

Validação de instrumentos sobre a presença da família em procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar pediátrica

Cristiana Araújo Guiller Ferreira¹

Flávia Simphronio Balbino²

Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro²

Myriam Aparecida Mandetta²

Objetivo: construir e validar instrumentos para identificar as crenças dos profissionais da área de saúde relacionadas à presença da família da criança em procedimentos invasivos e em reanimação cardiopulmonar. **Método:** estudo fundamentado na Psicometria para conduzir as etapas teórica, empírica e analítica, desenvolvido em uma unidade neonatal de um hospital universitário. Os dois instrumentos foram construídos com base na literatura e aplicados a 96 profissionais da saúde. **Resultados:** o Alpha de Cronbach do instrumento, relacionado às crenças dos profissionais em procedimentos invasivos, foi de 0,863, e do instrumento sobre reanimação cardiopulmonar, de 0,882. Em ambos os instrumentos, os testes realizados indicaram correlação entre os itens. Da análise fatorial, foram gerados quatro fatores: (1) benefícios da presença da família; (2) prejuízos para a prática profissional; (3) estratégias para a inclusão da família; e (4) limitação do aprendizado e da tomada de decisão pelo profissional. **Conclusão:** os instrumentos analisados obtiveram uma boa consistência interna e se configuram como indicadores das crenças dos profissionais com potencial para avaliar a qualidade da assistência à família nesse contexto.

Descritores: Família; Equipe de Atendimento ao Paciente; Pediatria; Procedimentos Invasivos; Reanimação Cardiopulmonar; Enfermagem.

¹ Hospital São Paulo, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Validation of instruments about family presence on invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation in pediatrics. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3046. [Access ____/____/____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2368.3046>.

Introdução

A presença da família, durante a realização de procedimentos invasivos (PI) e de reanimação cardiopulmonar (RCP), vem sendo investigada, nos últimos 20 anos, com recomendações sobre os benefícios dessa prática para a família, nos cenários de atendimento de emergência, por organizações internacionais, como a American Heart Association (AHA) e a American Association of Critical Care Nurses (AACN)⁽¹⁻²⁾.

A definição conceitual da presença da família durante a realização de PI e de RCP é a permanência de um ou mais membros familiares em um local, com contato físico e/ou visual com o paciente. No entanto, a decisão dos profissionais da área de saúde de proporcionar a presença da família é fundamentada em suas crenças, valores e conhecimentos⁽³⁻⁴⁾.

No contexto pediátrico, é relevante compreender as crenças dos profissionais em relação à família a fim de identificar as que podem ser restritivas à sua participação nos cuidados de saúde de seus filhos para que seja possível propor ações que os ajudem a transformá-las. As crenças são as lentes que utilizamos para ver o mundo e guiar nossas escolhas, comportamentos e sentimentos⁽⁵⁾.

Em um estudo transversal feito no Brasil com 46 participantes⁽⁶⁾, no que tange às perspectivas dos profissionais de saúde em relação à presença da família na sala de emergência pediátrica, as autoras concluíram que a equipe médica foi mais favorável do que os profissionais da equipe de enfermagem. Ademais, houve uma associação estatisticamente significativa entre o tempo de formação dos profissionais de saúde menor que dez anos e a aceitação dessa prática. Tais resultados apontam para a necessidade de sensibilizar os profissionais dessa área, especialmente os com mais tempo de formação, para facilitar a presença de um membro da família ao lado da criança durante o atendimento nessas circunstâncias.

Em uma pesquisa de revisão da literatura sobre essa temática⁽⁷⁾, as autoras identificaram crenças restritivas dos profissionais, como as de que a família atrapalha a equipe na realização dos procedimentos; a família não compreende o que está sendo realizado; a família sofre ao presenciar os procedimentos realizados na criança; a equipe sente-se pressionada com a presença da família nas tomadas de decisão; a equipe perde a concentração durante a realização dos procedimentos; e os profissionais em formação poderão ter seu aprendizado prejudicado. Assim, elas propuseram quatro ações fundamentais para promover a presença da família: a) a oferta de programas de sensibilização da equipe em relação à participação da família nos cuidados;

b) a capacitação da equipe para incluir a família nessas circunstâncias; c) a elaboração de política institucional declarada; e d) o apoio institucional para a família durante as intervenções.

Observa-se que há pouco ou nenhum estudo que dê sustentação às crenças restritivas dos profissionais indicando que a presença de um membro da família é prejudicial ao paciente, à família ou à equipe de saúde. Ao contrário, existem estudos que validam essa recomendação para a prática e demonstram seus benefícios, que são: diminuição da ansiedade da família; pouca ou nenhuma interferência da família no atendimento de saúde; facilitação do processo de luto do familiar, caso o desfecho seja negativo; e melhora na habilidade técnica dos profissionais de saúde^(2,8-11).

Para a *American Association of Critical Care Nurses*, há fortes evidências científicas de que a família prefere estar presente durante o PI e a RCP⁽⁸⁾. No Brasil, na maioria das instituições, há restrição para a permanência da família durante o PI e a RCP. No entanto, existem relatos de descontentamento das famílias quando são convidadas a se retirar da sala de atendimento, durante um PI ou RCP, com manifestações de insatisfação devido à falta de informações e ao afastamento do filho, muitas vezes, em longos períodos. Para transformar essa realidade, é preciso promover uma mudança no modelo assistencial, em que a família seja incluída como parceira e participe das tomadas de decisão relativas ao seu filho. O Modelo do Cuidado Centrado no Paciente e na Família preconiza que os profissionais de Saúde trabalhem em parceria com a família, oferecendo-lhe informações e negociando o cuidado⁽¹²⁻¹³⁾.

Portanto, é preciso ouvir as famílias e os profissionais sobre suas perspectivas em relação à permanência da família ao lado da criança, vivenciando situações críticas ou submetidas a procedimentos invasivos. A partir dos resultados, será possível propor intervenções que modifiquem essa realidade. Na literatura, há vários estudos que exploram essa questão utilizando diversas abordagens metodológicas cujos resultados podem contribuir para a fundamentação teórica de instrumentos de medida da participação da família em procedimentos invasivos e na reanimação cardiopulmonar^(3-4,6-11).

Instrumentos de medida de fenômenos psicossociais têm sido desenvolvidos na literatura por estudiosos e são ferramentas objetivas para o enfermeiro conhecer e subsidiar as suas intervenções⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. No Brasil, não há estudos que identifiquem a perspectiva dos profissionais de saúde sobre o tema com o uso de instrumentos objetivos. Por essa razão, é necessário construir e validar instrumentos que tragam subsídios para se avaliar as crenças e as percepções

dos profissionais acerca dessa temática. A partir desses indicadores, será possível propor intervenções educativas e de gestão para melhorar o cuidado com a família em situações críticas.

Assim, os objetivos da pesquisa, foram construir e validar instrumentos para identificar as crenças dos profissionais da área de saúde relacionadas à presença da família da criança em procedimentos invasivos e em reanimação cardiopulmonar.

Método

Nesta pesquisa, foram adotados os procedimentos de uma pesquisa metodológica fundamentada na Psicometria, de acordo com Pasquali, para conduzir as etapas teórica, empírica e analítica⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Na etapa teórica, foi realizada uma revisão integrativa⁽⁷⁾, com o fim de identificar os indicadores das crenças e das percepções dos profissionais sobre a presença da família durante o PI e a RCP. Na sequência, o material teórico produzido norteou as definições constitutivas e operacionais dos instrumentos. A partir daí, foram elaborados os itens dos instrumentos, com base nos critérios de amplitude, equilíbrio comportamental, simplicidade, clareza, relevância, precisão, modalidade, tipicidade, objetividade, variedade e credibilidade⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

O conteúdo dos instrumentos foi validado por um Comitê de Juízes, especialistas na temática, composto de duas enfermeiras, um médico, um fisioterapeuta e uma psicóloga, com mais de três anos de experiência, que atuam em unidades neonatais e pediátricas. Esses especialistas avaliaram os instrumentos quanto à semântica, à compreensão das questões, à redação e à pertinência conceitual. Os membros preencheram um questionário com espaços para responder a cada item em relação a sua relevância e à emissão de sugestões. A técnica Delphi foi adotada para o alcance de concordância entre os juízes⁽¹⁹⁾.

A etapa empírica foi realizada em um serviço público da cidade de São Paulo, vinculado a uma Instituição de Ensino Superior. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser profissionais da área de saúde e atuar como docentes e/ou assistenciais com, no mínimo, um ano de experiência em unidade neonatal. Participaram do teste-piloto, por meio do teste e do reteste, 20 profissionais, e da aplicação clínica dos instrumentos, 96.

Na etapa analítica, verificaram-se a confiabilidade, a validade e a estimação dos parâmetros dos itens relacionados à identificação das crenças e as percepções dos profissionais da saúde acerca da presença da família, em situações de emergência e de procedimentos invasivos.

O cálculo amostral foi definido de acordo com o critério 'razão itens/sujeitos', conforme recomendado na literatura, e foi adotada uma proporção mínima de cinco participantes para cada item do instrumento⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Para coletar os dados, foi feito um convite aos participantes da pesquisa pessoalmente, que foram informados sobre o objetivo do estudo e o caráter voluntário de sua participação. Depois da aceitação, manifestada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entregues os instrumentos respeitando-se os princípios éticos que regem as pesquisas que envolvem seres humanos e que são definidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012⁽²⁰⁾. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, sob o nº 332543.

Os testes psicométricos utilizados para a análise dos dados foram o Índice de Concordância de Kappa, o Índice de Correlação Intraclassas (ICC), o Alfa de Cronbach, o Teste de Igualdade de duas Proporções, o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), o Teste de Bartlett e a Análise Fatorial. Para comparar as variáveis qualitativas, utilizou-se o teste de Análise de Variância (ANOVA). O nível de significância adotado para os testes foi de 5% ($\alpha = 0,05$) e o pacote estatístico utilizado, o SPSS for Windows, versão 17.0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois), Minitab 16 e Excel Office 2010.

Resultados

A revisão da literatura realizada resultou na proposição da versão I dos instrumentos que foram denominados de "Crenças dos Profissionais de Saúde relacionadas à Presença da Família em Procedimentos Invasivos- CPSFam/PI e Crenças dos Profissionais de Saúde relacionadas à Presença da Família em Reanimação Cardiopulmonar - CPSFam/RCP".

Depois que o conteúdo foi validado, houve mudanças na linguagem e no formato da versão I de cada um dos instrumentos que, depois de incorporadas ao texto, foram reavaliadas. Assim, houve 100% de concordância entre os juízes, em duas rodadas, o que resultou na versão II de cada um dos instrumentos.

Cada um dos instrumentos aprovados tem 18 questões - sete com enunciados referentes às crenças restritivas sobre o constructo analisado (questões de 3 a 9). Para se analisar o resultado final, elas devem ser interpretadas de maneira invertida. As respostas das questões são distribuídas em uma escala do tipo *Likert*, que contém os itens 'discordo fortemente', 'discordo', 'indiferente', 'concordo' e 'concordo fortemente'.

No teste e no reteste dos instrumentos, realizado na etapa empírica, constatou-se que o índice de

correlação intraclasse (ICC) para os PI e a RCP foi de 53,3%, p-valor <0,001. O valor de Alfa de Cronbach para o instrumento CPSFam/PI foi de 0,784, tanto no teste quanto no reteste, e para o instrumento CPSFam/RCP, 0,821, no teste, e 0,762, no reteste, o que indica uma consistência interna mediana e boa.

Na aplicação clínica da versão II dos instrumentos, dos 96 participantes, a maioria foi do sexo feminino (92; 95,8%), solteira (50;52,0%) e sem filhos (55; 57,3%). A maior frequência de idade foi de 31 a 45 anos (45; 46,9%). Quanto à formação profissional, 15 (15,6%) participantes eram enfermeiras, 20 (20,8%), técnicas de enfermagem, 11 (11,5%), auxiliares de enfermagem, 21 (21,9%), médicas, sete (7,3%), fisioterapeutas, uma (1,0%), psicóloga, e 21, pós-graduandos- 18 (18,8%) médicos residentes e três (3,1%) fisioterapeutas residentes. Dentre os participantes, 74 (77,1%) tinham experiência profissional de três ou mais anos em neonatologia, e 51 (53,1%), especialização na área pediátrica. A maioria

referiu ter experiência com a hospitalização de algum membro de sua família e conhecimento sobre a temática adquirido durante sua formação.

Nessa etapa, o Alpha de Cronbach do instrumento CPSFam/PI foi de 0,863, e o do instrumento CPSFam/RCP, de 0,882, o que demonstra uma boa consistência interna.

O resultado do KMO, para o instrumento CPSFam/PI, foi de 0,849, e para CPSFam/RCP, de 0,843, o que tornou possível fazer a análise fatorial. O teste de Bartlett foi significativo, ou seja, rejeitou-se a hipótese nula e, por isso, pode-se afirmar que a matriz de correlação é diferente da matriz identidade. Portanto, existe correlação entre os dados nos dois instrumentos.

As 18 questões de cada instrumento geraram quatro fatores (grupos de questões ou domínios) em cada um, em que a variabilidade total foi explicada para CPSFam/PI, em 63,8%, e para CPSFam/RCP, em 62,4%. Estatisticamente, foi considerado um valor de mediano para bom (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Carga fatorial das questões em cada fator de PI* - São Paulo, SP, Brasil - 2015[†]

	Questões (Q)	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Benefícios da presença da família	Q.14 - A presença da família pode auxiliar no processo de luto, caso a criança não sobreviva.	0,770			
	Q.15 - A presença da família durante o PI*sem sucesso favorece sua participação nos momentos vividos pela criança.	0,768			
	Q.13 - A presença da família pode fortalecer o vínculo entre a família e a equipe de saúde.	0,750			
	Q.11 - A presença da família pode ajudá-la a entender o que está sendo realizado com a criança.	0,748			
	Q.9 - O sofrimento emocional da família pode ser amenizado quando presencia o PI*.	0,721			
	Q.12 - A presença da família pode ser benéfica para a criança durante o PI*.	0,703			
	Q.1 - A equipe multidisciplinar deve garantir à família a oportunidade de decidir se quer estar presente ou não durante o PI*.	0,674			
	Q.3 - A presença da família é benéfica para o familiar entender as tomadas de decisão da equipe.	0,621			
Prejuízos para a prática profissional	Q.10 - A presença da família pode ajudá-la a aceitar as tomadas de decisão adotadas pela equipe.	0,580			
	Q.6 - A presença da família pode contribuir para que a equipe perca a concentração.		0,869		
	Q.7 - A presença da família pode gerar insegurança e ansiedade na equipe e afetar suas atitudes.		0,773		
	Q.5 - A presença da família pode influenciar no prolongamento do procedimento pela equipe.		0,760		
Estratégias para incluir a família	Q.4 - A presença da família pode interferir nas tomadas de decisão adotadas pela equipe.		0,713		
	Q.18 - Os profissionais da equipe de saúde devem ser capacitados para a inclusão da família.			0,862	
	Q.17 - A unidade neonatal deve dispor de um protocolo escrito sobre a presença da família.			0,803	
	Q.16 - Um membro da equipe de saúde deve ser eleito para atender às necessidades da família.			0,787	
Limitação do aprendizado e da tomada de decisão	Q.2 - A equipe multidisciplinar deve tomar a decisão de convidar a família para presenciar o PI*.			0,461	
	Q.8 - A presença da família pode prejudicar a aprendizagem dos profissionais.				0,927

*PI- Procedimento invasivo; † Extraction method: principal component analysis. Rotation method: Varimax with Kaiser Normalization. Rotation converged in 5 iterations.

Tabela 2 – Carga fatorial das questões em cada fator de RCP*. São Paulo, SP, Brasil, 2015[†]

	Questões (Q)	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Benefícios da presença da família	Q.15 - A presença da família durante a RCP* sem sucesso favorece sua participação nos momentos vividos pela criança.	0,858			
	Q.13 - A presença da família pode fortalecer o vínculo entre a família e a equipe de saúde.	0,811			
	Q.14 - A presença da família pode auxiliar no processo de luto, caso a criança não sobreviva.	0,794			
	Q.9 - O sofrimento emocional da família pode ser amenizado quando presencia a RCP*.	0,753			
	Q.12 - A presença da família pode ser benéfica para a criança durante a RCP*.	0,689			
	Q.11 - A presença da família pode ajudá-la a entender o que está sendo realizado com a criança.	0,647			
Estratégias para incluir a família	Q.1 - A equipe multidisciplinar deve garantir à família a oportunidade de decidir se quer estar presente ou não durante a RCP*.	0,607			
	Q.17 - A unidade neonatal deve dispor de um protocolo escrito sobre a presença da família.		0,841		
	Q.18 - Os profissionais da equipe de saúde devem ser capacitados para inclusão da família.		0,728		
	Q.16 - Um membro da equipe de saúde deve ser eleito para atender às necessidades da família.		0,594		
	Q.2 - A equipe multidisciplinar deve tomar a decisão de convidar a família para presenciar a RCP*.		0,557		
Limitação do aprendizado e da tomada de decisão	Q.10 - A presença da família pode ajudá-la a aceitar as tomadas de decisão adotadas pela equipe.		0,391		
	Q.5 - A presença da família pode influenciar no prolongamento do procedimento pela equipe.			0,840	
	Q.4 - A presença da família pode interferir nas tomadas de decisão adotadas pela equipe.			0,691	
Prejuízos para a prática profissional	Q.8 - A presença da família pode prejudicar a aprendizagem dos profissionais.			0,566	
	Q.7 - A presença da família pode gerar insegurança e ansiedade na equipe e afetar suas atitudes.				0,838
	Q.6 - A presença da família pode contribuir para que a equipe perca a concentração.				0,573
	Q.3 - A presença da família é benéfica para o familiar entender as tomadas de decisão da equipe.				0,528

* RCP - Reanimação cardiopulmonar; †Extraction method: Principal component analysis. Rotation method: Varimax with Kaiser Normalization. Rotation converged in 7 iterations.

No instrumento CPSFam/PI, o fator 1 representa as crenças dos profissionais relacionadas aos benefícios da presença da família da criança durante o PI; o fator 2 descreve as crenças restritivas relacionadas aos prejuízos para a prática do profissional de saúde; o fator 3 se refere às crenças relativas às estratégias de promoção da inclusão da família; e o fator 4 expõe as crenças restritivas do profissional em relação à limitação para o próprio aprendizado e a tomada de decisão na presença da família da criança durante o PI.

No instrumento CPSFam/RCP, o fator 1 representa as crenças dos profissionais relacionadas aos benefícios da presença da família da criança durante a RCP; o fator 2 diz respeito às crenças relativas às estratégias para incluir a família na RCP; o fator 3 expõe as crenças restritivas do profissional em relação à limitação para o próprio aprendizado e a tomada de decisão na presença da família da criança durante o RCP; e o fator 4 descreve as crenças restritivas relacionadas aos prejuízos para a prática do profissional de saúde.

No instrumento CPSFam/PI, o fator 1 apresentou 33,2% da variabilidade total e é composto de nove

questões (Q): 1, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15. A questão com a maior carga fatorial (0,770) foi a 14 (A presença de um membro da família pode auxiliar o processo de luto da família, caso a criança não sobreviva depois do PI). No entanto, no fator 4, a Q.8 (A presença de um membro da família pode prejudicar a aprendizagem dos profissionais durante o PI) foi a que teve carga fatorial mais elevada (0,927), apesar da variabilidade de 6%.

No instrumento CPSFam/RCP, o resultado do fator 1 deteve, sozinho, 36,5% da variabilidade dos dados e é composto pelas questões (Q) 1, 9, 11, 12, 13, 14 e 15. Dentre os sete itens, o de maior carga fatorial (0,858) foi a Q.15 (A presença de um membro da família, durante uma RCP sem sucesso, pode ajudar a família, pois favorece sua participação nos momentos vividos pela criança), o que indica sua maior correlação com o constructo avaliado.

No instrumento CPSFam/RCP, a Q.10 (A presença de um membro da família pode ajudá-la a aceitar as tomadas de decisão adotadas pela equipe durante a RCP) apresentou uma carga fatorial baixa (0,391). Por isso, foi necessária uma reanálise para retirasse item ou um novo arranjo entre os fatores existentes.

Com os fatores criados, foi possível calcular seus coeficientes para cada participante da pesquisa. No instrumento CPSFam/PI, encontrou-se uma associação do fator 1 com titulação (p-valor 0,005). Houve associação positiva entre o fator 1 e os profissionais com Doutorado (média de 0,573) e associação negativa para os com nível médio de ensino (média de -0,677).

No instrumento CPSFam/RCP, encontrou-se associação do fator 1 com titulação (p-valor 0,002), com destaque positivo para profissionais com Doutorado (média de 0,787) e negativo para os com nível médio de ensino (média de 0,787). Em relação à categoria 'profissão' (p-valor 0,003), destacaram-se os médicos (média de 0,556), os auxiliares de enfermagem (média de -0,560) e os profissionais com experiência anterior de hospitalização de um familiar (p-valor 0,038). Esses últimos responderam positivamente (média de 0,098).

Quanto à distribuição das respostas dos itens relacionados às crenças sobre estratégias para efetivar a presença da família na unidade, houve concordância entre os respondentes em relação à necessidade de protocolos escritos para nortear a prática (88,6% no CPSFam/PI, 82,1% no CPSFam/RCP); capacitação da equipe (89,6% no CPSFam/PI, 76,8% no CPSFam/RCP); eleição de um membro para acompanhar as famílias (80,2% no CPSFam/PI, 86,3% no CPSFam/RCP) e convite para a família presenciar o evento (53,1% no CPSFam/PI, 51,6% no CPSFam/RCP).

O instrumento CPSFam/PI apresentou uma associação significativa com as variáveis demográficas nas seguintes questões: Q.12 (A presença de um membro da família pode ser benéfica para a criança durante o PI) para profissionais na faixa etária de 31 a 55 anos (p-valor 0,023); Q.4 (A presença de um membro da família pode interferir nas tomadas de decisão adotadas pela equipe durante o PI) teve associação com o conhecimento sobre a temática (p-valor 0,004) e Q.10 (A presença de um membro da família pode ajudá-la a aceitar as tomadas de decisão adotadas pela equipe durante o PI) com a categoria profissional (p-valor 0,014) para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Cinco questões tiveram associações com a titulação dos profissionais: a Q.10 (A presença de um membro da família pode ajudá-la a aceitar as tomadas de decisão adotadas pela equipe durante o PI), com os profissionais que têm Doutorado, Mestrado e os recém-formados (p-valor <0,001); a Q.11 (A presença de um membro da família pode ajudá-la a entender o que está sendo realizado com a criança durante o PI), com os de nível superior (p-valor 0,005); a Q.12 (A presença de um membro da família pode ser benéfica para a criança durante o PI), com os de nível superior (p-valor 0,047); a Q.13 (A presença de um membro da família pode

fortalecer o vínculo entre a família e a equipe de saúde durante o PI), com doutores, mestres e especialistas (p-valor 0,042); e a Q.14 (A presença de um membro da família pode auxiliar o processo de luto da família, caso a criança não sobreviva depois do PI) com os profissionais de nível superior (p-valor 0,032).

No instrumento CPSFam/RCP, houve associação significativa relacionada à experiência anterior com a hospitalização de um membro da família nas questões: Q.1 (A equipe multidisciplinar deve garantir à família a oportunidade de decidir se quer estar presente ou não durante a RCP), entre os participantes que revelaram ter tido experiência anterior de hospitalização na família (p-valor 0,016); e Q.5 (A presença de um membro da família pode influenciar o prolongamento do procedimento pela equipe durante a RCP), com os profissionais que não vivenciaram essa experiência (p-valor 0,029).

Houve associação significativa entre os participantes que conhecem a temática e a Q.13 (A presença de um membro da família pode fortalecer o vínculo entre a família e a equipe de saúde durante a RCP) (p-valor 0,049).

A variável demográfica 'profissão' teve associação com quatro questões: a Q.1 (A equipe multidisciplinar deve garantir à família a oportunidade de decidir se quer estar presente ou não durante a RCP), com enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem (p-valor 0,018); a Q.12 (A presença de um membro da família pode ser benéfica para a criança durante a RCP), associação positiva com os profissionais médicos e negativa com técnicos e auxiliares de enfermagem (p-valor 0,025); a Q.13 (A presença de um membro da família pode fortalecer o vínculo entre a família e a equipe de saúde durante a RCP), associação positiva com médicos e enfermeiros e negativa com auxiliares de enfermagem (p-valor <0,001); e a Q.18 (Os profissionais da equipe de saúde devem ser capacitados para incluir a família durante a RCP), associação positiva com todas as profissões (p-valor 0,011).

Quatro questões tiveram associações com a variável titulação: a Q.11 (A presença de um membro da família pode ajudá-la a entender o que está sendo realizado com a criança durante a RCP), associação positiva entre os profissionais doutores e mestres e negativa com os recém-formados (p-valor 0,004); na Q.13 (A presença de um membro da família pode fortalecer o vínculo entre a família e a equipe de saúde durante a RCP), com profissionais doutores e mestres (p-valor 0,019); na Q.14 (A presença de um membro da família pode auxiliar o processo de luto da família, caso a criança não sobreviva depois da RCP), com profissionais de nível superior (p-valor 0,006); e na Q.18 (Os profissionais da equipe de saúde devem ser capacitados para incluir a

família durante a RCP), com profissionais que têm pós-graduação (p-valor <0,001).

Discussão

Os resultados obtidos na validação dos instrumentos de identificação de crenças dos profissionais da saúde relacionadas à presença da família em PI e em RCP, na unidade neonatal, indicaram propriedades psicométricas satisfatórias, portanto podem ser utilizados na prática clínica.

Os instrumentos obtiveram valores de Alpha de Cronbach indicativos de boa consistência interna. Isso facilitou a compreensão dos participantes e a adequação do conteúdo à população-alvo. Portanto, os itens de ambos os instrumentos se referem ao constructo que está sendo medido para atender ao recomendado em estudos de validação⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Em ambos os instrumentos, foram validados os seguintes domínios representativos das crenças dos profissionais acerca da presença da família em PI e em RCP: I - Benefícios da presença da família; II - Estratégias para inclusão da família; III - Limitação do aprendizado e da tomada de decisão; e IV - Prejuízos para a prática profissional.

O domínio I envolve as crenças relacionadas ao fortalecimento de vínculo entre a família, a equipe de saúde e a criança e o apoio emocional à família e à criança durante o PI e a RCP, favorecidos pela presença e pela participação da família. Na aplicação clínica, ambos os instrumentos ajudaram a identificar as crenças dos profissionais sobre o constructo investigado. Eles acreditam que a presença de um membro da família nesses dois eventos é *sobremaneira importante* para fortalecer os vínculos entre os próprios familiares e entre os profissionais e a família para que ela possa testemunhar os momentos vividos pela criança.

Relevante ressaltar que as crenças facilitadoras dos profissionais identificadas com a aplicação dos instrumentos corroboram as crenças de famílias evidenciadas em estudos com famílias de crianças⁽²¹⁻²⁴⁾ e de pacientes adultos⁽²⁵⁻²⁷⁾. Os autores concluíram que, quando a família tem a oportunidade de ficar junto de seu ente querido, durante o atendimento de emergência, em geral, seus membros escolhem continuar e percebem que sua presença auxilia o processo de luto em casos de óbito, pois propicia uma comunicação mais efetiva com a equipe multiprofissional e lhes permite constatar que todos os esforços necessários são realizados para salvar a vida do paciente^(6,25-27).

Autores de um estudo que investigou o efeito da presença dos pais e da distração da criança ao usar um brinquedo durante a realização de procedimento

doloroso revelaram que as crianças que tiveram alguém significativo próximo apresentaram melhora no padrão respiratório, na pressão arterial média e na frequência cardíaca, em comparação com as crianças cujos pais estavam ausentes. As crianças também referiram menos dor e se sentiram menos angustiadas. Os autores concluíram que a presença dos pais é importante para aliviar a dor das crianças, o estresse e seu comportamento negativo⁽²¹⁾.

No domínio II, o objetivo é de identificar as crenças dos profissionais relacionadas à importância de protocolos institucionais e da capacitação da equipe de saúde para manter a família ao lado do seu ente querido durante os PI e a RCP. Neste estudo, a maioria dos profissionais acredita que os estabelecimentos de saúde devem ter protocolos escritos e um programa de capacitação para efetivar essa prática.

Estudos⁽²⁸⁻³⁰⁾ apontam que é necessário estabelecer regras que sejam claras e escritas, como designar um membro da equipe de saúde para ficar exclusivamente com a família, dando apoio às suas necessidades psicossociais, com o objetivo de evitar lembranças negativas no futuro, e avaliar previamente as respostas emocionais das famílias durante os procedimentos a fim de prever possíveis interrupções no atendimento.

Convém, no entanto, enfatizar que a *American Association of Critical Care Nurses – AACN*⁽³¹⁾ alerta que, apesar da recomendação de organizações, conferências de consenso, políticas e diretrizes de uma prática clínica para promover a inclusão da família em PI e RCP, apenas 5% das unidades de cuidados críticos norte-americanas, 8% das canadenses e 7% das europeias dispõem de políticas escritas. Nesta pesquisa, os profissionais com mais tempo de escolaridade e conhecimento prévio sobre a temática são mais abertos para a inclusão da família durante o PI e a RCP.

Na França⁽³²⁻³³⁾, há evidências de que médicos com uma média de 38 anos de idade, com formação prévia de curso relacionado à presença da família durante a RCP, são mais favoráveis do que os enfermeiros.

Estudos⁽¹²⁻¹³⁾ reforçam que a equipe de saúde deve incentivar a participação da família nesses processos, porquanto são recursos importantes na assistência que possibilitam resultados positivos na evolução clínica do paciente. Nesse sentido, os autores apontam o modelo do Cuidado Centrado no Paciente e na Família como potencial para conduzir a prática dos profissionais, pois está alicerçado na oferta de informação, no respeito à dignidade da família, na participação nos cuidados e na colaboração⁽¹²⁾. Esse modelo de cuidado pode atender às necessidades dos pacientes e de seus familiares, por exemplo, de receber informação e apoio emocional e de ter proximidade com a equipe durante

uma crise relacionada à saúde. Nessa perspectiva, os profissionais da área de Saúde devem atuar no sentido de reconhecer que a família tem o direito às explicações, de maneira completa e apropriada à sua compreensão, a respeito do diagnóstico e dos cuidados que são dispensados ao seu filho.

O domínio III refere-se às crenças restritivas da equipe de saúde relacionadas à presença da família durante o PI e a RCP em relação ao aprendizado dos profissionais e à sua capacidade de tomar decisão.

Em um estudo do tipo *survey*, realizado nos Estados Unidos da América (EUA) com 154 enfermeiras sobre a presença da família durante a RCP, os autores revelaram que a autoconfiança dessas profissionais foi significativamente maior entre as que haviam completado o treinamento em suporte avançado de vida, as que participaram de dez ou mais eventos de reanimação e as que foram certificadas por sociedades de especialistas ou por organizações profissionais de enfermeiros⁽³⁴⁾. O estudo revelou que tanto os profissionais de saúde de nível superior quanto os de nível médio acreditam que a presença da família da criança durante os PI e a RCP não interfere no aprendizado, na concentração da equipe, nas tomadas de decisões, nem no tempo de realização dos procedimentos.

O domínio IV é relativo às crenças sobre os prejuízos para a prática do profissional quando a família está presente, como ansiedade, insegurança e perda da concentração durante o PI e a RCP.

Essas crenças têm sido apontadas como as que motivam os profissionais a não incluírem a família no PI e na RCP. Estudos de intervenção realizados na França revelaram que, mesmo depois de ter sido conscientizado de que a presença da família é sobremaneira importante durante a RCP, os autores constataram que a equipe médica mantém crenças restritivas, como as de que a presença de um familiar pode causar danos psicológicos, o tempo do procedimento é mais prolongado, a equipe perde a concentração, há risco de interferência na gestão médica e aumenta o estresse da equipe de cuidados⁽³²⁻³³⁾.

Enfermeiras que participaram do estudo⁽³⁴⁾ identificaram barreiras em relação à presença da família, como o medo de que ela interfira nos procedimentos, a falta de espaço físico e de apoio para seus membros, o medo de trauma e o aumento da ansiedade.

Como limitações deste estudo, destacam-se o tamanho amostral, em que se considerou a razão item/participantes no mínimo recomendado; a inclusão de participantes circunscrita a um município brasileiro; a etapa empírica de validação restrita ao contexto neonatal; a escassez de literatura nacional sobre as crenças de profissionais da saúde em relação

à presença da família em situações críticas; e a falta de protocolos assistenciais nos serviços de atenção pediátrica e de consensos nacionais sobre a temática por sociedades de especialistas, que dificultaram a construção dos instrumentos.

Conclusão

Este estudo possibilitou a construção e a validação de dois instrumentos: Identificação das Crenças dos Profissionais de Saúde relacionadas à Presença da Família em Procedimentos Invasivos- CPSFam/PI - e Crenças dos Profissionais da Saúde relacionadas à Presença da Família em Reanimação Cardiopulmonar- CPSFam/RCP, ambos com boa consistência interna cujos itens se referem ao mesmo constructo. Os resultados da análise fatorial apontaram quatro fatores com carga superior a 0,500, que se constituíram em quatro domínios de crenças dos profissionais.

Os instrumentos propostos e testados revelaram-se capazes de identificar as crenças dos profissionais acerca dos eventos estudados, de apontar aspectos que devem ser considerados pela equipe de saúde, ao cuidar da família como parceira nos cuidados de saúde de seus membros, e de contribuir para melhorar a qualidade da assistência nesse contexto. Por essa razão, devem ser utilizados em outros contextos nacionais, considerando a diversidade cultural do país.

Referências

1. MacAlvin SS, Carew-Lyons A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *Am J Crit Care*. 2014; 23(6):477-84; quiz 485. doi: 10.4037/ajcc2014922.
2. American Association of Critical Care Nurses. Practice Alert. Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Crit Care Nurse*. 2016; 36(1):e11-e4. doi: 10.4037/ccn2016980.
3. Cathie G. Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Crit Care Nurse*. 2017; 37(1):e11-4. doi: 10.4037/ccn2016980.
4. Pasek TA, Licata J. Parent advocacy group for events of resuscitation. *Crit Care Nurse*. 2016;36(3):58-64. doi: 10.4037/ccn2016759.
5. Marshall A, Bell JM, Moules NJ. Beliefs, suffering, and healing: a clinical practice model for families experiencing mental illness. *Perspect Psychiatr Care*. 2010 Jul;46(3): 197-208. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00259.x.
6. Mekitarian FFP, Angelo M. Family's presence in the pediatric emergency room: opinion of health's professionals. *Rev Paul Pediatr*. 2015 Oct/Dec; 33(4):460-6. doi: 10.1016/j.rpped.2015.03.010.

7. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children. *Rev Paul Pediatr*. 2014; 32(1):107-13. doi: 10.1590/S0103-05822014000100017.
8. Kathleen LM, Jeff C, Susan E. Family-centered care in the pediatric intensive care unit: family presence during invasive procedures and resuscitation. *Pediatr Clin North Am*. 2013 Jun; 60(3):761-72. doi:10.1016/j.pcl.2013.02.011.
9. Nishisaki A, Dieken DS. Mind the gap and narrowing it: family presence during pediatric resuscitation and invasive procedures. *Resuscitation*. 2011 Jun; 82(6):655-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2011.03.028.
10. Lederman Z. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: evidence-based guidelines? letter to editor. *Resuscitation*. 2016; 105:e5-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.04.026.
11. Bossaert L, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VL, Greif R, Haywood KL, et al. Reply to letter: family presence during cardiopulmonary resuscitation: evidence-based guidelines? *Resuscitation*. 2016; 105:e7-8. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.05.003.
12. Cruz AC, Angelo M. Family centered care in pediatrics: redefining relationships. *Cienc Cuidado Saúde*. 2011; 10(4):861-5. doi:10.4025/ciencuidsaude.v10i4.18333.
13. Dennis C, Baxter P, Ploeg J, Blatz S. Models of partnership within family-centred care in the acute paediatric setting: a discussion paper. *J Adv Nurs*. 2017 Feb; 73(2):361-74. doi: 10.1111/jan.13178.
14. Santos NC, Fugulin FMT. Creation and validation of an instrument to identify nursing activities in pediatric wards: information for determining workload. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(5):1052-60. doi: 10.1590/S0080-623420130000500007.
15. Mitchell ML, Burmeister E, Chaboyer W, Shields L. Psychometrics of the "family-centred care survey- adult scale. *Int J Person Centered Med*. 2012; 2(4):792-8. doi: 10.5750/ijpcm.v2i4.313.
16. Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Measurement of family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2016 Aug; 24:e2753. doi: 10.1590/1518-8345.0710.2753.
17. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2009; 43(Esp):992-9 [cited Feb 17, 2017]; 43(Esp.):992-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>
18. Rosana KSM, Marcos AFJ, Diana PSRP, Allyne FV, Viviane EPS, Elizabeth B. Pasquali's model of content validation in the nursing researches. *Rev Enferm*. 2015; 5(4):127-35. doi: 10.12707/RIV14009.
19. Pereira RDM, Alvim NAT. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):174-80. doi: 10.5935/1414-8145.20150024.
20. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta as pesquisas com seres humanos. [Internet]. 2012 [cited Feb 17, 2017]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.
21. Matziou V, Chrysostomou A, Vlahiot E, Perdikaris P. Parental presence and distraction during painful childhood procedures. *Br J Nur*. 2013; 22(8):470-5. doi: 10.12968/bjon.2013.22.8470.
22. Buboltz FL, Silveira A, Neves ET, Silva JH, Carvalho JS, Zamberlan KC. Family perception about their presence or not in a pediatric emergency situation. *Texto Contexto- Enferm*. [Internet]. 2016 [cited Feb 17, 2017]; 25(3):e0230015. doi: 10.1590/0104-07072016000230015.
23. Porter JE, Simon JC, Sellick K. Family presence during resuscitation (FPDR): perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *Int Emerg Nurs*. 2014 Apr; 22(2):69-74. doi: 10.1016/j.ienj.2013.07.001.
24. Dall'Orso MS, Concha PJ. Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares. *Cienc Enferm*. 2012; 18(3):83-99. doi: 10.4067/S0717-95532012000300009.
25. Porter J, Dip G, Cooper SJ, Sellick K. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): a quantitative literature review. *Int Emerg Nurs*. 2013; 22(1):26-34. doi: 10.1016/j.ienj.2012.04.00.
26. Goldberger ZD, Nallamothu BK, Nichol G, Chan PS, Curtis JR, Cooke CR. Policies allowing family presence during resuscitation and patterns of care during in-hospital cardiac arrest. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2015 May; 8(3):226-34. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001272.
27. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 2013 Mar; 368(11):1008-18. doi: 10.1056/NEJMoa1203366.
28. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ. Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *J Trauma Nurs*. 2013; 20(2):77-85. doi: 10.1097/JTN.0b013e31829600a8.
29. Lederman Z, Garasic M, Piperberg M. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: who should decide? *J Med Ethics*. 2014; 40(5):315-9. doi: 10.1136/medethics-2012-100715.
30. Downar J, Kritek PA. Family presence during cardiac resuscitation. *N Engl J Med*. 2013; 368(11):1060-62. doi: 10.1056/NEJMclde1301020.
31. Guzzetta C. Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Crit Care Nurs*. 2016; 36(1):11-4. doi: 10.4037/ccn2016980.

32. Tripon Defossez G, Ragot S, Ghazali A, Boureau-Voultoury A, Scépi M, Oriot D. Parental presence during cardiopulmonary resuscitation of children: the experience, opinions and moral positions of emergency teams in France. *Arch Dis Child*. 2014; 99:305-6. doi: 10.1136/archdischild-2013-305810.
33. Belpomme V, Adnet F, Mazariegos I, Beardmore M, Duchateau F, Mantz J, et al. Family witnessed resuscitation: nationwide survey of 337 prehospital emergency teams in France. *Emerg Med J*. 2013 Dec; 30(12):1038-42. doi: 10.1136/emered-2012-201626
34. Tudor K, Berger J, Polivka BJ, Chlebowy R, Thomas B. Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care*. 2014; 23(6):88-96. doi: 10.4037/ajcc2014484.


Recebido: 24.07.2017

Aceito: 23.07.2018

Autor correspondente:

Cristiana Araujo Guiller Ferreira

E-mail: criseonato@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6577-0394>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.