúdos de modo que sejam significativos e funcionais para os alunos;
- Possibilitar inferência de que são adequadas ao nível de desenvolvimento dos alunos;
- Aparecer como um desafio acessível para o aluno, ou seja, considerar suas atuais competências e fazê-las avançar com a ajuda necessária;
- Provocar um conflito cognoscitivo e promover a atividade mental do aluno necessária ao estabelecimento de relações entre os conhecimentos prévios e os novos conteúdos;
- Fomentar uma atitude favorável, a qual motive a aprendizagem de novos conteúdos;

- Estimular a autoestima e o autoconceito^v em relação às aprendizagens propostas, por meio das quais o aluno consiga perceber que aprendeu em algum grau⁽¹⁰²⁾;
- Ajudar o aluno a adquirir destrezas relacionadas a como aprender e que lhe permitam ser cada vez mais autônomo em suas aprendizagens.

Apesar da concepção construtivista não prescrever uma metodologia concreta, visto que parte do princípio da diversidade, sua essência é contrária a propostas homogeneizadoras de ensino, as quais fazem com que os alunos mais reajam do que atuem, sigam mais do que construam. Deste modo, enquadram-se nessa concepção todas as metodologias que se baseiam na atividade conjunta de alunos e professores, que veem o ensino como um processo de construção compartilhada de significados orientados para a autonomia do aluno⁽¹⁰⁶⁾.

A aula expositiva, embora considerada uma técnica de ensino tradicional, verbalista e autoritária, pode ser transformada em uma atividade dinâmica, participativa e estimuladora do pensamento crítico do aluno⁽¹⁰⁸⁾. Lopes (2008) reúne a visão de diversos autores sobre a aula expositiva, cuja linguagem oral é o principal recurso. Essa característica pode ser vista como uma desvantagem, uma vez que o professor pode acabar falando por mais tempo do que deveria, restringindo a participação do aluno e provocando nele um possível comodismo ou passividade, fazendo com que se limite apenas a absorver o que está sendo comunicado.

Essa técnica é recomendada somente para a transmissão de assuntos predominantemente teóricos. Os objetivos da aula expositiva são: introduzir um novo assunto; permitir uma visão global e sintética do tema; apresentar e esclarecer conceitos básicos de determinado tópico; e economizar tempo quando há urgência em se apresentar um assunto. Essa técnica faz com que seja possível fornecer uma compreensão inicial de informações essenciais, o que é imprescindível para o aprendizado de um novo assunto⁽¹⁰⁸⁾.

A relação que se estabelece entre professor e aluno na aula expositiva é caracterizada pelos autores com tendência pedagógica tradicional como unilateral, sendo o professor o único detentor do conhecimento e condutor exclusivo do processo de ensino, não oferecendo aos alunos a oportunidade de questionamento. Nesta situação o aluno não passa de um mero receptor, portanto seu pensamento criador e sua capacidade crítica não são estimulados⁽¹⁰⁸⁾.

Uma das principais vantagens de se utilizar a aula expositiva é a economia de tempo; outra vantagem é que essa técnica auxilia na compreensão de assuntos considerados complexos; pode ter como vantagem, ainda, o estímulo ao pensamento criador do aluno, visto

^v “O autoconceito refere-se ao conhecimento de si mesmo e inclui juízos valorativos, chamados de autoestima”. Solé I, Coll C (2004, p.40).

que, dependendo do estilo de aula expositiva oferecida pelo professor, perguntas podem vir a ser suscitadas⁽¹⁰⁸⁾.

Sob a concepção pedagógica crítica, o professor busca utilizar, em sala de aula, técnicas de ensino como meios para a aquisição do saber sistematizado, a reelaboração desse saber e a produção de novos conhecimentos; não existe preferência por determinada técnica tampouco condenação de outras. As técnicas de ensino devem estimular a iniciativa dos alunos sem desconsiderar a iniciativa do professor, a fim de favorecer o diálogo dos alunos entre si e com o professor e valorizar o diálogo em que se utiliza o conhecimento previamente acumulado. Partindo desta perspectiva, a aula expositiva pode gerar transformação por meio da troca de experiências entre professor e alunos, os quais estabelecem uma relação dialógica⁽¹⁰⁸⁾.

Um modo de fazer com que a aula expositiva tenha mais diálogos e estimule mais o pensamento crítico do aluno é transformá-la em uma aula expositiva dialógica, a fim de proporcionar uma relação de troca de conhecimentos entre professor e aluno. O ponto de partida de uma aula expositiva dialógica é conhecer a experiência dos alunos em relação ao assunto que será abordado. Diferente do que ocorre numa aula expositiva tradicional, a aula expositiva dialógica valoriza a vivência dos alunos e seu conhecimento prévio, buscando relacioná-los ao assunto a ser estudado⁽¹⁰⁸⁾.

Os alunos devem ser estimulados a compartilhar a reelaboração dos conhecimentos e incentivados a produzir novos conhecimentos a partir dos conteúdos aprendidos, uma vez que esse procedimento favorece a análise e o pensamento críticos e valoriza seus conhecimentos prévios⁽¹⁰⁸⁾.

No que tange ao aspecto instrumental da aula expositiva dialógica, a problematização constitui um dos elementos desencadeadores do processo que valoriza o diálogo. Segundo Lopes (2008, p.43), “problematizar significa questionar determinadas situações, fatos, fenômenos e ideias a partir de implicações e de caminhos para sua solução”. Partindo desta definição, a técnica de dramatização (*role playing*) pode ser utilizada para incorporar a problematização ao processo de ensino-aprendizagem. O *role playing* é uma técnica dramática improvisada, em que os participantes (atores) são incentivados a encenar comportamentos, sem preparo prévio, em face de uma situação (caso) pré-definida. A atividade de *role playing* promove interação, permite experimentar o papel do outro e estabelece expectativas de papel.⁽¹⁰⁹⁾ Essa técnica possui alguns benefícios: ajuda no processo de julgamento e tomada de decisões, reduz a ansiedade, aumenta a autoconfiança, estimula e esclarece valores próprios e dos pares^(109,110).

4 MÉTODO

4 MÉTODO

DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Trata-se de uma pesquisa por métodos mistos, também chamada de pesquisa mista. “A pesquisa por métodos mistos constitui um tipo de pesquisa cujo pesquisador ou o grupo de pesquisadores combinam elementos das abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa (como pontos de vista, coleta de dados, análise e técnicas de inferência) com o vasto propósito de ampliar e aprofundar a compreensão e a corroboração”^(111:123).

Trata-se de um método que une as perspectivas positivista e construtivista das abordagens quantitativa e qualitativa, respectivamente; assim, em vez valer-se do raciocínio dedutivo e premissas gerais para chegar a conclusões específicas, ou do raciocínio indutivo que busca conclusões gerais a partir de premissas específicas, o método misto utiliza uma visão mais pragmática, permitindo uma abordagem mais flexível e útil, uma vez que se vale de ambos os métodos⁽¹¹²⁾.

A palavra *métodos* (empregada em “métodos mistos”) permite a inclusão de diferentes questões e estratégias, as quais podem estar relacionadas aos métodos de coleta de dados (como questionários, entrevistas, escalas e observações), aos métodos de pesquisa (como experimentos e etnografia) ou às questões filosóficas (como ontologia, epistemologia e axiologia)⁽¹¹¹⁾.

A palavra *mistos* (empregada em “métodos mistos”) pode designar, além da combinação de métodos quantitativos e qualitativos, uma “mistura” dentro do mesmo paradigma de pesquisa (tal como entrevistas e observação)⁽¹¹¹⁾. Há diversas formas de se combinar os métodos quantitativos e qualitativos: eles podem ser utilizados simultânea ou sequencialmente na coleta dos dados, ser combinados durante a análise dos dados ou, ainda, ser articulados na apresentação dos resultados da pesquisa⁽¹¹³⁾.

No que se refere ao desenho para a coleta dos dados, as metodologias quantitativa e qualitativa podem ser utilizadas ao mesmo tempo, ou seja, simultaneamente, ou ainda empregadas de modo sequencial, utilizando-se um método seguido do outro, separadamente⁽¹¹³⁾.

Segundo Duarte (2009), um método costuma predominar sobre o outro, sendo comum que o quantitativo sobreponha-se ao qualitativo. O método qualitativo detém um papel secundário quando é utilizado para coleta de dados, por exemplo; neste caso os dados irão integrar, após a análise, um novo instrumento de medida (papel exploratório). O mesmo

ocorre quando se deseja melhorar a interpretação e a clarificação de resultados provenientes de dados quantitativos (papel explanatório)⁽¹¹³⁾.

No que tange à articulação dos métodos quantitativo e qualitativo durante a análise dos dados, o pesquisador precisa combinar ou misturar fortemente a utilização de pressupostos e posturas dos métodos quantitativos e qualitativos. Ele pode, por exemplo, empregar a análise fatorial exploratória para examinar a estrutura dos temas que emergiram de uma análise qualitativa ou, ainda, utilizar a análise temática para comparar temas emergentes dos fatores resultantes de uma análise fatorial exploratória⁽¹¹⁴⁾.

A análise sequencial qualitativa-quantitativa ou quantitativa-qualitativa pode levar a: *complementaridade*, quando se deseja realizar ilustração, aprimoramento ou clarificação dos achados de um método com resultados de outro método; *exploração*, quando, por exemplo, são empregados os achados de um método para ajudar a informar outro método; ou *expansão*, quando a amplitude e o alcance de um estudo são expandidos por meio de vários métodos para suas diferentes fases⁽¹¹⁴⁾.

Combinar os dados dos métodos quantitativo e qualitativo nos resultados de pesquisa pode gerar três tipos de resultados: convergência ou confirmação mútua, que leva a conclusões semelhantes; complementaridade, na qual aspectos distintos do mesmo problema de pesquisa são demonstrados; divergência ou contradição dos resultados, quando os resultados apontam para caminhos opostos⁽¹¹⁵⁾.

A literatura descreve quatro diferentes razões para a condução de uma pesquisa mista⁽¹¹⁶⁾:

1. *Enriquecimento do participante*, isto é, o desejo de aperfeiçoar a amostra por meio da utilização de técnicas que misturem métodos quantitativos e qualitativos, a fim de garantir que cada um dos participantes selecionados se adeque ao estudo;
2. *Fidelidade do instrumento*, a fim de elaborar um instrumento novo ou avaliar a adequação e/ou utilidade de um instrumento existente, ou então com o propósito de monitorar o desempenho de instrumentos humanos;
3. *Integridade de tratamento*, a fim de avaliar a fidelidade de uma intervenção;
4. *Aprimoramento de significado*, a fim de favorecer a quantidade e a riqueza dos dados, aumentando a interpretação e a utilidade dos resultados.

Neste estudo, três dos quatro motivos supramencionados justificam o emprego de uma pesquisa mista, visto que serviu para:

Estudo 1: Avaliar a intervenção realizada (integridade de tratamento) e melhorar a quantidade e a riqueza dos dados (aprimoramento de significado) - quando optou-se pela utilização do instrumento *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)* (método quantitativo) e questionários contendo questões abertas e fechadas acrescidas de entrevistas semiestruturadas (método qualitativo) para avaliar a intervenção realizada.

Estudo 2: Elaborar um instrumento (fidelidade do instrumento): Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com as Famílias no Contexto Neonatal/Pediátrico. Foram realizadas e analisadas entrevistas semiestruturadas a fim de elaborar seus itens (método qualitativo) e validar a escala (método quantitativo);

ESTUDO 1

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quasi-experimental com desenho de série temporal interrompida com um único grupo, isto é, não há grupo-controle; utiliza pré e pós-teste em um único grupo e não apresenta aleatoriedade (método quantitativo)⁽¹¹⁷⁾. As etapas metodológicas realizadas para condução do estudo encontram-se descritas na figura 1.

Reconhece-se a magnitude de uma pesquisa experimental, no entanto, como afirma Kruijver et al (2000), é uma tarefa muito difícil separar enfermeiros em grupo intervenção e grupo-controle quando estes trabalham muito próximos, em uma mesma unidade de cuidado. Deste modo, por acreditar que neste estudo uma pesquisa do tipo experimental poderia ocasionar vieses nos resultados, optou-se por um estudo do tipo quasi-experimental⁽¹¹⁸⁾.

O Interacionismo Simbólico foi utilizado como referencial teórico, ao passo que a análise de conteúdo preconizada por Bardin (2014) foi empregada como referencial para analisar as entrevistas realizadas (método qualitativo).

Figura 1 - Etapas metodológicas realizadas na condução do primeiro estudo.

4.1.2 Intervenção educativa

A aprendizagem constitui a construção do conhecimento, e deve ser entendida como ambos, o produto e o processo do caminho por meio do qual os indivíduos elaboram seus conhecimentos. Ao aprender, o indivíduo não modifica apenas a quantidade de informação que possui sobre determinado assunto, mas também sua competência (aquilo que é capaz de fazer, pensar e compreender), a qualidade do conhecimento que já detém e as possibilidades de continuar aprendendo⁽¹⁰⁰⁾.

Com vistas a melhorar a qualidade da aprendizagem dos enfermeiros antes da etapa de intervenção educativa no campo - treinamento teórico e prático - houve um período destinado à etapa teórica, a fim de preparar o treinamento e elaborar o guia que iria nortear e possibilitar o registro do atendimento às famílias na etapa prática realizada no campo clínico.

O treinamento e o guia de atendimento às famílias na prática clínica de enfermagem foram teoricamente fundamentados na Enfermagem dos Sistemas Familiares. Trata-se de uma perspectiva de cuidado que privilegia os relacionamentos estabelecidos entre os elementos envolvidos: paciente, família e profissional de saúde. Visto que a unidade familiar constitui o objeto de cuidado, adota-se uma lente conceitual mais ampliada, e o tipo de cuidado é definido pelas relações estabelecidas. Os pensamentos e ações dos enfermeiros estão centrados nas interações e na reciprocidade entre família, doença e enfermeiro⁽²⁾.

Com base nessa perspectiva, os Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção com a Família⁽²⁾ foram escolhidos para guiar o desenvolvimento do treinamento e do guia para atendimento das famílias na prática clínica de enfermagem.

As bases teóricas (definições e conceitos) e pragmáticas (orientações sobre como o enfermeiro deve proceder no atendimento às famílias e sugestões e/ou exemplos de perguntas que devem fazer a elas) que nortearam a elaboração do treinamento e do guia encontram-se descritas no Apêndice A. A partir da síntese realizada e do estudo sobre a temática, selecionamos e organizamos os tópicos mais relevantes para a realização do atendimento do sistema familiar, os quais integraram:

- O conteúdo das aulas expositivas dialógicas do treinamento: o conhecimento teórico esteve, durante todo o processo, relacionado às questões pragmáticas, tanto por meio do fornecimento de exemplos e orientações para a condução do atendimento de enfermagem às famílias, como por meio do compartilhamento das experiências prévias dos enfermeiros, as quais abrangem prática, percepções e dúvidas acerca do conteúdo abordado.
- O instrumento denominado “Guia de atendimento às famílias na prática clínica de enfermagem”, cujos propósitos principais eram nortear o pensamento e as ações dos enfermeiros no atendimento às famílias e servir como um documento de registro do atendimento às famílias realizado pelos enfermeiros (Apêndice B).

O treinamento (fundamentação teórica, objetivos, organização dos conteúdos, cronograma operacional e simulações práticas) e o guia para o atendimento às famílias na prática clínica de enfermagem foram apresentados, avaliados e discutidos com uma enfermeira *expert* na área de enfermagem da família, e apenas após esse procedimento foi realizada a intervenção (treinamento) com os participantes.

a) Percepções e Atitudes (pré-intervenção)

De acordo com a concepção construtivista, um novo aprendizado se constrói a partir da interação com os esquemas de conhecimento presentes anteriormente no indivíduo. Esquemas de conhecimento constituem as representações que uma pessoa possui, em um determinado momento, sobre parte da realidade⁽¹⁰⁰⁾. Uma variedade de representações sobre a realidade compõe esses esquemas de conhecimento, incluindo as informações sobre fatos,

acontecimentos, atitudes, normas, valores, explicações, conceitos e procedimentos relacionados a essas representações⁽¹⁰¹⁾.

Para saber um pouco mais sobre os esquemas de conhecimento presentes nos enfermeiros antes da realização do treinamento, foram realizadas entrevistas com enfermeiros do local onde o treinamento seria realizado. Deste modo, foi-nos possível compreender não apenas suas percepções acerca do significado de um bom relacionamento com as famílias, mas também os fatores que dificultavam a construção desse relacionamento na prática.

Compreender as percepções dos enfermeiros por meio da análise efetuada aproximaria a pesquisadora da realidade desses profissionais; a aproximação fazia-se necessária para a realização do treinamento, uma vez que se acreditava na importância de os enfermeiros perceberem que a pesquisadora estava ciente do modo como eles percebiam e viviam o relacionamento com as famílias na prática assistencial diária. As situações, ideias e exemplos apresentados e discutidos durante o treinamento foram cuidadosamente abordados, de modo que os enfermeiros pudessem ver a si e aos outros em determinadas circunstâncias, e refletir a respeito do conteúdo apresentado.

Para que as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de se incluir as famílias nos cuidados de enfermagem pudessem ser avaliadas antes do treinamento, eles foram convidados a responder ao instrumento *Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)* (Anexo 1), cujos procedimentos adotados para a aplicação e a análise, bem como as explicações sobre o instrumento, encontram-se descritos em detalhes mais adiante.

b) Formação teórica e prática

Partindo da crença de que o conhecimento é um elemento – o qual considera experiências e conhecimentos prévios – construído pelo sujeito (participante), e não algo que possa ser recebido passivamente do meio, optou-se pela aula expositiva dialógica, na qual além de receber conteúdos teóricos, os sujeitos da pesquisa participaram de discussões e debates em grupo para que o conhecimento sobre o cuidado e o relacionamento com famílias no contexto hospitalar pudesse ser (re)construído na medida em que fosse (re)significado.

Durante o treinamento realizado buscou-se apresentar e discutir diferentes situações vivenciadas por famílias e enfermeiros, bem como ações que poderiam ser empreendidas pelos profissionais a fim de atender às famílias no seu cotidiano assistencial. A partir dos

pressupostos do referencial construtivista, foram estabelecidos como propósitos do treinamento:

- Conversar sobre a finalidade e a relevância da proposta de atender às famílias na prática clínica de enfermagem, buscando conhecer os pensamentos, percepções e crenças dos participantes;
- Considerar a prática recorrente e discutir a inclusão do atendimento às famílias dentro do contexto institucional atual (gestão, processos e rotinas);
- Identificar e discutir possíveis fatores motivadores e desestimuladores para a adoção de uma prática que tenha o indivíduo e a família como focos do cuidado;
- Conversar com os participantes acerca de questões multiprofissionais que podem interferir nessa prática, mantendo o respeito às outras classes profissionais durante as discussões;
- Comparar, explicar, teorizar e avançar a partir das ações empreendidas pelos enfermeiros em sua prática cotidiana, embasando teoricamente o que já é realizado com as famílias em termos de cuidado e agregando novos conceitos;
- Colaborar na construção de competências que auxiliem o enfermeiro no atendimento às famílias em sua prática assistencial;

O cronograma para a realização do treinamento, no que se refere aos dias e horários para os encontros com os participantes do estudo, foi elaborado junto com a chefia de enfermagem, visando interferir o mínimo possível na dinâmica de trabalho, a fim de evitar prejuízos ao serviço.

A parte prática do treinamento consistiu em simulação de entrevista (foi apresentado aos participantes o guia de atendimento às famílias na prática clínica, além de realizada a dramatização) e/ou entrevista para o atendimento à família no campo clínico. Os enfermeiros que participaram do treinamento foram convidados (e não obrigados) a atender a alguma família na prática, utilizando o guia elaborado para nortear e registrar o processo.

A pesquisadora procurou sanar dúvidas e discutir os casos de atendimento com todos os enfermeiros que utilizaram o instrumento. Aqueles que não compareceram ao módulo de simulação de entrevista, mas que realizaram entrevista e utilizaram o guia proposto com alguma família em sua respectiva unidade de trabalho, foram incluídos na amostra do estudo

como participantes, entendendo que completaram as etapas propostas pelo treinamento (duas teóricas e uma prática), atendendo aos critérios de inclusão estabelecidos.

- **Objetivos do treinamento:**

Geral:

- Capacitar os enfermeiros para o atendimento às famílias na prática clínica.

Específicos:

- Oferecer bases teóricas para a prática com famílias em situação de doença no contexto hospitalar.
- Fornecer orientações e estratégias para que os enfermeiros entrevistassem famílias na prática clínica.
- Apresentar um instrumento para os enfermeiros e capacitá-los a utilizá-lo na avaliação, intervenção e registro do atendimento clínico oferecido às famílias.

- **Operacionalização do treinamento:**

O treinamento foi concretizado em três módulos distintos da seguinte maneira:

Módulo 1: apresentação dos principais construtos teóricos e estratégias para atender ao sistema familiar na prática clínica – Entrevista de 15 minutos e Avaliação.

Módulo 2: apresentação dos principais construtos teóricos e estratégias para atender ao sistema familiar na prática clínica – Intervenção.

Módulo 3: apresentação do instrumento “Guia para Atendimento às Famílias na Prática Clínica de Enfermagem”. Realização de exercício prático: simulação de entrevista com famílias e/ou realização de entrevista no campo - sozinho ou com observação participante (*role modelling*) - norteadas pelo guia formulado e apresentado.

O cronograma operacional do treinamento, o qual contém os objetivos, o conteúdo, a carga horária e as datas em que foi realizado, encontra-se descrito no Apêndice C. Para que enfermeiros de diferentes turnos de trabalho pudessem participar do treinamento, optou-se por realizá-lo em 12 horários diferentes, distribuídos em seis dias distintos.

Por solicitação da divisão de enfermagem do local onde foi realizado o estudo, o convite para a participação do treinamento (intervenção) foi aberto a todos os enfermeiros

assistenciais da instituição, embora tenham sido incluídos no estudo apenas aqueles que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

Formação teórica – Módulos 1 e 2

O primeiro e o segundo módulos, chamados de etapas teóricas, tiveram carga horária total de cinco horas (duas horas e 30 minutos cada), e foram concretizados por meio de aula expositiva dialógica, recorrendo-se à exposição do conteúdo teórico elaborado no programa *power point*.

Para que o conhecimento teórico pudesse ser traduzido e conectado às questões pragmáticas, foram oferecidos durante todo o treinamento exemplos e orientações para a condução de um atendimento de enfermagem às famílias, bem como a exploração das experiências prévias dos enfermeiros, de modo que eles compartilhassem situações de sua prática, percepções e dúvidas acerca do conteúdo abordado.

Recorreu-se também à apresentação de dois vídeos:

Vídeo 1: narrativa de uma pessoa idosa sobre sua história de vida e de doença (duração de 4' e 13''), cujo objetivo foi elucidar e discutir estrutura familiar, a força, a esperança, a fé, a resiliência e o pré-julgamento, bem como sensibilizar os enfermeiros a conhecerem a história de cada família, que é única.

Vídeo 2: foram selecionados e apresentados trechos das narrativas de dois irmãos, os quais falam sobre a experiência de doença e hospitalização de sua mãe. A apresentação deste vídeo teve como objetivo demonstrar, por meio da paciente e dos membros familiares, a valorização do cuidado centrado na família, de modo que os participantes pudessem, ao conhecer a perspectiva da família, refletir a respeito da importância da adoção dessa prática (apresentação de 6'10'' dos trechos do vídeo, que tem duração total de 14' e 20'')

Formação prática – Módulo 3

O terceiro módulo do treinamento agregou duas partes: a) apresentação do guia de atendimento às famílias na prática clínica de enfermagem e simulação de entrevista, com carga horária total de três horas; b) realização de atendimento às famílias na prática, com demanda aproximada de 35 minutos para realização, registro e discussão de cada atendimento, quando realizado em conjunto pela pesquisadora e pelo enfermeiro, e de aproximadamente 20 minutos quando realizado apenas pelo enfermeiro.

Os enfermeiros que realizaram as entrevistas no campo clínico sozinhos tiveram a oportunidade de discutir sobre o atendimento realizado com a pesquisadora, a qual se disponibilizou para sanar dúvidas e conversar sobre a entrevista realizada.

GUIA DE ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

O Guia de Atendimento às Famílias na Prática Clínica de Enfermagem (Apêndice B) é composto por três segmentos:

1. Avaliação - toda intervenção requer uma avaliação prévia; neste guia a avaliação foi segregada em três partes, as quais possuem propósitos distintos; em cada uma delas há sugestão de perguntas essenciais⁽²⁾ que o enfermeiro deve fazer às famílias, de modo que ele possa aproximar-se da experiência de doença e avaliar o sistema familiar.
 - a) Realização do genograma: a conversa durante a construção do genograma facilita a aproximação entre o enfermeiro e a família, além de proporcionar o conhecimento da estrutura familiar. É na interação estabelecida entre o enfermeiro e a família durante a elaboração do genograma que a conversa terapêutica se inicia e as hipóteses começam a ser geradas, confirmadas ou rejeitadas, e, conseqüentemente, o enfermeiro direciona o seu pensamento para (de acordo com a conexão cognitiva que faz entre a estrutura, o funcionamento e o sofrimento/problema principal da família na situação de doença e/ou hospitalização) a sugestão das intervenções necessárias.

Um “esqueleto” do genograma foi deixado no guia, pois se supôs que ao observar alguns dos símbolos nele pré-desenhados, os enfermeiros poderiam sentir-se menos intimidados e, com isso, mais encorajados e motivados a realizar o genograma das famílias.

- b) Conhecer o impacto da doença/hospitalização na família: o propósito desta etapa é permitir que o enfermeiro conheça as principais alterações e preocupações familiares decorrentes da doença e/ou hospitalização e, a partir da conversa terapêutica, identificar também as forças (pontos fortes), o apoio e os recursos da família.

A Enfermagem dos Sistemas Familiares realiza uma orientação baseada nas forças da família: o enfermeiro conduz a conversa terapêutica em direção às competências e forças, ao invés de direcioná-la para os déficits e a patologia⁽⁵⁰⁾.

- c) Focalizar a principal necessidade da família: a meta desta etapa é determinar a principal necessidade vigente da família. Três perguntas são sugeridas para que essa demanda possa ser revelada, e nela o enfermeiro irá focar seus esforços a fim de minimizar o sofrimento da família.
2. Ações realizadas – com base na *Entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família*, a qual integra o Modelo Calgary de Intervenção na Família⁽²⁾ foram elaboradas algumas intervenções, denominadas de “ações realizadas” no guia construído. Essas ações foram colocadas em forma de *check list*.
- 3 Resultados observados/alcançados – trata-se da avaliação da intervenção realizada. O profissional deve registrar as observações que fez em relação às reações da família (verbais e/ou não verbais) – procedimento acordado com a família durante a entrevista – e junto com ela certificar-se do sucesso das proposições e/ou ações realizadas.

Quanto à aplicabilidade do guia na prática assistencial cotidiana, reconhecendo a diversidade dos contextos de cuidado, foi enfatizado aos enfermeiros que a proposta não era preenchê-lo totalmente em um único encontro com a família; o registro das informações coletadas, bem como as ações realizadas e os resultados alcançados poderiam ser registrados ao longo dos encontros com a família. No entanto, os enfermeiros deveriam, para fins do treinamento, tentar preenchê-lo em sua totalidade, realizando e registrando o máximo de ações e informações possíveis.

SIMULAÇÃO DE ENTREVISTA

Primeiramente, o Guia de Atendimento às Famílias na Prática Clínica de Enfermagem foi apresentado aos enfermeiros, o que abrangeu a explicação de sua estrutura e a exposição de exemplos para o seu preenchimento. No segundo momento, com o propósito de incorporar ao treinamento a problematização, no sentido de estimular os participantes a levantar

problemas e identificar as respectivas alternativas de solução, recorreu-se à técnica de dramatização (*role playing*), tendo sido realizada uma simulação de atendimento à família.

Sete casos distintos foram elaborados pela pesquisadora a fim de que pudessem ser dramatizados pelos participantes. Os casos simulavam situações de doença e hospitalização das famílias, bem como o cotidiano dos enfermeiros, incluindo informações referentes às famílias veiculadas pela equipe nas passagens de plantão. As informações fornecidas àqueles que iriam representar o enfermeiro e àqueles que iriam interpretar o paciente/família eram distintas; embora se referissem ao mesmo caso, as situações eram apresentadas aos participantes sob perspectivas diferentes.

As seguintes fases foram seguidas durante o emprego da técnica do *role playing*⁽¹⁰⁹⁾: 1. *Briefing* – na qual são fornecidas explicações sobre os objetivos da atividade e da situação a ser dramatizada; 2. *Running* – em que a cena é representada pelos participantes; 3. *Debriefing* – fase em que a cena representada é analisada e discutida, e a experiência de dramatização é avaliada.

- **Procedimentos realizados**

Considerando as fases acima descritas, a simulação de entrevista por meio da técnica de *role playing* aconteceu do seguinte modo:

1. A pesquisadora escolheu os casos e situações a serem dramatizados no momento da atividade, de acordo com o grupo de enfermeiros presentes em cada sessão. Por exemplo, se havia mais enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica, priorizava a dramatização do caso referente a este setor. No entanto, foi enfatizado aos enfermeiros que embora o caso simulado fosse referente a uma unidade específica, os mesmos princípios deveriam ser seguidos em qualquer contexto de atendimento às famílias.
2. Breve explicação sobre a dramatização a fim de solicitar voluntários para representar os papéis: família/paciente (uma ou mais pessoas, dependendo do caso selecionado) e enfermeiro.
3. Apresentação e explicação do caso e dos objetivos da atividade em dois grupos separados: o que representaria o enfermeiro e aquele(s) que interpretaria(m) a família/paciente, sendo este último retirado da sala onde ocorria o treinamento.

4. O participante que iria representar o enfermeiro, juntamente com o restante do grupo, recebia informações acerca da patologia, tempo de internação e comentários da equipe sobre a família nas passagens de plantão. Após a apresentação do caso os participantes eram convidados a levantar hipóteses de acordo com as informações que haviam recebido e, durante a dramatização, aquele que representava o papel deveria realizar com a família uma entrevista que contemplasse a avaliação familiar, a identificação da causa do sofrimento e/ou problema da família, além de propor ações (intervenções) para ajudar a família na situação vivenciada.
5. O(s) participante(s) que iria(m) representar a família/paciente recebia(m) informações sobre a estrutura familiar, história da doença, suporte social, preocupações, sofrimento, crenças e alterações familiares decorrentes da doença/hospitalização. Era(m) orientado(s) a criar a informação caso fosse(m) questionado(s) sobre algo não descrito no caso.
6. Representação da cena: refere-se à dramatização do caso pelos participantes.
7. Discussões e análise da cena: discussões acerca dos problemas surgidos durante a condução das entrevistas e emprego das soluções, fazendo ligação com os conteúdos abordados no treinamento teórico.
8. Experiência de dramatização: tanto os participantes que representaram os papéis como aqueles que apenas assistiram à encenação descreveram as emoções e sentimentos aflorados.

ENTREVISTA NO CAMPO CLÍNICO

O atendimento às famílias na prática clínica foi realizado pelos enfermeiros que, obrigatoriamente, realizaram a etapa teórica. Os enfermeiros que não realizaram a parte prática da simulação da entrevista, mas que se dispuseram a realizar a etapa da intervenção, foram incluídos no estudo. A pesquisadora circulou por todas as unidades - cujos enfermeiros estiveram presentes no treinamento - ao longo de seis dias, oito horas cada, totalizando 48 horas.

• Procedimentos realizados

Envelopes contendo os guias de atendimento foram deixados com a chefia das unidades para que fossem entregues aos enfermeiros que participaram do treinamento. Na

frente de cada envelope havia um comunicado da pesquisadora: a) orientando os enfermeiros a realizarem o atendimento, utilizando o guia nele contido, com pelo menos duas famílias; b) informando a data de devolução dos guias; e c) disponibilizando o número de seu telefone celular pessoal, caso os enfermeiros quisessem entrar em contato.

A pesquisadora compareceu diversas vezes a todas as unidades em diferentes dias e horários, com o objetivo de:

- fazer um convite - face a face - aos enfermeiros que haviam realizado o treinamento, perguntando a cada um dos presentes se haveria interesse e/ou disponibilidade para o atendimento de alguma família, juntamente com a pesquisadora.
- estimular os enfermeiros a realizarem os atendimentos sozinhos, caso não pudessem fazê-lo no momento em que a pesquisadora estivesse disponível na unidade. Ela não opinava sobre os casos a serem atendidos (famílias entrevistadas), os quais eram escolhidos pelos enfermeiros.
- esclarecer dúvidas, discutir os casos atendidos, conversar com os enfermeiros sobre o atendimento realizado e sobre o guia de atendimento às famílias na prática clínica de enfermagem.

Os atendimentos realizados em conjunto com os enfermeiros foram conduzidos pela pesquisadora e ocorreram da seguinte maneira:

- A pesquisadora perguntava aos enfermeiros qual paciente/família eles acreditavam necessitar de atendimento e, como ocorrido nas situações em que os profissionais realizaram as entrevistas sozinhos, todos os casos de atendimento conjunto foram escolhidos pelos próprios enfermeiros.
- Em algumas situações os enfermeiros indicavam, quando questionados pela pesquisadora, o paciente/família que gostariam de atender, sendo o atendimento realizado logo em seguida. A pesquisadora expunha o propósito da conversa e realizava as devidas apresentações à família sem que houvesse combinação prévia.
- Alguns enfermeiros, sabendo da proposta e da disponibilidade da pesquisadora, pediram que ela retornasse em outro momento e, em alguns casos, notificaram previamente as famílias a respeito da conversa que gostariam de ter; uma vez marcado o horário, o enfermeiro comunicava a pesquisadora, a qual retornava no dia e horário combinados para realizar o atendimento.

- Apresentação e explicação do propósito da conversa para o paciente e/ou membro(s) familiar(es)^{vi}: a pesquisadora apresentava-se como enfermeira realizadora de um treinamento com os enfermeiros da instituição, alegando que o procedimento tinha como propósito viabilizar a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos pacientes e famílias. Em seguida, perguntava se eles aceitavam ter uma conversa com ela e com o enfermeiro, a fim de que pudessem se conhecer melhor e compreender como lidavam com a experiência da doença e/ou hospitalização.
- Os enfermeiros ficavam observando como a pesquisadora conduzia a entrevista durante o atendimento e eram incluídos no procedimento em razão da necessidade de fornecer informações e respostas, ou então de esclarecer dúvidas relacionadas à doença, à rotina, aos procedimentos ou a outras questões das quais a pesquisadora não poderia dar conta por falta de conhecimento suficiente.
- Encerrada a entrevista com a família, o enfermeiro e a pesquisadora terminavam de preencher o guia conjuntamente, já que parte da avaliação era registrada no momento da entrevista e outra parte apenas após o seu término. Neste momento eram discutidos os aspectos avaliados da família, as ações executadas, as observações feitas, a percepção em relação à família e ao atendimento prestado.

c) Percepções e atitudes (pós-intervenção)

Para compreender e valaiar o impacto do treinamento nas atitudes e percepções dos enfermeiros após a intervenção educativa, foram aplicados questionários construídos pela pesquisadora, o instrumento *Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)* (Anexo 1) foi reaplicado e foram realizadas entrevistas semiestruturadas com enfermeiros participantes do treinamento.

O intuito desta coleta pós-intervenção era não apenas obter dados para comparar as atitudes dos enfermeiros, antes e após o treinamento, acerca da importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem, mas também apreender suas percepções acerca das mudanças que observaram em si mesmos, nas famílias e em seu relacionamento com as famílias. As entrevistas foram realizadas com o propósito de complementar e clarificar os resultados provenientes da escala de atitudes e dos questionários.

^{vi} Todos os pacientes/famílias abordados foram receptivos e aceitaram participar da entrevista com a pesquisadora e o enfermeiro.

4.1.3 Instrumentos

d) Escala: Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)

Trata-se de um instrumento desenvolvido para medir as atitudes dos enfermeiros em relação à importância de se incluir as famílias nos cuidados de enfermagem em qualquer contexto de assistência. A versão original do instrumento foi desenvolvida por enfermeiras suecas e refere-se a uma escala de autopreenchimento do tipo Likert, composta por 26 itens que integram quatro fatores ou subescalas: Família-Recurso nos cuidados de enfermagem; Família-Parceiro Dialogante, Família-Fardo; Família-Próprio recurso⁽¹²⁰⁾.

A escala original foi traduzida e validada para o português⁽¹²¹⁾ e já foi aplicada em um estudo realizado no Brasil⁽⁴⁴⁾. A versão em português é composta por 26 itens que, diferente da versão original, integram três fatores:

Fator/Subescala 1: Família – parceiro dialogante e recurso de *coping* (composto por 12 itens);

Fator/Subescala 2: Família – recurso nos cuidados de enfermagem (composto por 10 itens);

Fator/Subescala 3 Família – fardo (composto por 4 itens),

A escala oferece quatro opções de resposta (“discordo completamente”, “discordo”, “concordo” e “concordo completamente”). O escore atribuído ao escore de cada item varia de 1 a 4 e, deste modo, o escore da escala total IFCE-AE varia de 26 a 104.

Cada fator ou subescala, cujos escores variam de 12 a 48 (fator 1); 10 a 40 (fator 2); e 4 a 16 (fator 3), pode ser mensurado separadamente. Cabe ressaltar que os valores atribuídos aos itens que compõem o fator 3 são empregados de forma inversa antes da análise. Escores mais altos na escala total e em todas as subescalas indicam atitudes de maior apoio dos enfermeiros às famílias.

A versão sueca original da escala sugeria uma variação de quatro alternativas de resposta na escala (“discordo completamente”, “discordo”, “concordo” e “concordo completamente”); um refinamento psicométrico recentemente realizado sugere que a escala oferece cinco alternativas de resposta. No entanto, ainda não foram realizados estudos para reavaliar a versão em português com a nova gradação de resposta⁽¹²²⁾.

e) Questionário de Avaliação

Com o objetivo de avaliar o impacto do treinamento na percepção dos enfermeiros acerca de si e das famílias, bem como sua visão a respeito do treinamento e do guia de atendimento às famílias, a pesquisadora construiu questionários (Apêndice D) contendo questões fechadas e abertas, estas últimas introduzidas com o propósito de complementar as perguntas fechadas e adquirir informações mais detalhadas da percepção do profissional sobre:

- a) a avaliação do treinamento;
- b) a avaliação do guia de atendimento às famílias na prática clínica;
- c) as percepções pessoais acerca das mudanças em sua confiança, pensamentos, sentimentos e/ou atitudes em relação às famílias;
- d) a aplicação do conteúdo e/ou do guia na prática assistencial.

As questões fechadas do questionário foram analisadas em termo de frequência, ao passo que as questões abertas foram analisadas de acordo com a análise de conteúdo.

4.1.4. Contexto e participantes

O estudo foi realizado no Hospital Universitário (HU) de São Paulo, Instituição coparticipante da pesquisa, que tem como um de seus objetivos o estímulo e a promoção do ensino e da pesquisa. Inaugurado em 1981, serve de campo de estudo para os alunos dos cursos na área da saúde da Universidade de São Paulo, localizada no município de São Paulo, Brasil.

O HU presta esta assistência de nível secundário para a comunidade dos distritos do Butantã, Jaguaré, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia, além da comunidade universitária. Possui um total de 258 leitos.

O Departamento de Enfermagem está diretamente ligado à Superintendência do hospital, sendo estruturado pela Divisão de Enfermagem Clínica, Divisão de Enfermagem Cirúrgica, Divisão de Enfermagem Pediátrica, Divisão de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Divisão de Enfermagem de Pacientes Externos, Serviço de Apoio Educacional.

Na época da intervenção educativa (dezembro de 2014) o número de leitos ativos nas unidades cujos enfermeiros eram elegíveis para participar do estudo apresentava-se da seguinte maneira: 43 leitos no Alojamento Conjunto, 24 leitos no Berçário, 36 leitos na Pediatria, 11 leitos no Pronto Socorro Infantil, 16 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica.

Em relação ao número de enfermeiros atuantes nas referidas unidades, quando realizada a intervenção educativa, apresentava-se do seguinte modo: 12 enfermeiros atuantes no Alojamento Conjunto, 11 enfermeiros no Berçário, 11 enfermeiros na Pediatria, 7 enfermeiros no Pronto Socorro Infantil, 14 enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e 7 enfermeiras residentes que atuavam em diferentes setores da área pediátrica.

Formalmente, a prática assistencial das referidas unidades não era fundamentada em nenhum modelo ou concepção cuja família fosse o foco dos cuidados, assim sendo, a abordagem sistêmica da família não era prática prevalente, apesar da existência de ações direcionadas às famílias de forma isolada e não sistematizada por alguns enfermeiros.

O HU estava vivenciando o início de um processo interno para implementação do Cuidado Centrado na Família, e este projeto articulou-se plenamente ao caminho de transformação do modelo assistencial da Instituição. As Divisões de Enfermagem Pediátrica, Obstétrica e Ginecológica apoiaram firmemente o estudo realizado, colaborando ativamente para realização do mesmo. Os enfermeiros foram incentivados pelas respectivas chefias a participarem do treinamento. O Serviço de Educação e Qualidade divulgou o cronograma operacional da formação educativa e forneceu certificado aos enfermeiros participantes.

4.1.5 Procedimentos metodológicos

4.1.5.1 Coleta de dados

a) Entrevistas pré-intervenção

Critério de inclusão: ser enfermeiro assistencial da unidade de internação pediátrica, pronto-socorro infantil, terapia intensiva neonatal e pediátrica, berçário ou residente de enfermagem da área pediátrica do local de estudo. Interesse e disponibilidade para fornecer a entrevista.

Procedimentos éticos e metodológicos: a pesquisadora foi pessoalmente às unidades hospitalares para convidar os enfermeiros a participarem desta etapa da pesquisa. Foram

fornecidas informações referentes aos: objetivos da pesquisa, procedimentos utilizados para esta etapa da coleta de dados (entrevista gravada para posterior transcrição) e aspectos éticos, tendo sido enfatizado aos enfermeiros que a participação na pesquisa era de caráter voluntário e não obrigatório; caso desistissem de continuar participando, tinham o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo pessoal e/ou profissional. Foram informados sobre a análise e a publicação dos resultados da pesquisa, e foi-lhes garantido o sigilo de identidade.

Uma vez fornecidas as informações acerca do estudo e das questões éticas relacionadas, verificados o interesse e a disponibilidade para fornecer a entrevista e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), as entrevistas foram realizadas em sala reservada dentro das unidades hospitalares.

O grupo de enfermeiros entrevistados era bastante heterogêneo, visto que apresentava indivíduos com tempo de formação variado, idades diversas, atuação profissional variada e prestação de assistência em diferentes unidades. A diversidade em questão contribuiu para a coleta de percepções diversas, sobretudo no que se refere ao tempo de experiência na área, já que os profissionais com menos tempo de atuação poderiam apresentar visões diferentes daquelas exibidas por profissionais com mais experiência na prática pediátrica/neonatal.

Dos nove enfermeiros entrevistados, apenas um era do sexo masculino; a idade variava entre 24 e 49 anos; tempo de formação como enfermeiro entre 10 meses e 25 anos. Quanto ao nível de formação, seis eram especialistas (um também era mestre) e três eram bacharéis, com tempo de atuação na área neonatal e/ou pediátrica variando entre sete meses e 26 anos.

No que se refere à unidade de atuação, três trabalhavam em Pronto-Socorro Infantil, dois em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, uma em Unidade de Internação Pediátrica e três eram residentes da área de pediatria. As entrevistas duraram em média 20 minutos e foram norteadas por um roteiro de questões pré-elaboradas (Apêndice F).

b) Aplicação da Escala: Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)

Critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial da unidade neonatal, internação pediátrica, terapia intensiva neonatal e pediátrica, pronto-socorro infantil ou alojamento conjunto, ou então residente de enfermagem da área pediátrica do local de estudo. Interesse e disponibilidade para participar do treinamento.

Critério de exclusão para comparação dos escores pré e pós-intervenção: não ter completado as etapas teóricas e a etapa prática (simulação ou entrevista com a família no campo) do treinamento.

Procedimentos éticos e metodológicos: antes do início do treinamento, na sala onde foi realizado, os enfermeiros foram convidados a preencher o instrumento *Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)* com informações referentes aos objetivos da pesquisa e aos procedimentos utilizados para a coleta de dados (preenchimento de instrumento antes e após o treinamento a fim de avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância das famílias nos cuidados de enfermagem; participação de treinamento teórico e prático; entrevista pós-treinamento e preenchimento de questionário para a avaliação do treinamento).

Foi enfatizado aos enfermeiros que a participação na pesquisa era de caráter voluntário e não obrigatório; caso desistissem de continuar participando, era-lhes concedido o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo pessoal e/ou profissional. Foram informados sobre a análise e a publicação dos resultados da pesquisa, e foi-lhes garantido o sigilo de identidade. Aqueles que optaram por participar oficializaram sua decisão com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), o qual foi entregue preenchido à pesquisadora, juntamente com o instrumento.

Um mês após o término do treinamento, envelopes contendo o instrumento *Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)* foram deixados nas unidades hospitalares, a fim de que os enfermeiros que participaram do treinamento os preenchessem quando lhes fosse conveniente.

Na etapa pós-intervenção, duas variáveis foram acrescentadas ao instrumento: questionamento sobre a participação no treinamento^{vii} (para garantir que a amostra incluísse apenas enfermeiros que realizaram o treinamento) e realização da entrevista no campo clínico utilizando o Guia de Atendimento às Famílias na Prática Clínica de Enfermagem^{viii}.

Ao final de uma semana, os envelopes com os instrumentos preenchidos foram recolhidos pela pesquisadora para que se procedesse à análise. Em razão do baixo retorno de instrumentos preenchidos, optou-se por deixá-los nas unidades por mais duas semanas.

^{vii} 4 Realizou o treinamento sobre o Cuidado Centrado na Família, ministrado no HU em dezembro de 2014 pela enfermeira Andréia? ()Sim ()Não

^{viii} 5 Aplicou o instrumento proposto pela enfermeira Andréia com alguma família? ()Sim ()Não

c) Aplicação do Questionário de Avaliação

Critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial da unidade neonatal, internação pediátrica, terapia intensiva neonatal e pediátrica, pronto-socorro infantil ou alojamento conjunto, ou então residente de enfermagem da área pediátrica do local de estudo. Interesse e disponibilidade para preencher o questionário.

Critério de exclusão: não ter completado as etapas teóricas e a etapa prática (simulação ou entrevista com a família no campo) do treinamento.

Uma semana após o término do treinamento, os questionários (Apêndice D) elaborados pela pesquisadora foram colocados em envelopes e deixados nas unidades hospitalares, tendo sido recolhidos uma semana depois. Em alguns setores os instrumentos foram deixados por mais uma semana, a fim de que o número de questionários respondidos aumentasse.

d) Entrevistas pós-intervenção

De acordo com Flick (2005), citado por Duarte (2007), “(...) Os dados dos questionários quase não permitem a revelação do contexto de cada resposta, o que só pode ser conseguido pela utilização explícita de métodos adicionais, como entrevistas complementares a uma parte da amostra.” Deste modo, além da utilização de questionários para a avaliação pós-treinamento, optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas com uma parte dos enfermeiros participantes do treinamento.

Objetivo: conhecer a percepção dos enfermeiros a respeito do treinamento, do guia proposto e das mudanças provocadas em si, nas famílias e no relacionamento dele com as famílias.

Critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial da unidade neonatal, internação pediátrica, terapia intensiva neonatal e pediátrica, pronto-socorro infantil ou alojamento conjunto, ou então residente de enfermagem da área pediátrica do local de estudo. Interesse e disponibilidade para fornecer a entrevista.

Critério de exclusão: não ter completado as etapas teóricas e a etapa prática (simulação ou entrevista com a família no campo) do treinamento.

Procedimentos éticos e metodológicos: duas semanas após o término da etapa de intervenção a pesquisadora foi pessoalmente às unidades de trabalho dos enfermeiros para convidá-los a

falar sobre as mudanças que perceberam em relação a si, às famílias e ao seu relacionamento com elas, e também sobre suas percepções acerca do treinamento e do guia proposto.

Uma vez verificados o interesse e a disponibilidade, as entrevistas foram realizadas em sala reservada dentro das unidades hospitalares. Todos os enfermeiros que realizaram o treinamento assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na primeira etapa de coleta, e estavam cientes de que um dos procedimentos utilizados para a coleta de dados seria a realização de uma entrevista pós-treinamento.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com seis enfermeiras das áreas neonatal e/ou pediátrica (duas da unidade de internação pediátrica, uma do alojamento conjunto, uma da unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica e duas residentes), as quais cumpriram todas as etapas do treinamento, incluindo o entrevista com famílias na prática clínica. As entrevistas foram norteadas por um roteiro de questões (Apêndice G), duraram em média 15 minutos, foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas à luz do Interacionismo Simbólico de acordo com a técnica de análise de conteúdo (descrita a seguir).

4.1.5.2 Análise dos dados

a) Entrevistas e Questionário

ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo pode ser feita por meio do método de dedução frequencial ou da análise por categorias temáticas. O primeiro método consiste em enumerar as ocorrências de uma palavra repetida com frequência, sem que seja necessário ater-se ao sentido contido no texto tampouco à diferença de sentido entre um texto e outro. O resultado final é obtido por meio de tratamento estatístico e apresentado em descrições numéricas⁽¹²³⁾.

A análise por categorias temáticas, escolhida como método analítico para este estudo, busca codificar ou caracterizar um segmento e colocá-lo em uma das classes de equivalências definidas, a partir das significações, em função do julgamento do codificador. Esse tipo de análise exige que o codificador possua qualidades psicológicas tais como fineza, sensibilidade e flexibilidade, uma vez que deve apreender o que realmente importa no material analisado⁽¹²³⁾.

Após a transcrição literal e integral das entrevistas realizou-se uma análise de seu conteúdo, pautada nos pressupostos de Bardin (2014), e, para tanto, foram selecionados

trechos das falas dos enfermeiros que indicavam, a partir de seu ponto de vista, o que constituía um bom relacionamento com as famílias e os fatores que o dificultavam e inibiam.

No que se refere ao questionário de avaliação, as perguntas abertas também foram submetidas à análise de conteúdo, a fim de que se identificasse o impacto do treinamento na percepção dos enfermeiros acerca de si mesmos, das famílias e do relacionamento com as famílias.

A análise de conteúdo por categorias temáticas ocupa-se de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações, bem como de sua interpretação e, portanto, não deixa de ser uma análise de significados⁽¹¹⁹⁾.

Este método de análise deve ser organizado em torno de três etapas:

1. Pré-análise;
2. Exploração do material;
3. Tratamento dos resultados: codificação e inferência.

A fase inicial refere-se à pré-análise, em que o material deve ser organizado; vários procedimentos podem ser utilizados, como a leitura flutuante, a formulação de hipóteses e a elaboração de indicadores que norteiem a interpretação final. Algumas normas devem ser consideradas nesta etapa:

- exaustividade: recomenda-se esgotar o assunto sem que se omita parte alguma;
- representatividade: preocupa-se com amostras que representem o universo do tema estudado;
- homogeneidade: os dados devem referir-se ao mesmo tema, ser coletados por indivíduos semelhantes e por meio de técnicas iguais;
- pertinência: os documentos devem ser adaptados aos objetivos da pesquisa;
- exclusividade: um elemento não deve ser enquadrado em mais de uma categoria.

A chamada leitura flutuante refere-se ao contato inicial de quem procede à análise com os documentos, e nesta fase que devem ser elaboradas as hipóteses da pesquisa. As hipóteses são explicações antecipadas do fenômeno observado, ou seja, referem-se às afirmações iniciais, as quais podem ser comprovadas ou refutadas ao final do estudo.

Realizada a leitura flutuante, deve-se escolher um índice organizado em indicadores para iniciar a exploração do material. No final desta segunda etapa os dados devem ser

codificados, isto é, devem passar por um processo por meio do qual são transformados sistematicamente e agregados em unidades.

O processo de codificação dos dados restringe-se à escolha de unidades de registro, ou seja, constitui o recorte que se dará na pesquisa. Uma unidade de registro refere-se a uma unidade a ser codificada, a qual pode ser um tema, uma palavra ou uma frase.

Vale ressaltar que, durante o processo de enumeração de regras, não apenas a presença de elementos ou unidades de registros (palavras, temas ou outras unidades) é significativa: a ausência de determinados elementos também pode bloquear ou traduzir a vontade escondida, portanto também deve ser considerada.

Outros fatores importantes a serem considerados neste processo são: a frequência em que aparece a unidade de registro; a intensidade medida por meio dos tempos dos verbos, advérbios e adjetivos; a direção favorável, neutra ou desfavorável e demais critérios associados (positivo ou negativo); a ordem estabelecida nos registros, isto é, se o sujeito A aparece antes do B e, por fim, a ocorrência concomitante, ou seja, a presença simultânea de duas ou mais unidades de registro numa unidade de contexto.

A próxima etapa refere-se à categorização, a qual constitui a escolha de categorias (classificação e agregação). De acordo com Bardin (2014), categoria é uma forma de pensamento que reflete a realidade, de modo resumido, em determinados momentos. Na perspectiva da análise do conteúdo, as categorias são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos reunindo características comuns.

Para a escolha das categorias devem ser considerados alguns critérios: semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Este processo permite a junção de um número significativo de informações organizadas de dois modos: inventário, em que os elementos comuns são isolados, e classificação, em que os elementos são divididos e organizados.

O próximo passo é trabalhar com assuntos relacionados ao tópico “inferência”, em que o tratamento de resultados deve ser orientado por diversos polos de comunicação (emissor, receptor, mensagem e canal), a fim de que sejam descobertos novos temas e dados. Deste modo, é preciso comparar enunciados e ações entre si, com o intuito de averiguar possíveis unificações. Caso sejam encontrados temas diferentes, o pesquisador deve averiguar e identificar possíveis semelhanças entre eles.

Na fase de interpretação dos dados, cabe ao pesquisador retornar ao referencial teórico para embasar as análises e dar sentido à interpretação; busca-se o que se esconde por trás dos

significados das palavras para que o discurso dos enunciados possa ser apresentado em profundidade.

b) Escala: Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)

Os dados provenientes dos instrumentos preenchidos foram tabulados no programa Microsoft Excel 2010, e posteriormente exportados para o banco de dados do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22, que efetuou os cálculos estatísticos solicitados.

Uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas foi realizada, caracterizando a amostra em relação a sexo, idade, grau acadêmico, tempo de atuação profissional, setor de atuação, contato prévio com conteúdos relacionados à Enfermagem da Família e experiência com familiar gravemente doente.

Foram utilizados os testes não paramétricos de Kruskal-Wallis, o teste Wilcoxon Mann-Whitney e o Coeficiente de Correlação de Spearman para, respectivamente: comparar dois ou mais grupos independentes, quando a variável era de mensuração ordinal; comprovar se os dois grupos independentes foram ou não extraídos da mesma população; descrever a relação entre duas variáveis sem fazer nenhuma suposição sobre a distribuição de suas frequências. Esse teste foi usado para relacionar as variáveis “idade” e “tempo de profissão” com os escores da escala total e das subescalas.

A média, o desvio-padrão e o valor de p da escala total e das três subescalas foram calculados para cada uma das variáveis independentes por meio do teste de Kruskal-Wallis; para a variável “setor” também foi utilizado o teste Steel-Dwass-Critchlow-Fligner (*post hoc*), a fim de demonstrar se a diferença dos seus escores era estatisticamente significativa na avaliação pré-intervenção⁽¹²⁴⁾.

A média, o desvio-padrão e o valor de p da escala total e das três subescalas foram calculados para cada uma das variáveis independentes, nas fases pré e pós-intervenção, por meio da utilização do teste de Kruskal-Wallis; para a variável “setor” também foi utilizado o teste Steel-Dwass-Critchlow-Fligner (*post hoc*) a fim de demonstrar se a diferença dos escores pré e pós-intervenção era estatisticamente significativa⁽¹²⁴⁾.

Para identificar os participantes que tinham escores indicativos de atitudes que não apoiavam o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem, o primeiro quartil (q1)

da escala total e todas as subescalas foram utilizados como nota de corte⁽¹²⁰⁾. Foram consideradas atitudes de apoio em relação à participação das famílias nos cuidados de enfermagem aqueles participantes que apresentaram escores entre o quartil 1 e o quartil 3, e atitudes de excelência aqueles cujos escores estiveram acima do terceiro quartil.

4.1.5.3 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi registrado sob o número 29472414.2.0000.5392 e 29472414.2.3001.0076 no Certificado de Apresentação para Consideração Ética (CAAE), submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição coparticipante, sendo aprovado sob o parecer de número 657.118 (Anexo 2).

Foram seguidas as recomendações contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Os procedimentos éticos adotados em cada uma das etapas do estudo encontram-se descritos no item “coleta de dados”, que integra o percurso metodológico deste capítulo.

Conduzindo a pesquisa de acordo com os princípios éticos, ressaltamos o respeito às decisões dos participantes, uma vez que mesmo recebendo apoio e incentivo da instituição para realização do estudo, a participação dos enfermeiros no processo formativo não os obrigava a participar da pesquisa, ou seja, eles eram livres para participar de todo o processo de formação, sem ser obrigados ou coagidos a preencher instrumentos ou fornecer entrevistas que fossem subsidiar a coleta e análise dos dados para os resultados do estudo.

ESTUDO 2

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico e psicométrico que utilizou os métodos qualitativo e quantitativo, respectivamente, para a elaboração e a validação de uma escala que visa mensurar a autoeficácia dos enfermeiros para o estabelecimento de um bom relacionamento com famílias no contexto neonatal/ pediátrico hospitalar.

Fenômenos subjetivos como a autoeficácia podem e devem ser mensurados, uma vez que possuem importância para a prática clínica, a educação, a gestão de pessoas, a pesquisa e tantos outros contextos nos quais podem ser empregados. Diz-se que tais fenômenos são mensurados de forma indireta e, por isso, são mais propensos ao erro. No entanto, a magnitude do erro é variável; para diminuí-la ao máximo recorre-se à utilização de instrumentos de medida padronizados, os quais são constantemente submetidos a análises para refinamento e reformulação, e, por isso, podem demonstrar e explicitar o tamanho do erro da avaliação efetuada⁽¹²⁵⁾.

Para construir instrumentos de medida padronizados é preciso, dentre outros requisitos, garantir a representatividade da amostra e a característica de um dado fenômeno nessa amostra. A origem, o tamanho e a aleatoriedade são requisitos que garantem a representatividade da amostra e, conseqüentemente, ajudam a minimizar o erro. Além de colaborar na redução dos erros de mensuração, outras utilidades podem ser atribuídas aos instrumentos de medida, como o rápido conhecimento dos dados, os quais podem ser mais facilmente comparados, e a submissão dos indivíduos participantes a estímulos controlados, como perguntas iguais e tipo de abordagem⁽¹²⁵⁾.

A validade e a fidedignidade dos instrumentos de medida construídos precisam ser asseguradas e, para tanto, recorre-se à psicometria. A psicometria “representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais [...] Ela se fundamenta na teoria da medida das ciências em geral, isto é, no método quantitativo, o qual possui como principal característica e vantagem o fato de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a linguagem comum utilizada para descrever fenômenos naturais”^(126:993).

Cabe à psicometria explicar o sentido das respostas atribuídas pelos indivíduos a uma variedade de tarefas, comumente chamadas de itens. A explicação dada às respostas é oferecida de modos distintos, de acordo com duas vertentes da psicometria moderna: a teoria clássica dos testes (TCT) e a teoria de resposta ao item (TRI). A TCT busca explicar o resultado final total, ou seja, o chamado escore total, que representa a soma das respostas dadas a uma série de itens. A TRI, por sua vez, preocupa-se com cada um dos itens, buscando descobrir a probabilidade e os fatores que afetam essa probabilidade (de acerto ou erro, ou de aceitação ou rejeição) individualmente⁽¹²⁶⁾.

A maior tarefa da TCT é elaborar estratégias para controlar ou avaliar o tamanho do erro. A TRI permite realizar inferências sobre o traço latente, relacionando as respostas do sujeito aos itens ao nível de traço latente. Mesmo com interesses distintos, visto que a TCT produz “testes” de qualidade ao passo que a TRI gera “tarefas” ou itens de qualidade, ambas

utilizam os mesmos parâmetros para garantir a legitimidade de uma medida: a validade e a precisão⁽¹²⁶⁾.

- **Validade**

A validade de um instrumento diz se a medida é consistente com a propriedade do aspecto mensurado, ou seja, mostra se o instrumento está de fato medindo o que deve ser medido. No caso do presente estudo, a escala construída deve identificar a autoeficácia do enfermeiro - a fim de que sejam estabelecidos bons relacionamentos com as famílias (construto - traço latente) - por meio da mensuração de comportamentos (itens); os itens devem, portanto, ser congruentes com o traço latente mensurado⁽¹²⁶⁾.

A validade de um instrumento - considerado como hipótese - deve ser estabelecida pela testagem empírica da verificação da hipótese, e não por meio do agrupamento intuitivo de uma série de itens seguido da verificação estatística do que está sendo mensurado⁽¹²⁶⁾.

Segundo Pasquali (2009), há três momentos desafiadores no processo de elaboração de um instrumento: a etapa teórica (para a definição clara do construto), a coleta empírica das informações (visando a operacionalização do construto em itens) e a análise estatística do que foi coletado empiricamente (cuja meta é verificar a hipótese da legitimidade da representação do construto).

Considerando as dificuldades para se demonstrar a validade de um instrumento, a psicometria apresenta o chamado modelo trinitário, que abarca técnicas para realizar a validade do construto, de conteúdo e de critério.

Validade do construto: é a principal forma de se realizar a validação de instrumentos; os conceitos ou construtos precisam ser passíveis de representação comportamental adequada, caso contrário não são científicos. A técnica mais utilizada e conhecida para se analisar a validade do construto é a análise fatorial⁽¹²⁶⁾.

Validade de conteúdo: busca verificar se o instrumento é composto por uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos, ou seja, averigua se inclui todos os domínios do construto mensurado. É preciso realizar uma avaliação sistemática do conteúdo do instrumento para checar se os itens representam de fato o construto medido. Este tipo de validação é feita por meio do embasamento teórico, da opinião dos indivíduos que pertencem à população para a qual se destina o instrumento e do julgamento de *experts* na área do conceito^(126,127).

Validade de critério: diz respeito ao grau de eficácia que um instrumento possui para prever o desempenho específico do indivíduo. O correto é avaliar o desempenho do sujeito por meio de técnicas que independem do instrumento que se pretende validar, ou seja, relacionar os escores obtidos pelo sujeito no instrumento a um critério externo^(126,127).

Faz-se distinção entre dois tipos de validade de critério: a concorrente e a preditiva. Na primeira, a coleta de informação pelo instrumento a ser validado e a coleta da informação do critério ocorrem (praticamente) ao mesmo tempo, ao passo que na segunda os dados sobre o critério são coletados após a coleta das informações sobre o instrumento. A escolha do tipo de validade de critério é irrelevante, já que ambos possuem o mesmo valor. O importante é escolher um critério válido. Deste modo, é fundamental escolher um critério que seja válido e medi-lo válida e independentemente do instrumento em si.

- **Precisão**

A precisão, também chamada de fidedignidade ou confiabilidade, constitui a capacidade que um instrumento deve possuir de ser preciso, confiável ou fidedigno, isto é, de medir sem erros o que se pretende. “Medir sem erros significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes, medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos, isto é, a correlação entre as duas medidas deve ser 1. O erro sempre estará presente, porém é importante compreender que quanto mais essa correlação afasta-se do 1, tanto maior é o erro cometido na medida”^(126:998).

Avaliar a precisão de um instrumento é, portanto, mostrar o quanto ele se afasta do ideal da correlação 1, isto é, quanto mais próximo do coeficiente 1, menos erro o instrumento ou teste irá cometer ao ser utilizado. Duas técnicas estatísticas costumam ser usadas para determinar a precisão de um instrumento: a correlação e a análise da consistência interna⁽¹²⁶⁾.

Na técnica da correlação o índice de precisão consiste na correlação bivariada entre dois escores dos mesmos indivíduos, aplicando-se o mesmo instrumento aos mesmos indivíduos em duas ocasiões distintas (teste-reteste) ou respondendo-se a duas formas paralelas do mesmo instrumento (forma paralela)⁽¹²⁶⁾.

A análise da consistência interna pode ser realizada por uma gama de técnicas complexas, as quais podem ser reduzidas a duas situações: a) divisão do instrumento em partes, com posterior correção pela fórmula de predição de Spearman-Brown; b) inúmeras técnicas do coeficiente alfa, sendo o alfa de Cronbach o mais conhecido. Nestas técnicas

ocorre a aplicação de um único instrumento em uma única ocasião, devendo as análises verificar a consistência interna dos itens que compõem o instrumento, isto é, determinar se os itens covariam entre si. ⁽¹²⁶⁾.

Recomendações para a construção e a validação de escalas de autoeficácia⁽⁹¹⁾

Para a elaboração da escala pretendida foram seguidas as recomendações preconizadas por Bandura (2006). Segundo o autor, os seguintes fatores devem ser considerados durante a construção de uma escala de autoeficácia:

1. Validade de conteúdo

Os itens da escala de autoeficácia devem refletir com precisão o construto. A autoeficácia preocupa-se com o modo como o indivíduo percebe sua própria capacidade para executar com sucesso determinada tarefa. Os itens devem ser redigidos expressando a ideia daquilo que o indivíduo *pode fazer*, e não do que ele *irá fazer*. *Pode* corresponde a um julgamento de capacidade, ao passo que *irá* constitui uma declaração de intenção.

2. Especificação do domínio e análise conceitual da multicausalidade da autoeficácia

A construção de uma escala de autoeficácia deve contar com uma boa análise conceitual do domínio relevante do funcionamento. O conhecimento da atividade do domínio especifica quais aspectos da eficácia pessoal precisam ser medidos. Neste caso, ocupa-se dos aspectos comportamentais relacionados ao estabelecimento de bons relacionamentos dos enfermeiros com as famílias.

Uma avaliação abrangente da autoeficácia deve ocupar-se dos fatores comportamentais sobre os quais pode-se exercer algum controle. Uma escala de autoeficácia multifacetada não possui utilidade preditiva apenas, mas fornece *insights* sobre a autogestão do comportamento.

Se a escala de autoeficácia é direcionada aos fatores que, com efeito, provocam pouco ou nenhum impacto sobre o domínio do funcionamento, então a pesquisa não poderá produzir uma relação preditiva. Se, por exemplo, o relaxamento não afeta o uso de drogas, a autoeficácia percebida – relativa à capacidade de relaxar – não estará relacionada ao consumo de drogas, uma vez que a teoria causal é falha. Sob tais circunstâncias, achados negativos não irão refletir limitações na crença de autoeficácia, mas sim uma teoria deficiente.

Em suma, as escalas de autoeficácia devem estar adaptadas aos domínios da atividade e avaliar as formas multifacetadas de que se utilizam as crenças de eficácia para operar dentro do domínio de atividade selecionado. A escala de autoeficácia precisa estar relacionada aos fatores que, com efeito, irão determinar a qualidade do funcionamento no domínio de interesse.

3. Gradações de desafio

A percepção da autoeficácia deve ser medida em relação aos níveis de exigência da tarefa, os quais representam as gradações dos desafios ou obstáculos exigidos para que se desempenhe com sucesso determinada atividade. As avaliações de autoeficácia refletem o nível de dificuldade que os indivíduos acreditam poder superar. A ausência de obstáculos a serem transpostos constitui uma atividade de fácil execução, portanto todos os indivíduos devem ser considerados altamente eficazes para desempenhá-la.

As atividades ou tarefas realizadas por indivíduos sofrem influência pessoal direta, o que pode implicar a *regulação* da própria motivação, dos processos de pensamento, dos níveis de desempenho e dos estados emocionais, ou ainda determinar a alteração das condições ambientais. O domínio de conteúdo deve corresponder à área de funcionamento que se procura gerenciar. A natureza dos desafios que determinam o julgamento da autoeficácia varia de acordo com a esfera de atividade. Os desafios podem ser graduados em termos de nível de criatividade, esforço, precisão, produtividade, ameaça ou autorregulação, a depender da necessidade imposta.

As crenças de autoeficácia afetam diretamente as ações e causam impacto nos determinantes motivacionais, afetivos e cognitivos, desempenhando papel central nos processos de autorregulação⁽⁸⁸⁾. A autorregulação orienta os pensamentos, os sentimentos e o próprio comportamento, cujas referências são as metas e os padrões pessoais de conduta, a partir dos quais se estabelecem as consequências para os comportamentos adotados; trata-se, portanto, de um mecanismo de controle interno e voluntário⁽¹²⁸⁾.

A construção de escalas para avaliar a autorregulação da eficácia requer um trabalho preliminar que identifique os desafios e impedimentos para a realização de determinada tarefa. As pessoas são convidadas a descrever, em entrevistas abertas e questionários pilotos, os fatores que as impedem de realizar com regularidade determinadas atividades. Deste modo, os desafios ou obstáculos identificados irão constituir os itens de eficácia. Na escala formal, os participantes julgam sua capacidade para enfrentar os desafios ou para superar os vários

obstáculos contemplados nos itens. A avaliação da eficácia não busca identificar se o indivíduo é capaz de realizar determinada atividade ocasionalmente, mas revelar se possui a eficácia para realizá-la *regularmente*, em face de circunstâncias diversas.

4. Escalas de resposta

Na metodologia padrão para medir as crenças de autoeficácia são apresentados aos indivíduos itens que retratam diferentes níveis de demanda da tarefa e que avaliam a força de sua crença em relação à própria capacidade para desempenhar as tarefas necessárias.

Os indivíduos devem registrar a força de sua crença de eficácia numa escala de 0 a 100, com intervalos de 10 em 10, em que 0 representa “não posso fazer”, 50 representa “posso fazer moderadamente” e 100 representa “certamente posso fazer”. Um formato mais simples de resposta, o qual lança mão da mesma estrutura e dos mesmos descritores, também pode ser utilizado, porém com intervalos unitários que vão de 0 a 10. O formato em questão pode variar dependendo, por exemplo, da esfera de eficácia que está sendo acessada e da idade dos respondentes.

Escala que apresentam poucas opções ou gradações de resposta devem ser evitadas, pois tendem a ser menos sensíveis e confiáveis. As pessoas tendem a evitar posições extremas, portanto uma escala com poucas opções pode, em termos de aplicação real, restringir-se a um ou dois pontos.

As escalas de eficácia são unipolares, variando de zero (0) a um máximo de força (a depender da escala). Elas não incluem números negativos porque um julgamento de incapacidade completa não possui gradações inferiores a zero (0). As instruções preliminares devem estabelecer uma mentalidade apropriada para o contexto, a qual deve ser adotada pelos participantes no momento em que é avaliada a força da crença em sua própria capacidade. Os indivíduos são convidados a julgar suas capacidades operacionais manifestadas naquele momento, e não suas capacidades potenciais ou expectativas de capacidades futuras.

Na construção da escala de autoeficácia proposta neste estudo, optou-se pela estrutura com pontuação variando entre 0 e 10, com intervalos unitários, em que 0 representa nenhuma confiança, 5 representa confiança moderada e 10 representa confiança absoluta - de que naquele momento o enfermeiro é capaz de manter um bom relacionamento com a família nas situações (itens) apresentadas.

Tentativas realizadas com certo limiar de autoconfiança no curso de uma ação poderão resultar em elevadas forças de autoeficácia. No entanto, quanto maior o senso de eficácia

pessoal, maiores serão a perseverança e a probabilidade de que a atividade escolhida seja realizada com sucesso.

As crenças de autoeficácia podem ser designadas em termos de nível, ou seja, o número de atividades que os indivíduos julgam ser capazes de realizar acima de um valor de corte selecionado da força de eficácia. Contudo, converter uma medida contínua da força de eficácia em uma medida dicotômica baseada em uma nota de corte mínima implica a perda de uma informação preditiva. Se o valor de uma nota de corte é selecionado, um senso de eficácia relativamente baixo é tratado do mesmo modo que um completo senso de autoconfiança. Por outro lado, se o nível estabelecido para o corte de capacidade é moderado a forte, caracteriza-se como falta de eficácia. Tanto as notas de corte muito baixas como aquelas muito altas geram discrepâncias entre o desempenho e a autoeficácia percebida.

Uma microanálise mais refinada da congruência é fornecida por meio do cálculo da probabilidade de sucesso do desempenho como função da força de autoeficácia percebida, uma vez que a força de eficácia incorpora tanto o nível de eficácia como as gradações de certeza sobre determinado valor. A microanálise em questão retém um valor preditivo dos diversos níveis de força atribuídos às crenças de eficácia. Por incorporar tanto o nível de eficácia como as gradações de certeza acima de qualquer limite de valor, a força de eficácia costuma ser mais preditiva e informativa do que o nível de eficácia.

5. Minimizando vieses de resposta

O procedimento padrão para mensurar as crenças de eficácia pessoal inclui algumas precauções para minimizar qualquer potencial efeito motivacional de autoavaliação. Essas precauções estão incorporadas às instruções e ao modo de administrar o instrumento.

Os julgamentos de autoeficácia são registrados de forma privada e sem identificação pessoal, a fim de que sejam reduzidas as preocupações com a avaliação social. A escala de autoeficácia deve ser identificada por meio de um código numérico e não pelo nome do indivíduo. Os respondentes devem ser informados a respeito da garantia do sigilo de suas respostas, ressaltando-se que apenas os códigos numéricos são utilizados pelos pesquisadores.

Os respondentes devem compreender a importância de sua contribuição para a pesquisa, de modo que se sintam encorajados a responder com franqueza; eles devem estar cientes de que o conhecimento gerado irá contribuir para uma melhor compreensão do tema e nortear o desenvolvimento de programas destinados a ajudar pessoas no manejo de situações com as quais têm de lidar.

Os julgamentos dos indivíduos em relação a si mesmos não são simples, isto é, não são realizados imediatamente após cada performance. Em vez disso, as pessoas realizam um julgamento múltiplo da sua eficácia por meio de demandas diversas de uma tarefa pertencente a um determinado domínio de atividade. Deste modo, as avaliações do comportamento e da eficácia percebida devem ser conduzidas em diferentes contextos e por diferentes avaliadores, de modo que seja erradicada qualquer possibilidade de transferência da influência social da avaliação para o contexto do desempenho. Não se pretende, com isso, afirmar veementemente que a simples avaliação da eficácia pode afetar diretamente o comportamento de alguém; no entanto, é possível que o julgamento a respeito da eficácia pessoal sirva como um incentivo para melhorar a adequação entre o autojulgamento e a performance/desempenho.

Numerosos ensaios foram realizados para efeitos reativos de avaliação de autoeficácia, e os resultados mostram que o nível de motivação, de reações afetivas e de desempenho dos indivíduos são os mesmos, quer sua eficácia tenha ou não sido precedida por autojulgamentos.

Tampouco os julgamentos quanto à eficácia são influenciados por um viés de resposta que os faça parecer socialmente desejáveis, mesmo que o domínio da atividade envolva comportamento social, consumo de álcool ou fumo, prática de exercícios etc.

O caráter privado do registro dos julgamentos de eficácia pode reduzir as preocupações com a avaliação e as expectativas de consistência, porém não garante que elas sejam totalmente eliminadas. Ao assumir o registro de modo privado, os indivíduos estão cientes de que serão posteriormente avaliados, o que pode gerar algum tipo de receio.

6. Análise dos itens na construção da escala

Após um pré-teste, os itens ambíguos foram descartados ou reescritos. Os itens que receberam respostas de valor igual da maioria das pessoas devem ser eliminados, bem como aqueles que não apresentaram diferença entre os respondentes. Itens cujo maior valor de eficácia foi assinalado pela maioria carecem de dificuldade, desafio ou impedimento suficientes, portanto não foram caracterizados como capazes de distinguir os níveis de eficácia dos respondentes. Neste caso, o nível de dificuldade do item deve ser aumentado.

Os itens pertencentes ao mesmo domínio de eficácia devem estar correlacionados entre si e com o escore total da escala. A análise fatorial deve verificar a homogeneidade dos itens. Diferentes domínios de eficácia requerem diferentes conjuntos de escala, e cada uma delas deve conter itens homogêneos relevantes ao seu respectivo domínio.

A confiabilidade deve colocar um limite além da máxima correlação obtida entre as variáveis. A confiabilidade de consistência interna deve ser calculada fazendo-se uso do alfa de Cronbach. Quando os coeficientes de confiabilidade forem baixos, os itens com baixa correlação deverão ser descartados ou reescritos. A inclusão de um número baixo de itens não é indicada, visto que limitaria o grau do alfa. Se isso ocorrer, o número de itens deverá ser aumentado.

7. Validação do construto e preditiva

Como mencionado anteriormente, a escala de autoeficácia deve medir aquilo que se propõe a medir, isto é, a capacidade percebida pelo indivíduo (enfermeiro) de produzir determinadas realizações ou resultados (empreender um bom relacionamento com as famílias nos contextos neonatais e/ou pediátricos hospitalares).

Além disso, deve-se realizar a validade discriminativa e preditiva do instrumento construído. O construto de autoeficácia está incorporado a uma teoria que explica uma conexão ou rede de relacionamentos entre diversos fatores. A validação do construto de um instrumento constitui um processo de teste de hipóteses. Indivíduos cujo escore da autoeficácia percebida é alto devem diferir de maneiras diversas daqueles cujo escore é baixo nas formas especificadas pela teoria. Deste modo, a verificação dos chamados “efeitos preditivos” fornece suporte para a validade do construto.

A autoeficácia percebida pode produzir diversos efeitos sobre a motivação, o pensamento, a emoção e a ação, portanto muitas consequências verificáveis podem ser testadas. Não há coeficiente de validade único. O processo de validação do construto é contínuo e, nele, tanto a validade da estrutura causal - postulada no esquema conceitual - como as medidas de autoeficácia estão sendo avaliadas.

4.2.1 Procedimentos adotados para a Construção e Validação da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/Pediátrico

Diversas etapas foram operacionalizadas para a construção e a validação da escala em questão. Os procedimentos utilizados seguiram as recomendações de Bandura (2006) descritas anteriormente, as quais foram agregadas às descrições e orientações fornecidas por

Pasquali (1998, 1999, 2003, 2009). A Figura 2, a seguir, representa os procedimentos adotados para construção e validação da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico.

Figura 2 - Procedimentos adotados para a Construção e Validação da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico.

1. Definição do Construto – Etapa teórica

O foco central desta etapa são as questões teóricas sobre o construto que deverá ser medido, neste caso, o bom relacionamento com a família. A conceituação do construto é primordial na construção de instrumentos de medida⁽¹³⁰⁾. De acordo com Bandura (2006), as escalas de autoeficácia devem estar adaptadas aos domínios da atividade selecionada. Deste modo, a escala de autoeficácia precisa estar relacionada aos fatores que, com efeito, irão determinar a qualidade do funcionamento no domínio de interesse.

A resposta sobre os fatores que compõem o construto deve vir da teoria acerca dele e/ou de seus dados empíricos disponíveis, sobretudo dados de pesquisas que utilizaram cuja

verificação foi realizada por meio da análise fatorial; nesta etapa, é importante decidir se o construto é uni ou multifatorial⁽¹²⁹⁾.

“A inexistência de teorias sólidas sobre um construto não deve ser desculpa para o psicometrista fugir de toda a especulação teórica sobre ele. É obrigação dele levantar, pelo menos, toda a evidência empírica sobre o construto e procurar sistematizá-la e, assim, chegar a uma miniteoria sobre ele, que o possa guiar na elaboração de um instrumento de medida para o tal construto.”⁽¹²⁹⁾

Definição constitutiva: trata da inserção precisa do construto na teoria à qual pertence, impondo os limites do que deverá ser explorado quando de sua mensuração, sobretudo em termos do que deve ser atingido⁽¹³⁰⁾. A preparação da estrutura conceitual deve ser precisa e clara, uma vez que irá contribuir para a elaboração dos itens do instrumento de medida⁽⁹¹⁾ e embasar a construção das dimensões do construto⁽¹³⁰⁾.

A definição constitutiva do construto foi efetuada por análise das entrevistas realizadas com os 9 enfermeiros na fase pré-intervenção do estudo 1^{ix}, a qual foi corroborada por revisão de literatura realizada sobre a temática. Com o propósito de definir o que vem a ser um bom relacionamento com as famílias na percepção dos enfermeiros, a análise foi efetuada de acordo com a seguinte pergunta norteadora: “na percepção do enfermeiro, o que é ter um bom relacionamento com as famílias?”

Definição operacional: o construto é operacional quando definido a partir da manifestação de comportamentos físicos⁽¹³⁰⁾, isto é, a operacionalização do construto é realizada por meio dos itens.

Para Bandura (2006), o processo de construção de uma escala de autoeficácia deve englobar a definição conceitual do construto e a realização de entrevistas abertas, a fim de que os indivíduos descrevam os elementos que os impedem de executar determinada tarefa regularmente; os itens dessa escala baseiam-se na análise das entrevistas abertas realizadas com a população-alvo, e devem representar os desafios e impedimentos para que determinada tarefa seja executada regularmente; neste caso, os elementos que dificultam o bom relacionamento cotidiano dos enfermeiros com as famílias.

As questões contidas no roteiro, as quais nortearam as entrevistas (Apêndice F) referentes aos fatores que inibiam e dificultavam o relacionamento com as famílias, foram

^{ix} Os procedimentos metodológicos realizados para coleta e análise das entrevistas com os 9 enfermeiros mencionados, estão detalhadamente descritos neste capítulo no tópico: percepções e atitudes (pré-intervenção)

formuladas com base no conceito de autoeficácia e na análise da literatura sobre as interações entre enfermeiros e famílias no contexto neonatal/pediátrico.

Para que o construto pudesse ser definido em termos operacionais (itens), a análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os nove enfermeiros na fase pré-intervenção do estudo ¹^x foi norteada pela seguinte pergunta: “Quais elementos dificultam ou inibem o relacionamento dos enfermeiros com as famílias no contexto pediátrico/neonatal hospitalar?”

Para construir o instrumento é necessário listar categorias comportamentais e, em seguida, expressá-las em tarefas unitárias e específicas (os itens). Segundo Pasquali (1998), a construção dos itens deve seguir alguns critérios:

- Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento de modo concreto, claro e preciso;
- Critério de objetividade ou de desejabilidade: os itens devem expressar diferentes preferências, sentimentos e gostos;
- Critério de simplicidade: cada item deve expressar apenas uma ideia, de modo que o respondente não se confunda;
- Critério de clareza: o item deve ser compreendido por todas as camadas da população-alvo e, para tanto, devem ser utilizadas frases curtas, simples e claras;
- Critério de relevância: o item deve ser pertinente ao construto. Este critério trata da saturação do item em relação ao construto, a qual é representada pela carga fatorial - na análise fatorial - e constitui a covariância (correlação) entre o item e o fator (traço).
- Critério de precisão: o item deve possuir uma posição definida no construto e ser diferente dos demais;
- Critério de variedade: deve-se evitar o uso dos mesmos termos em todos os itens, portanto a linguagem deve ser variada;
- Critério de modalidade: evitar o uso de termos extremos nos itens, tais como “muito”, “pouco” e “extremamente”;
- Critério de tipicidade: o item deve ser construído com frases condizentes ao construto;
- Critério de credibilidade: o item não pode parecer inapropriado, ridículo ou infantil;

^x Os procedimentos metodológicos realizados para coleta e análise das entrevistas com os 9 enfermeiros mencionados, estão detalhadamente descritos neste capítulo no tópico: percepções e atitudes (pré-intervenção)

Os desafios e obstáculos para o estabelecimento de um bom relacionamento do enfermeiro com as famílias, identificados por meio da análise das entrevistas – a qual é corroborada pela literatura que tem como foco o construto –, deram origem aos 40 itens que integraram a primeira versão da escala proposta (Apêndice H).

Ainda nesta etapa, foram definidas a gradação para as respostas e a nomenclatura correspondente aos valores mediano e extremo da escala, optando-se por uma gradação que varia de 0 a 100, em que 0 (zero) representa muita incerteza, 50 (cinquenta) representa certeza moderada e 100 (cem) representa certeza absoluta.

A organização dos itens em domínios foi realizada após a análise fatorial do instrumento, e não por meio de intuição com avaliação de juízes. Em seguida, verificou-se sua concordância por meio de análise fatorial confirmatória.

2. Validade de conteúdo

A primeira validação do conteúdo da escala foi realizada por juízes, os quais avaliaram a adequação semântica do enunciado, das instruções, da nomenclatura utilizada na gradação e de cada um dos itens, a fim de garantir sua compreensibilidade e pertinência em relação ao construto representado.

Deste modo, cinco (5) juízes foram convidados por correio eletrônico para avaliar a primeira versão da escala. Esses juízes eram enfermeiros *experts* nas seguintes áreas: família e pediatria/neonatologia (3), autoeficácia (1) e construção de instrumentos de medidas (1).

Os profissionais em questão receberam, junto com a versão preliminar do instrumento, instruções (Apêndice I) para proceder à avaliação e esclarecimentos referentes ao conceito de autoeficácia e à definição de um bom relacionamento com a família na área pediátrica/neonatal.

Foram mantidos no instrumento o enunciado e os itens com concordância de 80% ou mais entre os juízes^(129,131). Além desse critério, uma análise qualitativa das observações feitas pelos juízes foi efetuada pelas pesquisadoras, as quais avaliaram alterações sugeridas – mesmo se feitas por apenas um dos juízes – e as efetuaram quando julgaram necessário.

Após a análise de todas as recomendações e sugestões feitas pelo comitê de juízes, foram efetuadas as devidas modificações na primeira versão do instrumento, gerando uma nova versão denominada versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico (Apêndice J).

A versão piloto foi submetida a uma análise semântica adicional para verificar se todos os itens eram compreendidos pelos indivíduos (população-alvo) aos quais o instrumento se destinava. Segundo Pasquali (2003), o instrumento tem de ser aplicado a um pequeno grupo de sujeitos (três ou quatro), com os quais devem ser discutidas as dúvidas e observações realizadas a fim de se procurar convergências e divergências entre os participantes.

Deste modo, a pesquisadora apresentou a primeira versão da escala para três enfermeiras assistenciais atuantes da área pediátrica/neonatal (uma atuante da área neonatal, uma atuante da área pediátrica e uma residente da área pediátrica), as quais foram indagadas sobre sua compreensão do que estava sendo avaliado pelo instrumento (“o que você entendeu que estava sendo questionado pelo instrumento?”). Especulou-se a inteligibilidade dos itens (“você teve dificuldade de compreender algum dos itens do instrumento?”) e da gradação (“você sentiu dificuldade para responder aos itens do instrumento utilizando esse tipo de gradação?”) que compunham o instrumento. Solicitou-se que as enfermeiras escrevessem suas respostas e as enviassem por e-mail para que as informações fossem registradas e analisadas.

3. Aplicação da versão piloto – Etapa experimental

Esta etapa trata da aplicação do instrumento à amostra estimada. Deste modo, a versão piloto da escala foi aplicada com enfermeiros atuantes da área assistencial neonatal e/ou pediátrica intra-hospitalar, a fim de se verificar as qualidades psicométricas que irão indicar a validade e a precisão do instrumento. Para calcular o tamanho da amostra necessária foi considerada a indicação de cinco respondentes para cada item do instrumento (5 sujeitos x 39 itens = 195 sujeitos)⁽¹³⁰⁻¹³²⁾.

O convite para a participação dessa etapa de validação da escala foi realizado pessoalmente ou via correio eletrônico, tendo sido fornecidas informações referentes aos aspectos éticos, objetivos do estudo, coleta, análise e divulgação dos dados. A versão piloto da escala e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice K) foram preenchidos à mão ou eletronicamente.

O instrumento foi enviado via correio eletrônico pela pesquisadora para 100 enfermeiros, os quais responderam a ele e/ou reenviaram-no para sua rede de contatos. A escala foi respondida eletronicamente por 190 enfermeiros e à mão por 33 enfermeiros, resultando em 223 retornos e uma amostra válida de 194 enfermeiros. A exclusão de alguns

respondentes decorreu de sua inadequação aos critérios de elegibilidade estabelecidos: ser enfermeiro atuante na área assistencial neonatal e/ou pediátrica hospitalar.

Além de responderem à escala os participantes forneceram, para a caracterização da amostra via análise descritiva, informações quanto ao gênero, idade, tempo de profissão, unidade e tipo de instituição em que trabalhavam, dentre outras variáveis. Os dados coletados foram organizados em um banco de dados do programa Excel 2010 e submetidos à análise estatística no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22.

3.1 Análise estatística

- **Precisão, confiabilidade ou fidedignidade - Análise da consistência interna**

O objetivo da análise da consistência interna utilizando a técnica do coeficiente de Alfa de Cronbach é verificar se os itens do instrumento correlacionam-se entre si, indicando se estão, de fato, relacionados a um único construto. Geralmente, um grupo de itens que explora um fator comum mostra um elevado valor de alfa de Cronbach⁽¹³³⁾.

A confiabilidade do instrumento foi avaliada por meio da utilização de três análises: Alfa de Cronbach para a escala total, correlação item-total e Alfa de Cronbach caso o item fosse excluído. O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70, portanto a acusação de um valor inferior a este faz com que a consistência interna da escala utilizada seja considerada baixa⁽¹³⁴⁾. Para a correlação item-total é recomendado um valor superior a 0,3⁽¹³⁵⁾. Foi realizada a análise da consistência interna para a escala total e para cada uma das dimensões ou fatores.

- **Dimensionalidade - Análise fatorial exploratória**

Para verificar a dimensionalidade do construto, ou seja, determinar quantos fatores (dimensões) o instrumento proposto está mensurando, foi utilizada a análise fatorial exploratória (AFE). A AFE deixa os dados falarem por si mesmos, isto é, possibilita à estrutura dos dados sugerir o modelo fatorial mais provável, não sendo necessário antecipar a elaboração de hipóteses. A análise em questão integra a validade do construto e busca demonstrar se a escala o representa de modo adequado e legítimo⁽¹³¹⁾.

Trata-se de uma técnica estatística multivariada, a qual parte do pressuposto de que uma série de variáveis observáveis (itens) pode ser explicada por um número menor de

variáveis hipotéticas (dimensões ou fatores), indicando não apenas o número de dimensões ou fatores que compõem a escala, mas também os itens que estão alocados em cada dimensão e a variância explicada pelas dimensões⁽¹³¹⁾.

Antes de se efetuar a análise fatorial foram realizados os testes Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste da esfericidade de Barlett (*Barlett's Test of Sphericity*), a fim de se determinar a adequação da amostra à análise fatorial.

O KMO compara a magnitude entre os coeficientes de correlação observados e os coeficientes de correlação parciais. A análise fatorial é adequada quando os índices do KMO são altos; a medida varia entre 0 e 1, e os índices devem ser superiores a 0,5 para que a análise fatorial possa ser realizada. Quanto mais próximo de 1, melhor é o resultado.

O teste da esfericidade de Barlett testa a hipótese nula de que as variáveis na matriz da correlação da amostra não estão correlacionadas; o nível de significância deve ser suficientemente baixo (menor ou igual a 0,05) para que sua estatística seja considerada relevante, isto é, uma relação forte entre as variáveis, rejeitando a hipótese nula.

Após a realização dos testes mencionados procedeu-se à análise paralela, a fim de verificar quantos fatores ou dimensões eram sugeridos para a efetuação da análise fatorial do instrumento⁽¹³⁶⁾. Em seguida foi realizada a análise fatorial comum pelo método de Extração dos Eixos Principais (*Principal Axis Factoring*), com o propósito de calcular o valor das cargas fatoriais de cada item. Foram considerados apenas os itens com cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,30.

Uma vez efetuada a extração dos fatores, realizou-se o processo de rotação, alocando cada item na respectiva dimensão, de acordo com o maior valor da carga fatorial apresentado pelo item para o fator correspondente. Enquanto a técnica da extração é projetada para maximizar fontes independentes de variância na matriz de correlação, a rotação consiste em delinear os fatores, isto é, conseguir que cada variável ou item corresponda a um único fator ou dimensão do construto investigado. Há uma série de procedimentos para a rotação de eixos, os quais podem ser ortogonais ou oblíquos; no presente trabalho foi empregada a rotação oblíqua *direct Oblimin* com normalização de Kaiser, a fim de facilitar e melhorar a interpretação da análise fatorial efetuada.

Interpretação da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal / Pediátrico

Uma vez garantida a validade de construto e a confiabilidade da escala, foram definidas suas normas de interpretação, optando-se pela utilização do percentil para determinar a força de autoeficácia evidenciada pelos enfermeiros. Lançou-se mão do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22 para a padronização dos escores da escala nos respectivos percentis.

Foram definidas três faixas (tercis), de acordo com os percentis para os escores de autoeficácia da escala total e das subescalas:

Faixa 1 (primeiro tercil) - Baixa autoeficácia para estabelecer um bom relacionamento com a família.

Faixa 2 (segundo tercil) - Moderada autoeficácia para estabelecer um bom relacionamento com a família.

Faixa 3 (terceiro tercil) - Elevada autoeficácia para estabelecer um bom relacionamento com a família.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 APRESENTAÇÃO DA DEFINIÇÃO EMPÍRICA DO CONSTRUTO “BOM RELACIONAMENTO”

O relacionamento entre enfermeiro e família, cerne deste estudo, compreende a interação que o enfermeiro estabelece com os pacientes e famílias, consigo mesmo e com o meio em que está inserido. Importante considerar que o cuidado da família, que envolve importantes elementos de comunicação acontece no curso de um relacionamento. É de acordo com o significado que o enfermeiro atribui às interações vivenciadas, que ele define o tipo de relacionamento que estabelece com as famílias, e manifesta a definição por meio de suas ações.

Bom relacionamento é uma expressão corrente no discurso dos enfermeiros e na literatura relativa ao cuidado da família, indicando não necessariamente uma polarização entre bom ou mau, mas certa condição para atingir resultados positivos no processo de cuidado. Este aspecto motivou-nos a situar o *bom relacionamento* como um construto que demanda uma definição mais clara empiricamente fundamentada.

Assim, o foco desta seção dos resultados é definir o que é *bom relacionamento* entre enfermeiro e família, na percepção dos enfermeiros. A partir da análise dos conteúdos das entrevistas, três categorias foram construídas para explicar o construto investigado: 1. Abrir-se para a família; 2. Manter uma comunicação eficaz com a família; 3. Conviver em equilíbrio consigo e com a família.

As categorias indicam as ações advindas das interpretações que o enfermeiro faz nos encontros com a família. Tais ações foram organizadas de modo que representem o início - abrir-se para a família - e os meios - manter uma comunicação eficaz e conviver em equilíbrio consigo e com a família- para chegar ao fim - construção de um bom relacionamento com a família. A descrição do bom relacionamento engloba os elementos que na percepção do enfermeiro devem estar presentes ou que devem permear as definições que ele faz para si neste processo interacional e interpretativo dos encontros com a família, para que um bom relacionamento seja estabelecido.

Não se trata de um conjunto de ações estanques, em que atividade mental cognitiva de atribuição de significados ocorre de forma segmentada, ou que uma ação termina quando se inicia a outra, mas uma ação contínua e reflexiva de um conjunto de atribuição de significados promotor de ações (comportamentos) que precisam estar presentes para que um bom relacionamento possa ser construído e mantido durante a interação do enfermeiro com a

família que vivencia a doença e a hospitalização da criança. Esta interação não depende do tempo, pode durar algumas horas, caso de um atendimento realizado em pronto socorro infantil, ou meses e até anos, em unidades de terapia intensiva e internação neonatal e/ou pediátrica.

Categoria 1: Abrir-se para a família

Esta categoria representa a etapa inicial da construção de um bom relacionamento com a família. A interpretação simbólica que o enfermeiro faz das observações e interações sociais com a família, traz a tona e gera no enfermeiro uma série de símbolos, ou seja, percepções, sentimentos, significados e crenças no *self* que desencadeia no enfermeiro a ação de abrir-se para a família, definindo o tipo de relacionamento que começa a ser estabelecido. Este mesmo fluxo interpretativo ocorre com a família, que decide abrir-se ou não para o enfermeiro neste processo relacional.

Abrir-se para a família, engloba uma série de processos interpretativos oriundos da interação e observações que o enfermeiro faz da família, os quais mobilizam símbolos que propiciam esta abertura do eu (enfermeiro) para o outro (família). Ao abrir-se para a família o enfermeiro adentra de forma intencional no processo para estabelecer um bom relacionamento com ela, o qual só poderá ser definido como eficaz ou ineficaz no desfecho deste processo.

A seguir são apresentados elementos que, na percepção dos enfermeiros, favorecem e definem um bom relacionamento com a família, no que tange a categoria “abrir-se para a família”. O caminho entre a atribuição de significado (que favorece o bom relacionamento) e a transformação disso em ação (que define um bom relacionamento) depende dos símbolos gerados e da disposição do enfermeiro para agir; quer-se dizer com isso que após o processo interpretativo que o enfermeiro faz das observações e interações com a família, surgem os símbolos, aqui descritos na forma de crenças, que propiciam ou definem esta abertura do enfermeiro para a família, fazendo-o se engajar e concretizar o estabelecimento de um bom relacionamento.

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso acolhê-la**: quando o enfermeiro acredita que a família da criança hospitalizada está em busca, não apenas de cuidados relacionados à patologia, mas também de acolhimento, ele procura oferecer-lhe esse acolhimento, entendendo que esta é uma demanda que precisa ser atendida logo no primeiro contato.

“Acredito que seja a partir desse princípio, de que eles vêm buscar acolhimento, atendimento, ouvir, né? Ouvir as dificuldades, tentar dar o atendimento de uma forma humana e respeitando os princípios que eles já têm na vida deles, né?” E10

“Ter um bom relacionamento com as famílias, para mim, é ser profissional. Profissional, não significa que eu vou... eu tenho que ser simpática, sim, mas é uma simpatia que tem que denotar acolhimento, né? A família sentir que ela está sendo acolhida, que ela está sendo ouvida, né?” E3

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso ser um profissional de referência para ela**: na percepção do enfermeiro, ser um profissional de referência para a família pode ser tanto uma condição quanto uma consequência para um bom relacionamento, ou seja, ser um profissional de referência é considerado um elemento indispensável para o estabelecimento de um bom relacionamento com a família, do mesmo modo que quando o enfermeiro se torna uma referência para a família significa que um bom relacionamento foi estabelecido.

Ser referência para a família significa para o enfermeiro que ele será o membro da equipe de quem ela vai aproximar-se e abrir-se para expor suas necessidades. Para que isso se concretize, o enfermeiro considera que precisa gerar na família uma definição simbólica que a faça acreditar que ele está disposto a ser uma pessoa de referência para ela durante a hospitalização da criança. O enfermeiro acredita que para desencadear essa definição simbólica na família ele precisa ser proativo, no sentido de demonstrar, por meio de suas ações e verbalizações, que ele está interessado e disposto a ajudá-la no atendimento de suas demandas.

Abrir-se para a família é uma decisão consciente do enfermeiro, do mesmo modo que tornar-se um profissional de referência também é, já que quando a decisão de abrir-se para a família é tomada o enfermeiro assume concomitantemente a grande possibilidade de tornar-se um profissional de referência para ela. É por este motivo que alguns enfermeiros ponderam a atitude de abrir-se para a família, pois acreditam que ao realizar essa abertura podem ser reconhecidos como um profissional de referência para ela, e consequentemente, serem mais requisitados pela família, aumentando a demanda e a sobrecarga de trabalho.

“Significa a família me reconhecer como a enfermeira que está cuidando do filho dela. Como uma referência. Eu acho que o bom relacionamento é esse. Ter um vínculo, a ponto da

família ir lá tirar dúvidas com você, perguntar. E a qualquer momento eu ir lá, e eu perguntar, fazer alguma pergunta para ela também, de qualquer tipo. Ou relacionada ao filho ou relacionada à família dela mesma, à vida deles, né? De criança, pai, mãe, irmãos. Eu acho que eu tenho um bom relacionamento se ela me reconhecer como sendo o profissional que está ali cuidando, o enfermeiro do filho dela. Referência.” E6

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso pensar, além da criança, na família:** para o enfermeiro, pensar além da criança é reconhecer que a criança está inserida numa família, que por sua vez, está inserida num contexto maior. Pensar além da criança, é valorizar o impacto que a doença e a hospitalização têm na família, acreditando que a família está sofrendo mudanças e sendo invadida por sentimentos que a deixam vulnerável na situação de doença e hospitalização da criança.

Quando esta é uma crença central no enfermeiro, ou seja, que está solidificada no seu íntimo, ou quando este tipo de crença surge da definição interpretativa que o enfermeiro faz da família, ele se abre para família, pois quer se engajar num relacionamento para ajudar a minimizar o sofrimento da família que está vivenciando a doença e a hospitalização da criança.

“[...] pensando nos outros indivíduos dessa família, pensar de uma forma um pouco mais global, né? Porque a criança, ela não vem sozinha, né? Tem irmão, tem familiares, outras famílias, outros pais, padrastos, madrastas, né? Então são famílias muito diferentes, hoje em dia, que a gente convive, né?” E10

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso ser um enfermeiro em quem a família confia:** quando o enfermeiro se abre para a família uma relação de confiança começa a ser construída; para o enfermeiro, a confiança é um elemento fundamental para o estabelecimento de um bom relacionamento com a família. Ele acredita que se a família sente que o enfermeiro é uma pessoa em que ela pode confiar, ou seja, que ela pode se abrir e contar quando precisar, ela certamente engaja-se, junto com o enfermeiro, no estabelecimento de um bom relacionamento. O enfermeiro sabe que esse é um tipo de relação que é construída desde o primeiro contato com a família e que vai se fortalecendo com o passar do tempo, e reconhece também que ela pode ser desconstruída rapidamente, precisando ser continuamente reafirmada por meio dos encontros que tem com a família durante a hospitalização da criança.

“Então, eu acho que um bom relacionamento é isso, a primeira coisa é a confiança. Tudo o que a família puder falar para você... entrar em todas aquelas coisas de ética, de não julgar, tudo isso, e ainda mostrar para a família que ela pode confiar...” E5

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso que ela se abra para o enfermeiro**: na percepção do enfermeiro não basta que ele esteja aberto para a família, é preciso também que a família esteja aberta para ele, no sentido de querer prosseguir no estabelecimento de um relacionamento; se a família não estiver aberta é mais laborioso para o enfermeiro conseguir acessar o “mundo” da família e, por consequência, prosseguir no relacionamento de modo que as demandas familiares possam ser identificadas e atendidas. O enfermeiro precisa perceber a abertura da família para acessá-la, ou seja, ele precisa ter certeza de que a família quer se engajar também na construção de um bom relacionamento com o enfermeiro.

Neste sentido, o enfermeiro percebe o bom relacionamento com a família permeado por uma ação constante do enfermeiro e da família de “abrirem-se um para o outro”, onde cada fase da doença, cada período do dia e cada encontro do enfermeiro com a família representam um novo processo de (re)abertura, do enfermeiro para a família e da família para o enfermeiro. É um constante processo de “abrir-se” um para o outro.

Desta forma, o início do engajamento do enfermeiro para o estabelecimento de um bom relacionamento é concretizado pela ação de abrir-se para a família, o que só poderá ser plenamente atingido se houver um prosseguimento adequado neste processo de construção relacional, devendo, para isso, a família também abrir-se para o enfermeiro.

“Tanto a família, de reconhecer que eu sou a enfermeira e de que pode contar comigo, pode me buscar para tirar suas dúvidas, para resolver suas necessidades, enquanto eu posso ter abertura para conversar com a família sobre questões relacionadas à própria criança, relacionadas à rotina da unidade, ter essa troca.” E1

Abrir-se para a família é uma condição para o princípio e a manutenção de uma comunicação eficaz; se o enfermeiro não se abre para a família, a família não se abre para o enfermeiro e o processo comunicacional não progride, requerendo habilidades e competências do enfermeiro para concretização de tal ação e para o sucesso do estabelecimento do bom relacionamento.

Categoria 2: Manter uma comunicação eficaz com a família

Abrir-se para a família leva o enfermeiro a engajar-se num processo de comunicação contínuo, cujas metas principais passam a ser: identificar e atender as demandas da família por meio desse processo comunicacional, o qual precisa ser eficaz para que seus objetivos sejam plenamente atingidos. Na percepção dos enfermeiros, a comunicação eficaz com a família é o cerne de um bom relacionamento, muitas vezes, sendo definida como o próprio relacionamento. Esta comunicação é direcionada por uma série de significados do enfermeiro em relação à família e da família em relação ao enfermeiro. A comunicação pode ser tanto um meio para identificar as demandas da família quanto para atendê-las, ou seja, uma comunicação eficaz pode possibilitar o conhecimento das necessidades da família e ao mesmo tempo supri-las ou ser o meio para tal.

O enfermeiro considera que o estabelecimento de uma comunicação eficaz não depende apenas do enfermeiro, as ações dele devem ser interpretadas pela família de modo que ela sinta-se confortável e segura para conversar abertamente com o profissional, tendo a iniciativa de aproximar-se ou permitindo que o enfermeiro o faça, de modo que ela consiga externar, por meio da comunicação verbal, o que deseja.

Alguns fatores interferem diretamente no estabelecimento de uma comunicação eficaz com a família, tais fatores são redigidos a seguir na forma de crenças, uma vez que eles refletem o que os enfermeiros acreditam que seja imprescindível para um bom relacionamento com a família no que se refere a categoria “comunicação eficaz com a família”.

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso ter disponibilidade e tempo**: a disponibilidade referida pelo enfermeiro refere-se estar livre de outras tarefas para poder parar e ter uma conversa com a família; para ele, a falta de tempo o deixa indisponível fisicamente, e algumas vezes, psiquicamente, para adentrar num processo comunicacional com a família.

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso ter iniciativa**: a ação de aproximar-se da família compete ao enfermeiro, ou seja, cabe a ele tomar a iniciativa para estabelecer uma comunicação com a família, e não esperar que a família o faça. Quando o enfermeiro toma a iniciativa de se aproximar e se engajar num processo comunicacional com a família ele demonstra que está interessado em identificar e atender suas necessidades. É esse interesse em identificar e atender as demandas familiares que catalisam no enfermeiro a ação (iniciativa) de ir em busca de uma comunicação eficaz.

“[...] eu busco ter um tempo, pelo menos no plantão, encontrar um tempo na rotina para conseguir um tempo para conversar com as famílias. Porque eu acho que é impossível você tratar a criança sem conhecer qual é o perfil daquela família, o que que ela acredita... muitas vezes a família tem várias queixas, várias inseguranças, e aí fica meio sem jeito de falar, fica constrangida, não fala, acredita que vai atrapalhar o profissional, se chamar. Então, muitas vezes eu percebo isso, se eu não tivesse me disponibilizado para ir falar com a família, não teria partido dela essa busca, e era algo bem importante, dúvidas quanto ao tratamento, dúvidas da internação, dúvida até para saber se pode beber bebida ou se não pode... Então, é uma coisa que eu acho que é muito importante, tem que partir do profissional para conversar com a família, porque você não pode esperar que todos vão ter essa conduta de querer buscar o profissional num momento de dúvida, de insegurança, né? Cada um age de um jeito.” E5

Para ter um bom relacionamento com a família é **preciso utilizar linguagem verbal adequada**: considerando que cada família tem aspectos educacionais, sociais e culturais distintos, o enfermeiro acredita que deve comunicar-se com a família de acordo com a individualidade de cada uma, utilizando linguagem que possibilite que ela compreenda o que está sendo verbalizado.

Dois cuidados são considerados fundamentais neste aspecto da comunicação: cuidado com a utilização de termos técnicos, evitando utilizar linguagem própria da equipe de saúde e cuidado com a compreensão da família, isto é, verdadeiramente preocupar-se com o que a família entendeu sobre o que foi verbalizado, revalidando, se necessário, o que foi comunicado.

“É conseguir falar com eles, né? Ter um retorno deles, é... ver a evolução deles de aceitar o que está acontecendo com a criança, porque a gente vê que tem alguns que no começo não aceitam ou levam um tempo para aceitar. Mas eu acho que é mais do relacionamento de você conseguir falar e eles conseguirem entender o que você está querendo dizer. E também de eles darem retorno para você. Porque às vezes tem alguns que são mais difíceis de você conseguir falar, conseguir trocar uma informação. Acho que quando você consegue explicar e você vê que eles conseguem entender, acho que isso é de certa forma um relacionamento tranquilo.” E2

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso manter uma escuta ativa**: escutar ativamente a família é ouvir o que a família tem a dizer, e não apenas o que interessa ao enfermeiro. Manter uma escuta ativa é estar plenamente presente na conversa com a família, escutando atentamente o que ela está verbalizando ao enfermeiro. Manter uma escuta ativa é procurar desviar-se de conversas com a família que visam apenas coletar as informações que o enfermeiro julga necessário para responder a uma demanda protocolar profissional, onde a família é vista como mera informante de dados.

“É mais um papel de escuta, quando ela busca uma orientação, é mais um papel de escuta, de ela trazer tudo o que ela está sentindo, tudo o que ela está precisando, e você como enfermeiro tentar suprir as necessidades que você pode naquele momento, tanto do paciente quanto da família, que sempre estão interligados.” E5

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso haver confiança**: a confiança referida no processo comunicacional, que possibilita à família sentir que pode falar abertamente sobre si, sobre a criança, sobre as suas necessidades, dúvidas e angústias, sem medo de sofrer julgamentos e críticas do enfermeiro. A confiança, semeada no momento em que o enfermeiro abre-se para a família é fortalecida quando um processo de comunicação eficaz é estabelecido.

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso realizar perguntas**: para a comunicação ser eficaz, e contribuir para um bom relacionamento, o enfermeiro considera que tanto ele precisa fazer perguntas para família, quanto a família deve fazer perguntas para o enfermeiro. Fazer perguntas para a família envolve, sobretudo, a necessidade de conhecer o sistema familiar e identificar suas demandas. No que tange à família, muitas perguntas estarão no seu íntimo e precisam ser apresentadas ao enfermeiro e respondidas para que a família consiga experienciar com mais tranquilidade o tempo de doença e hospitalização. No entanto, como descrito anteriormente, para que a família consiga exteriorizar suas indagações ela primeiramente precisa ter a percepção de que o enfermeiro está aberto, interessado e que é uma pessoa em que ela pode confiar, para então se engajar numa comunicação verbal e realizar as perguntas para as quais necessita de resposta.

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso que o enfermeiro deixe claro para a família qual é o seu papel**: para os enfermeiros, seu papel principal é ser a pessoa responsável pelo cuidado da criança. Deixar claro o seu papel como enfermeiro para a

família é uma tarefa que depende de uma comunicação eficaz e que contribui para a confiança que a família tem no enfermeiro. Na construção de um relacionamento profissional eficaz com a família o enfermeiro considera não ser coerente esperar que a família descubra por si só quem é o enfermeiro da unidade e qual é o seu papel nesse contexto, cabendo ao enfermeiro apresentar-se e deixar claro o seu papel para a família.

“Um bom relacionamento é as duas partes estarem satisfeitas, né?[...] Então, em harmonia você vai conhecendo, as pessoas sabem o nome umas das outras, é... trabalhar, cooperar para o bem-estar da criança, que é o foco do objetivo do cuidado das duas pessoas, tanto a minha quanto das famílias. Então estar em harmonia, né? Então a família se sentir à vontade de poder chegar para mim e fazer qualquer questionamento, de me procurar, de saber onde eu estou e qual é o meu papel lá dentro.” E1

Categoria 3: Conviver em equilíbrio consigo e com a família

O enfermeiro tem a percepção de que precisa ter equilíbrio entre o ser pessoa e o ser profissional. Ele precisa equilibrar os papéis, para isso reconhece que precisa ter controle sobre seus sentimentos, crenças, pensamentos, de modo que eles não interfiram em suas atitudes, impedindo ou desconstruindo o abrir-se para a família e a comunicação eficaz, prejudicando a construção de um bom relacionamento com a família. Conviver em equilíbrio consigo é uma condição para conviver em equilíbrio com a família.

Para conviver em equilíbrio com a família alguns enfermeiros tem a percepção de que precisam ter consciência dos limites que permeiam essa relação, no entanto, reconhecem que nem sempre conseguem impor os limites necessários, o que pode resultar em certo desequilíbrio dentro de si e, por consequência, na sua relação com a família.

“Você tem que ter a sua postura profissional. Em algum momento ou outro às vezes você conhece aquela família há mais tempo, então a família também acaba me tratando de forma diferente porque já conhece há mais tempo, vem há mais tempo pro serviço, mas sempre tem um limite até onde eu posso ir, e esse limite é o profissional, é o acolhimento que eu posso dar para ela.” E3

“A gente até às vezes tem que breicar um pouquinho, né? Para a gente saber até que ponto o profissional tem que não misturar com o pessoal...” E7

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso ter empatia**: na percepção do enfermeiro, a empatia é um dos elementos fundamentais, que precisa estar continuamente presente no processo relacional, uma vez que ela sensibiliza o enfermeiro para olhar para além da doença e da criança. Quando o enfermeiro é empático com a família, ele é mais paciente, compreensivo, evita emitir pré-julgamentos (desequilíbrio interno) que podem gerar conflitos com a família (desequilíbrio com a família).

Ao ser empático, o enfermeiro é solidário com a situação da família; ele interpreta os fatos que observa buscando compreender como é vivenciar a situação do outro. Além de favorecer uma convivência harmônica, a empatia contribui para o equilíbrio necessário ao desempenho do papel profissional, pois o enfermeiro empenha-se em ajudar a família no atendimento de suas necessidades. Mesmo que o enfermeiro não consiga ouvir da família quais são essas demandas, a empatia ajuda-o a agir de acordo com o modo que gostaria que agissem com ele, caso estivesse vivenciando situação semelhante.

“Então eu acho assim, que você se colocar no lugar do outro é enxergar melhor o que a pessoa está passando. Até mesmo essa questão de você ir lá conversar com uma pessoa. Se você estivesse internado, você não ia querer que alguém fosse lá pelo menos, né? “Oi! E aí, como é que foi o dia hoje?”, né, ou “Ué, mas o que o pediatra falou?” Então assim, o quanto é importante você se colocar no lugar da outra pessoa, né? “ E2

Para ter um bom relacionamento com a família **é preciso não emitir julgamentos**: não emitir julgamentos sobre a família é elemento primordial para o enfermeiro conseguir conviver em equilíbrio consigo e com a família. Ao observar a família, o enfermeiro consegue ou não compreender o modo dela ser, pensar e agir. A emissão de julgamento é feita no interior do enfermeiro, como algo inevitável, inerente ao ser humano. Ele reconhece que para ter um bom relacionamento precisa achar o ponto de equilíbrio entre seus pensamentos e sentimentos acerca da família com suas atitudes em direção a ela. Para ter um bom relacionamento com a família o enfermeiro precisa conseguir conviver em equilíbrio com os julgamentos que ocorrem em seu interior.

O equilíbrio na convivência com a família é afetado quando o embate de valores e crenças influenciam as atitudes dos enfermeiros, ou seja, quando o enfermeiro exterioriza seus pensamentos, valores, crenças ao outro, afastando-se da família ou tentando impor seus

valores ou mesmo desconsiderando os da família, desconsiderando a individualidade de cada indivíduo e de cada família, inclusive a sua própria.

Quando o enfermeiro consegue agir sem emitir julgamentos, ainda que não pense ou aja do mesmo modo que a família, ele se engaja num processo interno para compreender tais pensamentos ou comportamentos, não abandonando seus valores e crenças, seu modo de pensar e agir como pessoa, mas acreditando que o foco é estabelecer um bom relacionamento com a família.

“É... não entrar em conflito, é... respeitar, ter um bom relacionamento, nem que seja tentar atendê-los em todas as expectativas, né? Porque muitas vezes a gente pensa só na criança, não pensa às vezes na dificuldade que os pais têm de permanecer aqui, é... ah, “Por que é que não trouxe antes?”, tentar não fazer esses julgamentos.” E10

Isto quer dizer que o enfermeiro compreende que há diferentes modos de viver e agir, e consegue conviver harmonicamente com as vicissitudes, entendendo que há uma meta e princípios que precisam estar presentes neste relacionamento com a família.

“Eu acho que muitas vezes você tem que deixar o seu papel individual, então ‘eu como pessoa’, ‘para ser eu como enfermeira’. Porque tem coisas que você enquanto indivíduo você não vai concordar, enquanto indivíduo, certas formas que a pessoa se coloca, certas formas que as pessoas te falam, isso te atingiria, isso causaria um conflito, e aí você tem que tirar, se desnudar do seu papel como indivíduo para ter um papel enquanto enfermeira. Então enquanto enfermeira eu não tenho mais crenças individuais que afetam isso, e as coisas que as pessoas me falam, a forma como falam não me atinge, porque não é uma coisa... eu vejo que não é uma coisa, uma relação pessoal. É uma relação profissional, então isso eu tenho que ir fazendo. Em alguns momentos você tem que respirar, para você saber então que... não é que as famílias não têm pessoas que não gritam, não ficam nervosas, mas é tentar. Quando você se desnuda do seu papel individual e se veste do seu papel de enfermeira você consegue compreender o porquê aquilo é daquele jeito, né? Você se abre para isso, e não quer aumentar o conflito.” E1

Para ter um bom relacionamento com a família é **preciso respeitá-la**: para o enfermeiro, o respeito permeia vários elementos apresentados anteriormente; fato é que o

respeito é um elemento indispensável para conviver em equilíbrio com o outro. Deste modo, o enfermeiro considera que precisa respeitar à família em relação aos seus princípios culturais, religiosos e sociais; aos seus limites cognitivos e emocionais; ao modo de exacerbação de seus sentimentos; ao modo que reage à situação de doença e hospitalização, e, finalmente, demonstrar que respeita a família cumprindo com o que se comprometeu com ela.

“É respeitar os princípios que eles já têm na vida deles - culturais, religioso, sociais - e tentar adequar tudo o que for possível dentro da realidade dessa família, em termos de assistência, terapêutica.” E10

“[...] então se ela trazer um problema, você fala “Ah, não posso resolver isso agora, mas daqui a pouco eu vou conversar com o médico, eu vou conversar com o farmacêutico e eu vou tentar resolver seu problema. Eu te dou uma resposta mais tarde...”, e não deixar passar. Então eu acho que isso é o primeiro passo para ter uma boa relação com a família. Você mostrar que você é um enfermeiro proativo e que está ali realmente para ajudar.” E5

Na percepção dos enfermeiros, ter um bom relacionamento com a família é um construto multidimensional, que integra três dimensões (categorias) principais: abrir-se para a família, manter uma comunicação eficaz com a família e conviver em equilíbrio consigo e com a família. Cada dimensão engloba uma série de elementos que precisam estar presentes no *self* e concretizado nas ações, para que um bom relacionamento entre enfermeiro e família possa ser estabelecido.

A figura abaixo representa os componentes que na percepção dos enfermeiros compõe o bom relacionamento entre enfermeiro e família no contexto neonatal e/ou pediátrico.

Figura 3 – Componentes que integram o construto Bom Relacionamento na percepção dos enfermeiros.

5.2 ATITUDES DOS ENFERMEIROS ACERCA DA IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ANTES DO TREINAMENTO (PRÉ-INTERVENÇÃO)

Na fase pré-intervenção foram preenchidos e devolvidos 37 instrumentos (Escala IFCE-AE) imediatamente antes do início do treinamento. A análise descritiva das características demográficas da amostra (n=37) encontra-se na tabela 5.1 e demonstra que os enfermeiros eram predominantemente do sexo feminino (97,3%), especialistas (75,7%), com idade variando entre 23 e 59 anos (mediana de 37 anos) (tabela 5.2) e tempo de profissão variando entre 1 e 33 anos (mediana de 13 anos) (tabela 5.2).

Quanto ao setor em que atuavam, distribuíram-se da seguinte maneira (tabela 5.1): 8 enfermeiros do Alojamento Conjunto (21,6%), 9 enfermeiros do Berçário (24,4%), 6 enfermeiros da Pediatria (16,2%), 3 enfermeiros do Pronto Socorro Infantil (8,1%), 5 enfermeiros residentes da área pediátrica (13,5%) e 6 enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (16,2%). Os enfermeiros residentes ficaram alocados como

um setor aparte porque eles não ficam fixos em único local, eles passam um período de tempo em cada um dos setores da pediatria.

Quando questionados a respeito de conhecimento prévio sobre algum conteúdo relacionado à Enfermagem da Família, 32 enfermeiros (86,5%) afirmaram já terem tido algum contato com tal área do conhecimento. Ao serem indagados sobre a experiência com algum familiar gravemente doente, 31 enfermeiros (83,8%) responderam que já tiveram algum familiar gravemente doente (tabela 5.1).

Tabela 5.1- Distribuição das variáveis demográficas da amostra dos enfermeiros (n=37) que iniciaram o treinamento, São Paulo, 2015

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	36	97,3
	Masculino	1	2,7
Grau Acadêmico	Bacharelado	3	8,1
	Especialização	28	75,7
	Mestrado	4	10,8
	Doutorado	2	5,4
Setor	Alojamento Conjunto (AC)	8	21,6
	Berçário (BER)	9	24,4
	Pediatria (PED)	6	16,2
	Pronto Socorro Infantil (PSI)	3	8,1
	Residentes de Pediatria (RES)	5	13,5
	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTINP)	6	16,2
Contato Enfermagem da Família*	Não	5	13,5
	Sim	32	86,5
Familiar doente?***	Não	6	16,2
	Sim	31	83,8

*Já teve contato com algum conteúdo relacionado à Enfermagem da Família?

** Já teve algum familiar gravemente doente?

Tabela 5.2 – Distribuição dos enfermeiros participantes do treinamento segundo as variáveis idade e tempo de profissão, (n=37) São Paulo, 2015

Variáveis	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Idade	38,78	37,00	10,438	23	59
Tempo de profissão	14,68	13,00	9,887	1	33

A tabela 5.3 revela os escores da amostra para a Escala IFCE-AE total e subescalas, indicando as atitudes dos enfermeiros que iniciaram o treinamento acerca da importância que atribuem às famílias nos cuidados de enfermagem. Para a escala total IFCE-AE, cujo escore pode variar entre 26 e 104, foi possível observar uma média de 79,89 (DP=9,422), com o escore variando entre 58 (mínimo) e 100 (máximo) dentre os respondentes. Metade deles apresentou escore inferior a 80 (abaixo da média do grupo) e 25% um escore inferior a 73,5 (quartil 1), indicando que um quarto dos enfermeiros respondentes tinham atitudes que não apoiam o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem.

No que se refere à subescala 1 - “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*”, cujo escore pode variar entre 12 e 48, foi possível observar uma média de 36,16 (DP=4,828), com o escore variando entre 27 (mínimo) e 48 (máximo) dentre os respondentes. Metade deles apresentou escore inferior a 35 (abaixo da média do grupo) nesta dimensão, a qual engloba itens como: “Convido dos membros da família a participar ativamente dos cuidados ao paciente” e “Pergunto às famílias como posso ajudá-las”.

No que se refere à subescala 2 - “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”, cujo escore pode variar entre 10 e 40, foi possível observar uma média de 32,22 (DP=3,449), com o escore variando entre 26 (mínimo) e 38 (máximo) dentre os respondentes. Metade deles apresentou escore superior a 32 (acima da média do grupo) nesta dimensão, a qual engloba itens como: “Meu envolvimento com as famílias faz com que me sinta útil” e “É importante dedicar tempo às famílias”.

No que se refere à subescala 3 - “Família: Fardo”, cujo escore pode variar entre 4 e 16, foi possível observar uma média de 11,51 (DP=2,231), com o escore variando entre 5 (mínimo) e 16 (máximo) dentre os respondentes. Metade deles apresentou escore inferior a 12 (abaixo da média do grupo) nesta dimensão, a qual engloba itens como: “A presença de membros da família dificulta o meu trabalho” e “Não tenho tempo para cuidar das famílias”.

Tabela 5.3 – Atitudes dos enfermeiros (n=37) acerca da importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem pré-intervenção, São Paulo, 2015

	N	Média	DP	Mínimo	Máximo	Percentil 25 (Quartil1)	Percentil 50 (Quartil2)	Percentil 75 (Quartil 3)
Escala IFCE-AE (26-104)*	37	79,89	9,422	58	100	73,5	80	85
Subescala 1 (12-48)*	37	36,16	4,828	27	48	33	35	39,5
Subescala 2 (10-40)*	37	32,22	3,449	26	38	29	32	35
Subescala 3 (4-16)*	37	11,51	2,231	5	16	11	12	12

Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*. // Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem. // Subescala 3 - Família: Fardo *Possível faixa de pontuação

A avaliação das atitudes dos enfermeiros acerca da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em relação a variável setor (tabela 5.4) indicou diferença estatisticamente significativa para a escala IFCE-AE total ($p=0,005$), subescala 1 - “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” ($p=0,005$) e subescala 2 - “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” ($p=0,012$), não sendo evidenciada diferença estatisticamente significativa para a subescala 3 - “Família: Fardo” ($p=0,248$).

Os enfermeiros do alojamento conjunto (AC) foram os que apresentaram a menor média de escore dentre todos os outros setores avaliados na fase pré-intervenção, tanto para a escala total (71,13), quanto para as subescalas “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” (31,75) e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” (29,25). Considerando que o escore referente ao quartil 1 foi igual a 73,5 (tabela 5.3), infere-se que os enfermeiros deste setor possuíam atitudes que não apoiavam o envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros que integraram o grupo de residentes da área pediátrica (RES) foram os que apresentaram a maior na média nos escores para a escala total (89,6) e subescalas “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” (41,6) e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” (34,8) dentre todos os avaliados. Seguido pelos enfermeiros do pronto socorro infantil (PSI), cuja média foi de 83,33 para a escala total, 37,33 para a subescala “Família:

parceiro dialogante e recurso de *coping*” e média de 34 para a subescala “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”.

Os enfermeiros da unidade de internação pediátrica (PED) apresentaram média de 82,50 para a escala total, 37,67 para a subescala “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e 34 para a subescala “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”,

Em relação aos enfermeiros do berçário (BER), a média foi 81,22 para a escala total, 36,22 para a subescala “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e 32,89 para a subescala “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”

Os enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTINP) apresentaram média de 77,17 para a escala total, 35,33 para a subescala “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e 30,33 para a subescala “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”.

As letras a,b,c na coluna do valor-p (tabela 5.4) indicam que os enfermeiros do Berçário (b), Pediatria (b) e Pronto Socorro Infantil (b) são grupos semelhantes em relação à diferença dos escores apresentados para a escala IFCE-AE total e para subescala 2 - “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”, os quais diferenciam-se do grupo que compreende os enfermeiros do Alojamento Conjunto (a) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (ab), que apresenta similaridade com todos os outros setores.

Em relação à diferença apresentada nos escores para a subescala 1 – “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” as letras a,b,c na coluna do valor-p (tabela 5.4) indicam que os enfermeiros do Alojamento Conjunto (a), Berçário (b) e Residentes (c) diferenciam-se entre si e dos enfermeiros de outros setores. Os enfermeiros da Pediatria (bc) e do Pronto Socorro Infantil (bc) são semelhantes entre si, possuindo semelhança com o grupo de enfermeiros do Berçário (b) e Residentes (c); por sua vez, os enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (abc) possuem semelhança com os enfermeiros de todos os outros setores.

Tabela 5.4 – Apresentação dos escores da amostra de enfermeiros (n=37) para a escala IFCE-AE total e subescalas em relação ao setor em que trabalhavam na fase pré-intervenção, São Paulo, 2015

Setor	N	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor-p*
Escala IFCE-AE (26-104)**							0,005
AC	8	71,13	7,75	73,5	58	79	a
BER	9	81,22	5,02	80	77	93	b
PED	6	82,50	7,23	84,5	69	90	b
PSI	3	83,33	1,53	83	82	85	b
RES	5	89,60	9,53	92	74	100	b
UTIPN	6	77,17	12,01	72	67	98	ab
Subescala 1 (12-48)**							0,005
AC	8	31,75	3,37	33	27	37	a
BER	9	36,22	2,59	35	33	42	b
PED	6	37,67	3,67	38,5	32	41	bc
PSI	3	37,33	1,53	37	36	39	bc
RES	5	41,60	4,72	42	35	48	c
UTIPN	6	35,33	6,62	33	29	47	abc
Subescala 2 (10-40)**							0,012
AC	8	29,25	2,38	29	26	32	a
BER	9	32,89	1,76	33	30	35	b
PED	6	34,00	2,76	34	31	37	b
PSI	3	34,00	1,00	34	33	35	b
RES	5	34,80	3,77	37	29	38	b
UTIPN	6	30,33	4,68	28,5	26	38	ab
Subescala 3 (4-16)**							0,248
AC	8	10,13	2,53	11	5	13	
BER	9	12,11	1,62	12	10	16	
PED	6	10,83	2,93	11	6	15	
PSI	3	12,00	1,00	12	11	13	
RES	5	13,20	2,59	14	10	16	
UTIPN	6	11,50	1,05	11,5	10	13	

Alojamento Conjunto (AC); Berçário (BER); Pediatria (PED); Pronto Socorro Infantil (PSI); Residentes de Pediatria (RES); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTINP).

*Teste de Kruskal-Wallis para verificação da diferença dos escores da escala total e subescalas em relação à variável setor. Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*. // Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem. // Subescala 3 - Família: Fardo. **Possível faixa de pontuação

No que concerne a variável que se refere ao questionamento sobre o contato prévio do enfermeiro com conteúdo relacionado à Enfermagem da Família (tabela 5.5), houve diferença estatisticamente significativa para a Escala total IFCE-AE ($p=0,037$) e para a subescala 2 – “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” ($p=0,017$).

Foi possível observar que os enfermeiros que já haviam tido contato com algum conteúdo relacionado a esta área do conhecimento apresentaram maiores médias dos escores para a escala total IFCE-AE (81,22) e para a subescala 2- “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” (32,81) quando comparados àqueles que não tiveram contato com algo relacionado a esta área do conhecimento, os quais apresentaram média de 71,40 para a escala total IFCE-AE e 28,40 para a subescala 2- “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”.

Não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas para a subescala 1 – “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” ($p= 0,064$) e subescala 3 – “Família: Fardo” ($p=0,111$) em relação a esta variável.

Tabela 5.5 – Apresentação dos escores da escala IFCE-AE total e das subescalas em relação ao contato da amostra de enfermeiros (n=37) com conteúdo relacionado à Enfermagem da Família, São Paulo, 2015

Contato Enfermagem Família?*	N	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor-p**
Escala IFCE-AE							0,037
Não	5	71,40	8,877	71	61	85	
Sim	32	81,22	8,914	80,5	58	100	
Subescala 1							0,064
Não	5	32,60	4,336	33	27	39	
Sim	32	36,72	4,719	36	27	48	
Subescala 2							0,017
Não	5	28,40	3,362	27	26	34	
Sim	32	32,81	3,105	33	26	38	
Subescala 3							0,111
Não	5	10,40	1,517	11	8	12	
Sim	32	11,69	2,292	12	5	16	

*Já teve contato com algum conteúdo relacionado à Enfermagem da Família?

**Teste Wilcoxon Mann-Whitney para verificação da diferença em relação à variável acima mencionada.

Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*. // Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem. // Subescala 3 - Família: Fardo.

A avaliação das atitudes dos enfermeiros acerca da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em relação às variáveis: grau acadêmico (tabela 5.6) e experiência prévia do enfermeiro com familiar gravemente doente (tabela 5.7), não evidenciou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nem para a Escala IFCE-AE total, nem para as três subescalas.

Tabela 5.6 – Apresentação dos escores da escala IFCE-AE total e das subescalas em relação ao grau acadêmico da amostra de enfermeiros (n=37) na fase pré-intervenção, São Paulo, 2015

Grau Acadêmico	N	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor-p*
Escala IFCE-AE							0,416
Bacharelado	3	74,67	17,010	74	58	92	
Especialização	28	81,25	9,292	81,5	61	100	
Mestrado	4	75,75	3,403	76,5	71	79	
Doutorado	2	77,00	5,657	77	73	81	
Subescala 1							0,613
Bacharelado	3	34,00	6,557	35	27	40	
Especialização	28	36,79	5,072	36,5	27	48	
Mestrado	4	34,50	1,915	34	33	37	
Doutorado	2	34,00	1,414	34	33	35	
Subescala 2							0,191
Bacharelado	3	30,67	5,686	29	26	37	
Especialização	28	32,86	3,330	33	26	38	
Mestrado	4	30,00	2,160	30,5	27	32	
Doutorado	2	30,00	1,414	30	29	31	
Subescala 3							0,669
Bacharelado	3	10,00	5,000	10	5	15	
Especialização	28	11,61	2,006	12	6	16	
Mestrado	4	11,25	,500	11	11	12	
Doutorado	2	13,00	2,828	13	11	15	

*Teste de Kruskal-Wallis para verificação da diferença dos escores da escala total e subescalas em relação à variável grau acadêmico.

Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*. // Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem. // Subescala 3 - Família: Fardo.

Tabela 5.7 – Apresentação dos escores da escala IFCE-AE total e das subescalas em relação à experiência prévia da amostra de enfermeiros (n=37) com familiar gravemente doente na fase pré-intervenção, São Paulo, 2015

	Familiar gravemente doente?*	N	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor-p**
Escala IFCE-AE								0,695
	Não	6	78,67	9,223	78,5	67	92	
	Sim	31	80,13	9,591	80	58	100	
Subescala 1								0,468
	Não	6	35,00	3,406	34	31	40	
	Sim	31	36,39	5,071	36	27	48	
Subescala 2								0,934
	Não	6	31,83	4,446	33	26	37	
	Sim	31	32,29	3,309	32	26	38	
Subescala 3								0,949
	Não	6	11,83	1,722	11,5	10	15	
	Sim	31	11,45	2,336	12	5	16	

*Já teve algum familiar gravemente doente?

**Teste Wilcoxon Mann-Whitney para verificação da diferença em relação à variável acima mencionada.

Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*. // Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem. // Subescala 3 - Família: Fardo.

Do mesmo modo, a análise estatística efetuada para as variáveis idade e tempo de profissão (tabela 5.8) indicou que as mesmas não interferiram significativamente nos resultados, ou seja, não foram fatores que impactaram no escore da escala total IFCE-AE e das subescalas na fase pré-intervenção.

Tabela 5.8 – Correlação das variáveis idade e tempo de profissão, São Paulo, 2015

	Idade			Tempo de Profissão		
	N	Coefficiente de correlação	Valor-p*	N	Coefficiente de correlação	Valor-p*
Escala IFCE-AE	37	-,191	,258	37	-,224	,183
Subescala 1	37	-,214	,214	37	-,250	,135
Subescala 2	37	-,244	,146	37	-,258	,123
Subescala 3	37	-,004	,982	37	-,034	,841

*Valor de p calculado para o Coeficiente de Correlação de Spearman

5.3 RESULTADOS DESCRITIVOS ACERCA DA PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA FASE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA E MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

Iniciaram o treinamento 40 enfermeiros que atuavam no contexto neonatal e/ou pediátrico, sendo: 8 do Alojamento Conjunto (AC), 9 do Berçário (BER), 6 da Pediatria (PED), 5 do Pronto Socorro Infantil (PSI), 5 Residentes da área pediátrica (RES) e 7 da Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal (UTIPN).

Finalizaram o treinamento, ou seja, completaram os três módulos (2 teóricos e 1 prático) 37 enfermeiros, sendo: 8 do Alojamento Conjunto, 9 do Berçário, 6 da Pediatria, 5 do Pronto Socorro Infantil, 5 Residentes da área pediátrica e 5 da Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal.

Dos 37 enfermeiros que finalizaram o treinamento, 23 realizaram a entrevista no campo clínico, norteando-se e anotando o atendimento realizado no “Guia para Atendimento das Famílias na Prática Clínica de Enfermagem”. Treze enfermeiros realizaram a entrevista no campo clínico sozinhos e 10 juntamente com a pesquisadora, dos quais, 2 também realizaram entrevistas sozinhos.

Em relação ao preenchimento da escala IFCE-AE para avaliação das atitudes dos enfermeiros acerca da importância das famílias nos cuidados de enfermagem, 37 preencheram a escala na fase pré-intervenção e 31 na fase pós-intervenção, sendo considerados apenas 27 destes para comparação dos grupos nas fases pré e pós-intervenção.

O questionário contendo questões abertas e fechadas (avaliação escrita) foi preenchido por 34 enfermeiros. Para melhor compreensão dos contextos das respostas, foram realizadas entrevistas com seis enfermeiros participantes do treinamento, os quais participaram, inclusive, da etapa prática que consistia na entrevista com a família no campo clínico, utilizando o guia de atendimento às famílias na prática clínica.

As informações referentes à participação dos enfermeiros na intervenção educativa e nos métodos de avaliação da mesma encontram-se descritas no quadro 1.

Quadro 1 – Informações relacionadas aos enfermeiros, por setor, quanto à participação do treinamento e dos métodos de avaliação.

Setor	Iniciaram / Finalizaram o treinamento	Realizaram entrevista no campo clínico	Preencheram a escala IFCE-AE nas fases pré / pós intervenção	Enfermeiros considerados para comparação das atitudes nas fases pré e pós intervenção	Preencheram o questionário - avaliação escrita (Apêndice D)	Participaram da entrevista após o treinamento
AC	8/8	2	8/6	6	8	1
BER	9/9	6	9/7	7	9	-
PED	6/6	4	6/5	5	5	2
PSI	5/4	4	3/4	3	4	-
RES	5/5	5	5/3	3	3	2
UTIPN	7/5	2	6/5	3	5	1
Total	40/37	23	37/ 31	27	34	6

5.4 RESULTADOS DESCRITIVOS ACERCA DA AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO E DO GUIA DE ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Avaliação do treinamento

Quando solicitados a realizarem uma avaliação quantitativa do treinamento, 13 enfermeiros (38,2%) avaliaram como excelente, 20 (58,8%) como bom e 1 (2,9%) como regular. Em relação ao atendimento das expectativas dos enfermeiros acerca do treinamento, 5 (14,7%) referiram que superou suas expectativas e 29 (85,3%) consideraram que o treinamento atendeu suas expectativas (Quadro 2).

Para fornecer uma ideia qualitativa a respeito das respostas, abaixo alguns comentários descritivos acerca dessas questões:

“Aulas e apresentações com exemplos reais para aplicação na prática. Duração dos módulos e tópicos abordados pertinentes e úteis para a prática.” (E01)

“O terceiro dia foi o que mais propiciou a entender a como colocar em prática os princípios do CCF por meio da dinâmica realizada.” (E02)

“Como já conhecia sobre o tema foi uma forma de validar e pôr em prática.” (E04)

“Acrescentou novo conhecimento para meu aprendizado.” (E05)

“Mostrou uma realidade do nosso dia-dia, porém com a importância que não tínhamos conhecimento.” (E06)

“Expandiu meu olhar em relação a família e como abordar para poder ajudar.” (E08)

“Abordou temas que enfrentamos no dia-dia.” (E13)

“Possibilitou visualizar a família, mais profundamente.” (E17)

“Promoveu o embasamento teórico da nossa prática.” (E18)

“Proporcionou associar a teoria com a prática.” (E22)

“Achei muito didático todo o conteúdo do curso, pena eu não ter conseguido aplicar o instrumento com uma família e/ou paciente.” (E25)

Quadro 2 – Avaliação dos enfermeiros acerca do treinamento e das expectativas atendidas.

Avaliação do treinamento*	Excelente 13 38,2%	Bom 20 58,8%	Regular 1 2,9%	Ruim -	Péssimo -
Expectativas*	Superou 5 14,7%	Atendeu 29 85,3%	Não atendeu -	Foi abaixo -	Não tinha expectativa -

*Referem-se à questão 4 do questionário de avaliação (Apêndice D)

A avaliação dos enfermeiros quanto à importância e aplicabilidade do conteúdo do treinamento na prática clínica, mudanças percebidas acerca de si e das famílias encontram-se descritas no quadro 3.

Todos os enfermeiros (100%) consideraram importante a temática abordada no treinamento para a prática profissional. Quando questionados sobre a utilidade desse conteúdo para a prática, 33 enfermeiros (97,1%) referiam que o conteúdo estava sendo útil para a prática clínica e 1 (2,9%) referiu não perceber utilidade para a prática clínica.

Quando indagados sobre a percepção de autoeficácia após realização do treinamento, 31 (91,2%) enfermeiros referiram aumento na autoeficácia, isto é, perceberam-se mais confiantes para se relacionarem com as famílias na prática clínica. Apenas 3 (8,8%) enfermeiros referiram não terem percebido impacto no aumento da autoeficácia.

As citações abaixo se referem aos enfermeiros que perceberam aumento na autoeficácia após o treinamento:

“Sim, a “barreira imaginária” entre profissional e família se rompe com a confiança que ao praticar várias vezes a entrevista, o receio da aproximação quase desaparece”. E01

“O instrumento foi um facilitador para a aproximação com a família. O treinamento trouxe experiências da prática dos participantes, o que serviu de exemplo também.” E02

“Sim. Minha confiança aumentou porque o instrumento direcionou a minha abordagem com a família.” E05

“[Sim] Porque o treinamento me ofereceu uma linha de raciocínio e ideias para começar o assunto, me deixando mais segura.” E06

“Minha confiança aumentou e melhorou meu conhecimento do assunto.” E18

“Mais confiante na abordagem, em como abordar e mais segura em buscar junto à família uma intervenção adequada para a sua realidade.” E19

As citações abaixo são dos enfermeiros que não perceberam aumento na autoeficácia após o treinamento. É possível observar nenhum deles conseguiu aplicar na prática clínica os conteúdos e estratégias que tiveram contato durante o treinamento, e atribuíram a isso o fato de não se sentirem confiantes.

“Não, pois acredito que é necessário adaptar as novas intervenções e introduzi-las à prática para ficar mais confiante, e até o momento não foi possível praticar as entrevistas”. E12

“Não foi possível colocar em prática.” E14

“[Não percebi aumento na autoeficácia] depende de muitas variáveis. Não tive oportunidade [de colocar em prática].” E24

“Com certeza aumentou, consigo pensar no paciente como um todo, e que tem uma família por trás; ainda não apliquei o instrumento, mas acho que agora tenho mais conteúdo para conversar e abordar a família.” E29

Quando questionados sobre a aplicabilidade do conteúdo do treinamento na prática clínica, 29 (85,3%) enfermeiros referiram ter aplicado e 5 (14,7%) referiram não terem aplicado algum elemento do conteúdo abordado no treinamento na prática clínica, sendo três deles aqueles que referiram não terem percebido impacto na autoeficácia. Foram fornecidos como motivos para a não aplicação das propostas de cuidado na prática: férias logo após o treinamento (2 enfermeiros), não ter tido oportunidade para fazê-lo, sem mencionar um motivo concreto (1 enfermeiro), não ter conseguido devido a elevada demanda de tarefas (2 enfermeiros).

Alguns comentários dos enfermeiros acerca do que transferiram do conhecimento adquirido no treinamento para a prática:

“Apliquei o instrumento com uma família, estou aprendendo a não sentir “medo” de não conseguir responder às perguntas das famílias, sempre procuro uma resposta e valido se o retorno foi positivo ou não.” E02

“Na abordagem com uma mãe em situação de conflito mostrei-me interessada na problemática e com a conversa com o familiar soube conduzir melhor o problema para que a mãe pudesse expressar seus sentimentos.” E08

“Sim, saber mais sobre a estrutura familiar e sobre os sentimentos da mãe em relação à internação.” E16

“Sim, tentei utilizar a técnica da entrevista; conversar mais com a família direcionando para um objetivo. Já realizava antes essa entrevista; agora me sinto mais segura.” E18

“Utilizei as “perguntas” apresentadas no treinamento e apliquei o instrumento.” E22

“Por exemplo, toda vez que me aproximo de algum familiar pela primeira vez, me apresento.” E23

Ao serem indagados sobre a observação de alguma mudança nos pacientes e/ou famílias após realizar a abordagem proposta pelo treinamento, 22 (66,7%) dos enfermeiros afirmaram terem percebido alguma modificação e 11 (33,3%) não terem tido esta percepção de mudança nos pacientes e/ou famílias. Quanto à percepção de mudança acerca de si, 29 (87,9%) enfermeiros referiram terem percebido alguma mudança em seus pensamentos, sentimentos e /ou atitudes em relação às famílias e 4 (12,1%) referiram não terem percebido nenhuma mudança¹¹.

Quadro 3 – Avaliação dos enfermeiros sobre o conteúdo do treinamento, mudanças percebidas acerca de si e do paciente/família.

Questões* :	O conteúdo é importante?	Está sendo útil?	Sente-se mais confiante?	Colocou algo em prática?	Percebeu mudança no paciente/família?	Percebeu mudança em si mesmo?
Sim	34 100%	33 97,1%	31 91,2%	29 85,3%	22 66,7%	29 87,9%
Não	-	1 2,9%	3 8,8%	5 14,7%	11 33,3%	4 12,1%

*Referem-se respectivamente às questões 6,7, 8a,8b,8c,8d do questionário de avaliação (Apêndice D)

De acordo com a avaliação efetuada pelos enfermeiros, foram apontados como principais pontos positivos do treinamento:

1. Associação (conexão) da teoria com a prática.
2. Desencadeamento de reflexões acerca da importância de realizar o cuidado às famílias na prática.
3. Oferecimento de estratégias para o enfermeiro abordar e conversar com as famílias de uma melhor maneira na prática.
4. Discussão de temas e fornecimento de exemplos reais do dia-dia dos enfermeiros.
5. Mudanças positivas na percepção dos enfermeiros acerca do seu papel no cuidado das famílias.
6. Mudanças positivas na percepção dos enfermeiros acerca das famílias, do impacto da doença e hospitalização na vida familiar e da importância de prestar uma assistência que tem a família como foco dos cuidados.

¹¹ Descrição acerca do impacto do treinamento nas percepções dos enfermeiros encontra-se neste capítulo, mais adiante.

7. Desencadeamento de atitudes para relacionar-se de forma eficaz com as famílias na prática clínica.
8. Sensibilização de outros membros da equipe de saúde para a família.

Avaliação do Guia para Atendimento da Família na Prática Clínica de Enfermagem

Dos 23 enfermeiros que realizaram a entrevista no campo clínico com famílias utilizando o “Guia para Atendimento das Famílias na Prática Clínica de Enfermagem”, a experiência de ter atendido famílias utilizando o instrumento proposto foi excelente para 10 (38,2%) enfermeiros, boa para 11 (58,8%) enfermeiros e regular para dois enfermeiros (2,9%). (Quadro 4)

“O instrumento norteou o atendimento à família.” E02

“O instrumento me deu rumo para começar a conversa, impedindo que eu cometesse o erro de entrar em assuntos não pertinentes.” E06

“O instrumento facilitou o atendimento, pois a abordagem centrada na família já era utilizada de uma forma mais simples.” E09

“O instrumento aplicado direciona a entrevista de forma a visualizar a estrutura/sentimentos familiares de forma generalizada.” E16

“(Bom) porque entrevista simulada é muito diferente da realizada com familiares.” E23

Os enfermeiros foram também convidados a realizar uma avaliação sobre o “Guia para Atendimento das Famílias na Prática Clínica de Enfermagem”, dos 28 enfermeiros que responderam a esta questão, o instrumento proposto foi considerado excelente por 5 (17,9%) enfermeiros, bom por 19 (67,9%) enfermeiros e regular por 4 (14,3%) enfermeiros. (Quadro 4)

“Aquele parte do check list eu achei que foi ideal para a gente não esquecer de abordar aqueles fatores que teoricamente seriam os principais.” E1

“Os itens a serem abordados foram objetivos, centrados na necessidade do acompanhante e na realidade do momento.” E6

“Capacita a pessoa a realizar uma abordagem familiar que ajuda na assistência, promovendo um momento para reflexão, sensibilização, conhecer o outro, sua família, suas relações familiares; como se organizam e planejam para ajudar o cliente.” E11

“Atende às necessidades, porém, é extenso.” E16

“O instrumento norteia as ações a serem desenvolvidas que, por vezes, podemos não atender plenamente (serve como facilitador).” E20

“Ainda necessito aplicar/ utilizar com mais famílias para melhor avaliação, mas considero que foi bom no atendimento que apliquei.” E22

“Auxilia nas questões que devemos abordar com a família.” E27

“Facilita a visão geral da família, e é bem fácil de preencher e compreender.” E34

A avaliação regular do Guia para Atendimento das Famílias na Prática Clínica de Enfermagem foi explicada com as seguintes afirmações: difícil de ser aplicado na prática, pois o enfermeiro refere não ter tempo; um enfermeiro referiu ter ficado com algumas dúvidas na hora de preencher o guia e um enfermeiro referiu que para ele foi estranho utilizar o guia, pois para ele representou a sua prática roteirizada.

Foram sugeridas como alterações a serem realizadas no Guia para Atendimento de Famílias na Prática Clínica de Enfermagem: elaboração do ecomapa juntamente com o genograma, inclusão de legenda para elaboração do genograma, todo o instrumento ser em forma de check-list, resumir o instrumento (diminuição do tamanho), pois há um grande número de atividades a serem cumpridas e o tempo do enfermeiro é escasso. A integração do guia ao prontuário do paciente também foi sugerida, pois, na percepção de um enfermeiro ajudaria a otimizar o tempo de anotação de enfermagem.

Quadro 4 – Avaliação do Guia para Atendimento das Famílias na Prática Clínica de Enfermagem

Como foi atender utilizando o guia?*	Excelente 10 38,2%	Bom 11 58,8%	Regular 2 2,9%	Ruim -	Péssimo -	Indiferente -
Como você avalia o guia?*	Excelente 5 17,9%	Bom 19 67,9%	Regular 4 14,3%	Ruim -	Péssimo -	

*Refere-se à avaliação do guia proposto

5.5 DIFERENÇA NAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS ACERCA DA IMPORTANCIA DE INCLUIR AS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ANTES E APÓS O TREINAMENTO

Na fase pré-intervenção foram preenchidos e devolvidos 37 instrumentos (Escala IFCE-AE). Na fase pós-intervenção retornaram 31 instrumentos. Dos 31 instrumentos devolvidos na fase pós-intervenção, não foi possível encontrar o indivíduo correspondente na fase pré-intervenção para comparação dos grupos em quatro deles, deste modo, a amostra válida para comparação dos escores pré e pós-intervenção constituiu-se de 27 indivíduos.

A avaliação das atitudes dos enfermeiros acerca da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em relação a variável setor não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nas fases pré e pós-intervenção (tabela 5.9), nem para a Escala IFCE-AE total, nem para as três subescalas.

Tabela 5.9 – Comparação do escore total da escala IFCE-AE e dos escores das subescalas pré e pós-intervenção com o setor em que os enfermeiros trabalham, São Paulo, 2015

PRÉ-INTERVENÇÃO				PÓS-INTERVENÇÃO			
Setor	N	Média	DP	N	Média	DP	Valor-p*
Escala IFCE-AE				Escala IFCE-AE			0,068
AC	8	71,13	7,75	6	79,17	9,09	
BER	9	81,22	5,02	7	78,43	5,26	
PED	6	82,50	7,23	5	83,00	4,06	
PSI	3	83,33	1,53	3	83,67	6,66	
RES	5	89,60	9,53	3	93,00	5,20	
UTIPN	6	77,17	12,01	3	79,67	14,36	
Total	37	79,89	9,42	27	81,78	8,11	
Subescala 1				Subescala 1			0,060
AC	8	31,75	3,37	6	36,00	5,02	
BER	9	36,22	2,59	7	34,71	2,50	
PED	6	37,67	3,67	5	37,60	2,61	
PSI	3	37,33	1,53	3	39,33	4,04	
RES	5	41,60	4,72	3	42,33	3,79	
UTIPN	6	35,33	6,62	3	38,00	7,00	
Total	37	36,16	4,83	27	37,26	4,37	

continua

continuação

PRÉ-INTERVENÇÃO				PÓS-INTERVENÇÃO			
Setor	N	Média	DP	N	Média	DP	Valor-p*
Subescala 2				Subescala 2			0,098
AC	8	29,25	2,38	6	31,17	3,60	
BER	9	32,89	1,76	7	31,43	2,30	
PED	6	34,00	2,76	5	33,40	2,41	
PSI	3	34,00	1,00	3	32,33	1,53	
RES	5	34,80	3,77	3	36,67	0,58	
UTIPN	6	30,33	4,68	3	31,00	5,57	
Total	37	32,22	3,45	27	32,37	3,21	
Subescala 3				Subescala 3			0,115
AC	8	10,13	2,53	6	12,00	0,89	
BER	9	12,11	1,62	7	12,29	0,76	
PED	6	10,83	2,93	5	12,00	1,22	
PSI	3	12,00	1,00	3	12,00	1,73	
RES	5	13,20	2,59	3	14,00	1,73	
UTIPN	6	11,50	1,05	3	10,67	2,52	
Total	37	11,51	2,23	27	12,15	1,46	

conclusão

Alojamento Conjunto (AC); Berçário (BER); Pediatria (PED); Pronto Socorro Infantil (PSI); Residentes de Pediatria (RES); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTIPN).

Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*. // Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem. // Subescala 3 - Família: Fardo.

*Teste de Kruskal-Wallis para diferença pré e pós-intervenção.

A avaliação das atitudes dos enfermeiros acerca da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em relação às variáveis: grau acadêmico (tabela 5.10), contato prévio do enfermeiro com conteúdo relacionado à Enfermagem da Família (tabela 5.11), experiência do enfermeiro com familiar gravemente doente (tabela 5.12), não evidenciou diferença estatisticamente significativa nas fases pré e pós intervenção, nem para a Escala IFCE-AE total, nem para as três subescalas.

Tabela 5.10 – Comparação do escore total da escala IFCE-AE e dos escores das subescalas pré e pós-intervenção com o grau acadêmico dos enfermeiros, São Paulo, 2015

PRÉ-INTERVENÇÃO				PÓS- INTERVENÇÃO			
Grau Acadêmico	N	Média	DP	N	Média	DP	Valor-p*
Escala IFCE-AE				Escala IFCE-AE			0,706
Bacharelado	3	74,67	17,010	2	79,50	10,607	
Especialização	28	81,25	9,292	20	82,10	8,201	
Mestrado	4	75,75	3,403	3	80,33	11,504	
Doutorado	2	77,00	5,657	2	83,00	5,657	
Total	37	79,89	9,422	27	81,78	8,107	
Subescala 1				Subescala 1			0,418
Bacharelado	3	34,00	6,557	2	34,50	4,950	
Especialização	28	36,79	5,072	20	37,40	4,616	
Mestrado	4	34,50	1,915	3	38,00	4,359	
Doutorado	2	34,00	1,414	2	37,50	3,536	
Total	37	36,16	4,828	27	37,26	4,373	
Subescala 2				Subescala 2			0,140
Bacharelado	3	30,67	5,686	2	33,00	5,657	
Especialização	28	32,86	3,330	20	32,45	2,982	
Mestrado	4	30,00	2,160	3	31,33	5,033	
Doutorado	2	30,00	1,414	2	32,50	3,536	
Total	37	32,22	3,449	27	32,37	3,212	
Subescala 3				Subescala 3			0,877
Bacharelado	3	10,00	5,000	2	12,00	0,000	
Especialização	28	11,61	2,006	20	12,25	1,333	
Mestrado	4	11,25	,500	3	11,00	2,646	
Doutorado	2	13,00	2,828	2	13,00	1,414	
Total	37	11,51	2,231	27	12,15	1,460	

*Teste de Kruskal-Wallis para diferença pré e pós-intervenção.

Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*. // Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem. // Subescala 3 - Família: Fardo.

Tabela 5.11 – Comparação do escore total da escala IFCE-AE e dos escores das subescalas pré e pós-intervenção acerca do contato prévio do enfermeiro com conteúdo relacionado à Enfermagem da Família, São Paulo, 2015

PRÉ-INTERVENÇÃO				PÓS- INTERVENÇÃO			
Contato Enfermagem Família*	N	Média	DP	N	Média	DP	Valor- p**
Escala IFCE-AE				Escala IFCE-AE			0,352
Não	5	71,40	8,877	2	72,50	4,950	
Sim	32	81,22	8,914	25	82,52	7,901	
Total	37	79,89	9,422	27	81,78	8,107	
Subescala 1				Subescala 1			0,428
Não	5	32,60	4,336	2	35,50	0,707	
Sim	32	36,72	4,719	25	37,40	4,518	
Total	37	36,16	4,828	27	37,26	4,373	
Subescala 2				Subescala 2			0,914
Não	5	28,40	3,362	2	27,50	2,121	
Sim	32	32,81	3,105	25	32,76	2,976	
Total	37	32,22	3,449	27	32,37	3,212	
Subescala 3				Subescala 3			0,715
Não	5	10,40	1,517	2	9,50	2,121	
Sim	32	11,69	2,292	25	12,36	1,221	
Total	37	11,51	2,231	27	12,15	1,460	

*Já teve contato com algum conteúdo relacionado à Enfermagem da Família?

**Teste Wilcoxon Mann- Whitney para diferença pré e pós-intervenção.

Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*. // Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem. // Subescala 3 - Família: Fardo.

Tabela 5.12 – Comparação do escore total da escala IFCE-AE e dos escores das subescalas pré e pós-intervenção com a variável experiência do enfermeiro com familiar gravemente doente, São Paulo, 2015

PRÉ-INTERVENÇÃO				PÓS- INTERVENÇÃO			
Familiar doente?*	N	Média	DP	N	Média	DP	Valor-p**
Escala IFCE-AE				Escala IFCE-AE			
Não	6	78,67	9,223	3	80,67	10,116	0,394
Sim	31	80,13	9,591	24	81,92	8,075	
Total	37	79,89	9,422	27	81,78	8,107	
Subescala 1				Subescala 1			
Não	6	35,00	3,406	3	37,00	1,732	0,746
Sim	31	36,39	5,071	24	37,29	4,620	
Total	37	36,16	4,828	27	37,26	4,373	
Subescala 2				Subescala 2			
Não	6	31,83	4,446	3	32,67	5,859	0,800
Sim	31	32,29	3,309	24	32,33	2,944	
Total	37	32,22	3,449	27	32,37	3,212	
Subescala 3				Subescala 3			
Não	6	11,83	1,722	3	11,00	2,646	0,117
Sim	31	11,45	2,336	24	12,29	1,268	
Total	37	11,51	2,231	27	12,15	1,460	

*Já teve algum familiar gravemente doente?

***Teste Wilcoxon Mann-Whitney para diferença pré e pós-intervenção.

Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*. // Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem. // Subescala 3 - Família: Fardo.

Do mesmo modo, a análise estatística efetuada para as variáveis idade e tempo de profissão (tabela 5.13) indicou que as mesmas não interferiram significativamente nos resultados pré e pós-intervenção.

Tabela 5.13 – Correlação das variáveis idade e tempo de profissão nas fases pré e pós intervenção, São Paulo, 2015

	Idade			Tempo de Profissão		
	N	Coefficiente de correlação	Valor-p*	N	Coefficiente de correlação	Valor-p*
Escala IFCE-AE	27	,158	,433	27	,163	,416
Subescala 1	27	,133	,508	27	,113	,573
Subescala 2	27	,264	,183	27	,261	,189
Subescala 3	27	,061	,761	27	,123	,542

*Valor de p calculado para o Coeficiente de Correlação de Spearman

Do grupo de 27 enfermeiros que compuseram a amostra para comparação dos escores pré e pós-intervenção, distribuíram-se da seguinte maneira no que concerne à realização da entrevista no campo clínico e o setor em que atuavam (tabela 5.14): Alojamento Conjunto, 4 enfermeiras não realizaram a entrevista no campo clínico e 2 realizaram; Berçário, 1 enfermeira não realizou a entrevista no campo clínico e 6 realizaram; Pediatria, 2 enfermeiras não realizaram a entrevista no campo clínico e 3 realizaram; Pronto Socorro Infantil, 1 enfermeira não realizou a entrevista no campo clínico e 3 realizaram; todas as residentes que responderam à escala realizaram entrevistas com famílias no campo clínico. No total, dos 27 respondentes da escala IFCE-AE nas fases pré e pós- intervenção 10 enfermeiros (37%) não realizaram a etapa prática no campo clínico e 17 (63%) realizaram.

Tabela 5.14 – Distribuição dos enfermeiros que responderam à Escala IFCE-AE em relação em relação à realização ou não da entrevista no campo clínico, São Paulo, 2015.

Setor	Realizou entrevista na clínica?*		Total
	Não	Sim	
AC	4	2	6
	66,7%	33,3%	100%
BER	1	6	7
	14,3%	85,7%	100%
PED	2	3	5
	40%	60%	100%
PSI	1	2	3
	33,3%	66,7%	100%

continua

continuação

Setor	Realizou entrevista na clínica?*		Total
	Não	Sim	
RES	0	3	3
	0,0%	100%	100%
UTINP	2	1	3
	66,7%	33,3%	100%
Total	10	17	27
	37%	63%	100%

conclusão

Alojamento Conjunto (AC); Berçário (BER); Pediatria (PED); Pronto Socorro Infantil (PSI); Residentes de Pediatria (RES); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTINP).

*Os resultados apresentados na tabela sobre a realização da entrevista na Prática Clínica pelos enfermeiros, referem-se apenas à amostra que respondeu à Escala IFCE-AE nas fases pré e pós-intervenção. Estes dados não refletem o número real de enfermeiros que realizou ou não a etapa prática de entrevista no campo clínico na fase de intervenção.

Em relação aos enfermeiros que realizaram o atendimento às famílias na prática clínica de enfermagem (Tabela 5.15), houve diferença estatisticamente significativa nos escores das fases pré e pós-intervenção para a Escala total IFCE-AE (valor de p igual a 0,023) e para a Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* (valor de p igual a 0,011).

No que se refere à Escala total IFCE-AE, aqueles enfermeiros que não realizaram a entrevista com alguma família na prática apresentaram uma diferença maior (6,10 para mais) entre a distribuição dos escores nas fases pré (74,10) e pós intervenção (80,20) do que aqueles que realizaram a entrevista na prática, os quais praticamente não apresentaram diferença (0,82 para menos) nas fases pré (83,53) e pós (82,71) intervenção.

Em relação à subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*, aqueles enfermeiros que não realizaram a entrevista na prática tiveram uma maior diferença (3,90) na distribuição dos escores pré- intervenção (33,20) e pós-intervenção (37,10) do que aqueles que realizaram a entrevista no campo clínico, os quais praticamente não apresentaram diferença (0,59 para menos) entre as fases pré (37,94) e pós (37,35) intervenção.

É possível pensar que por já terem escores mais elevados na fase pré-intervenção, na escala total IFCE- AE e em todas as subescalas, aqueles enfermeiros que realizaram o atendimento na prática clínica não apresentaram grande diferença da fase pré para a fase pós-intervenção.

Tabela 5.15 – Comparação do escore total da escala IFCE-AE e dos escores das subescalas pré e pós-intervenção com o grupo de enfermeiros que participou ou não da entrevista no campo clínico, São Paulo, 2015

PRÉ-INTERVENÇÃO				PÓS- INTERVENÇÃO			
Realizou entrevista na clínica?*	N	Média	DP	N	Media	DP	Valor-p**
Escala IFCE-AE				Escala IFCE-AE			0,023
Não	10	74,10	7,608	10	80,20	8,297	
Sim	17	83,53	9,321	17	82,71	8,099	
Total	27	80,04	9,749	27	81,78	8,107	
Subescala 1				Subescala 1			0,005
Não	10	33,20	3,615	10	37,10	4,175	
Sim	17	37,94	4,603	17	37,35	4,609	
Total	27	36,19	4,796	27	37,26	4,373	
Subescala 2				Subescala 2			0,142
Não	10	30,20	3,048	10	31,40	3,534	
Sim	17	33,59	3,280	17	32,94	2,968	
Total	27	32,33	3,552	27	32,37	3,212	
Subescala 3				Subescala 3			0,271
Não	10	10,70	2,406	10	11,70	1,703	
Sim	17	12,00	2,500	17	12,41	1,278	
Total	27	11,52	2,502	27	12,15	1,460	

*Aplicou o guia proposto pela enfermeira Andréia com alguma Família?

Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*. // Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem. // Subescala 3 - Família: Fardo.

** Teste Wilcoxon Mann- Whitney para diferença pré e pós-intervenção.

Sobre os enfermeiros que realizaram a entrevista na prática clínica (considerando apenas àqueles que preencheram à escala IFCE-AE nas fases pré e pós-intervenção) e os escores apresentados na escala de atitudes na fase pré-intervenção (Tabela 5.16), houve diferença estatisticamente significativa na distribuição dos escores para a escala total IFCE-AE ($p = 0,010$), subescala 1 “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” ($p = 0,012$) e subescala 2 “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” ($p=0,018$). Não sendo evidenciada diferença estatisticamente significativa para a distribuição dos escores da subescala 3 ‘Família: fardo’ ($p=0,089$).

Os enfermeiros que realizaram a entrevista na prática clínica na fase pós-intervenção iniciaram o treinamento com escores superiores àqueles enfermeiros que não realizaram a etapa de entrevista com famílias no campo clínico.

Para a escala total IFCE-AE àqueles que realizaram a entrevista na prática clínica tiveram um escore médio de 83,53 (DP=9,321) na fase pré-intervenção, enquanto aqueles que não aplicaram apresentaram média de 74,10 (DP=7,608).

No que se refere à Subescala 1 “ Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” os enfermeiros que realizaram a entrevista na prática clínica na fase pós-intervenção apresentaram uma média do escore inicial de 37,94 (DP=4,603), enquanto aqueles que não realizaram a entrevista na prática clínica apresentaram média do escore inicial de 33,20 (DP= 3,615).

Em relação à subescala 2 “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” os enfermeiros que realizaram a entrevista na prática clínica na fase pós-intervenção apresentaram média inicial de 33,59 (DP=3,280), enquanto aqueles que não realizaram a entrevista na prática clínica tiveram um escore médio inicial de 30,20 (DP= 3,048).

Tabela 5.16 – Apresentação do escore da escala total IFCE-AE e dos escores das subescalas na fase pré-intervenção em relação à participação ou não da entrevista no campo clínico pela amostra de enfermeiros que preencheu a escala IFCE-AE nas fases pré e pós-intervenção, São Paulo, 2015

	Realizou entrevista na clínica?*	N	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor- p**
Escala IFCE-AE								0,010
	Não	10	74,10	7,608	72	61	85	
	Sim	17	83,53	9,321	85	58	98	
Subescala 1								0,012
	Não	10	33,20	3,615	33	27	38	
	Sim	17	37,94	4,603	37	27	47	
Subescala 2								0,018
	Não	10	30,20	3,048	30	26	35	
	Sim	17	33,59	3,280	34	26	38	
Subescala 3								0,089
	Não	10	10,70	2,406	11	6	15	
	Sim	17	12,00	2,500	12	5	16	

*Aplicou o guia proposto pela enfermeira Andréia com alguma Família?

Subescala 1 - Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*. // Subescala 2 - Família: recurso nos cuidados de enfermagem. // Subescala 3 - Família: Fardo.

** Teste Wilcoxon Mann-Whitney para verificação da diferença em relação à aplicação do guia de atendimento às famílias na prática clínica.

5.6 IMPACTO NAS PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS

As respostas fornecidas pelos enfermeiros às questões abertas do questionário de avaliação e as entrevistas realizadas com seis enfermeiros atuantes no contexto neonatal e pediátrico, foram submetidas à análise de conteúdo, visando demonstrar o impacto do treinamento nas percepções dos enfermeiros acerca de si mesmos e das famílias.

Os enfermeiros conseguiram fazer conexões com a sua prática assistencial do dia-dia, levando a prática para a teoria, quando os exemplos eram compartilhados e fornecidos dentro do treinamento; ou levando a teoria para a prática, quando conseguiram aplicar o que viram no treinamento na prática assistencial. A simulação de entrevista e, sobretudo, a entrevista realizada com a família nas unidades, ajudaram os enfermeiros a compreender como, de fato, a família pode ser atendida pelo enfermeiro na sua prática clínica.

Partindo do pressuposto de que as atitudes englobam componentes afetivos, cognitivos e comportamentais, foi possível compreender o impacto do treinamento nas atitudes dos enfermeiros considerando suas percepções acerca dessas três dimensões. É evidente que o impacto nas percepções de cada um dos enfermeiros é único, uma vez que depende de uma série de fatores, sobretudo, dos conceitos, crenças, sentimentos e ações que tinham anteriormente à intervenção educativa e da mobilização destes elementos no *self* após a realização do treinamento.

Segundo os enfermeiros, o treinamento propiciou uma reflexão pessoal acerca de sua prática assistencial diária. A concretização desta prática reflexiva mobilizou conceitos no *self* do enfermeiro, *modificando percepções acerca da família e do seu papel como enfermeiro junto a ela* e, conseqüentemente, catalisou e gerou novas atitudes em relação ao outro (família), refletindo no relacionamento estabelecido entre as partes (profissional – família/paciente).

“Capacita a pessoa a realizar uma abordagem familiar que ajuda na assistência, promovendo um momento para reflexão, sensibilização, conhecer o outro, sua família, suas relações familiares; como se organizam e planejam para ajudar o cliente.” E11

“Motivou minha reflexão junto ao cuidado voltado à família. Reflexão quanto a nossa postura profissional. – prática reflexiva.” E30

Uma primeira consideração a ser feita antes de adentrar no mérito do impacto nas percepções dos enfermeiros, refere-se a um possível agrupamento dos enfermeiros, no que tange ao conhecimento teórico e a aplicação prática do objeto central do treinamento (atendimento de enfermagem ao paciente e à família), antes da realização do mesmo, uma vez que os próprios enfermeiros fazem uma reflexão acerca das mudanças ocorridas no *self*. Segundo referência dos próprios enfermeiros, havia aqueles que:

1. Não conheciam sobre o tema, e o mesmo representou algo novo para eles.
2. Conheciam sobre o tema, mas nunca o tinham colocado em prática.
3. Colocaram em prática em algum momento de sua vida profissional, mas deixaram de fazê-lo.
4. Praticavam no dia-dia, mas sem embasamento teórico.

A partir disso, torna-se possível enquadrá-los em dois grupos distintos em relação aos aspectos relacionados à sensibilização e instrumentalização dos profissionais: um grupo de enfermeiros que não estava sensibilizado para a família, e outro que, apesar de sensibilizado, não estava adequadamente instrumentalizado para atender família.

Considerando o exposto acima, o treinamento teve os seguintes impactos nas percepções dos enfermeiros:

Para os enfermeiros, cujo tema central do treinamento era novidade, o principal impacto da intervenção se deu ao nível da sensibilização, isto é, este grupo de enfermeiros passou a reconhecer e acreditar na importância de atender não apenas o paciente, mas também sua família, percebendo que a doença e a hospitalização causam impacto na vida familiar e, por isso, o enfermeiro deve integrar a assistência à família como parte de seu papel, como seu objeto de cuidado.

“[...] mostrou uma realidade do nosso dia-dia, porém, com a importância que não tínhamos conhecimento. E06

“Estar mais atenta às demandas da família e ciente das repercussões da família no cuidado à criança. A família como unidade de cuidado e não contexto.” E19

Dentre o grupo de enfermeiros que afirmaram já terem tido contato com o tema central do treinamento, mas nunca terem colocado em prática, o principal impacto também se deu ao

nível da sensibilização, no entanto, não se sensibilizando apenas para a importância de pensar família no ambiente de cuidado, mas também, para a aplicabilidade dos conceitos mobilizados e estratégias adquiridas na prática, isto é, passaram a reconhecer que cuidar da família é algo primordial e possível de ser realizado na prática assistencial diária, ou seja, não é algo utópico.

“O treinamento resgatou e enfatizou que ações simples, direcionadas às famílias, podem fazer muita diferença para elas.”

“O treinamento evidenciou que é possível atender a família na prática, com intervenções efetivas.”

“Como já conhecia sobre o tema foi uma forma de validar e pôr em prática.”

Aqueles enfermeiros que já haviam colocado em prática em algum momento de sua vida profissional a perspectiva de cuidado que tem a família como foco, mas que haviam deixado de fazê-lo tiveram como principal impacto o resgate da sensibilização para *pensar família* e a instrumentalização para *atender a família* na sua prática assistencial, mobilizando antigos e novos conceitos, e incorporando novas estratégias para cuidar das famílias.

“Eu acho que eu sempre tive um olhar voltado para a família, só que com o tempo a gente vai perdendo, e com o curso a gente retoma, né, o que a gente aprende na graduação, e que na correria do dia a dia acaba ficando [...] o curso, ele me trouxe à mente novamente o que eu já fazia e já faço, mas que dá para fazer sempre melhor.” E8

“[...] algumas coisas eu acho que deu uma despertada. Não que a gente não soubesse. A gente sabe que tem que ser feito, mas às vezes a gente... a gente não faz, né? Tudo o que eu aprendi eu faço, mas é como se desse um, um start... “olha, você pode melhorar”. É nesse sentido. Não é que eu deixo de fazer, eu nunca faço, e agora que eu fiz o curso eu vou fazer. Não, eu já fazia, mas você fica mais sensível, entendeu? Agora eu tenho certeza que, que com essa sensibilidade que dá uma afloradinha, assim, né? Assim: “Olha, acorda, tá vendo. Olha, não esquece de fazer isso que você aprendeu. Não deixa isso se perder. Nesse sentido.” E1

Os enfermeiros que se identificaram em alguns exemplos e situações apresentadas no treinamento, ou seja, que perceberam que já aplicavam em sua prática assistencial do dia-dia alguns conceitos sobre o cuidado das famílias, passaram a ter a percepção de que suas ações antes eram feitas inconscientemente ou até intuitivamente, sem um propósito ou uma base teórica bem definida, as quais são, a partir de agora, direcionadas por estratégias sustentadas por teoria.

“É algo que eu já realizava inconscientemente com as famílias. Após o curso, observo com um olhar mais científico tudo o que realizo com elas.” E9

“O treinamento proporcionou estratégias de intervenção para aprimorar o atendimento/cuidado das famílias.” E22

Considerando a definição que os enfermeiros fazem de um bom relacionamento com a família e os elementos que integram esta construção simbólica, propõe-se uma reflexão acerca do impacto do treinamento: no abrir-se para a família, na manutenção de uma comunicação eficaz com a família e no conviver em equilíbrio consigo e com a família. Os próprios enfermeiros referem ter conseguido superar crenças que limitavam suas ações para relacionar-se com a família, colocar em prática os elementos que integram essas três categorias e observar resultados decorrentes do atendimento realizado às famílias.

Impacto no abrir-se para a família

Os enfermeiros referem que após o treinamento sentiram-se mais sensibilizados para acolher a família e tentar ajudá-la. Aqueles que já eram sensibilizados (abertura afetiva e cognitiva), mas não conseguiam agir em direção à família (abertura comportamental) referem que após o treinamento tiveram redução ou extinção do medo de não conseguir responder às perguntas das famílias e, portanto, vêm tendo atitudes de aproximação das famílias, buscando acolhê-las.

“Eu me senti mais sensibilizada para acolher a família e tentar ajudar mais.” E18

Após o treinamento, o enfermeiro refere que consegue pensar no paciente e na família de forma integrada e holística, ou seja, como um sistema. Ele mudou a sua percepção sobre a família, passando a vê-la como elemento um fundamental durante a hospitalização do paciente. Ele passou a reconhecer o papel e a importância dos membros familiares, referindo que melhorou a sua percepção sobre a participação da família no cuidado.

“Valorização da família como uma constante na vida da criança, reconhecimento do papel e da importância dos membros da família, e prover apoio entre eles.” E01

“Comecei a observar os pacientes e família como um sistema, tentando compreender seus problemas, dinâmica familiar e o vínculo existente entre a hospitalização e a estrutura familiar.” E35

A crença de que a família precisava abrir-se para o enfermeiro que o limitava para abrir-se para a família foi modificada. O enfermeiro passou a perceber, por meio de suas ações empreendidas e dos resultados observados, que depende dele, enquanto profissional, empenhar-se para o sucesso dessa tarefa (a família abrir-se para ele).

Quando se abre para a família, no entanto, o enfermeiro percebe que nenhum esforço é requerido para que a família se abra para ele; partindo da ideia de que toda ação gera uma reação, o enfermeiro tem a percepção de que este é um processo que ocorre naturalmente, isto é, ao agir (ação) abrindo-se para a família, a família reage (reação) abrindo-se para o enfermeiro.

“Apesar de eu sempre tentar acolher as famílias quando noto sofrimento, creio que eu deveria me envolver mais e tentar assim melhorar esse vínculo para poder ajudá-las. Algumas famílias são mais recatadas, fechadas e precisam saber que existe esse canal: enfermeiras.” E04

Ser um enfermeiro em quem a família confia e um profissional de referência para a ela passam a ser essencialmente uma consequência do abrir-se para a família e não uma condição. Ao atender a família e observar os resultados provenientes deste atendimento o enfermeiro percebe como fruto de suas intervenções a confiança da família em relação a ele e,

consequentemente, o profissional de referência que pode se tornar para ela, uma vez que ela passa a identifica-lo e procurá-lo para atender suas demandas.

“[...] eu diria uma melhora [no relacionamento com as famílias], assim. Mais de compreensão, simpatia ... acho que de aproximar, e criar mesmo um vínculo. Nem que seja breve, ali, mas um vínculo importante, né? Tem um alguém, uma referência de um profissional que ela tenha confiança, né?” E05

Impacto na manutenção de uma comunicação eficaz com a família

Ao abrir-se para a família, o enfermeiro refere que tem tido mais iniciativa de aproximar-se da família. Após o treinamento ele refere que vem se mostrando mais interessado nos problemas familiares, preocupando-se em saber mais como está sendo para a família a experiência de ter a criança hospitalizada. O enfermeiro tem procurado interagir mais com as famílias engajando-se em conversas para identificar e compreender suas alterações e preocupações, buscando ajudá-la. Alguns enfermeiros acreditam que conseguiram conduzir bem a conversa com as famílias, de modo que a família conseguiu expressar seus sentimentos.

“Acho que tenho me mostrado mais acessível e interessado pela família.” E25

“Na admissão da criança procuro me aproximar de forma mais acolhedora, me mostrar mais disponível as solicitações dessa família. Dessa forma tentando minimizar ao máximo o impacto de permanência da criança neste serviço de saúde. Muitas das ações recebidas nesse atendimento não são registradas. O instrumento permite esse registro.” E03

Em relação à disponibilidade para a família, os enfermeiros têm a percepção de que após o treinamento têm se mostrado mais disponível para conversar com as famílias e às suas solicitações, procurando oferecer maior atenção a elas. A partir do momento que o enfermeiro se disponibilizou a ouvir a família, ele percebeu repercussão em si mesmo desta ação, referindo que foi gratificante para ele estreitar o vínculo com a família.

“Gratificante estreitar vínculo com a família, me disponibilizando a ouvir.” E03

No que tange ao elemento falta de tempo a crença do enfermeiro de que ele não dispõe de tempo para interagir com a família, continua a ser uma preocupação para ele como algo que ainda precisa ser superado pela maior parte dos enfermeiros, pois restringe a sua ação para se engajar e manter uma comunicação eficaz com a família. Uma parte do grupo referiu não ter conseguido aplicar o conteúdo do treinamento na prática, porque lhe faltou tempo. Para outros, no entanto, foi possível dispor de tempo para atender a família, ainda que num curto espaço de tempo.

“Não dá tempo de fazer tudo isso, não, tá? Não tenho tempo para fazer tudo isso. Mas não dá tempo de fazer um atendimento desse. Eu não tenho esse tempo, não, eu não acho que eu consigo ter esse tempo. Eu não tenho esse tempo disponível. Mas é imprescindível, é, é fundamental! Olha como ela, essa mãe saiu mais relaxada daqui! Saiu mais tranquila, mesmo sabendo do peso que ela tem.” E03

“Eu acho que quando a gente está aberta, não sei se você concorda, dá tempo, né?” E05

Na comunicação com a família, o enfermeiro refere sentir-se mais disposto a ouvi-la e que vem tentando praticar isso cada vez mais, fazendo perguntas de modo a buscar compreender o impacto da hospitalização na vida da família. No entanto, reconhece que precisa praticar mais a escuta ativa, de modo a identificar elementos importantes durante a comunicação com a família para a avaliação e intervenção.

“Agora, o que tem que ter, é esse jogo de cintura. Assim, a família falou uma coisa... e você cita um pedacinho lá do que ela falou, “Olha, aquilo ali, preciso retomar aquilo ali.” Isso daí, é com o tempo, fazendo, e a gente detecta essa necessidade, de em cima de uma palavra que a pessoa fala [retomar]. Isso aí eu acho que é com o tempo. Você tem que ter um pouquinho de experiência, para você detectar o que essa pessoa está falando. Porque às vezes você não se toca. Às vezes é uma coisa tão importante que você poderia perguntar, alguma coisa em cima do que aquela pessoa falou, e você perde, porque... passou, passou. Porque é nos detalhes que tem que observar muito bem, ouvir, você tem que ouvir muito bem o que aquela pessoa está falando.” E01

O enfermeiro percebe que ao colocar em prática conceitos e estratégias abordadas no treinamento, vem conseguindo abordar e conversar com a família de uma melhor maneira, o que o faz perceber maior confiança da família em relação a ele. Além disso, refere que tem tido a preocupação de apresentar-se para todas as famílias das quais se aproxima, procurando deixar claro quem é e qual é o seu papel para os membros familiares.

“Por exemplo, toda vez que me aproximo de algum familiar pela primeira vez, me apresento.” E23

“Senti elas [famílias] mais próximas e com mais confiança comigo, e mesmo com toda a equipe, após abrir-se à disposição para conversar”. E09

Impacto no conviver em equilíbrio consigo e com a família

Sobre o elemento empatia, pôde-se observar que os enfermeiros ampliaram o seu olhar em relação a este conceito de duas distintas maneiras: (1) empatia como sinônimo de colocar-se no lugar da família, oferecendo assistência do modo como gostaria de receber, caso estivesse vivenciando situação semelhante a da família e (2) empatia no sentido de, antes de agir, buscar a perspectiva do outro, para abordar a família da melhor maneira possível.

Deste modo, o enfermeiro adquire uma visão mais ampliada do que é ser empático, que para alguns enfermeiros passa a ser algo que vai além de tentar colocar-se no lugar do outro em determinada situação, pois quando tenta se colocar no lugar da família, continua vendo as coisas pela sua própria perspectiva e não pela perspectiva do outro.

Ao se aproximar da família e buscar a perspectiva dela, o enfermeiro refere que passa a compreender os problemas e preocupações familiares e, por consequência, passa a compreender certas atitudes, comportamentos e sentimentos da família que vivencia a doença e a hospitalização. Deste modo, o treinamento possibilitou ao enfermeiro a percepção de que não apenas deve colocar-se na posição da família mas buscar compreender esta posição na perspectiva da família.

“Posso dizer que ficou mais fácil compreender certas atitudes de familiares [...mudei a] maneira de abordar e [passei a] compreender as atitudes das mães que ficam agressivas; perceber que há algum problema ou dificuldade por trás disso.” E34

“Tento me colocar no lugar da família e enxergar o outro lado.” E08

“Fez com que eu me colocasse do outro lado, e entendesse como é importante ver a família como aliada e não como adversária.” E29

Após o treinamento, o enfermeiro tem procurado ser mais cauteloso, no sentido de não emitir julgamentos ou não ter uma ideia pré-concebida sobre a família; refere primeiro buscar conhecer a história da família por meio da conversa que empreende, fazendo questionamentos que possibilitem uma melhor compreensão da família e da situação que vivencia. Ele primeiramente busca conhecer a família, para depois posicionar-se.

A família que é muitas vezes rotulada pelos membros da equipe de enfermagem durante as passagens de plantão como difícil ou problema tem recebido um novo olhar do enfermeiro, que o faz sentir-se ainda mais motivado a procurar conhecer e compreender essa família para ajudá-la sem emitir julgamentos.

“Conseguiu despertar em minhas atividades diárias um novo olhar, mais cuidadoso e menos taxativo.”

“Paro para pensar e me coloco na perspectiva do outro, tentando abordar melhor o assunto. Não ter uma ideia já formada sem conhecer melhor a história do outro, conversar e às vezes questionar para melhor entender.” E28

No que se refere ao respeito à família, o enfermeiro vem respeitando a individualidade de cada família como sistema e de cada membro da família. Ao ter maior compreensão sobre as dificuldades familiares, do modo como cada família enfrenta a situação de doença e hospitalização o enfermeiro demonstra, por meio de suas ações, sentir mais respeito às situações e modo de enfrentamento de cada família. Tenta ser mais flexível, não ser tão rigoroso com algumas rotinas hospitalares, buscando abrir exceções às famílias, de acordo com as necessidades de cada uma.

“[Após o treinamento tenho] maior compreensão das dificuldades, modo de enfrentamento da família, empatia, proximidade, respeito e valorização de todos os membros da família” E01

Por meio da experiência vivenciada (etapa prática do treinamento), os enfermeiros puderam compreender o que é e como é aplicar e vivenciar na prática estes elementos (abrir-se para a família, manter uma comunicação eficaz e conviver em equilíbrio consigo e com ela) que definem um bom relacionamento. No entanto, os enfermeiros puderam perceber que desconheciam o que vinha a ser e como deveriam atender as famílias na prática clínica de enfermagem. Em face disso, propõe-se uma reflexão acerca do impacto do treinamento na autoeficácia dos enfermeiros e dos principais avanços conceituais e atitudinais do treinamento nos enfermeiros.

1) Impacto na autoeficácia

As principais mudanças ocasionadas no *self* dos enfermeiros ocorreram devido ao aumento da percepção de autoeficácia. O aumento da autoeficácia permitiu que os enfermeiros tivessem mais confiança em si mesmos (*self*), para agir em direção às famílias (outro). Este aumento da percepção de autoeficácia se deu em diferentes níveis e repercutiu em dois principais e distintos aspectos (ações), uma vez que os enfermeiros encontravam-se antes do início do treinamento em patamares diferentes:

- 1) Aqueles que tiveram como principal impacto a sensibilização para a família, perderam o medo de se aproximarem das famílias, pois antes tinham receio de não saber o que dizer, como se comportar ou o que fazer diante de determinadas situações.
- 2) Aqueles que já estavam devidamente sensibilizados, e cujo principal impacto se deu ao nível da instrumentalização para atender família, passaram a acreditar que conseguem atender a família eficazmente, sentindo-se mais seguros, não apenas em relação aos resultados percebidos, mas, sobretudo, mais confiantes e seguros para assumir suas ações em direção às famílias perante os outros membros da equipe de saúde.

Pôde-se observar por meio das percepções dos enfermeiros, que o aumento da autoeficácia o faz sentirem-se mais seguros e confiantes, tanto para iniciar a abordagem à família, quanto para buscarem soluções para aliviar seu sofrimento. Ao sentir-se mais confiante, o enfermeiro refere sentir-se mais motivado para se inserir no contexto da família e interagir mais com ela.

Do grupo de enfermeiros que referiu não ter conseguido aplicar o que viram no treinamento na sua prática assistencial com as famílias, pequena parte referiu não ter observado melhora na sua autoeficácia; outra parcela, no entanto, apesar de não ter conseguido colocar em prática, percebeu que a aquisição de conhecimento propiciada pelo treinamento aumentou sua autoeficácia, uma vez que as reflexões, exemplos da prática cotidiana, questionamentos e troca de experiências entre os enfermeiros durante o treinamento, proporcionou a sensação nos enfermeiros de mais confiança e preparo para abordar e conversar com as famílias.

Para sentir-se mais confiante para relacionar-se com a família o enfermeiro acredita que precisa cada vez mais introduzir os conceitos teóricos recém-aprendidos ou recém-(re)significados na prática. Quanto mais pratica o atendimento à família, mais o enfermeiro percebe que sua autoeficácia aumenta, uma vez que ele percebe resultados no atendimento que realiza.

O impacto na percepção do enfermeiro acerca da família mobiliza o enfermeiro para agir em direção a ela, utilizando as estratégias e aplicando os conceitos e o guia apresentados durante o treinamento para atender às famílias na prática. O enfermeiro percebe que sua autoeficácia aumentou porque ele tem mais instrumentos para abordar e interagir com as famílias, por ter conseguido aprender e melhorar formas de realizar perguntas às famílias.

Ao agir, o enfermeiro percebe o impacto de suas ações sobre a família e tem novas percepções sobre a mesma, estas percepções o fazem acreditar que obteve êxito em suas ações. Este fluxo de ação tem como consequência o aumento da percepção de autoeficácia pelo enfermeiro.

O enfermeiro refere que conseguiu atender as demandas da família e acredita que conseguiu amenizar o sofrimento dela com suas ações. Realizando o atendimento às famílias de acordo com a perspectiva de cuidado, estratégias e/ou com guia apresentados durante o treinamento os enfermeiros perceberam que o vínculo com as famílias aumentou, de modo que elas ficaram mais seguras após exporem os problemas que enfrentam em decorrência da internação da criança. O enfermeiro percebe ainda que se conseguir, além de detectar os problemas da família, propor soluções, o senso de segurança da família aumenta ainda mais.

Na percepção dos enfermeiros, as famílias ficam mais receptivas, próximas e mais confiantes, não apenas no enfermeiro, mas em toda a equipe. Eles consideram que por confiar mais no enfermeiro, a família o solicita mais, sente-se mais a vontade, confiante e segura para abordá-lo, realizar questionamentos e verbalizar suas angústias e aflições; o enfermeiro concretamente percebe o que é tornar-se um profissional de referência para ela.

O enfermeiro observa um retorno positivo da família, não só por perceber que ela passa a compreender melhor as proposições e intervenções realizadas com a criança, mas, sobretudo, por perceber que há melhora no seu relacionamento com a família e no relacionamento da família com a equipe, que passam a interagir melhor.

Como resultado das suas ações (intervenções), o enfermeiro percebe também que a família fica mais aliviada, calma e tranquila, tem sua ansiedade e angústias reduzidas. O enfermeiro percebe que a família reconhece mais o trabalho da equipe de enfermagem, pois se sente mais acolhida.

Há aqueles que referiram já se sentirem confiantes para se relacionar com as famílias antes do treinamento, mas que ao terem recebido embasamento teórico, perceberam que sua autoeficácia foi fortalecida, uma vez que a teoria passou a sustentar suas ações. Deste modo, ao perceber que seu conhecimento, sua bagagem teórica aumentou, o enfermeiro sentiu-se mais confiante para abordar a família.

O guia de atendimento foi visto pelos enfermeiros como um elemento facilitador, possibilitando a aproximação e a realização da abordagem à família, sendo por isso, um elemento que ajudou no aumento da autoeficácia do enfermeiro para se relacionar com as famílias. Os enfermeiros referiram que se sentiram mais confiantes e seguros para abordar e conduzir a conversa com a família quando estavam utilizando o guia de atendimento às famílias na prática clínica. Quando realizou o atendimento juntamente com a pesquisadora, o enfermeiro referiu que conseguiu aprender como abordar a família, o que, segundo ele, também aumentou sua autoeficácia.

O aumento da percepção de autoeficácia no enfermeiro catalisou a ação de abrir-se para a família, conduzir uma conversa pautada na comunicação eficaz, buscando conviver em equilíbrio com ela. Este processo relacional, antes apenas tido como ideal, mas não concretamente real, agora é traduzido e percebido pelo enfermeiro em suas ações. A mobilização e efetivação dos três elementos (abrir-se para a família, manter uma comunicação eficaz e conviver em equilíbrio consigo e com a família) foram acrescidas da incorporação de construtos fundamentais para o estabelecimento de um relacionamento eficaz com a família, descritos no próximo item.

2) Mobilização de conceitos para o estabelecimento de relacionamentos eficazes com as famílias

Numa análise dos depoimentos apresentados pelos enfermeiros foi possível organizar a estrutura gerada pelos novos conceitos adquiridos pela intervenção formativa:

- a) O RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA DEVE SER PROFISSIONAL: O enfermeiro percebe que o relacionamento que estabelece com a família é sustentado por um arcabouço teórico e a sua prática com família é sustentada por teoria .
- b) O RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA DEVE SER INTENCIONAL: O relacionamento com a família tem um propósito, um objetivo a ser atingido, o enfermeiro passa a se preocupar em atingir um resultado por meio do seu atendimento, que consiste em minimizar o impacto da doença e da hospitalização na família.
- c) O RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA DEVE SER SISTEMATIZADO: O enfermeiro compreende que o relacionamento que estabelece com a família tem um caminho, uma direção composta por etapas a serem seguidas, num começo, meio e fim articulados.

O enfermeiro conseguiu incorporar ao *bom relacionamento* o conceito de *relacionamento profissional*, compreendendo que o relacionamento com a família requer habilidades e competências pessoais do enfermeiro para concretizar a ação de atender a família, uma vez que é ele, na posição de profissional, que deve se engajar no sucesso do relacionamento empreendido.

Aqueles enfermeiros que já praticavam algumas ações direcionadas ao atendimento das famílias perceberam a importância de registrar o atendimento que é feito às famílias. O guia utilizado, além de facilitar o atendimento às famílias, possibilita o seu registro, o que foi visto como algo muito positivo pela grande parte dos enfermeiros, uma vez que concretiza o aspecto profissional do relacionamento estabelecido.

“Ah, eu acho que o instrumento faz a gente ter mais atitude... porque a gente costuma fazer tudo, mas não anota nada, né? Então tudo fica no “achômetro”, não no “achômetro” mas fica só comigo, retive a informação comigo.” E5

Para o enfermeiro, o treinamento ampliou o seu olhar para a família, que passou a ser visualizada de forma mais abrangente e profunda, sob uma perspectiva profissional. Em virtude disso, o enfermeiro percebe uma melhor postura diante da família e tem a percepção de que o seu modo de abordar a família mudou.

Ao conceber a família como unidade de cuidado, e não como contexto dele, o enfermeiro tem a percepção de que a família também precisa de um atendimento profissional, e não apenas de uma conversa para captar ou receber informações sobre o paciente e a doença. Com isso em mente, ele busca conhecer a estrutura familiar e conhecer mais sobre a experiência da família em relação à hospitalização da criança, utilizando as estratégias e norteando-se pelos conceitos que viu no treinamento.

O enfermeiro percebe que para construção de um relacionamento profissional com a família não é coerente esperar que a família descubra por si só quem é o enfermeiro e qual é o seu papel no contexto hospitalar; ele compreendeu que cabe a ele, como profissional, ter a iniciativa de engajar-se neste processo relacional, que é profissional.

Segundo alguns enfermeiros, suas ações em direção às famílias são observadas atentamente por outros membros da equipe, e o novo cuidado dispensado às famílias passa a ser utilizado como exemplo e outros profissionais passam também a buscar oferecer atenção às famílias.

A incorporação pelo enfermeiro do conceito *relacionamento intencional* foi compreendida pelo enfermeiro como o propósito que ele deve ter na aproximação que estabelece com a família, compreendendo e acreditando que o seu encontro com a família não ocorre ao acaso e sem uma meta. Ele compreende que deve se engajar no processo relacional com a família para ajudar a minimizar o sofrimento decorrente da hospitalização da criança.

Agir pautado neste conceito faz o enfermeiro sentir-se mais confiante e seguro para abordar a família e manter uma comunicação com a mesma, pois agora, sabendo que há um propósito bem definido para tal ação, vê sentido nesta aproximação e na construção de um relacionamento com a família.

Deste modo, o enfermeiro está mais atento às expectativas e anseios das famílias. Refere que tem procurado verificar as repercussões da doença e da hospitalização na família e oferecer subsídios que minimizem o sofrimento decorrente dessa internação. Passou a se engajar no processo relacional buscando respostas para as necessidades familiares, validando, posteriormente, se foi positivo ou não o resultado de suas ações.

“Procuro verificar como está sendo o período de internação, em relação às questões práticas e oferecer subsídios que favoreçam amenizar a estadia no hospital.” E20

“Consegui explicar a necessidade da criança permanecer [no hospital] e creio que de forma pontual amenizei o sofrimento.” E04

O enfermeiro conseguiu incorporar o conceito *relacionamento sistematizado*, compreendendo que o relacionamento estabelecido com a família pode e deve ser norteado por estratégias que o ajudam a direcionar a conversa com a família; conseguiu compreender que há um começo, meio e fim em cada relação intencional que estabelece com a família. Esta percepção foi proporcionada, sobretudo, pela utilização do guia na prática clínica.

O enfermeiro percebe que agora tem um melhor direcionamento para abordar a família. Ele passou a conversar mais com as famílias direcionando a conversa para um objetivo, utilizando as técnicas e aplicando os conceitos aprendidos sobre como realizar entrevistas com as famílias.

Mesmo no ambiente de urgência e emergência, onde o enfermeiro refere dispor de pouco tempo, ele acredita que após o treinamento consegue direcionar melhor a conversa com a família. A sistematização do atendimento à família, propiciada pelo treinamento e, sobretudo, pela utilização do guia na prática, ajudou o enfermeiro a conduzir e registrar o atendimento que realizou, numa ação sistematizada, em que sabe o que deve avaliar, como avaliar, no que intervir, como intervir e como registrar.

“Sempre acreditei na importância do cuidado centrado na família. É impossível cuidar apenas do paciente, a família dele compõe a sua história, uma pessoa que fica doente altera a vida de toda a família. O treinamento evidenciou que é possível realizar o atendimento na prática, com intervenções efetivas” E22

“[O treinamento] resgatou a importância da família e todos os passos desde a abordagem até a intervenção.” E19

Os enfermeiros conseguiram distinguir um bom relacionamento de um relacionamento eficaz, e esta diferenciação é extremamente pertinente e necessária para atender família na prática clínica de enfermagem, uma vez que um relacionamento eficaz certamente advém de

um bom relacionamento, mas, nem todo bom relacionamento é eficaz. O bom relacionamento passa a ser o ponto de partida e não o produto da relação enfermeiro-paciente-família.

Assim sendo, os enfermeiros conseguiram ter a percepção de que um relacionamento eficaz surge de um bom relacionamento entre enfermeiro e família, devendo o enfermeiro direcionar e concretizar suas ações (comportamentos) de modo que consiga abrir-se para a família, manter uma comunicação eficaz e conviver em equilíbrio consigo e com ela; esta ação social deve ser embasada em crenças que incorporam essas três categorias principais.

Ao final do treinamento, podemos concluir que a maior parte dos enfermeiros conseguiu compreender e perceber que atender família vai além do estabelecimento de um bom relacionamento com ela, o relacionamento com a família agrega a vontade, a necessidade e o dever de estabelecer um relacionamento profissional, intencional e sistematizado, ou seja, um relacionamento eficaz.

A figura abaixo representa de forma esquemática os elementos presentes na construção e estabelecimento de um relacionamento eficaz entre enfermeiro e família no contexto neonatal/pediátrico.

Figura 4 - Elementos que integram o estabelecimento de um relacionamento eficaz entre enfermeiro e família no contexto neonatal/pediátrico.

5.7 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA O ESTABELECIMENTO DE BONS RELACIONAMENTOS COM FAMÍLIAS NO CONTEXTO NEONATAL/PEDIÁTRICO

A seguir, os resultados referentes aos procedimentos adotados para construção e validação da escala proposta serão apresentados da seguinte maneira:

- 1) Definição constitutiva sobre o que é um bom relacionamento com a família na perspectiva dos enfermeiros que atuam no contexto neonatal/ pediátrico hospitalar;
- 2) Construção dos itens (definição operacional) referente à composição da primeira versão do instrumento;
- 3) Resultados da avaliação da análise dos juízes;
- 4) Resultados da avaliação da análise semântica;
- 5) Apresentação da versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico (Apêndice J).
- 6) Resultados da análise estatística da versão piloto aplicada (análise da consistência interna e análise fatorial).
- 7) Apresentação da versão final da Escala (Apêndice L).

1. Definição do construto – Etapa teórica

1.1. Definição constitutiva:

Com o objetivo de identificar os fatores que definem um bom relacionamento entre enfermeiros e famílias na área neonatal e pediátrica na perspectiva do enfermeiro, ou seja, compreender quais são os elementos que na percepção desses profissionais precisam estar presentes para que um bom relacionamento com a família possa ser estabelecido, uma revisão de literatura acerca do tema foi realizada.

A perspectiva do enfermeiro foi eleita como foco da revisão de literatura, uma vez que o objetivo não era identificar as demandas familiares na relação com os profissionais, mas sim, os fatores que definem um bom relacionamento na perspectiva do enfermeiro. A busca por estudos que tratassem do tema “relacionamento entre enfermeiros e família no contexto neonatal e pediátrico”, a partir da perspectiva dos enfermeiros, resultou em constatação da

escassez de literatura sobre o tema. Os resultados dessa busca encontram-se descritos no capítulo 1¹².

As pesquisas encontradas e os resultados obtidos não foram considerados suficientes para a definição do construto, deste modo, para ampliar os dados, visando uma melhor definição constitutiva e redução da possibilidade de problemas na dimensionalidade e mensuração do construto, optou-se por realizar entrevistas com enfermeiros (etapa empírica), as quais subsidiaram a definição do construto, bem como a identificação de suas dimensões.

Nesta etapa teórica, onde o construto estava sendo definido, foram identificadas três dimensões (fatores), representativas dos conceitos relacionados ao estabelecimento de um bom relacionamento entre enfermeiro e família no contexto neonatal/ pediátrico. Essas dimensões são representadas pelas categorias que emergiriam da análise das entrevistas: “abrir-se para a família”, “manter uma comunicação eficaz com a família” e “conviver em equilíbrio consigo e com a família”.

A exploração teórica e empírica possibilitou apreender que o bom relacionamento entre enfermeiro e família no contexto neonatal/ pediátrico hospitalar, na perspectiva do enfermeiro:

- É um fenômeno multidimensional, derivado de três esferas: cognitiva (pensamentos e crenças), afetiva (sentimentos), sociocultural (valores).
- É resultante das interações e interpretações que o enfermeiro estabelece consigo, com os outros indivíduos, situações, ambiente e objetos sociais;
- É um fenômeno que se concretiza por meio de comportamentos ou ações sociais;
- As ações para manter um bom relacionamento com a família integram três componentes interligados: abrir-se para a família, manter uma comunicação eficaz com a família e conviver em equilíbrio consigo e com a família.
- Cada componente determina ações específicas, norteados por elementos fundamentais para o estabelecimento de um bom relacionamento entre enfermeiro e família: acolhimento, confiança, disponibilidade, linguagem verbal adequada, escuta ativa, clareza de papéis, empatia, respeito.

¹² Resultados descritos na página 167, no tópico “Relacionamento entre enfermeiros e famílias”.

1.2. Definição operacional:

A operacionalização do construto em itens, que subsidiou a versão operacional do instrumento para a medida da autoeficácia dos enfermeiros para o estabelecimento de bons relacionamentos com as famílias no contexto neonatal/pediátrico, foi efetuada por meio da análise das entrevistas realizadas com 9 enfermeiros assistenciais atuantes em unidades neonatais e/ou pediátricas hospitalares.

A análise inicial foi realizada linha por linha, extraindo e separando os trechos das entrevistas que respondessem à seguinte pergunta norteadora: “Quais elementos dificultam ou inibem o relacionamento dos enfermeiros com as famílias no contexto pediátrico/neonatal hospitalar?”.

Inicialmente, por meio da análise das entrevistas, foi gerado um total de 231 afirmações que respondiam à questão norteadora (Apêndice M), as quais foram agrupadas por semelhança de conteúdo e organizadas em 44 declarações afirmativas que, após reanálise para condensar as ideias similares, foram redigidas de acordo com as recomendações de Pasquali (1998) originando os 40 itens constituintes da primeira versão da escala elaborada (quadro 5).

Na escala proposta por este estudo, os itens constituem os elementos ou situações que dificultam o estabelecimento de um bom relacionamento do enfermeiro com a família, isto é, são itens que interferem na autoeficácia do enfermeiro para: “abrir-se para a família”, “manter uma comunicação eficaz com a família” e “conviver em equilíbrio consigo e com a família”. Os elementos ou situações (itens) refletem fatos, percepções, pensamentos e sentimentos do enfermeiro em relação à família e do enfermeiro em relação a si mesmo que, na percepção do enfermeiro, interferem na construção e no tipo de relacionamento que será estabelecido com a família.

Quadro 5 – Itens da primeira versão da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/Pediátrico.

1. A família não compreende o que você está dizendo
2. Você não consegue identificar e/ou atender as necessidades da família
3. A família não está aberta para conversar
4. A família está nervosa, agressiva ou estressada

continua

continuação

5. A família está alterada emocionalmente
6. Você conhece pouco a família
7. Você teve pouco contato com a família
8. A família não sabe quem você é
9. A família não sabe qual é o seu papel dentro da unidade
10. A família não se aproxima de você
11. O seu lado pessoal sobrepõe o profissional
12. Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensa ou faria
13. Você não consegue compreender a visão e o modo de viver e agir da família
14. Você acaba criando uma relação mais pessoal do que profissional com a família
15. Você sente que não está preparada (o) para lidar com a família em certas situações
16. A família ultrapassa os limites da sua paciência
17. Ocorre o óbito da criança
18. A família está numa situação de grande sofrimento
19. Você está sobrecarregada (o) no trabalho
20. Falta tempo para você conversar com a família
21. O ambiente não oferece condições mínimas de conforto para a família
22. Você já teve conflitos com a família
23. Você está estressada(o) , cansada (o), irritada (o), preocupada (o) ou triste
24. Há suspeita de maus tratos à criança
25. Você tem uma impressão negativa da família
26. Há problemas intrafamiliares
27. O primeiro contato da equipe com a família não foi adequado
28. A criança está em estado grave

continua

continuação

29. A família não aceita a condição em que a criança se encontra
30. A família não entende o que está acontecendo com a criança
31. A família é pouco comunicativa
32. Você não tem respostas para determinadas perguntas da família
33. A família faz cobranças sobre o seu trabalho
34. Você sente que a família responsabiliza você pelo o que está acontecendo
35. A instituição que você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias
36. Outros membros da sua equipe não valorizam o relacionamento com as famílias
37. As famílias são muito solicitantes
38. Você sente que a família não confia em você
39. Você precisa realizar procedimentos invasivos na presença da família
40. A família teve experiências prévias negativas com outros profissionais ou com outros serviços de saúde

conclusão

2. Validade de Conteúdo

2.1. Resultados da avaliação da análise dos juízes

A versão 1 da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/Pediátrico (Apêndice H), com 40 itens, foi encaminhada aos cinco juízes previamente contatados, com o propósito de avaliarem o enunciado e as instruções da escala, a nomenclatura utilizada na a gradação da mesma e cada um dos itens quanto à adequação semântica e ao conteúdo, verificando se os mesmos eram compreensíveis e se eram pertinentes com o construto que representavam.

Foram mantidos no instrumento itens, enunciado e nomenclatura utilizada na gradação da escala com concordância de 80% ou mais entre os juízes. Além deste critério, as sugestões encaminhadas pelos dos juízes foram analisadas qualitativamente pelas autoras, o que resultou em (Quadro 6):

- Alterações no enunciado e instruções da escala: a principal alteração realizada foi a substituição do termo “certeza” por “confiança”.

- Modificação na nomenclatura atribuída aos valores na gradação da escala: “muita incerteza”, “moderada certeza” e “absoluta certeza” por “nenhuma confiança”, “moderada confiança” e “absoluta confiança”.
- Exclusão de um item: itens 4 e 5 foram condensados em um só.
- Alterações em alguns itens: 4,11,12,14,15,26,31,35,36,38.

Quadro 6 – Resultado da avaliação dos juízes referente aos 40 itens da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico.

Item elaborado	Conduta
1. A família não compreende o que você está dizendo	Mantido
2. Você não consegue identificar e/ou atender as necessidades da família	Mantido
3. A família não está aberta para conversar	Mantido
4. A família está nervosa, agressiva ou estressada	Alterado Modificado para: A família está alterada emocionalmente (nervosa, agressiva, estressada ou triste)
5. A família está alterada emocionalmente	Excluído (conteúdo já contemplado em outro item)
6. Você conhece pouco a família	Mantido
7. Você teve pouco contato com a família	Mantido
8. A família não sabe quem você é	Mantido
9. A família não sabe qual é o seu papel dentro da unidade	Mantido
10. A família não se aproxima de você	Mantido
11. O seu lado pessoal sobrepõe o profissional	Alterado: O seu lado pessoal sobrepõe-se ao profissional

continua

continuação

Item elaborado	Conduta
12. Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensa ou faria	Alterado: Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensaria ou faria
13. Você não consegue compreender a visão e o modo de viver e agir da família	Mantido
14. Você acaba criando uma relação mais pessoal do que profissional com a família	Alterado: Você sente que tem uma relação mais pessoal do que profissional com a família.
15. Você sente que não está preparada (o) para lidar com a família em certas situações	Alterado: Você acredita que não está preparada (o) para lidar com a família em determinada situação
16. A família ultrapassa os limites da sua paciência	Mantido
17. Ocorre o óbito da criança	Mantido
18. A família está numa situação de grande sofrimento	Mantido
19. Você está sobrecarregada (o) no trabalho	Mantido
20. Falta tempo para você conversar com a família	Mantido
21. O ambiente não oferece condições mínimas de conforto para a família	Mantido
22. Você já teve conflitos com a família	Mantido
23. Você está estressada (o), cansada (o), irritada (o), preocupada (o) ou triste	Mantido
24. Há suspeita de maus tratos à criança	Mantido
25. Você tem uma impressão negativa da família	Mantido
26. Há problemas intrafamiliares	Mantido

continua

continuação

Item elaborado	Conduta
27. O primeiro contato da equipe com a família não foi adequado	Alterado: O primeiro contato da equipe de saúde com a família foi inadequado
28. A criança está em estado grave	Mantido
29. A família não aceita a condição em que a criança se encontra	Mantido
30. A família não entende o que está acontecendo com a criança	Mantido
31. A família tem a característica de falar pouco	Alterado: A família é pouco comunicativa.
32. Você não tem respostas para determinadas perguntas da família	Mantido
33. A família faz cobranças sobre o seu trabalho	Mantido
34. Você sente que a família está responsabilizando você pelo que está acontecendo	Mantido
35. A instituição que você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias	Alterado: A instituição na qual você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias
36. A família teve experiências prévias negativas em outros serviços de saúde ou com outros profissionais	Alterado: A família teve experiências prévias negativas com outros profissionais ou com outros serviços de saúde.
37. Outros membros da sua equipe não valorizam o relacionamento com as famílias	Mantido
38. As famílias são muito solicitantes	Alterado: A família solicita demais
39. Você sente que a família não confia em você	Mantido
40. Você precisa realizar procedimentos invasivos na presença da família	Mantido

conclusão

Após discussões entre as pesquisadoras acerca do modo que os respondentes deveriam deixar registrado o valor correspondente à avaliação de sua autoeficácia (escrevendo o valor

numa coluna ao lado direito do item ou circulando o valor correspondente numa régua de gradação), as autoras julgaram didaticamente mais compreensível modificar os valores atribuídos na gradação da escala (0 a 100 para 0 a 10) e o modo de apresentação da mesma (régua de gradação com os valores a serem atribuídos aos itens apresentada apenas no início do instrumento para apresentação da régua de gradação de resposta item a item) na nova versão do instrumento, chamada de versão piloto (Apêndice J).

Além disso, apesar dos itens não terem sido listados em nenhuma sequência particular, optou-se por modificar a ordem de alguns deles na versão piloto, ou seja, os itens foram alocados em números diferentes do instrumento inicial, visando separar as afirmações (itens) parecidas, mas que não eram idênticas. O quadro 7 apresenta os 39 itens na sequência em que aparecem na versão piloto Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico

Quadro 7 – Apresentação dos 39 itens da versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico

Número do item	Item
1.	Você teve pouco contato com a família
2.	Você não consegue identificar e/ou atender as necessidades da família
3.	A família não está aberta para conversar
4.	A família está alterada emocionalmente (nervosa, agressiva, estressada ou triste)
5.	Você conhece pouco a família
6.	A família não compreende o que você está dizendo
7.	A família não sabe quem você é
8.	A família não sabe qual é o seu papel dentro da unidade
9.	A família não se aproxima de você
10.	O seu lado pessoal sobrepõe-se ao profissional
11.	Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensaria ou faria

continua

continuação

Número do item	Item
12.	Você não consegue compreender a visão e o modo de viver e agir da família
13.	Você sente que tem uma relação mais pessoal do que profissional com a família
14.	Você acredita que não está preparada (o) para lidar com a família em determinada situação
15.	A família ultrapassa os limites da sua paciência
16.	Ocorre o óbito da criança
17.	A família está numa situação de grande sofrimento
18.	Você está sobrecarregada (o) no trabalho
19.	Você já teve conflitos com a família
20.	O ambiente não oferece condições mínimas de conforto para a família
21.	Falta tempo para você conversar com a família
22.	Você está estressada (o), cansada (o), irritada (o), preocupada (o) ou triste
23.	Há suspeita de maus tratos à criança
24.	Você tem uma impressão negativa da família
25.	Há problemas intrafamiliares
26.	O primeiro contato da equipe de saúde com a família foi inadequado
27.	A criança está em estado grave
28.	A família não aceita a condição em que a criança se encontra
29.	A família não entende o que está acontecendo com a criança
30.	A família é pouco comunicativa.
31.	A família faz cobranças sobre o seu trabalho
32.	Você sente que a família está responsabilizando você pelo que está acontecendo
33.	A instituição na qual você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias

continua

continuação	
Número do item	Item
34.	A família teve experiências prévias negativas com outros profissionais ou com outros serviços de saúde
35.	Outros membros da sua equipe não valorizam o relacionamento com as famílias
36.	A família solicita demais
37.	Você sente que a família não confia em você
38.	Você precisa realizar procedimentos invasivos na presença da família
conclusão	

2.2. Resultado da avaliação semântica

A versão piloto gerada após avaliação dos juízes passou por uma análise semântica adicional, visando verificar a compreensão do enunciado, dos itens e da gradação da escala pela população-alvo (enfermeiros).

As três enfermeiras assistenciais atuantes na área pediátrica/neonatal foram indagadas a respeito da compreensão que tinham sobre o que estava sendo avaliado pelo instrumento (“o que você entendeu que estava sendo questionado pelo instrumento?”), se os itens que compunham o mesmo eram inteligíveis (“você teve dificuldade de compreender algum dos itens do instrumento?”) e se a gradação da escala fazia sentido para elas (“você sentiu dificuldade para responder aos itens do instrumento utilizando esse tipo de gradação?”).

As três enfermeiras não sugeriram nenhuma alteração no instrumento (enunciado, itens ou gradação da escala), não relataram problemas na interpretação do enunciado, itens e pontuação das respostas e demonstraram ter compreendido bem a finalidade do que o instrumento se propõe a mensurar (Quadro 8). Deste modo, a versão piloto do instrumento foi aplicada com a amostra para verificação das qualidades psicométricas.

Quadro 8 – Resultado da avaliação semântica referente à compreensão da população-alvo sobre o que estava sendo avaliado pela Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico

Enfermeira – Área de atuação	Compreensão referida
Enfermeira 1 - Neonatologia	“Eu entendi que o que estava sendo perguntado era qual o grau de confiança que sentimos que somos capazes de se relacionar com a família afim de que não haja problemas durante a internação, garantindo que todos os procedimentos necessários possam ser realizados e que principalmente a família esteja esclarecida sobre todas as circunstâncias que envolvam o quadro clínico de seu familiar”.
Enfermeira 2 - Pediatria	“Eu entendi se eu tenho segurança ou confiança para manter um bom relacionamento com a família nas situações colocadas.”
Enfermeira 3 - Residente de pediatria	“Era pra eu pontuar de 0 a 10 o que eu achava que eu como enfermeira estou preparada para lidar com as situações descritas Não achei difícil responder, mas algumas notas eu respondia e pensava se você ia entender o porquê de eu ter dado aquela nota. Na verdade o preparada equivale ao nível de autoconfiança.”

3. Aplicação da versão piloto – Etapa experimental

3.1. Caracterização da amostra do estudo

Participaram do estudo 223 enfermeiros que, após análise das características sociodemográficas referidas e relacionadas ao critério de elegibilidade, resultou em uma amostra válida de 194 enfermeiros atuantes em unidades neonatais e/ou pediátricas hospitalares na época da coleta de dados. A caracterização sócio-demográfica da amostra participante do estudo encontra-se descrita na tabela 6.1.

Dos 194 enfermeiros participantes, 186 (95,9%) eram do sexo feminino e 8 (4,1%) do sexo masculino. De acordo com a idade foram agrupados em seis distintos grupos, predominando o grupo compreendido entre 31 e 35 anos (31,4%), seguido pelos grupos com idade entre 26 e 30 anos (24,7%), entre 36 e 40 anos (16%), entre 41 e 45 anos (7,2%), entre 46 e 50 anos (7,2%), mais de 50 anos (7,2%) e entre 20 e 25 anos (6,2%), respectivamente.

Quanto ao nível de formação, 118 (60,8%) enfermeiros eram especialistas (especialização lato sensu), 36 (18,6%) mestres, 24 (12,4%) doutores e 16 (8,2%) enfermeiros

com bacharelado. Em relação ao tempo de exercício profissional 64 enfermeiros (33%) atuavam na área entre 1 e 5 anos, 51 (26,3%) entre 6 e 10 anos, 34 (17,5%) entre 11 e 15 anos, 23 (11,9%) há mais de 20 anos, 16 (8,2%) entre 16 e 20 anos e 6 (3,1%) enfermeiros atuavam há menos de um ano como enfermeiros.

Em relação ao tipo de instituição hospitalar em que trabalhavam, 126 (65%) dos enfermeiros estavam atuando apenas em hospital público, 56 (28,9%) apenas em hospital privado, 6 (3,1%) em um hospital público e outro privado, 3 (1,5%) apenas em hospital filantrópico e 3(1,5%) apenas em hospital misto.

Quanto à unidade hospitalar em que prestavam assistência, distribuíram-se do seguinte modo: 66 (34%) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (alto, médio e baixo risco), 55 (28,4%) em Unidade de Internação Pediátrica, 43 (22,2%) em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, 24 (12,4%) em Pronto Socorro Infantil, 24 (12,4%) em Unidade Neonatal (apenas médio e baixo risco), 15 (7,7%) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, 4 (2,1%) em Oncologia Pediátrica e 2 (1%) em Centro Cirúrgico Pediátrico¹³.

Tabela 6.1 – Distribuição da amostra para validação da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico segundo as variáveis sócio-demográficas, São Paulo, 2015

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	186	95,9
	Masculino	8	4,1
Idade	entre 20 e 25 anos	12	6,2
	entre 26 e 30 anos	48	24,7
	entre 31 e 35 anos	61	31,4
	entre 36 e 40 anos	31	16
	entre 41 e 45 anos	14	7,2
	entre 45 e 50 anos	14	7,2
	mais de 50 anos	14	7,2
Grau Acadêmico	Bacharelado	16	8,2
	Especialização	118	60,8
	Mestrado	36	18,6
	Doutorado	24	12,4

continua

¹³ Frequência não cumulativa, pois há enfermeiros que trabalham em mais de uma unidade hospitalar.

		continuação	
Variáveis		N	%
Tempo de exercício profissional	menos de 1 ano	6	3,1
	entre 1 e 5 anos	64	33
	entre 6 e 10 anos	51	26,3
	entre 11 e 15 anos	34	17,5
	entre 16 e 20 anos	16	8,2
	mais de 20 anos	23	11,9
Instituição hospitalar	Apenas hospital público	126	65
	Apenas hospital privado	56	28,9
	Apenas hospital filantrópico	3	1,5
	Apenas hospital misto	3	1,5
	Hospital público e privado	6	3,1
Setor	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica	15	7,7
	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	66	34
	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	43	22,2
	Unidade Neonatal (apenas médio e baixo risco)	24	12,4
	Unidade de Internação Pediátrica	55	16,2
	Pronto Socorro Infantil	24	12,4
	Oncologia Pediátrica	4	2,1
	Centro Cirúrgico Pediátrico	2	1
conclusão			

3.2. Confiabilidade

A análise da consistência interna para os 39 itens revelou um coeficiente de alfa de Cronbach de **0,983**, significando que o instrumento total apresenta uma elevada consistência interna e todos os itens estão mensurando o mesmo construto. O resultado da análise da consistência interna para cada um dos 39 itens da escala, utilizando a correlação item-total e o valor de alfa de Cronbach caso determinado item fosse excluído (tabela 6.2), revelou uma correlação item-total variando entre 0,657 e 0,847 (indicando que todos os itens contribuíam para a mensuração da autoeficácia do construto em questão) e um alfa de Cronbach menor ou igual a 0,983, frente à exclusão de cada um dos itens (indicando que todos os itens deveriam ser mantidos na escala).

Tabela 6.2 - Coeficientes de consistência interna dos 39 itens da versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico, São Paulo, 2015.

Item	Correlação item-total	Alfa de Cronbach se item excluído
1. Você teve pouco contato com a família	,716	,982
2. Você não consegue identificar e/ou atender as necessidades da família	,697	,982
3. A família não está aberta para conversar	,709	,982
4. A família está alterada emocionalmente (nervosa, agressiva, estressada ou triste)	,796	,982
5. Você conhece pouco a família	,786	,982
6. A família não compreende o que você está dizendo	,799	,982
7. A família não sabe quem você é	,763	,982
8. A família não sabe qual é o seu papel dentro da unidade	,743	,982
9. A família não se aproxima de você	,721	,982
10. O seu lado pessoal sobrepõe-se ao profissional	,716	,982
11. Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensaria ou faria	,759	,982
12. Você não consegue compreender a visão e o modo de viver e agir da família	,828	,982
13. Você sente que tem uma relação mais pessoal do que profissional com a família	,657	,983
14. Você acredita que não está preparada (o) para lidar com a família em determinada situação	,795	,982
15. A família ultrapassa os limites da sua paciência	,750	,982
16. Ocorre o óbito da criança	,706	,982
17. A família está numa situação de grande sofrimento	,723	,982
18. Você está sobrecarregada (o) no trabalho	,726	,982
19. Você já teve conflitos com a família	,817	,982
20. O ambiente não oferece condições mínimas de conforto para a família	,783	,982
21. Falta tempo para você conversar com a família	,755	,982

continua

Item	Correlação item-total	continuação
		Alfa de Cronbach se item excluído
22. Você está estressada (o), cansada (o), irritada (o), preocupada (o) ou triste	,787	,982
23. Há suspeita de maus tratos à criança	,731	,982
24. Você tem uma impressão negativa da família	,820	,982
25. Há problemas intrafamiliares	,817	,982
26. O primeiro contato da equipe de saúde com a família foi inadequado	,832	,982
27. A criança está em estado grave	,800	,982
28. A família não aceita a condição em que a criança se encontra	,816	,982
29. A família não entende o que está acontecendo com a criança	,829	,982
30. A família é pouco comunicativa.	,847	,982
31. Você não tem respostas para determinadas perguntas da família	,833	,982
32. A família faz cobranças sobre o seu trabalho	,773	,982
33. Você sente que a família está responsabilizando você pelo que está acontecendo	,735	,982
34. A instituição na qual você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias	,755	,982
35. A família teve experiências prévias negativas com outros profissionais ou com outros serviços de saúde	,809	,982
36. Outros membros da sua equipe não valorizam o relacionamento com as famílias	,783	,982
37. A família solicita demais	,753	,982
38. Você sente que a família não confia em você	,716	,982
39. Você precisa realizar procedimentos invasivos na presença da família	,696	,982
conclusão		

3.3. Análise Fatorial Exploratória

Antes de efetuar a análise fatorial exploratória foram realizados os testes Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste da esfericidade de Barlett (Barlett's Test of Sphericity) para determinar a adequação da amostra à análise fatorial. O índice de KMO foi alto (igual a

0,959) indicando que a análise fatorial poderia ser realizada. O teste da esfericidade de Barlett foi estatisticamente significativo, indicando que os itens estavam correlacionados entre si.

Realizados os testes mencionados procedeu-se a análise paralela, a qual sugeriu que o instrumento era constituído por três dimensões ou fatores. Este resultado reitera os achados da etapa teórica, onde também foram identificadas três dimensões (fatores) relacionadas ao construto em questão. A seguir foi efetuada a análise fatorial comum pelo método de Extração dos Eixos Principais (*Principal Axis Factoring*), visando calcular os valores das cargas fatoriais de cada item. Nenhum item apresentou carga fatorial inferior a 0,30, deste modo, nenhum item foi excluído após o método de extração.

Para determinar em qual fator cada item deveria ser alocado foi empregado o método de rotação oblíqua direct Oblimin com normalização de Kaiser; considerando apenas os itens com cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,30, os mesmos foram alocados nas respectivas dimensões de acordo com o maior valor da carga fatorial que apresentaram para a dimensão correspondente (tabela 6.3).

Na análise fatorial, cada uma das variáveis pode ser definida como uma combinação linear dos fatores comuns que explicam a parcela da variância de cada variável (comunalidade). As comunalidades podem variar de 0 a 1, quanto maior a comunalidade, maior será o poder de explicação daquela variável pelo fator, o ideal é que o valor das comunalidades sejam superiores a 0,5⁽¹³⁷⁾. A tabela 6.3 mostra a verificação das comunalidades, a qual variou entre 0,545 e 0,831, indicando que os itens estão com, pelo menos, 50% de representação nos fatores.

Tabela 6.3 - Apresentação dos itens com as respectivas comunalidades e cargas fatoriais em cada fator correspondente, São Paulo, 2015

Número do item	Item	Fatores			Comunalidades
		1	2	3	
1.	Você teve pouco contato com a família		0,732		,661
2.	Você não consegue identificar e/ou atender as necessidades da família		0,827		,670
3.	A família não está aberta para conversar		0,708		,635
4.	A família está alterada emocionalmente (nervosa, agressiva, estressada ou triste)	0,412	0,521		,691
5.	Você conhece pouco a família		0,761		,753

continua

		continuação			
Número do item	Item	Fatores			Comunalidades
		1	2	3	
6.	A família não compreende o que você está dizendo		0,892		,831
7.	A família não sabe quem você é		0,929		,817
8.	A família não sabe qual é o seu papel dentro da unidade		0,922		,780
9.	A família não se aproxima de você		0,943		,768
10.	O seu lado pessoal sobrepõe-se ao profissional		0,602	0,390	,640
11.	Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensaria ou faria	0,330	0,374		,589
12.	Você não consegue compreender a visão e o modo de viver e agir da família		0,561		,733
13.	Você sente que tem uma relação mais pessoal do que profissional com a família		0,363	0,469	,545
14.	Você acredita que não está preparada (o) para lidar com a família em determinada situação		0,544		,670
15.	A família ultrapassa os limites da sua paciência		0,406	0,464	,668
16.	Ocorre o óbito da criança	0,813			,612
17.	A família está numa situação de grande sofrimento	0,954			,745
18.	Você está sobrecarregada (o) no trabalho	0,714			,599
19.	Você já teve conflitos com a família	0,482			,684
20.	O ambiente não oferece condições mínimas de conforto para a família	0,546	0,321		,641
	Falta tempo para você conversar com a família	0,488	0,389		,612
21.	Você está estressada (o), cansada (o), irritada (o), preocupada (o) ou triste	0,461		0,312	,660
22.	Há suspeita de maus tratos à criança	0,387		0,326	,577
23.	Você tem uma impressão negativa da família	0,483			,691
24.	Há problemas intrafamiliares	0,673			,706

continua

		continuação		
Número do item	Item	Fatores		
		1	2	3
				Comunalidades
25.	O primeiro contato da equipe de saúde com a família foi inadequado	0,468		,709
26.	A criança está em estado grave	0,896		,763
27.	A família não aceita a condição em que a criança se encontra	0,882		,787
28.	A família não entende o que está acontecendo com a criança	0,841		,783
29.	A família é pouco comunicativa.	0,681		,755
30.	Você não tem respostas para determinadas perguntas da família	0,773		,759
31.	A família faz cobranças sobre o seu trabalho	0,640		0,436 ,766
32.	Você sente que a família está responsabilizando você pelo que está acontecendo	0,462		0,518 ,713
33.	A instituição na qual você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias	0,408		0,393 ,643
34.	A família teve experiências prévias negativas com outros profissionais ou com outros serviços de saúde	0,758		,785
35.	Outros membros da sua equipe não valorizam o relacionamento com as famílias	0,618		,679
36.	A família solicita demais	0,745		,656
37.	Você sente que a família não confia em você	0,330		0,514 ,650
38.	Você precisa realizar procedimentos invasivos na presença da família	0,764		,602

conclusão

Método de extração: Eixos Principais. Método de Rotação: Oblimin com Normalização de Kaiser. Considerados itens com valor de carga fatorial superior a 0,30, os quais foram alocados nos fatores em que apresentaram maior valor (em negrito).

Alfa de Cronbach para a escala total: 0,983.

Variância total explicada: 71,60%.

O quadro 9 apresenta a alocação dos 39 itens da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico nos respectivos fatores. Como se pode observar, o fator 1, denominado “autoeficácia para abrir-se para a família” é composto por 22 itens, o fator 2, denominado “autoeficácia para

manter uma comunicação eficaz com a família” integra 13 itens e o fator 3, denominado de “autoeficácia para conviver em equilíbrio consigo e com a família”, contempla 4 itens.

Quadro 9 – Alocação dos itens da escala nos fatores correspondentes.

Fator	Número de itens	Itens
1. Autoeficácia para abrir-se para a família	22	16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32, 34,35,36,37,39
2. Autoeficácia para manter uma comunicação eficaz com a família	13	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,14
3. Autoeficácia para conviver em equilíbrio consigo e com a família	4	13,15,33,38

A tabela 6.4 mostra a matriz de correlação entre os fatores, indicando que os fatores 1 e 2 estão mais correlacionados entre si (0,691) do que com os fatores 1 e 2 com fator 3, cuja correlação é 0,482 e 0,373 respectivamente..

Tabela 6.4 – Matriz de Correlação entre os Fatores da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico , São Paulo, 2015.

Fator	1	2	3
1	1,000	,691	,482
2	,691	1,000	,373
3	,482	,373	1,000

Método de Extração: Eixos Principais
Método de Rotação: Oblimin com Normalização de Kaiser.

3.4. Análise da Confiabilidade (consistência interna) por fator

Fator 1: Autoeficácia para abrir-se para a família

A análise da consistência interna para os 22 itens do fator 1 revelou um coeficiente de alfa de Cronbach de **0,976**, significando que este fator apresenta uma elevada consistência interna e todos os itens estão mensurando o mesmo construto da dimensão correspondente.

O resultado da análise da consistência interna para cada um dos 22 itens da dimensão ou fator 1, utilizando a correlação item-total e o valor de alfa de Cronbach caso determinado

item fosse excluído (tabela 6.5), revelou uma correlação item-total variando entre 0,717 e 0,860 (indicando que todos os itens contribuíam para a mensuração do fator em questão) e um alfa de Cronbach menor ou igual a 0,975, frente à exclusão de cada um dos itens (indicando que todos os itens deveriam ser mantidos nesta dimensão/fator).

Tabela 6.5 - Coeficientes de consistência interna dos 22 itens do fator 1 da versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico, São Paulo, 2015.

Item	Correlação item-total	Alfa de Cronbach se item excluído
16. Ocorre o óbito da criança	,734	,975
17. A família está numa situação de grande sofrimento	,759	,975
18. Você está sobrecarregada (o) no trabalho	,748	,975
19. Você já teve conflitos com a família	,808	,975
20. O ambiente não oferece condições mínimas de conforto para a família	,777	,975
21. Falta tempo para você conversar com a família	,745	,975
22. Você está estressada (o), cansada (o), irritada (o), preocupada (o) ou triste	,785	,975
23. Há suspeita de maus tratos à criança	,717	,975
24. Você tem uma impressão negativa da família	,812	,975
25. Há problemas intrafamiliares	,834	,974
26. O primeiro contato da equipe de saúde com a família foi inadequado	,822	,974
27. A criança está em estado grave	,844	,974
28. A família não aceita a condição em que a criança se encontra	,851	,974
29. A família não entende o que está acontecendo com a criança	,857	,974
30. A família é pouco comunicativa.	,856	,974

continua

		continuação
Item	Correlação item-total	Alfa de Cronbach se item excluído
31. Você não tem respostas para determinadas perguntas da família	,860	,974
32. A família faz cobranças sobre o seu trabalho	,795	,975
34. A instituição na qual você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias	,758	,975
35. A família teve experiências prévias negativas com outros profissionais ou com outros serviços de saúde	,851	,974
36. Outros membros da sua equipe não valorizam o relacionamento com as famílias	,807	,975
37. A família solicita demais	,779	,975
39. Você precisa realizar procedimentos invasivos na presença da família	,737	,975
		conclusão

Alfa de Cronbach para o fator 1: 0,976.

Fator 2: Autoeficácia para manter uma comunicação eficaz com a família

A análise da consistência interna para os 13 itens do fator 2 revelou um coeficiente de alfa de Cronbach de **0,964**, significando que este fator apresenta uma elevada consistência interna e todos os itens estão mensurando o mesmo construto da dimensão correspondente. O resultado da análise da consistência interna para cada um dos 13 itens da dimensão ou fator 2, utilizando a correlação item-total e o valor de alfa de Cronbach caso determinado item fosse excluído (tabela 6.6), revelou uma correlação item-total variando entre 0,702 e 0,891 (indicando que todos os itens contribuíam para a mensuração do fator em questão) e um alfa de Cronbach menor ou igual a 0,963, frente à exclusão de cada um dos itens (indicando que todos os itens deveriam ser mantidos nesta dimensão/fator).

Tabela 6.6 - Coeficientes de consistência interna dos 13 itens do fator 2 da versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico, São Paulo, 2015.

Item	Correlação item-total	Alfa de Cronbach se item excluído
1. Você teve pouco contato com a família	,788	,961
2. Você não consegue identificar e/ou atender as necessidades da família	,799	,961
3. A família não está aberta para conversar	,771	,962
4. A família está alterada emocionalmente (nervosa, agressiva, estressada ou triste)	,794	,961
5. Você conhece pouco a família	,851	,960
6. A família não compreende o que você está dizendo	,891	,959
7. A família não sabe quem você é	,869	,959
8. A família não sabe qual é o seu papel dentro da unidade	,854	,960
9. A família não se aproxima de você	,843	,960
10. O seu lado pessoal sobrepõe-se ao profissional	,714	,963
11. Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensaria ou faria	,702	,963
12. Você não consegue compreender a visão e o modo de viver e agir da família	,809	,961
14. Você acredita que não está preparada (o) para lidar com a família em determinada situação	,771	,962

Alfa de Cronbach para o fator 2: 0,964.

Fator 3: Autoeficácia para conviver em equilíbrio consigo e com a família

A análise da consistência interna para os 4 itens do fator 3 revelou um coeficiente de alfa de Cronbach de **0,866**, significando que este fator apresenta uma elevada consistência interna e todos os itens estão mensurando o mesmo construto da dimensão correspondente. O resultado da análise da consistência interna para cada um dos 4 itens da dimensão ou fator 3,

utilizando a correlação item-total e o valor de alfa de Cronbach caso determinado item fosse excluído (tabela 6.7), revelou uma correlação item-total variando entre 0,661 e 0,775 (indicando que todos os itens contribuíam para a mensuração do fator em questão) e um alfa de Cronbach menor ou igual a 0,850, frente à exclusão de cada um dos itens (indicando que todos os itens deveriam ser mantidos nesta dimensão/fator).

Tabela 6.7 - Coeficientes de consistência interna dos 4 itens do fator 3 da versão piloto da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico, São Paulo, 2015.

Item	Correlação item-total	Alfa de Cronbach se item excluído
Você sente que tem uma relação mais pessoal do que profissional com a família	,661	,850
A família ultrapassa os limites da sua paciência	,710	,830
Você sente que a família está responsabilizando você pelo que está acontecendo	,716	,828
Você sente que a família não confia em você	,775	,804

Alfa de Cronbach para o fator 3: 0,866.

5.4 Interpretação da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal / Pediátrico

Para cada item da escala o respondente pode atribuir um valor entre zero e 10, deste modo, para obter o escore, da escala total e das subescalas, é preciso somar os valores atribuídos pelo sujeito a cada um dos itens. A Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico é composta por 39 itens, cujo escore pode variar de zero a 390.

A subescala 1 (fator 1) “Autoeficácia para abrir-se para a família”, é composta por 22 itens, cujo escore pode variar de zero a 220. A subescala 2 (fator 2) “Autoeficácia para manter uma comunicação eficaz com a família” é composta por 13 itens, cujo escore pode variar de zero a 130. A subescala 3 (fator 3) “ Autoeficácia para conviver em equilíbrio consigo e com a família” integra 4 itens, cujo escore pode variar de zero a 40.

As três faixas que determinaram a força de autoeficácia (baixa, moderada e elevada) encontram-se descritas no quadro 10; as mesmas foram definidas de forma empírica, de

acordo com os terçis apresentados na escala total e nas subescalas pela amostra dos respondentes.

Quadro 10 – Escores correspondentes a força de autoeficácia para a escala total e subescalas.

	Baixa autoeficácia	Moderada autoeficácia	Elevada autoeficácia
Escala total	0-195	196-266	267-384
Subescala 1	0-114	115-156	157-218
Subescala 2	0-59	60- 87	88-128
Subescala 3	0-17	18- 26	27- 40

Escala total: Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico

Subescala 1: Autoeficácia para abrir-se para a família.

Subescala 2: Autoeficácia para manter uma comunicação eficaz com a família.

Subescala 3: Autoeficácia para conviver em equilíbrio consigo e com a família.

Versão Final da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal / Pediátrico

Considerando que a escala construída e validada propõe-se a mensurar a autoeficácia do enfermeiro para estabelecer um bom relacionamento com a família, o título e o enunciado da escala incorporaram o termo bom relacionamento ao invés de relacionamento eficaz na versão final da escala (Apêndice L).

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A principal intenção deste estudo referiu-se ao encontro de respostas relacionadas ao impacto de uma intervenção educativa sobre a Enfermagem dos Sistemas Familiares nas atitudes e percepções de enfermeiros que atuam no contexto neonatal/pediátrico.

Conforme apresentado nos resultados a intervenção educativa sobre a Enfermagem dos Sistemas Familiares teve um impacto positivo nas atitudes e percepções de enfermeiros no que diz respeito ao atendimento às famílias na prática clínica de enfermagem. A mobilização de conceitos no *self* desencadeou percepções e atitudes mais favoráveis à inclusão e ao atendimento de famílias, bem como, o aumento na autoeficácia dos enfermeiros.

Em relação às atitudes dos enfermeiros o principal impacto da intervenção educativa em nosso estudo se deu naqueles que apresentavam escores mais baixos de atitudes na fase pré-intervenção, ou seja, aqueles que tinham atitudes de menor apoio à inclusão das famílias nos cuidados apresentaram atitudes de apoio à inclusão do sistema familiar em sua unidade assistencial após o processo de formação realizado. Este é uma evidência relevante a ser considerada para uma mudança no contexto assistencial em direção às famílias, destacada por Benzein et al (2008) que sugere que atitudes de apoio dos enfermeiros à participação das famílias nos cuidados de enfermagem promovem um ambiente de cuidado em saúde que facilitam a implementação da enfermagem da família e melhoram a conversa terapêutica entre enfermeiros e famílias, bem como, o relacionamento entre as partes⁽¹³⁸⁾.

Estudo realizado com enfermeiras suecas⁽¹³⁸⁾ evidenciou uma média do escore para a escala total IFCE-AE igual a 88, maior que nos dois estudos realizados no Brasil. As atitudes dos enfermeiros acerca da importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem já haviam sido objeto de estudo⁽⁴⁴⁾ que realizamos previamente no mesmo local, nas mesmas unidades e utilizando o mesmo instrumento que o presente estudo, o qual indicou uma média de escore da escala total IFCE-AE de 82, maior do que a fase pré-intervenção deste estudo, cujo escore inicial para a escala total IFCE-AE foi de 79,8.

No estudo sueco⁽¹³⁸⁾, o escore correspondente ao primeiro quartil foi igual a 81, sendo consideravelmente maior que nos estudos brasileiros, sobretudo na fase pré-intervenção do nosso estudo (73,5). No estudo brasileiro realizado anteriormente ao nosso⁽⁴⁴⁾, o primeiro quartil era igual a 77, isto é, passados três anos e meio entre uma avaliação e outra, a média do escore de 25% dos enfermeiros caiu consideravelmente em nosso estudo, evidenciando o aspecto dinâmico do conceito analisado, em função da variação dos participantes.

A avaliação das atitudes dos enfermeiros acerca da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em relação a variável setor, no presente estudo e também no estudo prévio⁽⁴⁴⁾, indicou diferença estatisticamente significativa para a escala IFCE-AE total e para subescala 2 – “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”. Os enfermeiros do Alojamento Conjunto foram os que apresentaram a menor média de escore dentre todos os outros setores avaliados, tanto para a escala total IFCE-AE, quanto para a subescala 2: “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”.

A média do escore dos enfermeiros do Alojamento Conjunto para a escala total IFCE-AE no estudo anterior⁽⁴⁴⁾ era de 76, maior do que na fase pré-intervenção do nosso estudo (71,1) e menor do que a fase pós-intervenção (79,1). Para a subescala 2: “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” a média do escore no primeiro estudo era de 30, sendo menor na fase pré-intervenção deste estudo (29,2).

Os enfermeiros que integraram o grupo de residentes da área pediátrica, os quais apresentaram os maiores escores neste estudo, não participaram do estudo realizado anteriormente. No entanto, os enfermeiros do Pronto Socorro Infantil, que participaram de ambos os estudos, continuam apresentando escores mais elevados quando comparados aos outros grupos. No primeiro estudo⁽⁴⁴⁾ os enfermeiros do Pronto Socorro Infantil apresentavam uma média de escore igual a 87 para a escala IFCE-AE total e 35 para a subescala 2: “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”, enquanto, neste estudo, apresentaram uma média de escore pré-intervenção igual a 83,3 para a escala IFCE-AE total e 34 para a subescala 2: “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”, não apresentando diferença estatisticamente significativa na fase pós-intervenção.

Em relação a variável que questionou sobre o contato prévio do enfermeiro com conteúdo relacionado à Enfermagem da Família, houve diferença estatisticamente significativa em ambos os estudos para a Escala total IFCE-AE e para a subescala 2 – “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”, onde os enfermeiros que haviam tido contato com algum conteúdo relacionado a esta área do conhecimento apresentaram escores mais altos nos dois estudos realizados, indicativos de atitudes de maior apoio à inclusão das famílias nos cuidados⁽⁴⁴⁾.

A avaliação das atitudes dos enfermeiros acerca da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em relação à variável grau acadêmico e experiência prévia do enfermeiro com familiar gravemente doente, assim como no estudo brasileiro realizado anteriormente⁽⁴⁴⁾, não evidenciou diferença estatisticamente significativa nem para a Escala IFCE-AE total, nem para as três subescalas.

No entanto, apesar de nosso estudo não ter evidenciado diferença estatisticamente significativa para os escores da escala total e das subescalas em relação às variáveis idade e tempo de profissão, no estudo anterior que realizamos, a análise estatística efetuada indicou que as variáveis idade e tempo de profissão interferiram significativamente nos resultados. Os enfermeiros com mais tempo de profissão e com idade mais avançada apresentaram escores, na escala total IFCE-AE e nas subescalas, indicativos de atitudes de menor apoio à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem⁽⁴⁴⁾, diferente do estudo sueco⁽¹³⁸⁾, em que enfermeiras com idade mais avançada e graduadas há mais tempo, apresentaram atitudes de maior apoio.

Estudo de intervenção educativa pautada na Enfermagem dos Sistemas Familiares realizado com enfermeiros de uma unidade psiquiátrica na Islândia⁽¹³⁹⁾ indicou uma média de escore inicial (pré-intervenção) igual a 91,2 entre os enfermeiros do sexo feminino e 86,5 dentre os do sexo masculino, sendo consideravelmente maior que a média inicial do nosso estudo, a qual foi igual a 79,8. Na fase pós-intervenção do estudo islandês, encontrou-se diferença estatisticamente significativa apenas para a subescala 3: Família fardo, onde os escores pós-intervenção educativa indicaram que os enfermeiros tiveram redução na suas percepções acerca da família como um fardo depois de terem realizado o treinamento, o que não foi evidenciado em nosso estudo. Estudo semelhante realizado em unidades cirúrgicas do mesmo hospital, não encontrou diferenças nas atitudes dos enfermeiros antes e após a intervenção educativa⁽¹⁴⁰⁾.

Em relação ao impacto da intervenção educativa na percepção dos enfermeiros, estudos realizados no Canadá⁽⁸²⁾ e em Portugal⁽¹⁴¹⁾, cujos enfermeiros passaram por um processo de formação baseado na Enfermagem dos Sistemas Familiares, revelaram resultados semelhantes ao nosso estudo, os quais indicaram diferença na percepção dos enfermeiros quanto ao modo como percebiam a família após a intervenção educativa; a família passou a ser considerada como um todo, isto é, os enfermeiros conseguiram observar a família como um sistema e como unidade de cuidado; os enfermeiros também afirmaram que começaram a compreender melhor e ficaram mais atentos ao impacto da doença na família.

No presente estudo os enfermeiros acreditam ter havido diferença em suas atitudes em relação às famílias após a intervenção educativa, referindo que passaram a empreender conversas com as famílias de forma intencional e começaram a estarem mais disponíveis para as famílias, aumentando a quantidade de interações e comunicação verbal (conversas). As perguntas circulares e o uso do genograma foram referidos como estratégias que passaram a ser colocadas em prática após o treinamento, melhorando a competência dos enfermeiros para

avaliar e intervir junto às famílias. Resultados similares são referidos por estudo realizado em contexto de reabilitação pediátrica⁽⁸²⁾.

No que se refere à percepção dos enfermeiros acerca de sua prática e de si mesmos, tanto neste estudo quanto em outros dois estudos canadenses^(67,82), os enfermeiros referiram terem se percebido mais interessados nas famílias, e que ao utilizar este tipo de abordagem sentiram-se mais úteis e satisfeitos no trabalho que desenvolvem. Conforme afirma Angelo (1997) “o que distingue uma prática avançada com família, é a maneira como pensamos, a linguagem que utilizamos, as questões que formulamos e os relacionamentos que valorizamos”⁽¹⁴²⁾.

Outros estudos realizados em Portugal⁽¹⁴¹⁾, Brasil⁽¹⁴³⁾ e Hong Kong⁽⁷⁷⁾, com enfermeiros de atenção primária e de saúde mental, respectivamente, que passaram por processo de formação em enfermagem da família, também referiram a satisfação profissional como uma vantagem ao adotar uma prática pautada na abordagem sistêmica de cuidado à família, pois perceberam resultados positivos nas suas ações direcionadas às famílias.

Resultado semelhante entre o presente estudo e estudo canadense⁽⁸²⁾ refere-se à clarificação do papel do enfermeiro junto à família, em que após passarem pelo processo formativo baseado na Enfermagem dos Sistemas Familiares, os enfermeiros de ambos os estudos referiram estarem mais atentos ao tipo de assistência que oferecem às famílias, tendo mais clareza do seu papel como enfermeiro.

Na percepção dos enfermeiros participantes do nosso estudo, um dos pontos fortes do treinamento implementado foi o desencadeamento de reflexão acerca da prática; esta prática reflexiva foi proporcionada não apenas por uma reflexão acerca do papel do enfermeiro junto à família que vivencia a doença e a hospitalização, mas também porque os enfermeiros também conseguiram refletir sobre sua própria condição enquanto pessoa, sua condição enquanto família.

Estes resultados vêm de encontro a estudos que afirmam que para que a lacuna entre a teoria e a prática na enfermagem da família seja minimizada, o processo de ensino-aprendizagem deve utilizar estratégias pedagógicas que permitam aos aprendizes adquirir competências de uma maneira que seja significativa e relevante para eles, onde o aprendizado seja sistemático e mais reflexivo, fazendo os indivíduos refletirem sobre suas próprias experiências profissionais e pessoais^(79,80). Neste sentido, St John e Flowers (2009) afirmam que é mais provável que a enfermagem da família seja implementada em locais onde os pacientes experienciam doenças graves ou estão em risco de vida, onde a equipe foi

educacionalmente preparada, onde há uma orientação na prática (mentor) e há apoio da gestão institucional acerca da enfermagem da família⁽⁶⁷⁾.

Uma importante mudança referida pelos enfermeiros no presente estudo foi a adoção de uma prática desprovida de pré-julgamentos em relação às famílias, em que os enfermeiros referiram que após o treinamento, passaram a buscar conhecer a família antes de emitir qualquer tipo de parecer a respeito dela. Resultado semelhante foi relatado por estudo realizado por St John e Flowers (2009), em que os enfermeiros que adotam uma prática baseada na enfermagem da família têm uma abordagem não julgadora da família⁽⁶⁷⁾.

Em nosso estudo, os enfermeiros perceberam que as famílias ficaram mais calmas, seguras, aliviadas e tranquilas após terem sido atendidas por eles de acordo com a perspectiva da enfermagem dos sistemas familiares, resultado semelhante ao de estudo canadense⁽⁸²⁾ que também evidenciou que ao utilizar este tipo de abordagem, os enfermeiros referiram perceber melhoria em aspectos emocionais e psicológicos das famílias.

No que tange ao relacionamento entre enfermeiro e família, quando a prática foi guiada pela Enfermagem dos Sistemas Familiares, após a intervenção educativa os enfermeiros de nosso estudo referiram dedicar mais tempo para ouvir as preocupações das famílias e tentar ajudá-las, uma vez que passam a considerar importante cuidar também das famílias. Mudança semelhante foi encontrada em estudo canadense⁽⁸²⁾, no qual os enfermeiros também perceberam que o relacionamento com as famílias passou a ser mais aberto, respeitoso, solidário, prestativo, atencioso e útil e passaram a considerar mais a expertise da família a respeito da unidade familiar.

Da mesma forma que neste estudo, a maior barreira para a prática de enfermagem da família, dentre todas as referidas pelos enfermeiros, foi o tempo exigido para atender as famílias na prática, também referida em outros estudos^(67,141). Um dos estudos acrescenta como outra barreira o fato da enfermagem da família ser vista como uma atividade extra ou como atividade própria de outros profissionais, além de carências específicas que incluem a falta de conhecimento e habilidades na enfermagem da família, falta de mentor para guiar a prática, falta de desenvolvimento da equipe e de comprometimento administrativo⁽⁶⁷⁾.

A falta de tempo também foi referida em nosso estudo com uma barreira para registro do atendimento realizado à família. Mesmo tendo o guia de atendimento às famílias na prática clínica de enfermagem avaliado de forma positiva pelos enfermeiros, a maior parte referiu não dispor de tempo para utilizar esse instrumento na prática clínica diária, pois já têm muitas tarefas a cumprir. Resultado semelhante é referido por estudo que analisou a percepção de enfermeiros sobre a utilidade do conteúdo de enfermagem da família no ambiente clínico⁽⁶⁷⁾.

Assim como o presente estudo, estudo nacional que capacitou os enfermeiros a realizarem a entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família na Estratégia de Saúde da Família também relatou preocupação dos enfermeiros com a sobrecarga de trabalho caso a nova estratégia fosse incorporada à prática assistencial⁽¹⁴³⁾. Estes resultados refletem o impacto da introdução de novas ações nos ambientes assistenciais, ainda não plenamente preparados para tanto.

Estudo⁽⁶⁷⁾ refere que nos ambientes de cuidado onde a prática clínica da enfermagem da família é valorizada, há um tempo designado para os encontros com as famílias, para discutir questões com elas e para documentar essa prática. Nesses locais os enfermeiros valorizam a documentação da entrevista que fazem com a família e fazem seu registro.

Em nosso estudo os enfermeiros referiram que após o treinamento sentem que têm mais instrumentos e preparo para interagir e atender às famílias, causando maior sensação de segurança e empoderamento. Resultado semelhante foi evidenciado pelo estudo realizado com enfermeiros canadenses da área psiquiátrica⁽⁸³⁾, que também referiram sentirem-se mais instrumentalizados, empoderados e seguros nos encontros com as famílias após realizarem programa educacional sobre a Enfermagem dos Sistemas Familiares.

Resultado importante e semelhante entre este estudo e estudos que realizaram processo formativo dos enfermeiros baseado na Enfermagem dos Sistemas Familiares refere-se ao aumento da autoconfiança e/ou da competência referida pelos enfermeiros para assistirem às famílias na prática clínica diária após a intervenção educativa^(77,82,83,141).

Em relação à autoeficácia, no presente estudo, os enfermeiros referiram sentirem-se mais confiantes após o treinamento para abordar e conversar com as famílias que vivenciam situações difíceis; do mesmo modo, estudo realizado na Suécia no contexto oncológico⁽¹⁴⁴⁾ revelou que após intervenção educativa sobre comunicação e questões existenciais, os enfermeiros perceberam que sua autoconfiança para se comunicar com pacientes que vivenciam situações de grande sofrimento aumentou.

Santos (2012) constatou em seu estudo que enfermeiros cuja percepção de autoeficácia era baixa no trabalho com famílias revelavam atitudes desfavoráveis à abordagem sistêmica no cuidado às famílias. Em contrapartida, aqueles que tinham um senso de autoeficácia alto no trabalho com as famílias evidenciavam atitudes mais favoráveis à prática de enfermagem que tem a família como foco dos cuidados. Após intervenção educativa sobre a Enfermagem dos Sistemas Familiares os enfermeiros elevaram a percepção de sua autoeficácia no trabalho com famílias, de um nível médio para um nível médio alto após o processo de formação⁽¹⁴¹⁾.

Goudreau, Duhamel e Ricard (2006) reportando-se a programa educacional sobre a Enfermagem dos Sistemas Familiares com enfermeiras da área psiquiátrica, avaliando os resultados antes do programa e um ano após, também encontraram impacto na autoeficácia dos enfermeiros, onde aqueles que completaram o programa educacional referiram sentirem-se mais confiantes para realizar intervenções com famílias, além de referirem estar realizando estas intervenções de forma mais frequente e sistemática na avaliação realizada um ano após⁽⁸³⁾.

Em nosso estudo foi possível observar que os enfermeiros que referiram não terem percebido aumento na sua percepção de autoeficácia foram os que não realizaram o atendimento às famílias na prática clínica, tendo participado na etapa prática, apenas da dramatização. Estudo realizado por Pike e O'Donnel (2010) também observou que a estratégia de simulação clínica para o desenvolvimento de habilidades de comunicação não foi suficiente para aumentar a percepção de autoeficácia dos enfermeiros, pois eles não conseguiram relacionar a simulação com a prática da vida real. Indo de encontro a esses achados⁽⁷¹⁾.

Considerando as quatro principais fontes de informação envolvidas na percepção de autoeficácia, foi possível observar o impacto do treinamento na autoeficácia dos enfermeiros por meio das realizações pessoais, onde os enfermeiros referiram sentirem-se mais confiantes para se relacionarem e atenderem as famílias a partir do momento que observaram resultados positivos nas ações que realizaram. Esta constatação vai de acordo com o postulado por Bandura (1977), o qual afirma que as experiências de sucesso tem maior probabilidade de aumentar a percepção de autoeficácia quando o sucesso é visto como fruto da habilidade pessoal.

Em relação às experiências vicárias, apesar de consideradas menos influentes na percepção da autoeficácia do que as realizações pessoais⁽⁹³⁾, também foram fontes de informação importantes na percepção de aumento da autoeficácia dos enfermeiros participantes do estudo, pois observar a pesquisadora conduzindo entrevistas com as famílias na prática clínica interferiu de forma positiva na autoeficácia, possibilitou aos enfermeiros também se perceberem capazes de conduzir tal atendimento.

Ainda no que se refere às experiências vicárias, os enfermeiros referiram o impacto de suas ações direcionadas às famílias em outros profissionais de enfermagem que integram sua equipe. Segundo eles, ao observar os resultados positivos nas famílias após o atendimento do enfermeiro, outros membros da equipe começaram a modificar seus comportamentos diante das famílias. Segundo Bandura (1994) o impacto da observação de outros (modelos) na

percepção de autoeficácia é grandemente influenciado pela semelhança que a pessoa que observa percebe no outro (modelo).

No que tange a persuasão verbal e os estados emocionais como fontes de informação de autoeficácia, não foi possível observar nenhuma relação dos mesmos com o aumento de autoeficácia referido pelos enfermeiros em nosso estudo. Apesar de a pesquisadora ter buscado fortalecer as crenças dos enfermeiros de que eles eram capazes de realizar o atendimento às famílias na prática, de ajudar a reduzir o sofrimento delas por meio de suas ações de enfermagem pautadas na enfermagem dos sistemas familiares, não foi possível constatar se esse foi um fator de persuasão verbal que influenciou no aumento da percepção de autoeficácia dos enfermeiros.

A autoeficácia é a percepção que o indivíduo tem de suas próprias competências para realizar determinada tarefa de forma eficaz⁽⁹⁰⁾, sendo considerado o mais importante preditor do desempenho da pessoa dentre todos os construtos motivacionais⁽⁸⁹⁾. O construto da autoeficácia tem sido estudado há algum tempo em situações de treinamento e os resultados evidenciados são consistentes: a autoeficácia, quer o indivíduo já possua, quer adquira durante o treinamento, leva a uma melhor aprendizagem e desempenho. Deste modo, a autoeficácia pode ser útil, tanto como alvo da intervenção formativa, ou seja, que o treinamento seja direcionado para o aumento da autoeficácia, tanto como resultado desejável do processo de formação, isto é, como indicador de sucesso do treinamento⁽¹⁴⁵⁾.

Na área de saúde, a autoeficácia é um construto que vem sendo avaliado após intervenções educativas, sobretudo, no que se refere à avaliação do impacto de treinamentos relacionados ao desenvolvimento de habilidades de comunicação na autoeficácia dos profissionais de saúde, onde os estudos constataram aumento na autoeficácia percebida pelos indivíduos para se comunicarem com pacientes e famílias^(146,147,148,149).

A escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/Pediátrico, construída e validada no presente estudo, é um instrumento inovador, que pode ser aplicado em situações de treinamento que visem realizar um diagnóstico situacional e avaliar o impacto do processo de formação na autoeficácia dos enfermeiros para estabelecerem bons relacionamentos com famílias no contexto neonatal/pediátrico hospitalar.

É preciso avaliar a autoeficácia, mas também outros elementos em processos de formação, como atitudes e competências. Compartilhamos das afirmações de Doyle et al (2011), os quais alertam sobre a avaliação isolada da autoeficácia dos indivíduos após um programa de treinamento; os autores acreditam que a avaliação de um programa de

treinamento sobre os indivíduos deve integrar também uma avaliação da performance, pois, apesar da autoeficácia predizer de forma positiva a mudança de comportamento, se o indivíduo não passar por uma avaliação externa de sua performance, não será possível afirmar se, de fato, o aumento da autoeficácia percebida teve impacto em suas ações⁽¹⁵⁰⁾.

No presente estudo, a pesquisadora ficou próxima dos enfermeiros durante todo o processo de intervenção, sobretudo, na etapa de realização das entrevistas no campo clínico, onde eles puderam discutir com a pesquisadora os casos que atenderam sozinhos ou foram junto a mesma observar o atendimento realizado, resultando em impacto positivo na autoeficácia percebida.

Isto vai de acordo com as ideias de Bell (2014) sobre a transferência do conhecimento de enfermagem da família para a prática “este importante trabalho requer parceria, colaboração e fortes relacionamentos entre pesquisadores e usuários do conhecimento. Nós aprendemos por tentativa e erro a forma e o modo da intervenção educativa para os enfermeiros da prática precisam ser desenvolvida em parceria com as próprias enfermeiras. Sabemos que simplesmente oferecer e examinar o efeito de uma breve intervenção educativa sem *coaching* e *mentoring*, normalmente é insuficiente para mudar a prática. Também aprendemos que uma clara visão, articulada a experientes administradores de cuidado em saúde sobre a importância de cuidar de famílias, proporciona o endosso a esta missão crucial – sem a qual um projeto de transferência de conhecimento falha⁽⁶⁶⁾.”

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção realizada constituiu de uma proposta de formação educativa, sendo um importante elemento para impulsionar o crescimento do ensino e da prática, de enfermagem da família por meio das complexidades que envolvem a transferência de conhecimentos. As ações bem-sucedidas apresentadas neste estudo constituem evidência científica e clínica, que podem ser reproduzidas em outros contextos assistenciais e também em instituições de ensino e contribuir para o avanço do conhecimento com a realização de novos estudos.

O curto espaço de tempo entre a intervenção e a avaliação implementadas e a não realização da entrevista no campo clínico pela totalidade dos enfermeiros, foram limitações do estudo, que reduziram a possibilidade de obter mais dados que pudessem evidenciar mais mudanças na prática. Outra limitação pode ser o fato do estudo ter sido realizado em contextos assistenciais de uma única instituição, um hospital universitário. Aplicar a formação em outras instituições poderia produzir resultados distintos, em função de diferenças nas características dos enfermeiros e também na cultura organizacional.

A despeito das limitações, consideramos que o presente estudo possui vários pontos fortes, que podem reforçar a prática clínica do enfermeiro com famílias e impulsionar a pesquisa sobre o tema. Acreditamos que os seguintes elementos contribuíram para os resultados evidenciados e devem ser considerados no planejamento de outros treinamentos e estudos que visem capacitar os enfermeiros para atenderem famílias na prática clínica de enfermagem:

- Integração de teoria e prática no processo educativo, pois apenas um ou outro não tem força para modificar percepções, atitudes e aumentar a autoeficácia.
- Fundamentação teórica sólida, orientando um treinamento baseado em modelos de enfermagem já consolidados para a prática clínica com famílias.
- Concepção construtivista como referencial pedagógico, com participação ativa dos enfermeiros no processo de (re)construção do conhecimento.
- Utilização da estratégia de dramatização (*role playing*).
- Desencadeamento de uma prática reflexiva (*reflective practice*), sobretudo, por meio de exemplos experienciados pelos enfermeiros na sua prática assistencial diária. Importante considerar que o treinador deve realizar uma fase exploratória no campo

antes do treinamento, para conhecer o contexto, considerando a realidade do cotidiano dos enfermeiros.

- Realização de entrevista na prática clínica pelos enfermeiros, associando os conceitos de *coaching* e o modelo de papel (*role modelling*) a essa etapa.

Em nosso estudo consideramos como etapa prática a participação na dramatização e/ou entrevista no campo clínico, contudo, recomendamos que estudos futuros que visem traduzir o conhecimento acerca da enfermagem dos sistemas familiares para a prática clínica realizem ambas as estratégias, garantindo maior sucesso na transferência do conhecimento.

A carga horária de 8 horas, de etapa teórica e prática (dramatização) do treinamento foi adequada à necessidade da instituição hospitalar e a etapa prática (entrevista no campo) ocorreu dentro das unidades, no próprio horário de trabalho dos enfermeiros, sendo integrada à assistência que prestavam. É importante que os processos de formação propostos por instituições ou por pesquisadores, destinados a transferir o conhecimento teórico para a prática, seja planejado de modo a torná-lo mais factível no campo clínico, possibilitando aos enfermeiros e outros profissionais participarem de treinamentos dentro do horário e local de trabalho, sem acarretar prejuízos ao serviço e sem agregar sobrecarga de tempo ao profissional.

A consolidação desse processo sistemático de capacitação dos enfermeiros para o cuidado da família em outras instituições, acadêmicas ou assistenciais, pode instrumentalizar mais enfermeiros para atenderem famílias na prática clínica e, deste modo, mais famílias receberão o apoio que necessitam para o manejo de suas situações de doença e hospitalização. O enfermeiro ampliará mais seu espaço de atuação, dando um sentido maior ao seu trabalho com famílias e adquirindo maior visibilidade neste processo junto à família.

O construto de interesse final desta pesquisa era o relacionamento eficaz entre enfermeiro e família, ou seja, que após a intervenção educativa o enfermeiro fosse capaz de compreender o que vinha a ser estabelecer um relacionamento eficaz com a família. Entretanto, o bom relacionamento precisava ser compreendido como um dos elementos que integra o processo de construção do relacionamento eficaz. O bom relacionamento constitui um importante componente que deve ser avaliado e integrado na construção desse contexto relacional estabelecido entre enfermeiro e família que deve ser eficaz.

Tivemos a certeza, ao término do treinamento, de que os enfermeiros só passam a compreender o que vem a ser um relacionamento eficaz quando são devidamente

instrumentalizados para atender às famílias, caso contrário, têm a percepção de que o processo relacional com famílias constitui-se apenas de um bom relacionamento.

Relacionar-se de forma eficaz com a família é compreender que não é qualquer tipo de relação que deve ser estabelecida, mas sim, uma relação profissional, onde as crenças, valores e princípios pessoais do enfermeiro devem ser trabalhados pelo profissional para não interferirem, dificultando ou impedindo a construção de um contexto relacional adequado; para isso o enfermeiro precisa adquirir habilidades e competências para atender família, como uma prática relacional reflexiva.

Sendo assim, o relacionamento eficaz refere-se a uma relação intencional, não espontânea e sistematizada, cujo resultado – ser eficaz - só poderá ser alcançado se as situações forem interpretadas de modo que alguns princípios sejam incorporados e se reflitam em atitudes que permitam sua concretização.

O relacionamento eficaz é intencional, ou seja, ele não é espontâneo ou acontece por um acaso, o enfermeiro engaja-se na construção de um relacionamento com a família propositalmente. Em decorrência disso, pode-se afirmar que o relacionamento eficaz tem como meta a ser atingida, atender às demandas familiares, buscando amenizar o seu sofrimento durante o tempo de hospitalização da criança.

O relacionamento eficaz é sistematizado, e norteado por princípios teóricos que direcionam os pensamentos e as ações do enfermeiro, num começo, meio e fim, que devem estar bem claros na mente do enfermeiro para ele não se perder no meio do caminho. Para isso é preciso que ele esteja devidamente instrumentalizado para relacionar-se eficazmente com o sistema familiar.

Na perspectiva de pesquisas, estes resultados demandam mais estudos sobre a mobilização de conceitos e crenças dos enfermeiros e da experiência das famílias em relação à Enfermagem dos Sistemas Familiares.

Os principais resultados observados nas famílias pelos enfermeiros após utilizarem uma abordagem de cuidado norteada pela Enfermagem dos Sistemas Familiares foi o aumento da confiança e do vínculo entre família e enfermeiro-equipe. Os enfermeiros conseguiram perceber que as famílias ficaram mais afáveis, calmas, tranquilas, receptivas e seguras, conseguindo realizar mais perguntas, expor seus sentimentos e necessidades. Essas observações são importantes para o aumento da autoeficácia dos enfermeiros.

A escala de atitudes IFCE-AE utilizada neste estudo pode ser aplicada com enfermeiros que atuam em qualquer especialidade e em diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária, terciária ou quaternária), apresentando-se como um instrumento

relevante para ser utilizado em futuros estudos que desejem comparar as atitudes dos enfermeiros de um mesmo serviço ou instituição, em diferentes momentos, possibilitando observar o impacto de intervenções acerca das atitudes dos enfermeiros em direção às famílias ao longo do tempo.

Importante considerar também a necessidade de ampliar estudos sobre a implementação na prática de supervisão clínica e do *coaching* para as atividades relacionais do enfermeiro com famílias e realizar avaliações pós-intervenção educativa, por períodos mais extensos, como seis meses ou um ano após o treinamento.

Apesar dos dados quantitativos não terem evidenciado diferença estatisticamente significativa na mudança das atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados nas fases pré e pós-intervenção, os resultados provenientes da análise qualitativa demonstram que a formação educativa influenciou positivamente nas atitudes dos enfermeiros em relação às famílias, uma vez que eles mesmos fazem uma reflexão acerca de sua prática, apontando as mudanças que ocorreram no *self* e nas suas atitudes em relação às famílias na prática clínica. A utilização de métodos mistos foi fundamental para a observação destes resultados.

Foi possível observar maior sucesso, no que tange a percepção do aumento da autoeficácia e percepção de melhora no desempenho do enfermeiro para se relacionar e atender as famílias, dentre aqueles que realizaram a entrevista com a família no campo clínico. É evidente que não basta que a pessoa acredite em sua capacidade de realizar determinada tarefa, ela precisa efetivamente estar instrumentalizada e capacitada para tal. Assim, deve-se constituir como metas para aqueles que passam por um processo formativo, o aumento da autoeficácia e o desenvolvimento de competências, a fim de impactar em suas atitudes e em seu desempenho. Neste sentido, a auto percepção de intenção do enfermeiro para aplicar o conhecimento de enfermagem da família na prática e a sua autoeficácia são importantes variáveis de estudos futuros.

A Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal/ Pediátrico construída e validada neste estudo é um instrumento confiável e válido para ser utilizado no campo da pesquisa, da prática ou do ensino que objetivem avaliar a autoeficácia dos enfermeiros para estabelecer bons relacionamentos com as famílias no contexto neonatal/pediátrico hospitalar. Esta avaliação pode ser realizada antes, durante ou após um treinamento. Além disso, a escala pode ser um instrumento para condução de estudos e para auxiliar na gestão administrativa, de modo que a autoeficácia dos enfermeiros para se relacionarem com as famílias possa ser constantemente

avaliada pelas instituições, seja durante um processo admissional, seja para realizar um diagnóstico situacional ou avaliar o processo de formação contínuo dos enfermeiros.

Explorar o impacto de uma intervenção educativa com enfermeiros para o desenvolvimento de relacionamentos eficazes com famílias na prática clínica é uma necessidade e uma preocupação que deve estar presente nas agendas dos pesquisadores e dos serviços de saúde, considerando o alto impacto que tais ações têm sobre as boas práticas de atendimento às famílias em saúde.

Quanto mais estudos forem realizados sobre o tema, maiores as possibilidades de um número cada vez maior de enfermeiros se motivar a trabalhar com famílias, elevando seu patamar de cuidados do individual para o familiar. O relacionamento com famílias é desafiador e complexo, mas é fundamental que seja realizado com grande competência e eficácia, pois as famílias ainda são os mais importantes recursos para o cuidado que a sociedade dispõe.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Benner, P. From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Upper Saddle River: Prentice Hall Health; 2001.
2. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2012.
3. Wright LM, Bell JM. Beliefs and Illness: a model for healing. 4th ed. Calgary: Floor Press; 2009.
4. Robinson CA, Wright LM. Family nursing interventions: what families say makes a difference. J Fam Nurs. 1995;1(3):327-45.
5. Polit DF, Beck CT. Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
6. Sampaio PSS. Cuidado da família em pediatria: vivência do enfermeiro em um hospital universitário [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
7. Angelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. Fam Saúde Desenv. 1999;1(1/2): 7-14.
8. Costenaro RGS, Lacerda MR. Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador? 2ed. Santa Maria: Unifra; 2002.
9. Celich KLS. Dimensões do processo de cuidar: a visão das enfermeiras. Rio de Janeiro: EPU; 2004.
10. Waldow V. Cuidar expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2006.
11. Doane GH, Varcoe C. Relational practice and nursing obligations. Adv Nurs Sci. 2007;30(3):192-205.
12. Tarlier D. Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. Nurs Philos. 2004; 5:230-41.
13. Armstrong AE. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. Nurs Philos. 2006; 7: 110-24.
14. Callery P, Milnes L. Communication between nurses, children and their parents in asthma review consultations. J Clin Nurs. 2012;21(11-12):1641-50.
15. Andraus LMS, Minamisava R, Munari DB. Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. Cienc Cuid Saude. 2004;3(2):203-8.
16. Espezel H, Canam JC. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. J Adv Nurs. 2003;44(1):34- 41.

17. O'Haire ES, Blackford CJ. Nurses' moral agency in negotiating parental participation in care. *Int J Nurs Pract*. 2005;11:250-6.
18. Power N, Franck L. Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2008; 62(6): 622-41.
19. Ygge B, Lindholm C, Arnetz J. Hospital staff perceptions of parental involvement in paediatric hospital care. *J Adv Nurs*. 2006;53: 534-42.
20. Silveira AO, Angelo M. A experiência de interação da família que vivencia a doença e hospitalização da criança *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(6):893-900.
21. Quirino DD, Collet N, Neves AFG. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(2):300-6.
22. Hayakawa LY, Marcon SS, Higarashi IH. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(2):175-82.
23. Cruz AC, Angelo M. Estomas em Neonatologia: um resgate da memória materna. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1206-12.
24. Coyne I, Cowley S. Challenging the philosophy of partnership with parents: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. 2007;44: 893-904.
25. Hertzberg A, Ekman S. "We, not them and us?" Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *J Adv Nurs*. 2000;31: 614-22.
26. Hertzberg A, Ekman S, Axelsson K. Staff activities and behavior are the source of many feelings: Relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes. *J Clin Nurs*. 2001;10: 380-8.
27. Aein F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Struggling to create new boundaries: a grounded theory study of collaboration between nurses and parents in the care process in Iran. *J Adv Nurs*. 2011;67(4):841-53.
28. Coyne I, O'Neill C, Murphy M, Costello T, O'Shea R. What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *J Adv Nurs*. 2011;67(12), 2561-73.
29. Correa I. Vivências do profissional de saúde diante do familiar da criança internada em unidade pediátrica. *Rev Min Enferm*. 2005;9(3):237-41.
30. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(2):191-7.

31. 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.
32. MAM Pettengill, Angelo M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):280-5.
33. MAM Pettengill, Angelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(6):982-8.
34. Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. *Fam Saúde Desenv*. 1999;1(1/2):21-6.
35. Bell JM. Relationships: The heart of the matter in Family Nursing. *J Fam Nurs*. 2011;17(1):3-10.
36. Phillips-Salimi CR, Haase JE, Kooken WC. Connectedness in the context of patient-provider relationships: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2012;68(1):230-45.
37. Austin W, Goble E, Strang V, Mitchell A, Thompson E, Lantz H, et al. Supporting Relationships Between Family and Staff in Continuing Care Settings. *J Fam Nurs*. 2009; 15(3):360-83.
38. Corrêa AK, Sales CA, Soares L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do Enfermeiro. *Acta Scientiarum*. 2002; 24(3):811-18.
39. Paliadelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H. Implementing family-centred care: an exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. *Aust J Adv Nurs*. 2005;23:31-6.
40. Sarajarvi A, Haapamaki M, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child's illness. *Int Nurs Rev*. 2006;53(3):205-10.
41. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *J Clin Nurs*. 2006;15(10):1317-23.
42. Cruz AC, Angelo M. Cuidado Centrado na Família em Pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Cienc Cuid Saude*. 2011;10(4):861-5.
43. Fernandes CNS, Andraus LMS, Munari DB. O Aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*. 2006 [cited 2015 Mar 12];8(1). Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_14.htm.
44. Angelo M, Cruz AC, Mekitarian FFP, Santos CCS, Martinho MJCM, Martins MMFPS. Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(N. esp.):75-81.

45. Porr C, Drummond J, Olson K. Establishing Therapeutic Relationships With Vulnerable and Potentially Stigmatized Clients. *Qual Health Res.* 2011;22(3): 384–96.
46. Hanson SMH, Boyd ST. Family Nursing: an overview. In: Hanson SMH, Boyd ST. *Family health care nursing: theory, practice and research.* Philadelphia: FA Davis Company; 1996.
47. Friedman MM. *Family nursing: theory and practice.* 3rd ed. Norwalk CT: Appleton & Lange; 1992.
48. Wright LM, Leahey M. Trends in nursing families. *J Adv Nurs.* 1990;15:148-54.
49. Kaakinen JR, Hanson SMH. Theoretical Foundations for the Nursing of Families. In: Kaakinen JR, Gedaly-Duffy V, Coehlo DP, Hanson SMH. *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research.* 4th ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2010.
50. Bell JM. Family Systems Nursing: Re-examined [Editorial]. *J Fam Nurs.* 2009;15(2):123-9.
51. Angelo M, Bousso RS, Rossato LM, Damião EBC, Silveira AO, Castilho AMCM, et al. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(N. esp. 2):1337-41.
52. Angelo M. The emergence of family nursing in Brazil. *J Fam Nurs.* 2008;14(4):436-41.
53. Heath H. Paradigm dialogues and dogma: finding a place for research, nursing models and reflective practice. *J Adv Nurs.* 1998;28(2): 288-94.
54. Wimpenny P. The meaning of models of nursing to practising nurses. *J Adv Nurs.* 2002;40(3): 346-54.
55. Cruz AC, Angelo M. Modelos utilizados para o cuidado da família do recém-nascido na prática clínica de enfermagem. In: *Anais do 3º Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal COBENEO, 1º Congresso Internacional de Enfermagem Neonatal, 3º Encontro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal do Centro-Oeste ENEON e VII Fórum Nacional de Formação de Enfermeiros na Saúde da Mulher e do Neonato;* 2014 nov. 12-14; Goiânia. Rio de Janeiro: ABENFO; 2014. p. 18-19. Available from: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/292_anais-cobeneo.pdf
56. Schober M, Affara F. *The Family Nurse: Frameworks for Practice.* Geneva: International Council of Nurses; 2001.
57. Bell JM. Family Nursing is more than Family Centered Care. *J Fam Nurs.* 2013;19(4):411-7.

-
58. Franck LS, Callery P. Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child Care Health Dev.* 2004;30(3):265-77.
 59. Coyne I, Murphy M, Costello T, O'Neill C, Donnellan C. A survey of nurses' practices and perceptions of Family- Centered Care in Ireland. *J Fam Nurs.* 2013;19(4) 469-88.
 60. Butler A, Copnell B, Willetts G. Family-centred care in the pediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *J Clin Nurs.* 2013;23:2086-100.
 61. Chant S, TIM Jenkinson J, Randle J, Russell G. Communication skills: some problems in nursing education and practice. *J Clin Nurs.* 2002;11:12-21.
 62. Hartrick G. Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *J Adv Nurs.* 1997;26(3):523-8.
 63. Duhamel F, Dupuis F, Wright L. Families' and Nurses' Responses to the "One Question Question": reflections for clinical, practice, education and research in Family Nursing. *J Fam Nurs.* 2009;15(4)461-85.
 64. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for map? *J Contin Educ Health Prof.* 2006;26(1):13-24.
 65. Svavarsdottir EK, Tryggvadottir GB, Sigurdardottir AO. Knowledge Translation in Family Nursing: Does a short-therapeutic conversation intervention benefit families of children and adolescents in a Hospital Setting? Findings from Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *J Fam Nurs.* 2012;18(3):303-27.
 66. Bell JM. Knowledge Translation in Family Nursing: Gazing into the Promised Land. *J Fam Nurs.* 2014;20(1):3-12.
 67. St John W, Flowers KA. Working with families: from theory to nursing practice. *Collegian.* 2009;16:131-8.
 68. Bell JM. Family Nursing Education: Faster, Higher, Stronger. *J Fam Nurs.* 2010;16(2):135-45.
 69. Tomlinson OS, Thomlinson E, Peden-McAlpine C, Kirschbaum M. Clinical innovation for promoting family care in paediatric intensive care: demonstration, role modelling and reflective practice. *J Adv Nurs.* 2002;38(2):161-70.
 70. Binding LL, Morck AC, Moules NJ. Learning to see the other: A vehicle of reflection. *Nurse Educ Today.* 2010;30:591-4.
 71. Pike T, O'Donnel V. The impact of clinical simulation on learner self-efficacy in pre-registration nursing education. *Nurse Educ Today.* 2010;30:405-10.

-
72. Lee ACK, Leung SSK, Mak YW. The application of family-nursing assessment skills: from classroom to hospital ward among final-year nursing undergraduates in Hong Kong. *Nurse Educ Today*. 2012;32:78-84.
 73. Flowers KA, St John W, Bell JM. The role of clinical laboratory in teaching and learning family nursing skills. *J Fam Nurs*. 2008;14(2):242-67.
 74. Anderson KH, Friedemann ML. Strategies to Teach Family Assessment and Intervention through an online international curriculum. *J Fam Nurs*. 2010;16(2):213-33.
 75. Leahey M, Harper-Jaques S. Integrating Family Nursing into a mental health care urgent care practice framework: ladders and learning. *J Fam Nurs*. 2010;16(2):196-212.
 76. Svavardottir EK. Excellence in Nursing: A model for implementing Family Systems Nursing in nursing practice at an institutional level in Iceland. *J Fam Nurs*. 2008;14(4):456-68.
 77. Simpson P, Yeung FKK, Kwan ATY, Wah WK. Family Systems Nursing: a guide to mental health care in Hong Kong. *J Fam Nurs*. 2006;12(3):276-91.
 78. Sveinbjarnatdottir EK, Svavarsdottir EK, Saveman BI. Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following and educational and training intervention program. *J Psychiatr and Ment Health Nurs*. 2011;18:895-903.
 79. Moules N, Johnstone H. Commendations, conversations, and life-changing realizations: teaching and practicing family nursing. *J Fam Nurs*. 2010;16(2):146-60.
 80. Fast Braun V, Hyndman K, Foster C. Family Nursing for undergraduate nursing students: The Brandon University Family Case Model approach. *J Fam Nurs*. 2010;16(2):161-76.
 81. Holtslander L, Solar J, Smith NR. The 15-Minute Family Interview as a Learning Strategy for senior Undergraduate Students. *J Fam Nurs*. 2013;19(2):230-48.
 82. LeGrow K, Rossen BE. Development of professional practice based on a Family Systems Nursing Framework: nurses and families' experiences. *J Fam Nurs*. 2005;11(1):38-58.
 83. Goudreau J, Duhamel F, Ricard N. The impact of a Family Systems Nursing Educational Program on the Practice of Psychiatric Nurses. *J Fam Nurs*. 2006;12(3):292-306.

-
84. Duhamel F. Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a center of excellence in family nursing. *J Fam Nurs*. 2010;16(1):8-25.
 85. Simpson P, Tarrant M. Development of the Family Nursing Practice Scale. *J Fam Nurs*. 2006;12(4):413-25.
 86. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10^a ed. New Jersey: Pearson; 2009.
 87. Blumer H. Symbolic Interactionism: perspective and method. New Jersey: Englewood Cliffs; 1969.
 88. Bandura A. Social Cognitive Theory: An agentic perspective. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:1-26.
 89. Bandura A, Locke EA. Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *J Appl Psychol*. 2003;88(1): 87-99.
 90. Bandura, A. Self-efficacy. In: V. S. Ramachaudran, editor. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press; 1994. p. 71-81. v.4.
 91. Bandura A. Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. In: Pajares F, Urdan T, editors. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. 2006. p.307-37.
 92. Bzuneck JA. As crenças de Auto-Eficácia e o seu Papel na Motivação do Aluno. In: E. Boruchovitch & J.A. Bzuneck. *A Motivação do Aluno: Contribuições da Psicologia Contemporânea*. 4^a ed. Petrópolis: Editora Vozes ; 2009. p.116-33.
 93. Bandura A. Self- Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
 94. Bandura A, Adams N, Beyer J. Cognitive Processes Mediating Behavioral Change. *J Pers Soc Psychol*. 1977;35(3):125-39.
 95. Bandura A. Cultivate Self-Efficacy for Personal and Organizational Effectiveness. In: EA Locke. *Handbook of principles of organization behavior*. Oxford: Blackwel; 2000.
 96. Bandura A. Self-Efficacy: Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*. 1982;37(2):122-47.
 97. Bandura A, Adams NE. Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*. 1977;1(4) 287-310.
 98. Bandura A. Perceived Self-Efficacy in the Exercise of Control over AIDS Infection. *Evaluation and Program Planning*. 1990;13: 9-17.

-
99. Solé I, Coll C. Os professores e a concepção construtivista. In: Coll C, Martín E, Mauri T, Miras M. Onrubia J, Solé I, Zabala A. O construtivismo na sala de aula. 6ª ed. São Paulo: Ática, 2004.p.9-29.
 100. Mauri T. O que faz com que o aluno e a aluna aprendam os conteúdos escolares? In: Coll C, Martín E, Mauri T, Miras M. Onrubia J, Solé I, Zabala A. O construtivismo na sala de aula. 6ª ed. São Paulo: Ática, 2004. p.79-122.
 101. Miras M. Um ponto de partida para a aprendizagem de novos conteúdos: os conhecimentos prévios. In: Coll C, Martín E, Mauri T, Miras M. Onrubia J, Solé I, Zabala A. O construtivismo na sala de aula. 6ª ed. São Paulo: Ática, 2004.
 102. Solé I. Disponibilidade para a aprendizagem e sentido da aprendizagem. In: Coll C, Martín E, Mauri T, Miras M. Onrubia J, Solé I, Zabala A. O construtivismo na sala de aula. 6ª ed. São Paulo: Ática, 2004. p. 29-55.
 103. Coll C, Martín E. A avaliação da aprendizagem no currículo escolar: uma perspectiva construtivista. In: Coll C, Martín E, Mauri T, Miras M. Onrubia J, Solé I, Zabala A. O construtivismo na sala de aula. 6ª ed. São Paulo: Ática, 2004. p.197-221.
 104. De Domenico EBL. Referenciais de competências segundo níveis de formação superior em enfermagem: a expressão do conjunto [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
 105. Macedo L. Ensaios Construtivistas. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
 106. Zabala A. Os enfoques didáticos. In: Coll C, Martín E, Mauri T, Miras M. Onrubia J, Solé I, et al. O construtivismo na sala de aula. 6ª ed. São Paulo: Ática, 2004. p.153-95.
 107. Araújo JCS. Para uma análise das representações sobre as técnicas de ensino. In: Feltran A, Lopes AO, Azambuja JQ, Araújo JCS, Veiga IPA, Castanho MELM, et al. Técnicas de ensino: por que não? 19ª ed. São Paulo: Papirus Editora, 2008. p.11-34.
 108. Lopes AO. Aula expositiva: superando o tradicional. In: Feltran A, Lopes AO, Azambuja JQ, Araújo JCS, Veiga IPA (org.), Castanho MELM, et al. Técnicas de ensino: por que não? 19ª ed. São Paulo: Papirus Editora, 2008. p.35-48.
 109. Levitt C, Adelman DS. Role-Playing in Nursing Theory: Engaging Online Students. J Nurs Educ. 2010;49(4):229-32.
 110. Rierza JRM, Cibanal JL, Mora MJP. Using role-playing in the integration of knowledge in the teaching-learning process in nursing: assessment of students. Texto Contexto Enferm. 2010;19(4):618-26.
 111. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turneer LA. Toward a definition of mixed methods research. J Mix Methods Res. 2007;1(2):112-33.

112. Wheeldon J. Mapping mixed methods research: methods, measures and meaning. *J Mix Methods Res.* 2010;4(2):87-102.
113. CIES, Duarte T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). Lisboa: CIES-ISCTE (CIES e-Working Paper, 60); 2009.
114. Onwuegbuzie AJ, Bustamante RM, Nelson JÁ. Mixed Reaearch as Tool for Developing Quantitative Instruments. *J Mix Methods Res.* 2010;4(1):56-78.
115. Kelle, U. "Sociological Explanations between Micro and Macro and the Integration of Qualitative and Quantitative Methods", In: *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* [Internet]. 2001 [cited 2015 Mar 12] Available from: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm>
116. Collins KMT, Onwuegbuzie A J, Sutton I L. A model incorporating the rationale and purpose for conducting mixed methods research in special education and beyond. *Learn Disabil.* 2006;4:67-100.
117. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [cited 2015 Feb 09]; 15(3). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf
118. Kruijver IP, Kerkstra A, FRancke AL, Bensing JM, Van de Wiel HB. Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2000;39:129-145.
119. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2014.
120. Benzein E, Arestedt KF, Johansson P, Saveman BI. Families' importance in nursing care: nurses' attitudes – an instrument development. *J Fam Nurs.* 2008;14(1):97-117.
121. Oliveira PCM, Fernandes HIV, Vilar AISP, Figueiredo MHJS, Ferreira MMSRS, Martinho MJCM, Figueiredo MCAB, Andrade LMC, Carvalho JCM, Martins MMFPS. Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar 22]; 45(6):1329-35. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/en_v45n6a08.pdf
122. Saveman BI, Benzein EG, Engström AH, Arestedt KF. Refinement and Psychometric Reevaluation of the Instrument: Families Importance in Nursing Care - Nurses' attitudes. *J Fam Nurs.* 2011;17(3):312-29.

-
123. Pêcheux M. Análise automática do discurso (AAD-69). In: Gadet F, Hak T, organizadores. Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. 2^a ed. Campinas: Ed Unicamp; 1993. p.61-105.
 124. Hollander M, Wolfe DA, Chicken E. Nonparametric statistical methods. 3rd ed. Hoboken: John Wiley & Sons; 2013.
 125. Mota DDCF, Pimenta CAM. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio par a pesquisa clínica de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007;28(3):309-14.
 126. Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(n. esp):992-9.
 127. Polit D, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
 128. Polydoro SAJ, Azzi RG. Autorregulação: aspectos introdutórios. In: Bandura A, Azzi RG, Polydoro SAJ. (e cols). Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 129. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiq Clin.* 1998; 25(5):206-13.
 130. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IPAPP; 1999.
 131. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes; 2003.
 132. Everitt BS. Multivariate Analysis: the need for data, and the other problems. *Br J Psychiatry.* 1975;126:237-40.
 133. Rogers WM., Schmitt M, Mullins ME. Correction for unreliability of multifactor measures: comparison of Alpha and parallel forms approaches. *Organ Res Methods.* 2002;5:184-99.
 134. Streiner DL. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *J Pers Assess.* 2003; 80:217-22.
 135. Kline P. The handbook of psychological testing. London: Routledge; 1993.
 136. Horn J. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika.* 1965; 30:179-85.
 137. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis. 4 ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.

138. Benzein E, Johansson P, Arestedt KF, Saveman BI. Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *J Fam Nurs*. 2008;14(2):162-80.
139. Sveinbjarnatdottir EK, Svavarsdottir EK, Saveman BI. Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following and educational and training intervention program. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011; 18: 895-903.
140. Blöndal K, Zoëga S, Hafsteinsdottir JE, Olafsdottir OA, Thorvardardottir AB, Hafsteinsdottir, SA, Sveinsdóttir H. Attitudes of Registred and Licensed Practical Nurses about the Importance of Families in Surgucal Hospital Units: Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *J Fam Nurs*. 2014; 20 (3): 355-75.
141. Santos MLVA. Abordagem Sistêmica do Cuidado à Família: Impacto no Desempenho Profissional do Enfermeiro [tese] Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012.
142. Angelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem. [tese - livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;1997.
143. Silva MCLSR, Moules NJ, Silva L, Bouso RS. The 15-minute family interview: a family health strategy tool. *Rev Esc USP*. 2013; 47(3):634-9.
144. Udo C, Melin-Johansson C, Henochi I, Axelsson B, Danielson E. Surgical nurses' attitudes towards caring for patients dying of cancer – a pilot study of an educational intervention on existential issues. *Eur J Cancer Care*. 2014; 23: 426-40.
145. Salas E, Cannon-Bowers A. the Science of training: a decade of progress. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52: 471-99.
146. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18: 137–40.
147. Merckaert I, Libert Y, D. Razavi D. Communication skills training in cancer care: Where are we and where are we going? *Curr Opin Oncol*. 2005; 17: 319–30.
148. Wagner D, Bear M, Sander J. Turning simulation into reality: Increasing student competence and confidence. *J Nurs Educ*. 2009; 48: 465–67.
149. Li-Ling Hsu, Ya-Hsuan Huang, Suh-Ing Hsieh. The effects of scenario-based communication training on nurses' communication competence and self-efficacy and myocardial infarction knowledge. *Patient Educ Couns*. 2014; 95: 356-64.

150. Doyle D, Copeland HL, Bush D, Stein L, Thompson S. A course for nurses to handle difficult communication situations. A randomized controlled trial of impact on self-efficacy and performance. *Patient Educ Couns.*2011; 82(1):100-9.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Bases teóricas e pragmáticas do treinamento e do guia para atendimento das famílias na prática clínica de enfermagem.

Base teórica	Base pragmática
<p>Para desenvolver intervenções, devida atenção deve ser dada ao <u>vínculo existente entre a doença e a dinâmica familiar</u>.</p> <p>O <u>foco da avaliação</u> familiar é menor sobre o indivíduo e <u>maior sobre a interação</u> entre todos os membros da família.</p> <p>Nas perguntas circulares são investigados os relacionamentos ou ligações entre indivíduos, eventos, ideias ou crenças.</p>	<p><u>Perguntas</u> à família:</p> <p>Qual foi o impacto dessa doença sobre vocês? (1)</p> <p>Que mudanças ocorreram em sua vida ou na vida da família desde que receberam o diagnóstico dessa doença? (2)</p> <p>Qual foi o efeito dessa doença sobre sua família? Sua vida profissional? (3)</p>
<p>a) Considerar:</p> <p>Quem está no sistema familiar?</p> <p>Quais são alguns dos subsistemas importantes?</p> <p>Quais são alguns dos suprassistemas significativos aos quais a família pertence?</p> <p>b) <u>Definição</u> de família: “família é quem seus membros dizem que são”.</p>	<p><u>Orientações</u>:</p> <p>Convidar a família informando que terão uma conversa para que ela possa ter uma visão geral de quem está na família e sua situação: fazer genograma.</p> <p>Após indagar sobre a família nuclear, a enfermeira continua perguntando sobre a família extensa. Em geral, não é muito importante obter grandes detalhes desses parentes.</p> <p><u>Perguntas</u> à família para a construção do</p>

<p>c) O <u>gênero</u> tem um papel importante no cuidado de saúde da família, especialmente com crianças. As diferenças de papéis dos pais no cuidado do filho doente podem ser fontes significativas de estresse familiar.</p> <p>d) A <u>ordem de nascimento, gênero e diferença de idade entre os irmãos</u> são fatores importantes a considerar quando se faz uma avaliação. (ex. se esta criança é a mais nova da família, isso poderia influenciar a relutância dos pais em deixá-la administrar a própria injeção de insulina?)</p> <p>e) <u>Família extensa</u>: esta subcategoria inclui a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e membros da família adotiva.</p> <p>f) Os múltiplos vínculos de lealdade dos membros da família extensa podem ser invisíveis, mas são forças muito influentes na estrutura familiar</p> <p>g) É importante realizar avaliação da quantidade e do tipo de contato com a família extensa, para se obter <u>informações sobre a quantidade e a qualidade do</u></p>	<p>genograma:</p> <p>Quem faz parte desta família?</p> <p>Alguém que não tenha parentesco biológico? Alguém mais vive com vocês?</p> <p>Onde moram seus pais? Com que frequência você tem contato com eles?</p> <p>Como são seus irmãos e irmãs?</p> <p>Quais são os membros da família que você nunca vê?</p> <p>Quais de seus parentes são os mais próximos a você?</p> <p>A quem você pede ajuda quando surgem problemas na família?</p>
--	---

<p><u>apoio.</u></p> <p>h) Os <u>vínculos afetivos</u> entre os membros familiares também devem ser avaliados.</p>	
<p>É preciso <u>criar um contexto para a mudança</u>. Esse contexto é o fundamento central e duradouro do processo terapêutico.</p>	<p><u>Orientações:</u></p> <p>Iniciar a conversa com “boas maneiras”: Apresentar-se: dizer nome, função (explicar seu papel), período em que ficará no plantão; Chamar o paciente e os familiares pelo nome; Explicar o que irá fazer (procedimento) ou o motivo da conversa com a família.</p> <p>É preciso: ter empatia, atenção, curiosidade e responder com simpatia; reconhecer o sofrimento da família.</p> <p>Quando as enfermeiras interagem com as famílias, elas o devem fazer transmitindo esperança e confiança às famílias em seus pontos fortes, novos e redescobertos, em recursos e capacidade de lidar com a saúde e os relacionamentos.</p>
<p>Mantenha a <u>curiosidade</u>: interesse-se ativamente <u>em ouvir a história de cada pessoa</u> sobre seu problema ou preocupação de saúde.</p>	<p><u>Perguntas:</u> sobre a história e maior preocupação / sofrimento da família</p>
<p>Todos os familiares passam por algum sofrimento quando há um problema ou doença na família.</p> <p>Só por <u>solicitar à família que se reúna para uma entrevista</u>, a enfermeira já</p>	<p><u>Orientações:</u></p> <p>a) Convide todos os membros da família para uma conversa.</p> <p>b) <u>Na entrevista</u> com todos os membros da família, a enfermeira deve <u>observar como eles interagem e se</u></p>

<p>realizou uma intervenção.</p> <p>As enfermeiras devem <u>passar o mesmo período de tempo com cada membro da família.</u></p> <p>O objetivo da entrevista é “dissolver” problema ou aliviar o sofrimento.</p> <p>A enfermeira deve pensar de modo “interacional” e não “individual”; o comportamento de cada membro individual da família não deve ser visto isoladamente, mas ser compreendido no contexto.</p> <p>Quanto mais pessoas presentes, maior a probabilidade de se reunir informações, obter um número maior de pontos de vista e descrições sobre a influência do problema.</p> <p>Numa entrevista com a família com tempo limitado, pode ser considerada falta de polidez não obter a percepção de cada membro sobre a preocupação com a família.</p> <p>O estabelecimento de objetivos específicos para o tratamento é realizada em colaboração com a família.</p>	<p><u>influenciam de maneira espontânea.</u></p> <p>c) Eleja <u>uma questão</u> importante para discutir com a família.</p> <p>d) Sugere-se que a enfermeira faça a mesma pergunta ou pergunta semelhante a cada um para reunir informações sobre determinado tópico.</p> <p>e) Fazer perguntas a respeito do impacto que uns causam sobre os outros e sobre o problema de saúde. (Pergunta sobre o impacto da doença na família)</p> <p>f) Na recíproca, a enfermeira pode <u>questionar sobre o impacto do problema de saúde na família</u></p> <p>g) Peça para que eles descrevam seu sofrimento e o significado que lhe atribuem. (Pergunta sobre maior preocupação / sofrimento)</p> <p>h) Pergunta sobre mudanças desejadas/ expectativas.</p>
<p>a) Um dos objetivos principais em uma intervenção na família é mudar ou alterar sua visão ou crenças sobre o problema ou doença, assim, as enfermeiras</p>	<p><u>Orientações:</u></p> <p>Gerar uma listagem de pontos fortes e problemas (ao invés de diagnósticos).</p> <p><u>Perguntas:</u></p> <p>Ex. Desde o início da doença, quais as</p>

<p>devem ajudar os membros da família a buscar respostas alternativas comportamentais, cognitivas e afetivas aos problemas. Um dos objetivos da enfermeira, portanto, é ajudar as famílias a descobrir as próprias soluções para os problemas.</p> <p>- <u>Usar perguntas como intervenções e como um convite à mudança</u></p> <p>b) As famílias têm suas habilidades em relação às próprias experiências sobre sua saúde, doença e incapacidades, enquanto as enfermeiras são especializadas em ideias sobre promoção da saúde e tratamento da doença ou incapacidade grave.</p> <p>c) A <u>capacidade da família de dar uma solução eficaz para os próprios problemas</u> é bastante influenciada pelas próprias convicções a respeito de suas capacidades e êxitos passados.</p> <p>d) <u>Crenças</u>: referem-se a atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos indivíduos e famílias. As crenças e os comportamentos estão ligados de maneira intrincada. Cada ação e cada escolha das</p>	<p>mudanças mais significativas ocorridas na família? (revela pontos fortes e problemas)</p> <p>Ex. Quando aconteceu x evento, <u>o que mais ajudou</u> a família a suportar a tristeza? (revela pontos fortes)</p> <p>Ex. Quem você acredita que está sofrendo mais em sua família em decorrência do problema...? (crença sobre o problema)</p> <p>Ex. O que você acredita que tem mais ajudado vocês a enfrentarem essa situação? (crença e pontos fortes)</p> <p>Ex. Como você compreende o seu sofrimento?</p> <p>Ex. Em 6 meses a partir de agora, como você e sua família pensam que se ajustarão a essa doença? (Expectativa sobre o futuro: Em caso de doença crônica, incapacidade ou doença progressiva)</p> <p><u>Orientações:</u> Explore experiências de sucesso na resolução de outros problemas passadas.</p> <p><u>Pergunta:</u> O que vocês aprenderam que funciona no sentido de ajudá-los em todas essas demandas?</p>
---	---

<p>famílias e dos indivíduos desenvolvem-se a partir de nossas crenças.</p> <p>e) <u>MCIF</u>: É um modelo embasado nas forças e orientado à resiliência da família.</p> <p>f) Utilizar o MCIF implica na crença de que a família é única e tem <u>pontos fortes</u> específicos.</p> <p>g) As perguntas circulares destinam-se a convidar à reflexão e efetuar a mudança; podem incentivar os membros da família a ver seus problemas de uma nova maneira e, conseqüentemente, ver novas soluções. (este é um dos principais objetivos do atendimento familiar)</p> <p>h) As perguntas de intervenção podem ser um convite para que os membros da família vejam seus problemas de um modo novo e, em seguida, vejam novas soluções.</p> <p>i) <u>Usar perguntas</u> para produzir habilidades em solucionar problemas, estratégias de enfrentamento e <u>pontos fortes</u>. Esse tipo de perguntas não serve apenas como avaliação, mas também pode ser <u>considerado</u></p>	
---	--

<u>interventivo.</u>	
<p>a) “As intervenções de enfermagem só são concretizadas em um relacionamento”.</p> <p>b) A enfermeira deve colocar o <u>relacionamento acima da necessidade de estabelecer o foco.</u> Alguns pacientes em crise <u>precisam contar suas histórias</u> antes de tentar organizar suas preocupações com a saúde.</p> <p>c) O enfoque principal é o aqui e agora. O compromisso das enfermeiras com as famílias é mostrar curiosidade, prazer, interesse, apreciação por sua capacidade de recuperação. Isso significa que reconhecemos que as famílias estão procurando dar um sentido a suas vidas e suas histórias. <u>Nosso trabalho é testemunhar isso.</u></p> <p>d) Uma simples <u>conversa</u> entre enfermeira e família sobre o sistema familiar molda esse sistema.</p>	<p><u>Perguntas:</u> sobre a história de doença da família.</p>
<p>a) O “mapeamento” de uma determinada situação ou a percepção da enfermeira sobre um problema resulta de uma visão pessoal que cada enfermeira</p>	<p><u>Orientações:</u></p> <p>A tarefa importante para as enfermeiras é aceitar as percepções, perspectivas e crenças dos membros da família, oferecendo a elas uma nova visão de suas</p>

<p>escolhe.</p> <p>b) Não existe uma única “verdade” ou “realidade” sobre o funcionamento familiar</p>	<p>preocupações, doenças ou problemas.</p>
<p>a) A mudança é dependente do contexto: as intervenções devem ser planejadas com suficiente conhecimento das restrições e recursos contextuais, isso inclui a participação de outros profissionais e serviços no atendimento à família.</p> <p>b) É preciso haver intervenções cujo objetivo seja o sistema profissional-família antes da abordagem dos problemas no que se refere ao sistema familiar.</p>	<p><u>Perguntas para família:</u></p> <p>O que foi mais útil ou inútil em seus <u>relacionamentos anteriores</u> com profissionais da saúde como eu?</p>
<p>Parte do processo de avaliação é a <u>identificação dos problemas mais preocupantes para a família no momento, e quais as mudanças que ela gostaria de ver em relação a esses problemas.</u></p>	<p><u>Perguntas sobre principal preocupação familiar</u></p> <p><u>Perguntas sobre mudanças desejadas/ expectativas</u></p>
<p>a) O pré-requisito para mudança não é o “porquê”, mas sim a compreensão de “qual” é a situação.</p> <p>b) Há uma equivocada tendência na enfermagem de acreditar que para se resolver um problema é preciso entender o “porquê”. É desencorajada a busca de reposta,</p>	<p><u>Perguntas sobre impacto da doença</u> (perguntas 1,2,3)</p> <p><u>Outras perguntas:</u></p> <p>Qual é o efeito dessa hospitalização de Ana sobre família?</p> <p>Quais são as implicações da doença de João sobre a família? E sobre você?</p>

pois esta não é uma precondição para mudança; ao contrário, afasta o indivíduo de seus esforços efetivos de mudança.	
As <u>crenças, espiritualidade e transcendência</u> são importantes para resiliência da família.	<u>Perguntas:</u> Qual o significado que a espiritualidade ou a religião têm para você na vida diária? Conversar com alguém da sua igreja ou templo ajudaria a enfrentar a doença de Ana? Quais são suas fontes de esperança? / O que te dá esperança?
É bom <u>saber até que ponto a família acredita no problema ou doença</u> . A pessoa que identifica o problema também é importante.	<u>Perguntas:</u> sobre a história e maior preocupação / sofrimento da família
O MCIF enfoca a promoção, a melhora e a sustentação do funcionamento familiar eficaz nos três domínios: cognitivo, afetivo, comportamental. Uma intervenção que tem como foco um domínio, pode influenciar ao mesmo tempo os três domínios do funcionamento familiar. As <u>mudanças mais profundas e contínuas serão aquelas ocorridas no âmbito das crenças</u> familiares (cognitivo).	<u>Orientação:</u> Utilizar perguntas circulares
As <u>perguntas circulares</u> revelam a compreensão da família sobre os	<u>Orientação:</u> No início da reunião da família a enfermeira deve explicar que fará vários

<p>problemas; elas objetivam buscar explicações dos problemas.</p> <p>Nas perguntas circulares o foco está na causa e efeito.</p> <p>As perguntas circulares introduzem novas conexões cognitivas, abrindo caminho para novos ou diferentes comportamentos familiares.</p> <p>As perguntas úteis ou relevantes têm potencial para dar informações tanto para enfermeira como para família, para convidar as famílias a refletirem sobre sua experiência de doença, podendo até ser potencialmente curativa quando as enfermeiras a fazem na forma de indagação ou curiosidade sincera.</p>	<p>tipos de perguntas para obter uma compreensão completa da situação.</p> <p><u>Perguntas circulares:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sobre diferença: explora as diferenças entre pessoas, relacionamentos, tempo, ideias ou crenças. Exs: <p>Quem na família mais se preocupou com o problema de Ana? (afetivo)</p> <p>Qual informação seria mais útil para vocês lidarem com o problema? (cognitivo)</p> <p>Quando vocês souberam do diagnóstico, o que os profissionais de saúde fizeram que mais ajudou vocês? (comportamental)</p> 2. Sobre efeito do comportamento: explora as ligações entre o efeito do comportamento de um membro da família sobre outro. Exs: <p>Como você interpreta o fato de seu marido não visitar o filho no hospital? (cognitivo)</p> <p>Como você se sente quando seu filho chora após os procedimentos? (afetivo)</p> <p>O que você faz quando seu marido não visita seu filho no hospital (comportamental)</p>
--	---

	<p>3. Hipotéticas ou orientadas ao futuro: explora as opções e ações alternativas ou significados da família no futuro. Exs.</p> <p>O que você acha que pode acontecer se a gastrostomia resolver o problema de Adam? (cognitivo)</p> <p>Se as coisas não melhorarem com o tratamento, quem será o mais afetado na família? (afetivo)</p> <p>Quanto tempo você acha que levará para seu filho aceitar o tratamento? (comportamental)</p>
<p>Intervenções para mudar o domínio cognitivo do funcionamento familiar: são aquelas que oferecem novas ideias, opiniões, crenças, informações ou educação sobre um problema ou risco de saúde em particular.</p> <p>a) Um elogio é a observação de padrões de comportamento que ocorrem ao longo do tempo (ex. os membros a família são muito leais entre si). As famílias que internalizam elogios feitos pelas enfermeiras parecem mais receptivas a outras intervenções terapêuticas. Ao elogiar os pontos fortes da família cria-se um contexto</p>	<p><u>Orientações:</u></p> <p>a) Elogiar os pontos fortes da família e de seus membros;</p> <p>b) Oferecer informações e opiniões; (Pergunta sobre informação que a família deseja receber)</p> <p>Dar informações: usando linguagem clara e específica; proporcionar material de fácil leitura; escrever pontos principais em uma ficha pequena; informar as famílias sobre grupos de apoio; se a família não usar os materiais de aprendizagem, mostrar-se curiosa a respeito do que não se ajusta a ela, em vez de julgar e se irritar com a família.</p>

<p>para mudança.</p> <p>b) Oferecer informações e opiniões;</p> <p>Uma das necessidades mais significativas para as famílias que enfrentam doenças é receber informações e opiniões dos profissionais de saúde. As famílias com um membro hospitalizado indicaram que a obtenção de informações é prioridade máxima.</p>	
<p>Intervenções para mudar o domínio afetivo do funcionamento familiar são destinadas a reduzir ou aumentar emoções intensas que podem estar bloqueando as tentativas da família de solucionar problemas.</p> <p>a) A validação do afeto intenso pode aliviar sentimentos de isolamento e solidão e ajudar os membros da família a fazer ligação entre a doença de um deles e a resposta emocional de todos. É importante que as enfermeiras validem emoções fortes (como quando as famílias se sentem fora de controle ou atemorizadas, após diagnóstico de uma doença potencialmente fatal, por</p>	<p>d) Validar ou normalizar respostas emocionais; (exemplo de frase para dizer à família)</p> <p>e) Incentivar as narrativas de doenças; (pergunta para conhecer a história de doença/ impacto da doença na família)</p> <p>f) Estimular o apoio familiar: incentivar e ajudar os membros da família a ouvirem as preocupações e sentimentos uns dos outros.</p>

<p>exemplo), para tranquilização e esperança das famílias de que, no devido tempo, se ajustarão e aprenderão novas maneiras de enfrentar a situação.</p> <p>b) Ter a oportunidade de expressar o impacto da doença sobre a família e a influência desta sobre a doença, sob a perspectiva de cada um, promove a validação das experiências.</p> <p>c) A enfermeira pode ser o <u>catalisador que facilita a comunicação</u> entre os membros da família ou entre esses e outros profissionais de saúde. Esse tipo de apoio pode evitar que as famílias se sintam indevidamente sobrecarregadas por uma doença.</p>	
<p>Intervenções para mudar o domínio comportamental do funcionamento familiar: ajudam os membros da família a interagir e comportar-se de modo diferente na relação mútua.</p> <p>a) Os membros da família quase sempre são tímidos ou temerosos de se envolver nos cuidados de um doente, a não ser que tenham o apoio de enfermeira. Entretanto, eles apreciam muito a oportunidade de fazer algo para</p>	<p><u>Orientações:</u></p> <p>a) Incentivar os membros da família a ser cuidadores e apoiá-los; (pergunta sobre vontade da família de ser envolvida nos cuidados e sobre o modo que ela deseja que isso ocorra)</p> <p>b) Incentivar o descanso;</p> <p>c) Planejar rituais: as enfermeiras podem sugerir rituais terapêuticos que não são ou não</p>

<p>um dos seus hospitalizados.</p> <p>b) É muito frequente que os membros da família sintam-se culpados caso precisem ou desejem deixar o papel de cuidador. As necessidades de descanso abrangem a gravidade da doença, a disponibilidade da família para cuidar da pessoa doente e os recursos financeiros. Todos esses fatores devem ser considerados antes da enfermeira recomendar o descanso à família. Essas “folgas” ou “saídas” são essenciais para famílias que enfrentam excessivas demandas de prestação de cuidados.</p>	<p>foram observados pela família.</p>
<p>Fase 1 da entrevista - Engajamento: quando se cumprimenta a família, deixando-a confortável. A enfermeira leva ao relacionamento suas habilidades de como lidar com a doença e a família contribui com suas próprias experiências de doença.</p>	<p><u>Orientações:</u></p> <p>A enfermeira deve ser colaborativa, consultiva, demonstrar curiosidade (a formulação de hipóteses está ligada à curiosidade) e interesse pela família, ser neutra e não emitir julgamentos.</p> <p>Exemplo de como abordar a família: “Nós nos reuniremos agora durante 10 minutos para que eu possa perceber melhor suas expectativas e preocupações com a hospitalização. Podemos então conversar sobre o que é possível fazer para ajuda-los. O que acham disso?”</p>

<p>Fase 2 da entrevista - Avaliação: a enfermeira deve <u>abrir espaço para a família contar sua história</u>.</p> <p>a) <u>Identificação do problema</u>: a enfermeira explora as preocupações, queixas, problemas principais e/ou sofrimentos presentes na família; deve listar, além dos problemas, os pontos fortes identificados na família. Identificar a percepção de cada membro da família sobre a <u>preocupação mais premente</u>.</p> <p>b) <u>Relação entre interações familiares e problema de saúde</u>: a enfermeira explora as respostas típicas da família ao problema de saúde apresentado e como ele está afetando a vida familiar e os relacionamentos;</p> <p>Durante essa fase da entrevista a enfermeira deve descrever a sequência do desenvolvimento do problema em relação ao tempo e à interação do problema no contexto atual, se a família acredita ter controle sobre o problema, os momentos em que o problema se mostrou e o que os membros da família apreciam de seus esforços pessoais e cooperativos para trabalhar em conjunto.</p> <p>c) <u>Soluções experimentadas</u>: em que enfermeira e família conversam sobre as soluções e seus efeitos sobre as questões apresentadas;</p>	<p>a) Identificação do problema:</p> <p><u>Exemplo de Pergunta</u>: “Se apenas uma pergunta sua fosse respondida durante nosso trabalho juntos, qual seria?” Essa é uma maneira eficaz de eliciar as mais profundas preocupações ou uma área de grande sofrimento da família. Ela proporciona um foco para a conversa e gera novas informações compartilhadas entre os membros da família e a enfermeira.</p> <p><u>Exemplo de Pergunta</u>: “Quem, na família, está mais preocupado com o problema?” Isso ajuda a compreender o contexto relacional da preocupação.</p> <p>b) Relação entre interações familiares e problema de saúde:</p> <p><u>Exemplo de Pergunta</u>: “Juntamente com sua doença e sintomas, houve outras alterações recentes na família?” (Isso aborda o estresse e mudanças familiares).</p> <p><u>Exemplo de Pergunta</u>: “Como sua família lhe pode ser útil para lidar com o problema?” (Isso focaliza o <u>apoio familiar</u>).</p> <p><u>Exemplo de Pergunta</u>: “De que maneira esse problema tem afetado a relação entre os membros da família?”</p> <p>c) Soluções experimentadas:</p> <p><u>Exemplo de Pergunta</u>: “Quais melhoras você notou desde a primeira vez que entrou</p>
--	---

<p>d) Exploração de objetivo: onde a enfermeira reúne as informações e a família especifica quais objetivos, mudanças ou resultados estão buscando. <u>O problema pode estar entre eles mesmos como membros da família ou entre eles e a enfermeira.</u></p> <p>Os membros da família podem ter expectativas de uma grande mudança ou uma pequena mudança. Em muitos casos, uma pequena mudança é suficiente. A mudança no comportamento de uma pessoa pode causar profundos efeitos de longo alcance no comportamento de todos os envolvidos. (teoria de sistemas)</p>	<p>em contato com nossa clínica?”</p> <p><u>Exemplo de Pergunta:</u> “Vocês tentaram obter informações de médicos e enfermeiras sobre a condição de João em hospitalizações anteriores?”</p> <p><u>Exemplo de Pergunta:</u> “O que a família já tentou fazer para resolver esse problema?”</p> <p><u>Exemplo de Pergunta:</u> “Outros serviços tentaram ajudá-los nesse problema? Qual foi o conselho mais útil que receberam? Vocês seguiram esse conselho? Qual conselho foi menos útil? “</p> <p>d) Exploração de objetivo:</p> <p><u>Exemplo de Pergunta:</u> “Que mudanças a família acredita que irão melhorar o problema?”</p> <p><u>Exemplo de Pergunta:</u> “Quais as expectativas sobre a forma como nós podemos facilitar a mudança no problema?” (pergunta sobre expectativas)</p>
<p>Fase 3 da entrevista - Intervenção: em que a enfermeira e família colaboram em áreas para mudança. Os planos para mudança devem ser elaborados em conjunto.</p> <p>Só por <u>solicitar à família que se reúna para uma entrevista</u>, a enfermeira já realizou uma intervenção.</p> <p>Cada vez que faz <u>uma pergunta circular</u>,</p>	<p><u>Exemplo de pergunta</u> para intervenção genérica: “Vocês estão preparados para fazer o quê?” (O termo preparado sugere uma decisão voluntária de participar do processo de mudança).</p> <p>Realizar perguntas circulares</p>

<p>ela influencia a família, gera novas informações e intervém.</p> <p>Não há intervenções certas; existem intervenções úteis ou eficazes.</p>	
<p>Fase 4 da entrevista - Finalização: em que a enfermeira e família terminam a entrevista. A finalização terapêutica incentiva os membros da família sobre sua capacidade de solucionar problemas no futuro.</p>	<p><u>Orientações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - certifique-se, junto com a família, dos resultados alcançados; - elogie a família sobre seus esforços para melhorar o problema; - agradeça pelo “tempo” da família em conversar com você.

Informações organizadas neste quadro com base no livro Enfermeiras e Famílias: uma guia para avaliação e intervenção na família*.

*Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 5ed. São Paulo: Roca; 2012.

APÊNDICE B – Guia para Atendimento das Famílias na Prática Clínica de Enfermagem

1. AVALIAÇÃO

a) Descrever o propósito da conversa ou motivo que levou à conversa (*explicar à família*):

b) Membros da família e da equipe presentes durante a conversa:

c) Elaborar genograma (indicar pessoa índice = paciente). *Sugestão de pergunta:* Eu gostaria de conhecer um pouco sobre a família de vocês, quem faz parte dela?

Paciente idoso ou
pais de paciente adulto
ou avós da criança

Paciente adulto ou
Filho(s) de paciente idoso ou
Pais de uma criança

Paciente criança
e irmãos da criança
ou
Filhos de paciente adulto

d) Conhecer o impacto da doença / hospitalização na família.

Sugestão de perguntas:

- Eu gostaria que você(s) me falasse(m) como está sendo para você(s)... [...] conviver com essa doença ou vivenciar esta hospitalização ou pensar na necessidade da (o) *falar o nome do paciente* ter que fazer X *procedimento* ou pensar em levar (a) o *falar o nome do paciente* para casa.
- De que maneira essa doença ou hospitalização tem afetado as relações entre os membros da família?
- Quem e o que costuma ajudar a família em momentos difíceis?

Problemas ou Preocupações da família	Pontos fortes da família	Apoio/ recursos da família (pessoas, espiritualidade, religião, entidades, crenças)

e) Focalizar a principal necessidade da família: Se você(s) pudesse(m) ter uma pergunta respondida nessa nossa conversa, qual seria?

f) Focalizar a principal necessidade da família: O que você(s) pensa(m) que poderia ajudar você(s) a lidar(em) melhor com essa situação?

2. AÇÕES REALIZADAS

3. RESULTADOS ALCANÇADOS

Ações	Sim	Não	Resultados esperados ou alcançados Descrever: como a família reagiu, se sentiu, fez, verbalizou ou o que você fez/ propôs, quais acordos foram feitos para alcançar os resultados desejados.
Expliquei o motivo da conversa.			
Perguntei à família como ela gostaria de ser envolvida nos cuidados do paciente.			
Ofereci as informações que a família necessitava.			
Estabeleci metas junto com a família.			
Estimulei o apoio familiar			
Promovi comunicação entre os membros familiares.			
Elogiei os pontos fortes da família.			
Incentivei o descanso.			
Ajudei a família a planejar rituais.			
Validei ou normalizei respostas emocionais.			

Quais outras ações você realizou ou quais outras condutas você acredita que poderiam ajudar a família?

Data: _____ Enfermeira: _____

APÊNDICE C - Cronograma operacional do treinamento

Objetivos	Conteúdo	Carga Horária
<p>Módulo 1</p> <p>- Apresentar os principais construtos teóricos e estratégias para atendimento do sistema familiar na prática clínica.</p>	<p>- Como realizar uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com as famílias;</p> <p>- Entrevistando famílias: a) engajamento (boas maneiras, genograma) b) avaliação (identificação do problema);</p>	<p>2 horas e 30 min.</p> <p>2 dias – manhã e tarde</p>
<p>Módulo 1 (continuação) e Módulo 2</p> <p>- Apresentar os principais construtos teóricos e estratégias para atendimento do sistema familiar na prática clínica.</p>	<p>- Entrevistando famílias: b) avaliação (continuação) c) intervenção d) finalização;</p>	<p>2 horas e 30 min.</p> <p>2 dias – manhã e tarde</p>
<p>Módulo 3 (A)</p> <p>- Apresentar o “Guia para Atendimento às Famílias na Prática Clínica”.</p> <p>- Oferecer orientações e estratégias para os enfermeiros entrevistarem famílias na prática clínica -</p>	<p>- Apresentação do instrumento “Guia para Atendimento às Famílias na Prática Clínica” e discussão sobre sua utilização.</p> <p>- Realização de exercício prático de simulação</p>	<p>3 horas</p> <p>2 dias – manhã e tarde</p>

simulação de entrevista (<i>role playing</i>)	entrevista (<i>role playing</i>).	
<p>Módulo 3 (B)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oferecer orientações e estratégias para os enfermeiros entrevistarem famílias na prática clínica – entrevista no campo - Treinar entrevista na prática (realização de atendimento ou observação participante no campo) - Esclarecer dúvidas acerca do atendimento às famílias e da utilização do guia na prática clínica. 	- Realização de entrevista: atendimento às famílias na prática clínica.	<p>6 dias</p> <p>Aproximadamente 35 minutos em cada atendimento (pesquisadora e enfermeiro)</p> <p>Aproximadamente 20 minutos (enfermeiro sozinho)</p>

APÊNDICE D - Avaliação do Treinamento para Atendimento da Família na Prática Clínica de Enfermagem (Cuidado Centrado no Paciente e na Família).

Ministrado pela Enfa. Andréia Cascaes Cruz, Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da USP.

1) Em qual unidade você trabalha?

2) Você participou dos 3 módulos do treinamento? () sim () não

3) Você aplicou o instrumento proposto com algum paciente e/ou família?

() sim () não

4) O treinamento foi:

() Excelente () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

Comente: _____

5) Em relação às suas expectativas, o treinamento:

() Superou () Foi abaixo

() Atendeu () Não tinha nenhuma expectativa

() Não atendeu () _____

6) Você acredita que o conteúdo abordado no treinamento é importante para a sua prática profissional? () Sim () Não

7) Para você, este treinamento está sendo útil na sua prática profissional?

() Sim () Não

8) Após o treinamento:

a. Você sente-se mais confiante para se relacionar com as famílias: () sim () não Comente (sua confiança aumentou, ou não, por quê?):

- b. Você colocou em prática algo que viu no treinamento: () sim () não -
Comente sobre o que tentou colocar em prática ou Comente porque não colocou
em prática :

- c. Você percebeu alguma mudança nos pacientes/ famílias após realizar este tipo
de abordagem? Por exemplo: mudança no relacionamento com você e/ou
equipe, nos comportamentos dos paciente/famílias. () sim () não
Comente sobre as mudanças observadas:

- d. Você percebeu mudança em algum pensamento, sentimento e/ou comportamento
seu em relação aos pacientes e famílias: () sim () não
Comente sobre as mudanças percebidas em você:

- e. Por favor, comente sobre os pontos positivos do treinamento:

- f. Por favor, comente sobre os pontos negativos do treinamento:

Avaliação do instrumento proposto para utilização na prática clínica

1) Você atendeu algum paciente/família utilizando o instrumento proposto:

() sozinha(o) () acompanhada(o) da enfermeira Andréia () não utilizei

2) Como foi para você atender um paciente/família de acordo com esta abordagem?
(Centrada no Paciente e na Família)

() Excelente () Bom () Regular () Ruim () Péssimo () Indiferente

Justifique:

3) Descreva no quadro abaixo as facilidades e dificuldades que você identificou na utilização do instrumento proposto:

Facilidades	Dificuldades

4) Quais alterações você sugere que sejam realizadas no instrumento?

5) Você avalia o instrumento proposto como:

() Excelente () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

Justifique:

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “O impacto de um protocolo de atendimento familiar na autoeficácia do enfermeiro para o relacionamento com a família”

PESQUISADOR: Andréia Cascaes Cruz – Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Margareth Angelo – Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP.

DURAÇÃO DA PESQUISA: 15 meses

Estamos convidando enfermeiros a participarem de uma pesquisa sobre o impacto de um protocolo de atendimento familiar na autoeficácia do enfermeiro para o relacionamento com a família. Este termo de consentimento contém informações que ajudarão você a entender quais os objetivos deste estudo. Leia este documento cuidadosamente e fique à vontade para decidir se deseja ou não participar. Se você concordar em participar, deverá rubricar esta página e assinar na última página.

Veja abaixo algumas informações que poderão ajudar a sua decisão:

A pesquisa tem como objetivo primário: avaliar qualitativamente a autoeficácia dos enfermeiros para o relacionamento com as famílias antes e após treinamento para aplicação de um protocolo de atendimento familiar.

O(a) Sr (a) participará de: (1) duas sessões de entrevistas, onde serão realizadas perguntas acerca do relacionamento entre enfermeiros e famílias, (2) treinamento de seis horas para utilização de um protocolo de atendimento às famílias e (3) preenchimento de um instrumento, duração aproximada de 15 minutos, onde serão realizadas perguntas acerca de seus pensamentos, sentimentos e ações sobre a presença das famílias na sua prática assistencial.

A interação entre os participantes com o pesquisador será gravada e filmada, para posterior transcrição das narrativas geradas e observação dos comportamentos durante as atividades em grupo, visando não perder nenhum dado importante na coleta dos

participante

pesquisador

dados; somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às gravações; parte do conteúdo delas, no entanto, poderá ser usado em publicações e aulas, com garantia total de anonimato.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, relacionados à possível inibição devido a necessidade de se expressar diante de um grupo. Na eventual inibição o pesquisador respeitará essa situação e o ajudará, facilitando a expressão de suas ideias.

Caso aceite participar, estará contribuindo para o aprimoramento da área de Enfermagem e Família, uma vez que os resultados da pesquisa serão publicados e divulgados em periódicos e eventos nacionais e internacionais.

Se depois de consentir sua participação, o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração pela participação na pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Além disso, garantimos o direito ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam do seu conhecimento; em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à esclarecimentos no Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP ou do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP. O estudo terá início somente após aprovação pelos referidos Comitês de Ética em Pesquisa

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____

SEXO : M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____ nº _____ compl.:

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

CEP: _____ **TELEFONE:**(____) _____

participante

pesquisador

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, e/ou pelo telefone (11) 3061-7601, no Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem da USP, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP pelo telefone ((11) 3061-7548 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP pelo telefone: (11) 3091-9457, situado na Av. Prof. Lineu Prestes, 2565, São Paulo.

Este documento é emitido em duas vias rubricadas em todas as páginas e assinadas ao seu término pelo(a) Sr (a) e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um .

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente Projeto de Pesquisa: “O impacto de um protocolo de atendimento familiar na autoeficácia do enfermeiro para o relacionamento com a família”.

Assinatura do participante:

Local: _____ Data: _____

Assinatura do pesquisador

Local: _____ Data: _____

APÊNDICE F- Roteiro de entrevista pré-intervenção

- Conte-me como é o seu relacionamento com as famílias no dia-dia.
- Para você, o que significa ter um bom relacionamento com as famílias?
- Para você, em quais situações é mais difícil relacionar-se com as famílias?
- Na sua prática assistencial do dia-dia, que elementos dificultam ou impedem que você estabeleça um bom relacionamento com as famílias?
- De que modo a dinâmica do seu trabalho interfere no estabelecimento de bons relacionamentos com as famílias?
- De que modo seu estado emocional interfere no seu relacionamento com as famílias?
- Fale-me sobre a percepção que você tem do seu preparo para relacionar-se com as famílias em situações difíceis.
- Fale-me sobre condições do paciente e/ou da família que dificultam um bom relacionamento com eles.
- O que você pensa sobre o enfermeiro atender, além da criança, sua família?
- Em relação aos seus colegas enfermeiros, na sua percepção, em que situações você observa que é mais difícil para eles se relacionarem com as famílias?

APÊNDICE G - Roteiro de Entrevista pós-intervenção

- Gostaria que você me falasse sobre as mudanças que ocorreram em você – nos seus pensamentos, sentimentos e atitudes- após o treinamento. Ou você não sentiu nenhuma mudança?
- Você conseguiu colocar em prática algo que viu no treinamento? Fale-me sobre isso (como foi, o que sentiu, pensou, observou em relação às famílias, quais as dificuldades, quais as facilidades, pontos positivos e negativos).
- Após aplicar esse tipo de abordagem – Centrada no Paciente e na Família – você observou alguma mudança no seu relacionamento com os pacientes e famílias?
- Você acredita que o treinamento influenciou de alguma forma na sua confiança para se aproximar, se relacionar, atender as famílias no dia-dia?
- Em relação às situações em que você tinha mais dificuldade para se aproximar, se relacionar, conversar com as famílias... você sente-se mais confiante? Fale-me um pouco sobre isso.
- Em relação ao instrumento, o que você achou?

APÊNDICE H – Versão 1 da Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Relacionamentos Eficazes com Famílias em Unidades Neonatais e/ou Pediátricas

Uma série de situações descritas a seguir pode tornar difícil o estabelecimento de relacionamentos eficazes com as famílias na sua prática assistencial do dia-dia.

Avalie seu grau de certeza através da gradação de números, de 0 a 100, usando a escala abaixo:

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza					Absoluta certeza	

Por favor, classifique em cada um dos espaços em branco na coluna à direita, quanta certeza você tem de que atualmente consegue manter um relacionamento eficaz com a família quando:

	Certeza (0-100)
1. A família não compreende o que você está dizendo	_____
2. Você não consegue identificar e/ou atender as necessidades da família	_____
3. A família não está aberta para conversar	_____
4. A família está nervosa, agressiva ou estressada	_____
5. A família está alterada emocionalmente	_____
6. Você conhece pouco a família	_____
7. Você teve pouco contato com a família	_____
8. A família não sabe quem você é	_____
9. A família não sabe qual é o seu papel dentro da unidade	_____
10. A família não se aproxima de você	_____
11. O seu lado pessoal sobrepõe o profissional	_____
12. Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensa ou faria	_____
13. Você não consegue compreender a visão e o modo de viver e agir da família	_____
14. Você acaba criando uma relação mais pessoal do que profissional com a família	_____
15. Você sente que não está preparada (o) para lidar com a família em certas situações	_____
16. A família ultrapassa os limites da sua paciência	_____
17. Ocorre o óbito da criança	_____

18. A família está numa situação de grande sofrimento _____
19. Você está sobrecarregada (o) no trabalho _____
20. Falta tempo para você conversar com a família _____
21. O ambiente não oferece condições mínimas de conforto para a família _____
22. Você já teve conflitos com a família _____
23. Você está num estressada(o) , cansada (o), irritada (o), preocupada (o) ou triste _____
24. Há suspeita de maus tratos à criança _____
25. Você tem uma impressão negativa da família _____
26. Há problemas intrafamiliares _____
27. O primeiro contato da equipe com a família não foi adequado _____
28. A criança está em estado grave _____
29. A família não aceita a condição em que a criança se encontra _____
30. A família não entende o que está acontecendo com a criança _____
31. A família é pouco comunicativa _____
32. Você não tem respostas para determinadas perguntas da família _____
33. A família faz cobranças sobre o seu trabalho _____
34. Você sente que a família responsabiliza você pelo o que está acontecendo _____
35. A instituição que você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias _____
36. A família teve experiências prévias negativas com outros profissionais
ou com outros serviços de saúde _____
37. Outros membros da sua equipe não valorizam o relacionamento com as famílias _____
38. As famílias são muito solicitantes _____
39. Você sente que a família não confia em você _____
40. Você precisa realizar procedimentos invasivos na presença da família _____

APÊNDICE I - Instruções aos juízes

Conforme contato prévio, estamos enviando o material sobre a escala de “Autoeficácia para Relacionamentos Eficazes com Famílias em Unidades Neonatais e/ou Pediátricas”. A versão piloto 1 da escala contém 40 itens, os quais foram elaborados com base em revisão de literatura e análise temática de entrevistas conduzidas com 9 enfermeiros que atuam na área pediátrica e/ou neonatal.

Autoeficácia refere-se às crenças das pessoas sobre suas capacidades de desempenharem determinada tarefa com êxito. Tais crenças determinam como as pessoas sentem-se, pensam, motivam-se e comportam-se. (Bandura, 1994) As crenças de autoeficácia determinam a quantidade de esforço e de tempo que as pessoas irão dispende para persistir diante dos obstáculos e de experiências aversivas. Quanto mais forte a crença de autoeficácia, maior a probabilidade de uma tarefa ser concluída com êxito. (Bandura, 1977; Bandura, 1982) A força da autoeficácia também prevê mudança de comportamento e a persistência em seus esforços, até atingir o que se almeja. Em contrapartida, a falta de autoeficácia leva as pessoas a se comportarem de modo ineficaz, mesmo que elas saibam o que devem fazer. (Bandura, 1982)

De acordo com análise de estudos qualitativos realizados no contexto pediátrico e neonatal, para as famílias relacionamento eficaz é aquele em que há: comunicação clara e contínua, apoio (afetivo e prático), fornecimento de informações claras e verdadeiras (de acordo com as necessidades familiares), reconhecimento da experiência da família (atual ou pregressa), clareza de papéis, inclusão das famílias nos cuidados, tomadas de decisão e conversas sobre a criança, respeito às crenças, valores e fé das famílias.

Para os enfermeiros entrevistados na primeira fase de coleta de dados para elaboração dos itens desse instrumento, relacionamento eficaz com as famílias é aquele em que há: reconhecimento pela família do enfermeiro como elemento de apoio para ela, comunicação eficaz, abertura recíproca para conversas sobre a criança e/ou sobre a própria família, conhecimento mútuo, clareza de papéis, harmonia, disponibilidade para ouvir a família, acolhimento da família, identificação das demandas familiares, fornecimento de informações para tranquilizar a família, confiança da família no enfermeiro, respeito aos valores, crenças e características sociais das famílias.

A sua indicação para o referido papel de juiz na avaliação dessa escala deve-se ao fato de ser pessoa inserida no meio acadêmico e envolvida em pesquisa científica, critérios indispensáveis para apreciação de tal instrumento. A seguir algumas instruções para que a função de juiz seja exercida da maneira mais fidedigna possível:

- a) O juiz necessita ter o desempenho de um pesquisador ao analisar este instrumento, evitando com isso colocar-se como sujeito da escala, ou seja, não é necessário concordar ou discordar dos itens.
- b) Você deverá analisar o enunciado (instruções iniciais da escala), verificando se está clara, completa, sem sentido dúbio, anotando suas sugestões e correções nos quadros.
- c) Você precisa verificar o aspecto semântico dos itens da escala, se os conteúdos estão claros, se as expressões estão corretas, se a regência dos verbos está adequada, se os termos utilizados são compreensíveis, se estão ao nível dos sujeitos (enfermeiros).

Instruções operacionais adicionais:

- a) Preencher sua apreciação com fonte na cor azul.
- b) Devolver sua apreciação em 1 semana, caso não consiga retornar dentro desse prazo, pedimos a gentileza que nos dê um retorno da data estimada da devolução.
- c) Fique a vontade para realizar comentários no final deste documento, inclusive sugerir a inclusão de conteúdos pertinentes, os quais poderão ser transformados em itens no instrumento final.
- d) Para facilitar sua avaliação, tenha em mãos a versão piloto 1 da escala e o capítulo do livro intitulado “Guide for constructing self-efficacy scales” de Albert Bandura, 2006, ambos enviados em anexo no seu e-mail.

Desde já, agradecemos imensamente a sua colaboração!

Apreciação:**a) Quanto ao enunciado (instruções iniciais) da escala**

O enunciado (instruções iniciais da escala) proposto é o seguinte:

Uma série de situações descritas a seguir pode tornar difícil o estabelecimento de relacionamentos eficazes com as famílias na sua prática assistencial do dia-dia.

Quanto à frase acima: () Manter () Alterar – Sugestão:

Avalie seu grau de certeza através da gradação de números, de 0 a 100, usando a escala abaixo:

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza					Moderada certeza				Absoluta certeza	

Quanto à redação utilizada para explicar a gradação acima: () Manter () Alterar – Sugestão:

Quanto às palavras utilizadas na gradação (muita incerteza, moderada certeza e absoluta certeza): () Manter () Alterar – Sugestão:

Por favor, classifique em cada um dos espaços em branco na coluna à direita, quanta certeza você tem de que atualmente consegue manter um relacionamento eficaz com a família quando:

Quanto à frase acima: () Manter () Alterar – Sugestão:

Apreciação:**b) Quanto aos itens que compõe a escala**

No quadro a seguir: a **coluna A** contém os itens previamente elaborados para compor a escala. Na **coluna B** você deverá dar seu parecer referente a cada item descrito na coluna A de acordo com as opções abaixo:

1. Manter : o item deverá permanecer como está redigido.
2. Excluir: o item deverá ser retirado da escala – você deverá justificar o motivo.
3. Alterar: o item deverá ser modificado – você deverá sugerir nova redação.

A) Item elaborado	B) Conduta sugerida: Manter; Excluir (justificar) ou Alterar (escrever sugestão)
Exemplo: Você não gosta de leituras noturnas	Exemplo: Alterar: Você não gosta de ler à noite
Exemplo: Você não gosta de livros de romance	Exemplo: Excluir: conteúdo já contemplado em outro item
1. A família não compreende o que você está dizendo	
2. Você não consegue identificar e/ou atender as necessidades da família	
3. A família não está aberta para conversar	
4. A família está nervosa, agressiva ou estressada	
5. A família está alterada emocionalmente	
6. Você conhece pouco a família	
7. Você teve pouco contato com a família	
8. A família não sabe quem você é	
9. A família não sabe qual é o seu papel dentro da unidade	
10. A família não se aproxima de você	
11. O seu lado pessoal sobrepõe o profissional	
12. Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensa ou faria	
13. Você não consegue compreender a visão e o modo de viver e agir da família	
14. Você acaba criando uma relação mais pessoal do que profissional com a família	
15. Você sente que não está preparada (o)	

para lidar com a família em certas situações	
16. A família ultrapassa os limites da sua paciência	
17. Ocorre o óbito da criança	
18. A família está numa situação de grande sofrimento	
19. Você está sobrecarregada (o) no trabalho	
20. Falta tempo para você conversar com a família	
21. O ambiente não oferece condições mínimas de conforto para a família	
22. Você já teve conflitos com a família	
23. Você está estressada (o) , cansada (o), irritada (o), preocupada (o) ou triste	
24. Há suspeita de maus tratos à criança	
25. Você tem uma impressão negativa da família	
26. Há problemas intrafamiliares	
27. O primeiro contato da equipe com a família não foi adequado	
28. A criança está em estado grave	
29. A família não aceita a condição em que a criança se encontra	
30. A família não entende o que está acontecendo com a criança	
31. A família tem a característica de falar pouco	
32. Você não tem respostas para determinadas perguntas da família	
33. A família faz cobranças sobre o seu trabalho	

34. Você sente que a família está responsabilizando você pelo o que está acontecendo	
35. A instituição que você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias	
36. A família teve experiências prévias negativas em outros serviços de saúde ou com outros profissionais	
37. Outros membros da sua equipe não valorizam o relacionamento com as famílias	
38. As famílias são muito solicitantes	
39. Você sente que a família não confia em você	
40. Você precisa realizar procedimentos invasivos na presença da família

APÊNDICE J - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Relacionamentos Eficazes com Famílias em Unidades Neonatais e/ou Pediátricas

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

Algumas situações descritas a seguir podem dificultar o estabelecimento de relacionamentos eficazes com as famílias na sua prática assistencial do dia-dia.

Gostaríamos de saber QUANTA CONFIANÇA VOCÊ TEM DE QUE É CAPAZ DE MANTER UM RELACIONAMENTO EFICAZ COM AS FAMÍLIAS, MESMO DIANTE DE TAIS SITUAÇÕES.

Para confirmar sua resposta, circule um número em cada questão, considerando que [0] indica nenhuma confiança e [10] absoluta confiança. Responda a cada questão considerando o seguinte enunciado:

Quanta confiança você tem de que atualmente é capaz de manter um relacionamento eficaz com a família quando:

1. Você teve pouco contato com a família.

2. Você não consegue identificar e/ou atender as necessidades da família.

3. A família não está aberta para conversar.

4. A família está alterada emocionalmente (nervosa, agressiva, estressada ou triste).

5. Você conhece pouco a família.

6. A família não compreende o que você está dizendo.

7. A família não sabe quem você é.

APÊNDICE J - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Relacionamentos Eficazes com Famílias em Unidades Neonatais e/ou Pediátricas

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

8. A família não sabe qual é o seu papel dentro da unidade.

9. A família não se aproxima de você.

10. O seu lado pessoal sobrepõe-se ao profissional.

11. Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensaria ou faria.

12. Você não consegue compreender a visão e o modo de viver e agir da família.

13. Você sente que tem uma relação mais pessoal do que profissional com a família.

14. Você acredita que não está preparada (o) para lidar com a família em determinada situação.

15. A família ultrapassa os limites da sua paciência.

16. Ocorre o óbito da criança.

17. A família está numa situação de grande sofrimento.

APÊNDICE J - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Relacionamentos Eficazes com Famílias em Unidades Neonatais e/ou Pediátricas

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

18. Você está sobrecarregada (o) no trabalho.

19. Você já teve conflitos com a família.

20. O ambiente não oferece condições mínimas de conforto para a família.

21. Falta tempo para você conversar com a família.

22. Você está estressada (o) , cansada (o), irritada (o), preocupada (o) ou triste.

23. Há suspeita de maus tratos à criança.

24. Você tem uma impressão negativa da família.

25. Há problemas intrafamiliares.

26. O primeiro contato da equipe de saúde com a família foi inadequado.

APÊNDICE J - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Relacionamentos Eficazes com Famílias em Unidades Neonatais e/ou Pediátricas

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

27. A criança está em estado grave.

28. A família não aceita a condição em que a criança se encontra.

29. A família não entende o que está acontecendo com a criança.

30. A família é pouco comunicativa.

31. Você não tem respostas para determinadas perguntas da família.

32. A família faz cobranças sobre o seu trabalho.

33. Você sente que a família responsabiliza você pelo que está acontecendo.

34. A instituição na qual você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias.

35. A família teve experiências prévias negativas com outros profissionais ou com outros serviços de saúde.

APÊNDICE J - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Relacionamentos Eficazes com Famílias em Unidades Neonatais e/ou Pediátricas

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

36. Outros membros da sua equipe não valorizam o relacionamento com as famílias.

37. A família solicita demais.

38. Você sente que a família não confia em você.

39. Você precisa realizar procedimentos invasivos na presença da família.

Dados de Caracterização

1. Em qual unidade você trabalha? (indique todas que se apliquem)

- a. Unidade de Internação Pediátrica ☐
- b. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica ☐
- c. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (alto, médio, baixo risco) ☐
- d. Unidade Neonatal (apenas médio e baixo risco) ☐
- e. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal ☐
- f. Pronto Socorro Infantil ☐
- g. Outro: _____

2. Atualmente, você trabalha:

- a. Somente em hospital público ☐
- b. Somente em hospital privado ☐

**APÊNDICE J - Escala de Autoeficácia para o
Estabelecimento de Relacionamentos Eficazes com
Famílias em Unidades Neonatais e/ou Pediátricas**

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

- c. Em um hospital público e outro privado ☐ d. Outro: _____

3. Há quanto tempo você atua na área pediátrica e/ou neonatal?

- a. Menos de 1 ano ☐ d. Entre 11 anos e 15 anos ☐
b. Entre 1 ano e 5 anos ☐ e. Entre 16 anos e 20 anos ☐
c. Entre 6 anos e 10 anos ☐ f. Mais de 20 anos ☐

4. Nível de formação profissional:

- a. Bacharel ☐ d. Doutor ☐
b. Especialista ☐ e. Outro: _____
c. Mestre ☐

5. Você é do sexo:

- a. Feminino ☐ b. Masculino ☐

6. Sua idade:

- a. Entre 20 e 25 anos ☐ e. Entre 41 e 45 anos ☐
b. Entre 26 e 30 anos ☐ f. Entre 46 e 50 anos ☐
c. Entre 31 e 35 anos ☐ g. Mais de 50 anos ☐
d. Entre 36 e 40 anos ☐

7. Você já teve com algum conteúdo relacionado à Enfermagem da Família?

- a. Sim ☐ b. Não ☐

8. Caso tenha assinalado sim na questão anterior, indique em qual momento da sua trajetória profissional o contato com esse conteúdo foi feito: (indique todos que se apliquem)

- a. Graduação ☐ e. Palestra ☐
b. Pós Graduação ☐ f. Li sobre o assunto ☐
c. Curso ☐ g. Outro _____
d. Congresso ☐

APÊNDICE K - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II

(VALIDAÇÃO ESCALA)

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “O impacto de um protocolo de atendimento familiar na autoeficácia do enfermeiro para o relacionamento com a família”

PESQUISADOR: Andréia Cascaes Cruz – Doutorando do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Margareth Angelo – Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EESUSP.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa destinada à validação uma escala de autoeficácia para relacionamentos eficazes com famílias em unidades neonatais e/ou pediátricas. Segundo a literatura, autoeficácia refere-se às crenças das pessoas sobre sua confiança para desempenharem determinada tarefa com êxito; tais crenças determinam como as pessoas sentem-se, pensam, motivam-se e comportam-se.

Você preencherá um questionário contendo itens sobre situações que podem interferir na sua autoconfiança para se relacionar de forma eficaz com as famílias. O questionário leva, em média, 15 minutos para ser completado. Caso você sinta algum desconforto ao preenchê-lo, você pode interromper imediatamente a sua participação. Como benefícios, estará contribuindo para o aprimoramento das áreas de Enfermagem da Família, Neonatal e Pediátrica.

Você poderá ser esclarecido (a) sobre a pesquisa a qualquer momento. Os pesquisadores irão tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação científica que possa resultar deste estudo. A participação no estudo não acarretará custos para você, e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, e/ou pelo telefone (11) 3061-7601, no Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem da USP, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP pelo telefone ((11) 3061-7548 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP pelo telefone: (11) 3091-9457, situado na Av. Prof. Lineu Prestes, 2565, São Paulo.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____

SEXO : M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

nº _____ compl.: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____

CEP: _____ TELEFONE: (____) _____

Este documento é emitido em duas vias rubricadas em todas as páginas e assinadas ao seu término pelo(a) Sr (a) e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um .

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente Projeto de Pesquisa: “O impacto de um protocolo de atendimento familiar na autoeficácia do enfermeiro para o relacionamento com a família”.

Assinatura do sujeito da pesquisa:

Local: _____ Data: _____

Assinatura do investigador:

Local: _____ Data: _____

APÊNDICE L - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal e/ou Pediátrico

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

Algumas situações descritas a seguir podem dificultar o seu relacionamento com as famílias na sua prática assistencial do dia-dia.

Gostaríamos de saber QUANTA CONFIANÇA VOCÊ TEM EM VOCÊ MESMO DE QUE É CAPAZ DE MANTER UM BOM RELACIONAMENTO COM AS FAMÍLIAS, MESMO DIANTE DE TAIS SITUAÇÕES.

Lembre-se: este questionário não está perguntando se você tem se relacionado com as famílias nessas situações, mas sim, o quanto você se sente confiante para estabelecer um bom relacionamento com as famílias, mesmo diante das situações abaixo.

Para confirmar sua resposta, circule um número em cada questão, considerando que [0] indica nenhuma confiança e [10] absoluta confiança. Responda a cada questão considerando o seguinte enunciado**:

****Quanta confiança você tem em você mesmo de que atualmente é capaz de manter um bom relacionamento com a família quando:**

1. Você teve pouco contato com a família.

2. Você não consegue identificar e/ou atender as necessidades da família.

3. A família não está aberta para conversar.

4. A família está alterada emocionalmente (nervosa, agressiva, estressada ou triste).

5. Você conhece pouco a família.

6. A família não compreende o que você está dizendo.

APÊNDICE L - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal e/ou Pediátrico

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

Quanta confiança você tem em você mesmo de que atualmente é capaz de manter um bom relacionamento com a família quando:

7. A família não sabe quem você é.

8. A família não sabe qual é o seu papel dentro da unidade.

9. A família não se aproxima de você.

10. O seu lado pessoal sobrepõe-se ao profissional.

11. Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensaria ou faria.

12. Você não consegue compreender a visão e o modo de viver e agir da família.

13. Você sente que tem uma relação mais pessoal do que profissional com a família.

14. Você acredita que não está preparada (o) para lidar com a família em determinada situação.

15. A família ultrapassa os limites da sua paciência.

16. Ocorre o óbito da criança.

APÊNDICE L - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal e/ou Pediátrico

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

Quanta confiança você tem em você mesmo de que atualmente é capaz de manter um bom relacionamento com a família quando:

17. A família está numa situação de grande sofrimento.

18. Você está sobrecarregada (o) no trabalho.

19. Você já teve conflitos com a família.

20. O ambiente não oferece condições mínimas de conforto para a família.

21. Falta tempo para você conversar com a família.

22. Você está estressada (o), cansada (o), irritada (o), preocupada (o) ou triste.

23. Há suspeita de maus tratos à criança.

24. Você tem uma impressão negativa da família.

25. Há problemas intrafamiliares.

APÊNDICE L - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal e/ou Pediátrico

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

Quanta confiança você tem em você mesmo de que atualmente é capaz de manter um bom relacionamento com a família quando:

26. O primeiro contato da equipe de saúde com a família foi inadequado.

27. A criança está em estado grave.

28. A família não aceita a condição em que a criança se encontra.

29. A família não entende o que está acontecendo com a criança.

30. A família é pouco comunicativa.

31. Você não tem respostas para determinadas perguntas da família.

32. A família faz cobranças sobre o seu trabalho.

33. Você sente que a família responsabiliza você pelo que está acontecendo.

34. A instituição na qual você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias.

35. A família teve experiências prévias negativas com outros profissionais ou com outros serviços de saúde.

APÊNDICE L - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal e/ou Pediátrico

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

Quanta confiança você tem em você mesmo de que atualmente é capaz de manter um bom relacionamento com a família quando:

36. Outros membros da sua equipe não valorizam o relacionamento com as famílias.

37. A família solicita demais.

38. Você sente que a família não confia em você.

39. Você precisa realizar procedimentos invasivos na presença da família.

Dados de Caracterização

1. Em qual unidade você trabalha? (indique todas que se apliquem)

- h. Unidade de Internação Pediátrica ☐
- i. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica ☐
- j. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (alto, médio, baixo risco) ☐
- k. Unidade Neonatal (apenas médio e baixo risco) ☐
- l. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal ☐
- m. Pronto Socorro Infantil ☐
- n. Outro: _____

APÊNDICE L - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal e/ou Pediátrico

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

2. Atualmente, você trabalha:

- b. Somente em hospital público ☐ b. Somente em hospital privado ☐
- d. Em um hospital público e outro privado ☐ d. ☐
- Outro: _____

3. Há quanto tempo você atua na área pediátrica e/ou neonatal?

- d. Menos de 1 ano ☐ d. Entre 11 anos e 15 anos ☐
- e. Entre 1 ano e 5 anos ☐ e. Entre 16 anos e 20 anos ☐
- f. Entre 6 anos e 10 anos ☐ f. Mais de 20 anos ☐

4. Nível de formação profissional:

- d. Bacharel ☐ d. Doutor ☐
- e. Especialista ☐ e. Outro: _____
- f. Mestre ☐

5. Você é do sexo:

- b. Feminino ☐ b. Masculino ☐

6. Sua idade:

- e. Entre 20 e 25 anos ☐ e. Entre 41 e 45 anos ☐
- f. Entre 26 e 30 anos ☐ f. Entre 46 e 50 anos ☐
- g. Entre 31 e 35 anos ☐ g. Mais de 50 anos ☐
- h. Entre 36 e 40 anos ☐

7. Você já teve com algum conteúdo relacionado à Enfermagem da Família?

- b. Sim ☐ b. Não ☐

APÊNDICE L - Escala de Autoeficácia para o Estabelecimento de Bons Relacionamentos com Famílias no Contexto Neonatal e/ou Pediátrico

Autoras: Andréia Cascaes Cruz, Margareth Angelo, 2015.

*Cópia não autorizada

8. Caso tenha assinalado sim na questão anterior, indique em qual momento da sua trajetória profissional o contato com esse conteúdo foi feito: (indique todos que se apliquem)

e. Graduação ☐

e. Palestra ☐

f. Pós Graduação ☐

f. Li sobre o assunto ☐

g. Curso ☐

g. Outro _____

h. Congresso ☐

APÊNDICE M- Declarações afirmativas, retiradas das entrevistas realizadas com os enfermeiros, sobre os fatores que dificultam um bom relacionamento entre enfermeiros e famílias no contexto neonatal/pediátrico.

Declarações afirmativas	Trechos Entrevistas – Fatores que dificultam um bom relacionamento com as famílias
1	“Não tinha uma comunicação muito eficaz”
2	“problemas... de conseguir compreender o que elas [famílias] queriam.”
3	“Compreender por que elas ficam nervosas”
4	“Compreender por que elas de vez em quando não queriam se relacionar”
5	“Compreender por que...elas não queriam conversar”
6	“Compreender por que...elas invadiam, brigavam”
7	“Eu tenho que estar aberta para a família” = estou fechada para a família
8	“Eu saber quem elas são” = Eu não sei quem elas [famílias] são
9	“Ter abertura para conversar com as famílias” = Não ter abertura para conversar com as famílias
10	“A família saber qual é o meu papel lá dentro”= A família não saber qual é meu papel
11	“A família se sentir à vontade para chegar em mim” = A família não se sente a vontade para se aproximar de mim
12	“Você tem que deixar seu papel individual”
13	“Enquanto indivíduo você não vai concordar [com certas coisas que as pessoas da família te falam, fazem, pensam...]”
14	“Você tem que se desnudar do seu papel como indivíduo” = Não consigo deixar minhas crenças/convicções pessoais de lado ou quando elas são conflitantes/ muito diferentes das minhas
15	“Não é uma relação pessoal. É uma relação profissional...” = estabeleço uma relação mais pessoal do que profissional
16	“Pessoas gritam, ficam nervosas”
17	“ Você se desnuda do seu papel individual e se veste do seu papel de enfermeira”
18	“Buscar instrumentos para lidar melhor com a situação” = sinto que me falta preparo ou não estou preparada para lidar com certas situações
19	“Meu papel profissional ter paciência, e a paciência tem limites, mas a paciência enquanto enfermeira tem que superar a cada dia mais seus limites” = ultrapassa os limites da minha paciência
20	“[É mais difícil se relacionar nos] Casos de óbito” = ocorre um óbito do membro familiar
21	“Não estabeleceu nenhum vínculo, não sabe nem o nome das pessoas, não sabe quem são as pessoas”
22	“Situação que é difícil, de sofrimento...”
23	“ ... a pessoa também não te conhece” = a família não sabe quem eu sou
24	“ Não tenho ferramentas para trabalhar nessa situação”
25	“ Sobrecarga de trabalho”
26	“Condições desumanas de atendimento, que é não ter uma cadeira para sentar, o filho está no corredor” [dificultam um bom relacionamento com as famílias] = o ambiente não oferece condições adequadas para a família
27	“Então, essa sobrecarga, a falta de materiais, falta de recursos humanos [dificultam um bom relacionamento com as famílias]...”

28	“Interferia muito porque eu me colocava enquanto ser humano, enquanto pessoa, eram minhas crenças individuais [que interferiam para um bom relacionamento]”
29	“Brigas, conflitos, porque com famílias desgasta muito mais...”
30	“ O dia que eu percebo que alguma coisa está batendo muito com alguma crença minha, eu me retiro”
31	“ Se aquilo [atitude, crença da família] é uma coisa que mexe muito comigo”
32	“ Não ter que ter dia de estar irritada, de mau humor, de TPM, não existe isso, porque afeta o seu relacionamento com a família”
33	“ Falar uma frase inadequada ou expressar o não verbal inadequado”
34	“ Enquanto você não se prepara para a experiência de cuidar das famílias, você não vai saber o que é.”
35	“ Quando você vai se abrindo [para cuidar das famílias] você vai vendo que não é aquela coisa difícil que você imaginava” = Estar fechado para cuidar/ se relacionar com a família
36	“Estar aberto realmente para modificar suas crenças” = crenças pessoais conflitantes com as da família
37	“ Famílias são agressivas”
38	“Quando há suspeitas de maus tratos à criança”
39	“ É difícil [quando] a família já está fechada [para o profissional”
40	“ Me abster de julgamentos” = emito julgamentos prévios sobre a família
41	“ ...brigas dos familiares” = há problemas intra familiares
42	“ como você vai estabelecer um vínculo com uma pessoa que está alterada emocionalmente?”
43	“a pessoa está batendo no filho, está batendo na esposa ...são situações que você tem medo”
44	“a família é contra ficar no hospital, quer evadir”
45	“ Os julgamentos [dificultam os relacionamentos de outros enfermeiros com as famílias]
46	“ As pessoas têm dificuldade de estabelecer uma aproximação inicial adequada”
47	“ se você criticar, apontar, julgar ou fazer um julgamento não verbal, acabou o relacionamento, né? “
48	“ elas não sabem se relacionar com as famílias sem utilizar suas crenças individuais”
49	“ dificuldade de você estar aberto a diferentes opiniões e modos de viver”
50	“ a maioria dos profissionais já coloca críticas, observações, opiniões, se coloca num papel diferente de “eu sei, você não sabe” = a família não compreende/ aceita que eu sei mais de questões relacionadas à doença do que ela
51	“ você não pára para escutar o outro, já entra trabalhando como se fosse o chefe e eles [famílias] os subordinados” = a família não compreende que dentro do hospital o enfermeiro está no comando.
52	“ Tem uns [pais] que ficam mais tempo, então você acaba lidando, falando mais com esses, né?” = quando a criança está internada há menos tempo / quando conheço a família há menos tempo / tive pouco contato com a família

53	“ Tem sempre um ou outro [relacionamento] que é mais complicadinho, né? Dependendo da gravidade do bebê”
54	“Demora mais para a mãe te procurar, aceitar [a condição do bebê]” = a família não aceita a gravidade do estado da criança
55	“ [Ter um bom relacionamento...] é conseguir falar com eles, ter um retorno deles...” = a família não está receptiva ou aberta para conversar
56	“...deles aceitarem o que está acontecendo com a criança, porque a gente vê que tem alguns que no começo não aceitam” = a família não aceita/ entende o estado que a criança se encontra.
57	“[Bom relacionamento] é você conseguir falar e eles conseguirem entender o que você está querendo dizer” = A família não entende o que estou dizendo.
58	“aceitação” [dos pais sobre o estado em que a criança se encontra” = os pais não aceitam a condição da criança
59	“ os pais não entendem que precisa esperar [para criança sair da UTI].... aí é mais difícil de você conversar.
60	“ Tem uns que querem falar mais.... tem outros que você tem que ficar estimulando [a falar].... mas acho que isso é um pouco mais de característica das pessoas, né? Às vezes têm pessoas que são mais comunicativas e outras não, né?” = as famílias são mais fechadas, falam menos, não querem se comunicar
61	“[É mais difícil se relacionar] quando o bebê é mais grave. Por conta mesmo da situação, da aceitação”
62	“É mais difícil você conseguir falar com eles e de uma forma que eles entendam o que está acontecendo. Principalmente nos primeiros dias, quando é um bebê mais grave”.
63	“No começo [é mais difícil]... por mais que você tente e tudo, você que a pessoa não está nem te ouvindo. Está te ouvindo mas não está absorvendo o que você está falando, não está entendendo o que você está querendo dizer”
64	“ eles perguntam... às vezes você fica até, né? Não tem como você falar” = quando não tenho respostas para as perguntas das famílias.
65	“A dinâmica do setor” [dificulta um bom relacionamento com as famílias]
66	“ Se está muito cheio, se tem um bebê mais grave e você está mais ocupada, você não consegue falar com todo mundo”.
67	“ A quantidade de pessoas trabalhando, se você tem menos pessoas trabalhando, você acaba ficando mais sobrecarregado.”
68	“Às vezes você não está num dia muito bom, né? Aí isso é uma questão de você conseguir administrar bem, de conseguir deixar isso de fora e você conseguir esquecer o que está passando lá fora na sua vida”. = não consigo deixar os meus problemas pessoais de lado
69	“ Quando tem óbito [é a situação mais difícil de se relacionar com as famílias]”
70	“Depois de você ver a gravidade do bebê é a questão do óbito”
71	“ A participação do enfermeiro [no óbito] é muito grande para resolver a parte burocrática”
72	“ [é difícil ter um bom relacionamento] quando você vê que às vezes eles [familiares] têm problema. Então, às vezes, os pais são separados...ou a mãe não sabe quem é o pai...” = há problemas intrafamiliares

73	“Você acaba tendo dificuldade, porque acaba tendo que conversar duas vezes, né? Separado, né? Mas você nunca fala exatamente igual...mas cada um entendia de um jeito” = a família não compreende o que falo
74	“[é difícil ter um bom relacionamento] quando eles já vêm com um problema de relacionamento deles”
75	“ O relacionamento do profissional com eles se torna mais difícil por conta do problema já existente deles”.
76	“Mãe difícil é aquela mãe que vai percebendo como são as coisas e vai fazendo cobranças...” = a família faz cobranças sobre o meu trabalho
77	“Quando começa a cobrar algumas coisas e você está numa sobrecarga de trabalho” = não consigo, pela sobrecarga de trabalho, atender a criança no momento que a família quer/pede
78	“ Não tem acomodação, não tem lugar para ficar, não tem nada”. = o ambiente físico não propicia condições adequadas para família.
79	“É importante você se colocar no lugar da outra pessoa” = não consigo me colocar no lugar da família
80	“Falta tempo [para cuidar da família]...você está conversando [com a família] e você está pensando num milhão de coisas que você tem para fazer.”
81	“[para outras enfermeiras] é mais difícil se relacionar com as famílias pela gravidade do bebê”
82	“ Eu acho que no geral o óbito é o mais difícil de tudo.”
83	“ [A família] está em prantos, em choque, então é muito difícil você abordar”. = não consigo me aproximar da) família que está sofrendo, chorando, em momento de muita tristeza.
84	“A gente não faz [conversa com as famílias] no dia-dia por falta de tempo mesmo...se eu estou sobrecarregada.”
85	“É a falta de tempo mesmo”.
86	“ Por ser pronto socorro os familiares chegam muito angustiados, muito estressados”
87	“Acho super importante que a família me reconheça como...saiba meu nome, né?” Saiba quem eu sou dentro daquele momento de trabalho.“ = a família não sabe quem eu sou / não me reconhece como enfermeira / fonte de apoio?
88	“ Ter um bom relacionamento com as famílias é ser profissional” = não consigo ser estritamente profissional ou quando o lado pessoal sobrepõe o profissional
89	“às vezes você conhece aquela família há mais tempo, então a família também acaba te tratando de forma diferente...” = as conheço a pouco tempo ou não as conheço
90	“Têm famílias que demandam um maior tempo para ela ter uma abertura com você.”
91	“Família chegou angustiada, colocando limites para mim naquela conversa...” = a família coloca limites para se relacionar.
92	“ A morte para a família de uma criança é uma situação muito difícil. Eu saio com uma sensação de impotência...” = a criança vai a óbito
93	“Eu precisaria de um tempo maior tempo com a família”.
94	“É como se ela[mãe] tivesse transferido toda a culpa que ela estava sentindo naquele momento pra mim.” = a família me culpabiliza / culpa a

	equipe pelo que está acontecendo com a criança
95	“Demanda de você entender a família, acolher a família e entender a família naquele momento, porque ela tem diversas formas de expressar o que ela está sentindo, desde raiva, choro...” = a família está com raiva, chorando
96	“...e mesmo culpar o profissional... Tem gente que não entende”
97	“Meu estado emocional de demonstrar tranquilidade naquele momento, de ouvir com paciência, colocar para ela que eu estou à disposição”. = não estou com paciência para conversar com a família /// não consigo me colocar à disposição para a família.
99	“ A prática me trouxe maior segurança” = não sinto segurança para lidar com certas situações familiares.
99	“[facilita porque] A gestão tem o olhar voltado para isso [cuidado centrado na família].” = a instituição que eu trabalho não apoia o cuidado centrado na família
100	“[é difícil manter um bom relacionamento quando há] Crianças vítimas de algum traumatismo, queimadura... traumatismos pertinentes à infância, muitos profissionais não conseguem entender, eles acham que foi um grande descuido da mãe, do responsável.” = eu acredito que a família não zelou pelo bem-estar da criança// eu acredito que família se descuidou da criança e por isso ela foi hospitalizada.
101	“[é difícil ter um bom relacionamento quando os profissionais] transferem todo aquele sentimento de revolta, de angústia com a situação para a mãe”
102	“Têm familiares que eles têm uma postura muito agressiva”.
103	“Eles já vêm angustiados com alguma coisa que tenha acontecido, ou porque o filho dele está doente há muito tempo, está demorando para resolver a situação ou porque ele já passou em vários serviços e não conseguiu resolver a situação dele”.
104	“Eles já vêm com uma postura mais agressiva porque eles já têm uma experiência negativa de outro momento de doença”.
105	“Têm muitos profissionais que não entendem isso, levam pro lado pessoal...ai acabam dificultando o estabelecimento de vínculo”. = não entendo a agressividade da família.
106	“[tenho mais dificuldade quando] a família já vem de um outro local, que já está com muito problema, está correndo com a criança, e ninguém conseguiu resolver....eles vêm bem nervosos, já vem descontando na gente”. = vem com experiências prévias negativas de outros serviços /// a família está nervosa /// a família desconta em mim os problemas que traz consigo
107	“[é difícil se relacionar] quando a criança está muito grave também”.
108	“[é difícil se relacionar quando] os pais não querem conversar muito” = a família não está aberta para conversar
109	“[ter um bom relacionamento com as famílias é] eu conseguir conversar, ver quais são as demandas deles...poder tranquilizar a família”. = não consigo conversar com as famílias /// não consigo identificar as necessidades da famílias ou o que elas famílias precisam, desejam, querem /// não consigo tranquilizar as famílias
110	“ [É mais difícil se relacionar com as famílias...] o mais difícil é na hora da perda, quando algum paciente vem a óbito”.

111	“Existe aquele bloqueio [meu] na hora da morte, do que eu vou fazer para ajudar aquela família”. = não sei o que fazer para ajudar a família
112	“[difícil ter um bom relacionamento com as famílias] Quando está muito cheio [a unidade], tem muita coisa para fazer...”
113	“Tem equipe que não está acostumada a lidar com família, então acha estranho quando a gente fica conversando demais com a mãe...poucas pessoas vêem importância naquilo [genograma e ecomapa]”. = outros membros da equipe não veem importância em atender/ cuidar/ se relacionar com a família.
114	“ [É difícil se relacionar com as famílias] quando está muito cheio...quando tem muita criança grave”.
115	“Eu não conseguia chegar perto da família porque eu estava atendendo a criança ou uma outra criança... aí eu atendo a criança naquele momento, que é grave, ou eu atendo a família” = minha prioridade é atender a criança, devido sua gravidade.
116	“ [É difícil se relacionar com as famílias] quando falta profissional [na unidade, no plantão].
117	“Quando vem a óbito mesmo, que eu vejo que a família está sofrendo ali.”
118	“[é difícil se relacionar] com o familiar que tem déficit de cognição...”
119	“[é difícil se relacionar] quando já é agressivo...”
120	“[é difícil se relacionar com] Mães que são muito solicitativas...toda hora fica chamando...solicitações, muitas solicitações atrapalham um pouco.”
121	“ Se está muito corrido não dá para chegar [na família].”
122	“A falta de preparo[difícil que outros enfermeiros se relacionem com as famílias].”
123	“Eu busco ter um tempo, pelo menos no plantão, encontrar um tempo na rotina para conseguir conversar com as famílias”
124	“[Tem família que] fica meio sem jeito de falar, fica constrangida, não fala, acredita que vai atrapalhar o profissional, se chamar”
125	“... lidando com a pessoa num momento que já é difícil para ela...então é um momento que já gera stress, já gera insegurança”.
126	“se mostrar disponível para a família...” = estou indisponível para a família
127	“...primeira coisa é confiança.” = a família (ainda) não confia em mim
128	“[é mais difícil se relacionar com as famílias] na situação de stress, por exemplo, quando a criança piora.”
129	“[é mais difícil se relacionar com as famílias] se ela ainda não teve uma boa orientação sobre o que está acontecendo, se ela não sabe direito qual o diagnóstico, ela vai estar estressada...” = quando a família não entende o que está acontecendo com a criança
130	“ não é o momento que você [a família] vai querer uma comunicação” = quando a família não está aberta para conversar
131	“Se você não conseguiu fazer esse contato antes, não é na hora de stress que vai fazer” = ainda não conheço a família.
132	“[É difícil ter um bom relacionamento com as famílias] num dia que está muito cheio....essas coisas de rotina que prendem. Eu acho que o pior é a rotina...”
133	“Difícil porque tem poucos profissionais... acho que a escala e a rotina são os fatores que mais dificultam”.

134	“O stress [do enfermeiro] pode atrapalhar.”
135	“Tem família que é mais fechada, que eles não falam muito. Não é muito aberta para vínculo...”
136	“Porque já teve má experiência antes com algum profissional de enfermagem, profissional de saúde, que já bloqueou esse contato...”
137	“Ou porque é da pessoa mesmo, da criação dela, das crenças dela, <u>dela ser mais fechada</u> e não expor muito o que ela está sentindo”
138	“Tem alguns temas que é você percebe que é mais difícil [de abordar]por conta disso”.
139	“...as famílias que são mais abertas, que você percebe que fala tudo, costuma ser mais fácil de lidar...de você perceber se ela está precisando de alguma coisa ou não”
140	“Mas também é uma coisa que vai dificultar na rotina, porque você vai ficar muito tempo naquela família...ela está falando bastante...”
141	“Mas é mais fácil lidar com essa [família] que fala bastante do que com a família que é mais fechada e tem outras culturas que não são compatíveis com a minha”. = a família não está aberta para conversar /// as crenças, pensamentos e ações da família são muito diferentes das minhas
142	“Nas situações que a rotina é apertada é mais difícil alguns profissionais se relacionarem”
143	“às vezes, eu não sei como lidar com a resposta que ele [familiar] me dá. Então, porque às vezes eu não vou ter o que fazer, eu não sei o que fazer.”
144	“...se a família responde “eu não queria que meu filho estivesse aqui”, você fica numa saia justa. Principalmente quando você sabe que a criança não está muito bem, “ele vai morrer?” perguntas desse tipo. Não tem uma resposta fechada para falar. = não tenho resposta para as perguntas que a família me faz
145	“O que eu vou fazer com a resposta [pergunta] da família, isso ainda me emperra um pouco. Dependendo do que ela responder eu não vou saber qual conduta eu vou tomar”.
146	“[Para ter um bom relacionamento com as famílias] a família [precisa] me reconhecer com a enfermeira que está cuidando do filho dela... me reconhecer como sendo o profissional que está ali cuidando, o enfermeiro do filho dela. = a filha não me reconhece/ não sabe quem eu sou/ qual o meu papel/
147	“ [É difícil se relacionar com as famílias] numa situação de emergência...eu ouvia a mãe gritando lá fora. Aquele grito de pavor. Um choro muito forte, muito alto...eu não sei o que fazer.
148	“ [É difícil se relacionar com as famílias] na situação do óbito”.
149	“Um elemento que dificulta [um bom relacionamento com a família] é a família não querer estabelecer um relacionamento. Ser mais fechada.”
150	“Um elemento que dificulta [um bom relacionamento com a família é] uma mãe que no começo está desconfiada, não confia no trabalho, não sabe o que está acontecendo; então, ela não se abre muito com você”. = a família não confia no meu trabalho /// não entende o que está acontecendo
151	“A confiança é um elemento facilitador [para ter bom relacionamento] ‘
152	“Quando você tem muitas coisas para fazer, muitos exames, muita rotina. A rotina interfere [para que esse estabeleça bons relacionamentos com as famílias]”.

153	“Você precisa ter tempo para as famílias...mas tem momentos que a gente não tem tempo, que é o momento que dificulta.”
154	“ Vai muito também do quanto lugar que você trabalha valoriza isso [família]. Isso te ajuda ou não.”
155	“Difícil quando a criança está quase morrendo...situações extremas...que ele [filho] pode morrer”.
156	“[Dificulta um bom relacionamento] essa questão delas não estarem muito abertas no começo, não terem adquirido confiança”.
157	“às vezes comunicação também...não adianta você chegar nelas e começar a dar informações s eelas nem querem saber, né? Então, você tem que entender qual é o momento de cada família. É uma situação que se você não entende, isso dificulta”.
158	“ [é difícil quando] a gente pega situações de violência, que a criança por violência, de todos os tipos...O meu olhar para aquela família já fica um pouco diferente...quando eu vejo que é a família que está prejudicando a <u>criança</u> ”.
159	“Nem todas [as famílias] fazem bem para a criança. Então, quando traz malefício para a criança, isso meio que polui a imagem que você tem da família [e prejudica um bom relacionamento] . = tenho uma imagem negativa da família, por maltratar a criança.
160	“O espaço para as famílias no hospital, é muito difícil” = ambiente não é adequado/ confortável para a família.
161	“[Para outros enfermeiros se relacionarem com as famílias é difícil quando] eles têm muita tarefa para fazsr....quando eles ficam muito atolados de atividades.”
162	“ E também tem as crenças de cada pessoa...”
163	“Tem pessoas que são mais introspectivas, tem dificuldade de comunicação.”
164	“[Ter um bom relacionamento com as famílias] é a confiança que eles depositam em mim.” = a família não confia em mim / no meu trabalho
165	“Até que ponto o profissional não tem que misturar com o pessoal”. = meu envolvimento pessoal supera o profissional
166	“[É mais difícil se relacionar com as famílias] nas <u>situações críticas, na hora dos cuidados paliativos</u> que você tem que conversar com eles...nu momento de decisão.”
167	“Mas quando eles confiam em você, eles também querem jogar a decisão para você, que você ajude eles a decidirem alguma coisa...e aí a decisão não é nossa, né? ... o paciente tem que fazer uma traqueostomia ou não, está em cuidados paliativos...não sou eu que tenho que responder, é ela. O filho dela. Então, nesses momentos são críticos.”
168	“Há um tempo atrás, teve um paciente que morou aqui 5 anos com a gente....a gente tinha tanto envolvimento, que na hora de fazer o atendimento [de emergência] foi bem difícil porque daí a gente estava envolvido, a gente já quase não se sentia tanto profissional” = o lado pessoal “fala mais alto” que o profissional
169	“[Dificulta um bom relacionamento com as famílias] o número de pacientes, né? A correria que a gente está. “ = sobrecarga de trabalho
170	“[Dificulta um bom relacionamento com as famílias] quando você está muito atribulado, né? Quando o número de enfermeiros está reduzido para

	o número de pacientes que você tem...”
171	“[Dificulta um bom relacionamento com as famílias] ou quando a complexidade dos pacientes está muito alta, daí não dá para você dar o atendimento que você gostaria de dar para a família, né?”
172	“às vezes você está cansada mentalmente... a estafa mental é muito maior [que a física]”.
173	“[para se relacionar bem com as famílias é preciso] tentar separar o profissional do pessoal, porque chega um momento que eles também querem te considerar amiga....é muito difícil, mas você tem que saber separar isso daí. Tem gente que não consegue que mistura isso ao problema das outras pessoas. Eu acho que eu consigo, mas isso você tem que desenvolver com os anos.”
174	“Pacientes neuropatas, eu tenho muito mais contato com eles, eu gosto muito mais, e aí a gente cria um vínculo muito maior. Não só esses neuropatas, mas esses crônicos, de maneira geral, esses que reinternam , a gente acaba estabelecendo muito mais contato e muito mais vínculo do que aquele que passa aqui e vai embora.”
175	“Você cria vínculos mesmo [com as famílias], a exceção que acontece na minha área é quando a família é ausente”.
176	“Tem outros casos que você tem o pai e a mãe participando diariamente, até do cuidado. Nesses casos especificamente existe uma <u>criação</u> realmente <u>de um vínculo</u> , não de amizade , mas de bastante reciprocidade, acho que de <u>confiança</u> também”. = não consigo estabelecer um vínculo com a família /// a família não confia no meu trabalho
177	“ [A equipe está conversando] sobre o filho dela e ela não está entendendo absolutamente nada...daí ela chega pra você perguntando sobre um ET, traduza o que vocês estavam dizendo...” = a família não compreende o que estou falando
178	“[Ter um bom relacionamento com as famílias] primeiro, é respeitar esse limite de entendimento que a família tem.”
179	“A pessoa [da família] sai absolutamente calada porque ela se sente extremamente inferiorizada em relação a você...porque foram lá e explicaram de uma determinada forma que ela não entendeu”
180	“ Quem trabalha com neonatologia, não tem como você não fazer vínculo, porque geralmente elas [famílias] ficam ali muito tempo”.
181	“[É mais difícil se relacionar com as famílias] na morte.”
182	“Me lembro a última vez [que teve óbito], era uma pessoa que eu tinha vínculo e você precisa ter aquela mescla, né? Eu preciso ser um profissional que vai atuar ali, mas ao mesmo tempo existe uma parcela de amizade, de parceria ali...esse meio termo de você abraçar a mãe e não sair chorando e ao mesmo tempo de não trata-la como uma pessoa estranha...isso daí para mim é de longe o mais difícil”.
183	“[dificulta um bom relacionamento com as famílias] a falta de privacidade. Da família ter que expor sentimentos, posições, coisas que são extremamente conflitantes para eles [no meio de um salão]..eu acho que aqui a gente não tem muito isso, privacidade.”
184	“A presença da mãe de vez em quando, de uma forma ou de outra, interfere [nos relacionamentos], acho que nenhum profissional pode negar isso....se ele quiser ficar lá vendo o filho dele sendo furado, é uma posição

	dele; aqui a gente impõe esse limite. Se você tem um pai e uma mãe olhando ali, vendo o que você está fazendo, acho que isso interfere muitíssimo no que você está fazendo. “ = preciso realizar procedimentos invasivos na presença da família.”
185	“Eu acho que todo mundo tem dias que está mais ou menos receptivo, e menos ou mais paciente”
186	“Eu já vivi situações de pegar situações muito limítrofes, a criança morrendo e você tem um pai e uma mãe causando algum tipo de... dificultando ainda mais o processo.”
187	“Tempo, maturidade e segurança te prepara mais conversar, viver certas situações.” = estou diante de situações inusitadas.
188	“O vínculo com a criança muitas vezes até interfere de forma positiva [no relacionamento com a família], pela questão da confiança. Porque você cria um vínculo de confiança muito grande. Mas tem esse lado ruim, se depois vem a morrer. É quase como se fosse uma família sua ali. É bem difícil.”
189	“[Em relação aos outros enfermeiros, é mais difícil para eles lidar com as famílias] em situações-limites, como a piora do estado geral da criança, principalmente, com paradas cardíacas.”
190	“Essas são as [coisas] mais inesperadas, mais anômala que possa acontecer... uma criança não pode morrer, né? Então, eu não consigo imaginar um enfermeiro que lide com isso de uma forma tranquila.”
191	“Tem uma série de dificuldades [no relacionamento com as famílias], porque às vezes você dá as orientações, principalmente no momento da internação, e a família acaba não captando nada”.
192	“A família chega mais agressiva do que geralmente é; já vem às vezes com pedra na mão”
193	“Tem uma família difícil, parece que contagia todos. Aí todos ficam meio agressivos”.
194	“[Família mais difícil de se relacionar é a da] criança crônica...tens uns que a gente tem muita amizade, muito contato, têm uns que vêm de fora, que a gente não tem muito contato, e fica mais rebelde...o pessoal está mais rebelde, mais questionativo, bem mais questionativo...” =a família não me conhece direito /// não tenho vínculo com a família /// a família pergunta demais
195	“[Ter um bom relacionamento com a família] é eles poderem chegar e perguntar...a pessoa sentar, conversar, às vezes se abrir” = a família é fechada /// não se abre para uma conversa
196	“[É mais difícil se relacionar com as famílias] na morte. Acho que é um momento muito difícil...”
197	“Ela [avó] veio gritando comigo, como se eu tivesse culpa...” = quando a família me culpabiliza pelo que aconteceu com a criança ou pela situação que está vivenciando.
198	“A dinâmica do serviço [dificulta um bom relacionamento com as famílias]. Às vezes você não consegue...chegou criança grave...”
199	“A complexidade...a dinâmica [interfere no relacionamento com as famílias]. Quando está tranquilo, tudo bem, mas fora disso, fica difícil, puxado.”
200	“Crianças crônicas, que ficam aqui um, dois, três anos... que a gente fez

	um bom relacionamento com a mãe.” = não conheço direito a família.
201	“A dinâmica da criança [interfere no relacionamento com a família]...às vezes você está concentrada nas coisas , você não consegue lidar, conversar com a família...tem crianças que demandam muito mais. Às vezes não é aquela criança que está dando trabalho, são outras crianças, mas você não consegue chegar ali do lado e ir conversar com a mãe”. = complexidade da criança // há crianças muito graves na unidade
202	“O tempo também, a falta de tempo [interfere no relacionamento com a família]”
203	“Têm pessoas que são muito mais dadas para conversar com as famílias, a gente vê o perfil de cada um... a gente deveria ter muito mais tempo para conversar com a família. “
204	“Muitas vezes elas [mães] não conseguem chegar no médico e falar, porque a linguagem é muito difícil para elas...” = a família não compreende o que está sendo falado.
205	“Tem algumas dificuldades [no relacionamento com as famílias], nós somos seres humanos, erroneamente fazendo julgamentos, né?]= não consigo deixar de julgá-la por algo que acredito estar errado
206	“É entender na realidade deles algumas atitudes...algumas situações que acontecem e a gente acaba querendo julgar”
207	“[Ter um bom relacionamento com as famílias] é não entrar em conflito, é respeitar, tentar atendê-los em todas as expectativas.”
208	“[Ter um bom relacionamento com as famílias] é ouvir as dificuldades, tentar dar atendimento de uma forma humana, respeitando os princípios que eles já tem na vida deles, culturais, religiosos, sociais...” = a realidade/ atitudes da família é(são) muito diferente(s) da(s) minha(s)
209	“[As situações mais difíceis de se relacionar com as famílias] são aquelas onde existe violência dentro da casa. Violência, é, agressão, isso me deixa muito abalada.”
210	“[As situações mais difíceis de se relacionar com as famílias, são quando têm] crianças em situações de abuso, dentro da própria casa muitas vezes, com a anuência da mãe, ou do pai. Isso é um desafio para mim [me relacionar com essas famílias]...eu perco um pouco eixo”
211	“Eu defendendo a mãe [para ela permanecer ao lado do filho, porém, ela pouco se importou em permanecer [ao lado do filho]. Pra mim foi uma coisa tão absurda. É outro valor, é aquele julgamento que eu falei pra você no início...é difícil a gente não fazer nessas situações de violência. “
212	“As crianças marginalizadas são um desafio, as famílias, né? A dinâmica familiar. “
213	“[Dificulta um bom relacionamento com as famílias] aqui é um pronto-socorro, então a gente tem pouco tempo de inserir as famílias em algumas situações. A gente vai atender um agravo agudo e tentar resolver um problema da criança e, às vezes, você conseguir dentro desse cenário dar atenção para a família...conseguir acolher, atender...isso faz muita falta, os instrumentos, né? A mãe acaba sendo uma mera contadora do que aconteceu nos últimos minutos.” = tenho que atender situações de emergência
214	“O que mais dificulta na minha dinâmica de pronto-socorro é que a gente corre contra o tempo...”

215	“Acredito que o grupo técnico está longe de ter essa sensibilidade [para a família]. E eles são nosso braço executor [o que acaba dificultando o estabelecimento de bons relacionamentos com as famílias].”
216	“Fica muito a cargo da pessoa gostar e acreditar que isso [família] é importante”. = outros profissionais que trabalham comigo não dão a mesma importância que eu dou para as famílias.
217	“ [Meu estado emocional interfere] muito [nos relacionamentos com as famílias] porque eu também tenho minha família. Quando a gente não está bem, a gente realmente é um péssimo ouvinte.
218	“Por exemplo, eu jamais deixaria a minha filha com pneumonia, com febre uma semana em casa e não traria [ao OS]....então, acho que quando a gente não está bem psicologicamente, é muito mais difícil você conseguir ouvir e não julgar.” = as crenças/ atitudes da família são muito diferentes das minhas ou quando a família têm certas atitudes que diferem muito do que faria / do que penso que seria correto.
219	“Ainda que essa situação de violência para mim seja um desafio, eu acho que para outras pessoas é mais ainda. Que não conseguem levar a assistência até o final sem se descompensar”
220	“Eu acho que a gente ainda está longe de ser perfeito em termos de abordagem centrada na família. Eu acho que tem muito mais coisas que a gente poderia fazer, mas que <u>ainda não tem o preparo muito bem estabelecido</u> ” = falta organização no ambiente hospitalar para acolher a família???
221	“[condições do paciente ou da família que interfere nos relacionamentos...] primeiro, o agravo. Acho que dependendo do agravo fica um pouco mais difícil; na situação de emergência, você conseguir abordar certos aspectos relativos à família. Porque a doença acaba se sobrepondo ao cuidado centrado na família”
222	“Em relação à família [dificulta] quando eles não estão muito a disposição para conversar...”
223	“Em relação à família [dificulta] quando eles já vêm muito <u>fragilizados</u> de outros atendimentos ruins = a família já teve experiências prévias negativas em outros serviços de saúde.”
224	“Em relação à família [dificulta] os julgamentos [prévios], onde a família já chega revoltada, as famílias já vêm muito desgastadas com os atendimentos pouco efetivos”.
225	“A família já chega achando que vou chamar a assistente social para ela, é muito chato”
226	“ [é chato] quando a família acha que estamos aqui só para punir, só para julgar, só para acusa-la de maus tratos, acusa-la de ter largado a criança...”
227	“Têm muitas crianças aqui, se você pegar uma família: papai, mamãe e filhinho, você vai dar sorte, porque quase não existe...porque ou é madrasta, ou é criado pela avó, criado pela madrinha, pelo vizinho, por quem seja. E ele tem uma família, né? E essa família tem que ser respeitada na sua composição e na sua dignidade.” = a composição familiar é muito diferente do esperado.
228	“É mais difícil [os outros enfermeiros se relacionarem com as famílias] quando elas já chegam com quatro pedras na mão. Já chegam revoltadas”.
229	“É mais difícil [os outros enfermeiros se relacionarem com as famílias]

	quando eles são testados mesmo, seu limite psicológico, quando são agredidos. Porque ninguém tem sangue de barata, né? ” = ultrapassa a paciência / ultrapassa meus limites de “compreensão”
230	“Tento mostrar para a mãe que eu estou do lado dela. Que eu estou querendo fazer o melhor pelo filho dela, eu não vou fazer por maldade [puncionar a veia]; a gente faz porque precisa, pelo bem da criança. Isso tem que ser muito bem explicado e você tem que ser parceiro da mãe.....tem que tentar usar a mãe como parceira.” = a família não me vê como parceira dela
231	““Ah você fica furando e não acerta a veia” Para o profissional isso é uma ofensa. Difícil para gente també, quando está fazendo o procedimento e erra. Para a gente também é sofrido, a gente não quer errar... Porque quando a mãe fica brava com algum procedimento, eu acho que isso é muito difícil. Para eles é um desafio muito grande.” = a família me julga ou é ofensiva comigo quando não acerto um determinado procedimento técnico.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA: IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - ATITUDES DOS ENFERMEIROS (IFCE-AE) ¹⁴

O questionário que se segue consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem.

O termo *família* refere-se aos indivíduos que a família considera como família, com laços sanguíneos ou não, podendo ser amigos, vizinhos ou outros significativos.

As afirmações são parecidas, mas não são idênticas, e elas não estão listadas em nenhuma sequência particular.

Por favor, **responda a essas afirmações prontamente, escolhendo a primeira resposta que vier a sua cabeça.**

Você está convidado a realizar comentários no espaço disponibilizado no final do questionário.

Notas explicativas

- Preencha em letra de forma.
- Preencha a totalidade das perguntas.
- Coloque um “X” no quadrado que melhor descreve seus pensamentos em resposta a cada afirmação.

¹⁴ **Families' Importance in Nursing Care -Nurses Attitudes (FINC-NA) - Versão Original:** Bezein E, Johansson P, Saveman BI (2006).

Versão em Português: Barbieri MC, Martins MM, Figueiredo MH, Martinho MJ, Andrade, L, Oliveira P, Fernandes I, Vilar, AI, Carvalho JC, Santos MR (2009). // Angelo M, Cruz AC, Mekitarian FFP, Santos CCS, Martinho MJCM, Martins MMFPS (2014).

Dados de caracterização**A. Sexo:** A.1 – Masculino ☐ A.2 - Feminino ☐**B. Idade:** (em anos)**C. Grau acadêmico**

- a. Bacharelado ☐
- b. Licenciatura ☐
- c. Especialização Lato Senso ☐
- d. Mestrado ☐
- e. Doutorado ☐

D. Tempo de exercício profissional: ANOS**E. Teve contato com algum conteúdo sobre Enfermagem da Família?** Sim ☐ ☐

Não

(Se sim, assinale todas as que se aplicarem):

- a. Durante a Graduação ☐

Na instituição: _____

- b. Durante a Especialização Lato Senso ☐

Especifique qual área: _____

Na instituição: _____

- c. Durante um curso de Extensão ou Capacitação ☐

Especifique: _____

- d. Outro ☐

Especifique: _____

F. Unidade em que trabalha: _____**G. Já teve algum familiar gravemente doente?** Sim ☐ Não ☐

Assinale com um “X” a resposta que melhor descreve os seus pensamentos em cada uma das afirmações.

	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 do 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 das discussões sobre o processo de cuidados do 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 do planeamento dos cuidados do paciente				
12. Procuro sempre saber quem são os membros da família do paciente				
13. A presença dos 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 dos cuidados ao paciente				
16. Pergunto as famílias como posso ajudá-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				
20. 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 eu me sentir avaliada (o)				
24. Convido os membros da família a opinar quanto ao planeamento dos cuidados				
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação				
26. A presença de membros da família deixa-me estressada (o)				

Comentários

Agradecemos pela sua colaboração!

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMPACTO DE UM PROTOCOLO DE ATENDIMENTO FAMILIAR NA AUTOEFICÁCIA DO ENFERMEIRO PARA O RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA

Pesquisador: Margareth Angelo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29472414.2.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 657.118

Data da Relatoria: 20/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo clinicamente relevante e que se encontra adequadamente escrito

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar qualitativamente a autoeficácia dos enfermeiros para o relacionamento com as famílias antes e após treinamento para aplicação de um protocolo de atendimento familiar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos riscos e os benefícios são a compreensão do atendimento familiar sobre a autoeficácia dos profissionais de enfermagem

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

nada a declarar

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Recomendações:

aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo clinicamente relevante, está adequadamente escrito, não fere os aspectos éticos e

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 657.118

apresenta toda a documentação necessária.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-parceira para o início da pesquisa.

Reitera-se a necessidade de registro dos relatórios, parcial e final, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 22 de Maio de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br