

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Validação cultural da *Critical Care Family Satisfaction Survey* para a  
população portuguesa

Helena Isabel Henriques Botelho

Leiria, março de 2017

3º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ano Letivo 2016/2017

2º Ano/ 2º Semestre

**Validação cultural da *Critical Care Family Satisfaction Survey*  
para a população portuguesa**

Helena Botelho, nº 5140017

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação  
Crítica

Unidade curricular: Dissertação

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, março de 2017

## **PENSAMENTO**

*Enquanto estiveres vivo, sente-te vivo.  
Se sentires saudades do que fazias, volta a fazê-lo.  
Não vivas de fotografias amareladas...  
Continua, quando todos esperam que desistas.  
Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.  
Faz com que em vez de pena, tenham respeito por ti.  
Quando não conseguires correr através dos anos, trota.  
Quando não conseguires trotar, caminha.  
Quando não conseguires caminhar, usa uma bengala.  
Mas nunca te detenhas!*

Madre Teresa de Calcutá

## **AGRADECIMENTOS**

Este espaço foi reservado para agradecer a todos aqueles que me apoiaram e ajudaram a ultrapassar mais uma etapa da minha vida, tornando assim possível a realização deste trabalho.

À Senhora Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe pela orientação que me proporcionou, pelo apoio e observações pertinentes efetuadas, pela sua simpatia, disponibilidade, amabilidade e compreensão, pelo modo como acompanhou o meu percurso de aprender a pensar o cuidado à família da pessoa em situação crítica.

Aos Conselhos de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco E.P.E, do Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E, do Centro Hospitalar de Leiria e do Hospital Vila Franca de Xira, pela viabilização do estudo através da autorização para aplicação do instrumento colheita de dados.

Ao Senhor Enfermeiro Nuno Afonso, à Senhora Enfermeira Emília Baptista, ao Senhor Enfermeiro Nelson Antunes, à Senhora Enfermeira Vânia Ramos e à Senhora Enfermeira Catarina Madaleno pela partilha de saber-saber, saber-estar, saber-ser e saber-fazer, por me ajudarem a dar os primeiros passos nesta longa caminhada de licença para aprender.

Aos Senhores Enfermeiros Chefes dos serviços, que contribuíram na motivação e dinamização dos inquiridos para o preenchimento dos questionários.

Aos Senhores Enfermeiros que colaboraram nesta investigação de forma singular e sem constrangimentos com disponibilidade e simpatia.

Aos familiares dos doentes hospitalizados nas Unidades de Cuidados Intensivos, atores principais deste estudo, pela disponibilidade apresentada para a participação no mesmo.

À minha família, pelo apoio incondicional, incentivo, amor, otimismo, motivação, tolerância e infinita compreensão.

Aos meus amigos, Verónica Lopes, Joana Santos, Joana Baião e Gonçalo Ribeiro, companheiros desta etapa e de toda uma vida.

A todos os que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade.

Bem haja!

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**Alpha de Cronbach** -  $\alpha$

**CCFSS** - *Critical Care Family Satisfaction Survey*

**Correlação de Pearson** -  $r$

**DP** – Desvio padrão

**Máximo** – Máx.

**Mínimo** – Min.

**N** – Número de elementos

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**UCI** - Unidade de Cuidados Intensivos

## RESUMO

**Enquadramento:** A qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e à sua família tem registado avanços muito significativos nos últimos anos, evidenciando a necessidade de construir/validar instrumentos que permitam monitorizar a satisfação da família.

**Objetivos:** Adaptar culturalmente a *Critical Care Satisfaction Survey* (CCFSS) para a população portuguesa de familiares de doentes adultos hospitalizados em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI); determinar as suas características psicométricas; avaliar a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e a sua relação com algumas características sociodemográficas e familiares.

**Metodologia:** Este estudo metodológico incidiu sobre 107 familiares com uma média de idades de  $39,0 \pm 16,0$  anos, que preencheram a CCFSS nos meses de janeiro a julho de 2016. Na validação seguiu-se a mesma metodologia dos autores da escala original a quem foi solicitada autorização, assim como às direções das instituições onde recolhemos os dados. Solicitou-se ainda consentimento informado e esclarecido aos participantes.

**Resultados:** Obteve-se uma versão da CCFSS equivalente à versão original constituída por 20 itens, permitindo obter uma pontuação global (pontuação mais elevada maior satisfação das famílias) e pontuações correspondentes a três fatores: fator 1 - qualidade do cuidado, fator 2 - dinâmica e estrutura do serviço e fator 3 - relação com os profissionais, isolados com recurso a análise fatorial dos itens seguida de rotação ortogonal tipo *Varimax*, explicando 71,8% de variância acumulada. O alfa de *Cronbach* (0,964) permite afirmar que o instrumento apresenta boa consistência interna. Verificou-se que os familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI estão em média satisfeitos com os cuidados prestados ( $83,1 \pm 14,4$ ) e o nível de satisfação depende da relação de afetividade/parentesco estabelecida, da idade dos inquiridos e com a existência de experiências anteriores com a UCI mas não com a frequência de visitas e a idade do doente.

**Conclusão:** A escala validada apresenta boas características psicométricas permitindo a sua utilização na prática de cuidados e na investigação.

**Palavras-chave:** satisfação; família; cuidados intensivos; validação; escala; enfermagem

## ABSTRACT

**Framework:** The quality of nursing care in the critically ill patient and their family has made very significant progress in recent years, evidencing the need to build/validate instruments that allow monitoring family satisfaction.

**Objectives:** Culturally adapt the Critical Care Satisfaction Survey (CCFSS) to the Portuguese population of in Intensive Care Units (ITU); determine their psychometric characteristics; evaluate the satisfaction of relatives of adult patients hospitalized in ITU and their relation with some sociodemographic and family characteristics.

**Methodology:** This methodological study focused on 107 relatives with an average age from  $39,0 \pm 16,0$  years, which completed the CCFSS from January to July of 2016. The validation followed the same methodology as the original scale authors to whom authorization was requested, as well as directions from the institution where the data was collected. It was requested informed and enlightened consent to the relatives.

**Results:** A CCFSS version equivalent to the original consisted of 20 items was obtained, allowing to obtain a global score (higher score higher family satisfaction) and scores corresponding to three factors: score 1 – quality of care, score 2 – dynamic and structure of the department and score 3 – relationship with the staff, isolated using the factor analysis of the items then orthogonal rotation *Varimax* type, explaining 71.8% of cumulative variance. The *Cronbach alpha* (0,964) allows to state that the instrument has good internal consistency. It was verified that the relatives of adult patients hospitalized in ICU are on average satisfied with the care provided ( $83.1 \pm 14.4$ ) and the level of satisfaction depends on the relationship of affection / relationship established, the age of the interviewed and with previous experience with the ICU but not with the frequency of visits and the patient age.

**Conclusion:** The validated scale presents good psychometric characteristics allowing its use in the practice of care and investigation.

**Keywords:** satisfaction; family; intensive care; validation; scale; nursing

# ÍNDICE

## INTRODUÇÃO 13

### 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 16

1.1 A FAMÍLIA PERANTE A DOENÇA CRÍTICA NO CONTEXTO DA UCI 16

1.2 SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA 22

1.2.1 Conceito de Satisfação da Família 22

1.2.2 Dimensões da Avaliação da Satisfação da Família 24

1.2.3 Fatores que influenciam a Satisfação da Família 27

1.3 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 31

1.3.1 Validação da CCFSS e caracterização das amostras dos respetivos estudos 33

### 2. METODOLOGIA 39

2.1 TIPO E DESENHO DO ESTUDO 39

2.2 OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO 40

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 40

2.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 41

2.4.1 Tradução para a língua portuguesa 42

2.4.2 Versão de consenso/síntese 42

2.4.3 Retroversão 43

2.4.4 Validação por Comité de Peritos 43

2.4.5 Estudo Piloto do instrumento 44

2.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 44

2.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO 46

### 3. RESULTADOS 47

3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FAMILIARES DA AMOSTRA E CLÍNICOS DO DOENTE 47

3.2 CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA CCFSS 51

3.2.1 Fidelidade do instrumento 51

3.2.2 Validade do instrumento 53

3.3 SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES 57

3.4 RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES DE DOENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EM UCI E ALGUMAS CARATERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FAMILIARES 60

### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 63

### 5. CONCLUSÃO 68

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71**

### **ANEXOS 77**

ANEXO I - CCFSS 78

ANEXO II – PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA 81

ANEXO III – PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO E.P.E 83

ANEXO IV – PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA 86

ANEXO V – PARECER DO GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO E DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA E.P.E 88

### **APÊNDICES 92**

APÊNDICE I - PEDIDO E OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES PARA TRADUÇÃO DA CCFSS 93

APÊNDICE II - PEDIDO DE COLABORAÇÃO AOS TRADUTORES 96

APÊNDICE III – TRADUÇÕES INICIAIS OBTIDAS DOS DOIS TRADUTORES PARTICIPANTES 98

APÊNDICE IV – RELATÓRIO DO PROCESSO DE SÍNTESE DAS TRADUÇÕES 107

APÊNDICE V – PEDIDO DE COLABORAÇÃO PARA A RETROVERSÃO 112

APÊNDICE VI – RETROVERSÕES OBTIDAS DOS RETROTRADUTORES 114

APÊNDICE VII – VERSÃO SÍNTESE DAS RETROVERSÕES OBTIDAS 125

APÊNDICE VIII - PARECER DOS AUTORES DA CCFSS ACERCA DA VERSÃO RETROTRADUZIDA 130

APÊNDICE IX – VERSÃO PORTUGUESA DA *CRITICAL CARE FAMILY SATISFACTION SURVEY* (CCFSS) 132

APÊNDICE X – CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO 136

APÊNDICE XI - GUIA DE APOIO AO PREENCHIMENTO DA CCFSS 138

## ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1 - Dimensões da avaliação da satisfação 26
- Quadro 2 - Instrumentos que avaliam a satisfação da família da pessoa em situação crítica na UCI 32
- Quadro 3 - Caracterização das amostras relativas à apresentação e validação da CCFSS nos diferentes países 36
- Quadro 4 - Características psicométricas da CCFSS decorrentes das validações desenvolvidas nos vários países onde foi aplicada 38
- Quadro 5 – Distribuição das respostas quanto ao local de internamento do doente (N=107) 47
- Quadro 6 - Caracterização da amostra relativamente à idade do doente e do familiar 48
- Quadro 7 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à relação que o inquirido estabelece com o doente hospitalizado (N=107) 48
- Quadro 8 - Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à periodicidade das visitas (N=106) 49
- Quadro 9 - Distribuição das respostas dos inquiridos relativamente ao destino após alta dos seus familiares (N=35) 50
- Quadro 10 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de *Cronbach*) (N=107) 52
- Quadro 11 - Análise fatorial da CCFSS pelo método de condensação em componentes principais (N=107) 54
- Quadro 12 - Coeficiente de consistência interna de cada um dos fatores 56
- Quadro 13 - Correlação de Pearson do total dos fatores com os itens a que pertencem e com o total dos fatores a que não pertencem 56
- Quadro 14 - Correlação de Pearson entre o total da satisfação e o índice de satisfação (N=107) 57
- Quadro 15 – Caracterização da amostra quanto à satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI em hospitais portugueses (N=107) 58

Quadro 16 – Distribuição das respostas dos inquiridos relativamente a sugestões de melhoria (N=16) 58

Quadro 17 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI, consoante tiveram ou não contacto anterior com doentes na UCI (Sim n=86 e Não n=21) 60

Quadro 18 - Resultados da aplicação da correlação de Spearman entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e a idade do inquirido e idade do doente (N=107) 61

Quadro 19 - Resultados da aplicação do teste Kruskal-Wallis entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e a frequência das visitas (N=107) 61

Quadro 20 - Resultados da aplicação do teste Kruskal-Wallis entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e o tipo de relação que estabelece com o doente (N=107) 62

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria das Transições (traduzido e adaptado de Meleis *et al.*, 2000, p.17) 21

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao motivo de internamento do doente na UCI (N=107) 49

Gráfico 2 - Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao primeiro contacto com uma UCI (N=107) 50

Gráfico 3 - Gráfico de Catell 55

## INTRODUÇÃO

“A qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica tem registado avanços muito significativos nos últimos anos, essencialmente devido ao importante investimento tecnológico que tem sido realizado nesta área” (Sá, Botelho e Henriques, 2015, p. 32).

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência, ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº 124/2011). Sá, Botelho e Henriques (2015) acrescentam ainda que, em serviços com doentes em situação crítica, os cuidados de enfermagem costumam ser vistos associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto no doente e família como nos enfermeiros que aí desempenham funções.

“O paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica, e à sua família, é mais do que o mero alargar da esfera de intervenção da Enfermagem, é o desenvolvimento lógico de uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar” (Sá, Botelho e Henriques, 2015, p. 33).

A hospitalização de um familiar numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), ocorre geralmente de forma aguda e inadvertida, condicionando o reajuste das dinâmicas familiares. Os autores Freitas, Kimura e Ferreira (2007) afirmam que perante esta situação geradora de *stress*, os familiares podem sentir-se desorganizados, desamparados e com dificuldades para se mobilizarem.

Um foco importante da prestação de cuidados e da recuperação dos doentes em estado crítico é o apoio pessoal dos membros da família e pessoas significativas (Urden, Stacy e Lough, 2008). Segundo Bettinelli e Erdmann (2009), a família pode ter um grande contributo na recuperação do doente, mas para que isso aconteça, precisa ser orientada acerca das rotinas da UCI e sobre o que o que está a acontecer com o seu familiar; tem ainda necessidade de se sentir acolhida, respeitada e também ela cuidada.

Para o indivíduo hospitalizado, a família constitui o grupo social mais importante e tem a função de auxiliar na estabilidade emocional, felicidade e bem-estar dos seus membros

(Puggina, Lenne, Carbonari, Parejo, Sapatini e Silva, 2014). Ainda de acordo com os autores, a família pode ser compreendida como uma unidade dinâmica formada por pessoas que se reconhecem e se organizaram como família, partilhando e convivendo com a finalidade de construir uma história de vida. Estes indivíduos podem estar unidos afetivamente ou por laços consanguíneos.

Nesta perspetiva, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros numa UCI deve ter como finalidade prestar cuidados de enfermagem de qualidade, adequados às necessidades de cada pessoa, onde se inclui apoio, conforto e informações aos familiares dos doentes internados (Loureiro e Ribeiro, 2011), onde a família faça parte integrante do cuidado.

Na literatura internacional, a avaliação da satisfação da família do doente em situação crítica, internado em contexto de UCI, tem sido alvo de investigação e os resultados dos estudos mostram que é uma responsabilidade que não pode ser ignorada (Loureiro e Ribeiro, 2011). Para tal, é essencial que os profissionais conheçam a importância que os familiares dão a cada necessidade e, sejam capazes de identificar com precisão aquelas que consideram não estar satisfeitas, de modo a poder envolvê-los eficazmente no processo de cuidados. Só assim será possível convencer os profissionais de saúde de que o cuidado centrado na família é essencial para a qualidade do cuidado prestado à pessoa em situação crítica (Loureiro e Ribeiro, 2011).

Em Portugal, os estudos direcionados para esta temática são escassos, justificando a realização de um estudo de investigação que permita identificar as necessidades dos familiares de doentes internados em UCI, e a sua satisfação relativamente ao atendimento das mesmas por parte dos profissionais de saúde. Pelo exposto, torna-se pertinente a utilização de escalas que revelem indicadores de satisfação das famílias como é o caso da *Critical Care Family Satisfaction Survey* (CCFSS). Trata-se de uma ferramenta desenvolvida em 2001 por Thomas Wasser e seus colaboradores com o intuito de aferir a satisfação da família da pessoa em situação crítica em contexto de UCI, referida pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* como uma ferramenta de grande potencial (Wasser, Matchett, Ray e Baker, 2004).

Assim, este estudo de investigação tem como objetivos principais:

- ✓ Adaptar culturalmente a CCFSS para a população portuguesa de familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI;

- ✓ Determinar as características psicométricas da CCFSS para a população portuguesa de familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI;
- ✓ Avaliar a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI;
- ✓ Determinar a relação entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e algumas características sociodemográficas e familiares.

Para o cumprimento dos objetivos realizou-se um estudo metodológico a 107 familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI que preencheram um questionário no período de janeiro a julho de 2016.

De forma a facilitar a consulta, análise e compreensão do presente estudo, este encontra-se estruturado em cinco partes fundamentais: a primeira apresenta um enquadramento teórico, tendo como base a pesquisa bibliográfica realizada; na segunda descrevem-se os pressupostos metodológicos, com referência ao tipo e desenho do estudo, aos objetivos, às questões e hipóteses de investigação, à população e amostra, aos instrumentos, aos procedimentos formais e éticos e ao tratamento estatístico; seguidamente os resultados obtidos e a discussão dos mesmos, dificuldades e limitações, bem como sugestões para o desenvolvimento de investigações futuras; na quinta e última parte são apresentadas as conclusões desta investigação.

## **1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Este capítulo constitui uma das etapas mais importantes do processo de investigação, expõe a componente teórica e conceptual desta dissertação que fundamenta todo o desenvolvimento do tema central da investigação (Vilelas, 2009).

Neste sentido, para a compreensão da temática em estudo, torna-se pertinente enquadrar a ‘família da pessoa em situação crítica’ no contexto da UCI; desenvolver o conceito de ‘satisfação da família’; identificar os instrumentos disponíveis para avaliar a satisfação da família da pessoa em situação crítica; e apresentar propostas de intervenção no acolhimento à família na UCI.

### **1.1 A FAMÍLIA PERANTE A DOENÇA CRÍTICA NO CONTEXTO DA UCI**

“De entre os desenvolvimentos mais importantes ocorridos na Medicina nas últimas décadas contam-se os registados na Medicina Intensiva e na sua capacidade para monitorizar, preservar e recuperar funções vitais alteradas ou em falência eminente ou estabelecida, afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis” (Penedo *et al.*, 2013, p.37).

Para os autores Penedo *et al.* (2013) e Borges (2015) o crescente científico associado aos vários desenvolvimentos tecnológicos, modificaram completamente a capacidade de diagnóstico e os potenciais de prevenção, tratamento e cura de doenças até há pouco tempo fatais. Esta evolução científica e tecnológica teve claras repercussões no modelo de cuidados prestados, e conseqüentemente possibilitou o aumento da capacidade de resposta para salvar vidas em risco, bem como incrementar de forma pronunciada a sobrevivência e a qualidade de vida da pessoa em situação crítica e sua família.

O conceito de ‘pessoa em situação crítica’ refere-se “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011, p. 8656).

O referido regulamento define ainda que

“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011, p. 8656).

Os cuidados supracitados exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Esta intervenção pode ser realizada tanto no contexto pré-hospitalar como hospitalar sendo que no presente trabalho apenas será focada a pessoa em situação crítica no contexto da UCI.

A UCI assume-se como um serviço especializado, onde a prestação de cuidados é realizada por profissionais treinados, através de equipamento sofisticado, e com base em protocolos específicos para cada intervenção (Borges, 2015).

Por sua vez a Direcção-Geral da Saúde (2003) refere que a UCI é um local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.

A Direcção-Geral da Saúde (2003, p. 5-6) acrescenta ainda que a UCI se define-se e reconhece-se em função de três critérios major: prática, avaliação e investigação:

- ✓ A **prática** assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados em função das necessidades do doente 24h por dia;
- ✓ A **avaliação** faz-se segundo a função atribuída a cada UCI. A natureza dos doentes admitidos, a taxa de sobrevida, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades decorre da missão atribuída a cada UCI. Ou seja, é a análise destas variáveis, quando feita de acordo

com os objetivos, que permite definir os recursos necessários para cada UCI, bem como avaliar o respetivo desempenho;

- ✓ Na **investigação** a monitorização contínua de cada doente e do seu conjunto, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender a doença cada vez melhor, acumular experiência, sistematizar os procedimentos e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais.

Segundo o autor referido anteriormente diversa tem sido a terminologia utilizada para a caracterização do nível de assistência médica que pode ser direcionada à pessoa em situação crítica (mono *vs* polivalente, alta *vs* média dependência, intensivos *vs* intermédios, entre outras). A classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva é a mais consensual e refere três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar, o que torna possível a coexistência de diferentes níveis na mesma unidade hospitalar:

- ✓ **Nível I** – Visa, basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros Serviços/Unidades de nível superior;
- ✓ **Nível II** – Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, entre outras), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica;
- ✓ **Nível III** – Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição, os Serviços/UCI nível III são considerados polivalentes, isto é, são dotados de competências para assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes por quem se responsabilizam.

Pelo exposto é perceptível que o internamento neste tipo de unidades possa provocar alterações, não só na pessoa em situação crítica como na sua família, com significativas mudanças no ciclo de vida familiar, com alterações de papéis e implicando um processo de adaptação (Loureiro e Ribeiro, 2011).

“Para a família da pessoa em situação crítica, a hospitalização acarreta um conjunto de necessidades complexas, uma vez que existe uma mudança súbita de um estado de saúde para um estado de doença, alterando a qualidade de vida, as rotinas, os papéis e as realizações pessoais” (Borges, 2015, p.32).

Para o indivíduo hospitalizado, a família constitui o grupo social mais importante e tem a função de auxiliar na estabilidade emocional, felicidade e bem-estar dos seus membros (Puggina *et al.*, 2014).

A família tem ainda responsabilidade na evolução do prognóstico da doença, na medida em que desempenha um papel fundamental ao dar apoio físico, emocional, social e económico aos elementos doentes. Como refere Saiote e Mendes (2010, p.11), para o doente, “o envolvimento das pessoas significativas ou de um elemento de referência na rotina hospitalar, é um dos fatores mais importantes para a sua adaptação à hospitalização com consequentes repercussões na evolução e prognóstico da doença”.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2011) entende-se por família a unidade social ou o todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais.

De acordo com Borges (2015), outros autores remetem para um conceito de família mais abrangente que inclui, não só os que partilham traços biológicos ou que vivem no mesmo espaço físico, mas também pessoas significativas que são sentidas como família. Desta forma, comprova-se que existe sempre um elemento de referência para o doente, podendo este ser um familiar ou um acompanhante significativo, independentemente da existência de laços de consanguinidade ou parentesco.

A família deve ser considerada, pela equipa multidisciplinar, como uma continuidade da pessoa em situação crítica, a qual também necessita de cuidados que minimizem a ansiedade, o desconforto e a insegurança sentidas, de forma a ser capaz de fornecer o

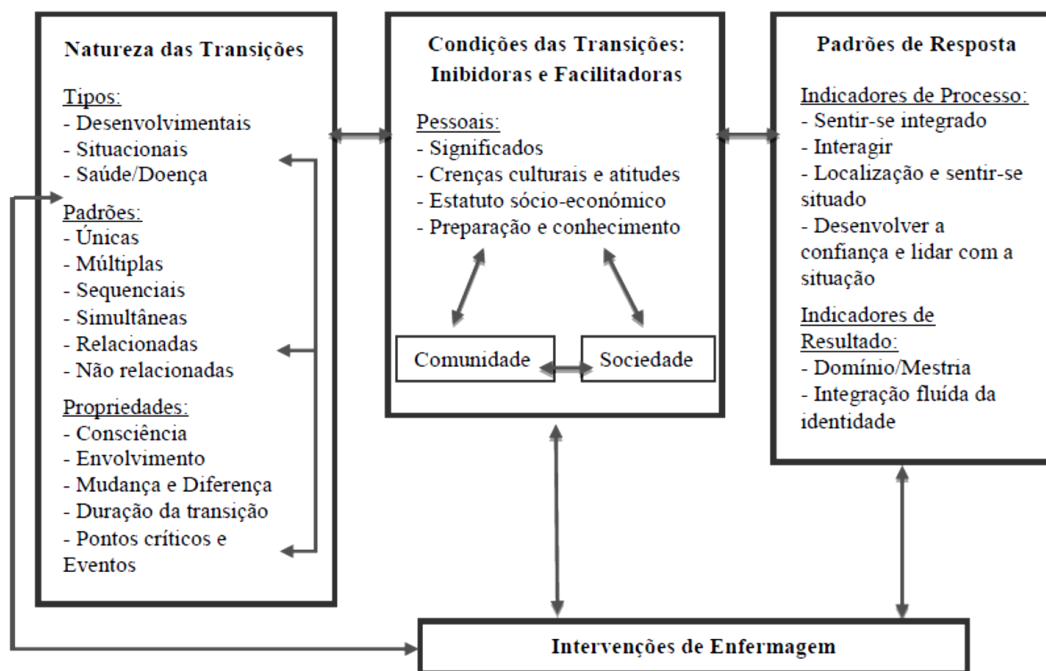
suporte adequado ao seu familiar (Urizzi, Carvalho, Zampa, Ferreira, Grion e Cardoso, L 2008).

A OE evidencia a importância do cuidado à família da pessoa em situação crítica, afirmando que é uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área, o qual tem o dever de “assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Regulamento nº 124/2011, p.8656).

Perante esta realidade torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro na compreensão da singularidade de cada família, na identificação das suas verdadeiras necessidades e na mobilização de estratégias de *coping*. Este processo procura facilitar a adaptação a esta nova fase de vida criando condições para que ocorra uma transição saudável considerando sempre o ser em mudança como um ser holístico e integral (Saiote e Mendes, 2010; Borges, 2015).

Para Meleis (2010, p.25) o internamento numa UCI constitui “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” quer a nível individual quer familiar. Este conceito de transição remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais, bem como na capacidade de gerir as respostas humanas. A teoria das transições, apresentada por Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000), abrange três domínios fundamentais: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), as condições das transições (facilitadoras ou inibidoras) e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado), como se pode observar na figura 1.

Figura 1 - Teoria das Transições (traduzido e adaptado de Meleis *et al.*, 2000, p.17)



Fonte: Borges (2015, p.31)

Tal como Borges (2015) desenvolve, no contexto da UCI, a família do doente experiencia uma transição de saúde-doença, causada pelo internamento do seu familiar, a qual pode ser múltipla e simultânea, dependendo de outras transições que a pessoa está a vivenciar e da existência de relação entre elas. As propriedades da transição, bem como as condições pessoais e sociais vão facilitar ou dificultar o progresso da transição, o qual é caracterizado pelos indicadores de processo e de resultado. Neste sentido, os enfermeiros devem avaliar os indicadores de processo, com o intuito de intervir precocemente e ajudar a família a alcançar resultados satisfatórios, ou seja, obter ganhos em saúde.

A integridade da família fica, assim, ameaçada pela separação, pelo medo de perda e pelo próprio ambiente da UCI. Embora a UCI possua um ambiente totalmente diferente de outras unidades, não dispensa a humanização dos cuidados prestados, demonstrada pela atitude relacional dos enfermeiros com o doente e os seus familiares. O tempo que os enfermeiros de cuidados intensivos dedicam à família é por vezes limitado, devido às necessidades fisiológicas e psicossociais do doente. Consequentemente, é importante fazer com que toda a interação com a família seja o mais produtiva e terapêutica possível (Norton, 2007 citado por Borges, 2015).

Neste contexto, a intervenção do enfermeiro torna-se fundamental, na medida em que deve avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face aos eventos de transição da família, a fim de restabelecer a dependência e instabilidade geradas. Para Norton (2007) citado por Borges (2015), iniciar intervenções de enfermagem e estabelecer um relacionamento efetivo com a família tende a ser mais fácil no momento de crise, uma vez que as pessoas em crise são altamente recetivas àqueles que se apresentam interessados, atenciosos e empáticos.

Assim, o cuidado de enfermagem, baseado num processo de comunicação eficaz, deve ser direcionado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando os fatores que influenciam a transição da pessoa e criando condições para que este seja um processo saudável (Borges, 2015). Ainda segundo o mesmo autor, a capacidade de cada família em superar a situação de crise gerada pelo internamento depende, não só da perceção que a família tem da situação da doença e da crise que está a atravessar, mas também dos mecanismos intrínsecos e extrínsecos que dispõe para lidar, positivamente, com a situação. Os mecanismos extrínsecos englobam todo o apoio que a família dispõe e a que tem acesso, emergindo aqui a importância da intervenção do enfermeiro no decurso destas situações de doença.

Desta forma, a intervenção do enfermeiro deve funcionar como um processo facilitador da transição, promovendo o bem-estar da pessoa. Assistir a pessoa em processos de transição, facilitando-os no sentido de alcançar um estado de bem-estar, é considerada por Meleis (2010) a função mais importante do enfermeiro.

## 1.2 SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA

O conceito de satisfação da família assim como as suas dimensões e fatores que a influenciam são os pontos abordados a seguir.

### 1.2.1 Conceito de Satisfação da Família

A satisfação com os cuidados prestados em contexto da UCI, mede-se muitas vezes pela perspectiva da família, uma vez que os doentes se encontram frequentemente impossibilitados de comunicar (Loureiro e Ribeiro, 2011).

Deste modo, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, é necessário avaliar o grau de satisfação dos familiares (Cabrera, Rodriguez, Martul, Palacios, Gonzalez e Medina, 2007).

O termo satisfação provém do latim *satisfactio* e traduz o ato ou efeito de satisfazer, significando saciedade ou sentimento de bem-estar que se manifesta nas pessoas, como resultado da realização do esperado ou desejado, sob a forma de alegria, contentamento, agrado e aprazimento (Abrantes, 2012).

Para Pedro, Ferreira e Mendes (2010), de um modo geral a satisfação pode ser entendida como o resultado da avaliação pessoal, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas, ou seja, é o grau de congruência entre as expectativas do utilizador e a sua perceção da qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

Esta definição vai ao encontro da revisão realizada por Espiridião e Trad (2006) citados por Abrantes (2012) que efetuaram uma análise do conceito de satisfação, com base em 56 artigos indexados à MEDLINE®, e referem que a teoria da discrepância é a mais utilizada. Segundo a mesma, os níveis de satisfação são definidos pela diferença entre as expectativas e a perceção da experiência.

Para além das expectativas, diversos investigadores referem que a satisfação é ainda composta por elementos de subjetividade e perceções, definindo a satisfação como o processo comparativo onde se realiza uma avaliação cognitiva e se obtêm uma resposta eficaz sobre a estrutura, o processo e o resultado dos cuidados de saúde que foram prestados (Mahon, 1996 citado por Costa, 2011). Para o autor, a satisfação representa assim uma mistura complexa entre as necessidades percebidas, as expectativas e a experiência anterior com a prestação de cuidados de saúde, sendo influenciada pelos fatores ambientais envolventes e as circunstâncias peculiares de cada situação específica.

Trata-se portanto de um conceito subjetivo e dinâmico, com diferentes significados, em diferentes contextos e com forte valor cultural (Abrantes, 2012). Esta ideia é corroborada por todos os autores consultados que são unânimes em afirmar que o conceito de satisfação não é de fácil operacionalização. Porém, num sistema de saúde cada vez mais competitivo emerge a necessidade de satisfazer a família de forma a obter ganhos em saúde (Brito, 2015).

### 1.2.2 Dimensões da Avaliação da Satisfação da Família

A satisfação da família é constituída por um conjunto de dimensões e condicionantes singulares (Brito, 2015).

Vários autores debruçam-se sobre esta temática criando classificações das dimensões da satisfação das famílias. De forma a esclarecer as dimensões de avaliação da satisfação apresentadas no Quadro 1, desenvolvem-se as determinantes que as caracterizam com base nos autores Pontinha (2011), Abrantes (2012) e Brito (2015):

- ✓ **Aspetos interpessoais** – dizem respeito ao modo como os prestadores interagem e se relacionam com os utentes: respeito, empatia, preocupação, humanidade, amizade, cortesia, confiança, comunicação e simpatia;
- ✓ **Qualidade técnica do cuidado** – processo no qual se inserem a competência técnica e qualificações dos profissionais de saúde. Apesar da dificuldade na avaliação de algumas características mais técnicas, o processo é dos aspetos mais influentes na satisfação dos utentes e suas famílias;
- ✓ **Acessibilidade/conveniência** – engloba determinantes como tempo de espera, facilidade de acesso, marcação de consultas e facilidades no atendimento;
- ✓ **Aspetos financeiros** – relacionam-se com a forma como é efetuado o financiamento e a forma de pagamento dos serviços;
- ✓ **Eficácia/resultados do cuidado** – refere-se à melhoria do estado de saúde;
- ✓ **Continuidade dos cuidados** – é definida em função da sua frequência, tendo em conta a mesma organização, a mesma localização e o mesmo prestador. É ainda definida pela existência de um registo clínico no conjunto de todas as visitas do utente;
- ✓ **Ambiente físico/amenidades** – está relacionado com as prestações hoteleiras, as características físicas e atributos estéticos dos locais onde se prestam os cuidados de saúde, ambientes bem sinalizados, equipamentos, conforto, atmosfera agradável e higiene do serviço;

- ✓ **Disponibilidade** – presença de recursos humanos, isto é, quantidade suficiente de prestadores;
- ✓ **Características sócio-demográficas do utente** – nomeadamente a idade, o estado civil, o género, a raça, a educação, a atividade profissional, o rendimento, a classe social e a dimensão do agregado familiar;
- ✓ **Estado físico e psicológico do utente** – podem afetar a perceção dos cuidados prestados e condicionar os próprios resultados desses mesmos cuidados;
- ✓ **Atitudes de expectativas sobre os cuidados de saúde** – de acordo com o conhecimento prévio dos recursos técnicos, humanos e organizacionais, os utentes e os seus familiares criam expectativas relativamente à satisfação das suas necessidades;
- ✓ **Recolha/dádiva de informação** – individualização da informação dos recursos, promoção do elo de ligação e formalização da transmissão da informação;
- ✓ **Características dos profissionais de saúde** – existem alguns “traços de personalidade” que fazem com que a “arte” e “técnica” dos cuidados prestados deixem as famílias satisfeitas com maior ou menor intensidade;
- ✓ **Organização/características dos serviços** – diz respeito à estrutura e funcionamento do serviço em questão, inclui as áreas não clínicas que apoiam a dinâmica do serviço.

Quadro 1 - Dimensões da avaliação da satisfação

Dimensões/Autores	Ware, Davies-Avery e Stewart (1978)	Linder-Pelz (1982)	Cleary e McNeil (1988)	Meterko e Rubin (1990)	Weiss (1990)	Wilkin, Hallan e Doggett (1993)	Carolino (1994)	Graça (1994)	Sitzia e Wood (1997)	Sepúlveda (1998)	Gasquet (1999)	Ferreira <i>et al.</i> (2001)	Westway <i>et al.</i> (2003)	Franco e Florentim (2006)	Campos, Borges e Portugal (2009)	Gonçalves, Alves e Ramos (2010)
Aspetos interpessoais	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Qualidade técnica do cuidado	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓		✓	✓				✓
Acessibilidade/conveniência	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓					✓	✓
Aspetos financeiros	✓	✓		✓	✓			✓							✓	
Eficácia/Resultados do cuidado	✓	✓	✓					✓	✓		✓			✓	✓	
Continuidade de cuidados	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓
Ambiente físico/amenidades	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓
Disponibilidade de recursos	✓	✓					✓	✓	✓	✓				✓		
Recolha/dádiva de informação		✓		✓			✓	✓	✓	✓		✓				✓
Envolvimento do doente e família no processo							✓		✓	✓						✓
Características sócio-demográficas do utente			✓		✓				✓							✓
Estado físico e psicológico do doente			✓						✓							✓
Atitudes de expectativas sobre os cuidados de saúde			✓						✓							
Características dos profissionais				✓	✓										✓	
Utilidade dos cuidados						✓										
Organização/características dos serviços											✓	✓	✓			

Fonte: Adaptado de Pontinha (2011), Abrantes (2012) e Brito (2015)

Apesar da existência de diversas classificações constata-se que todas as dimensões apresentadas anteriormente são importantes para avaliar o grau de satisfação das famílias. Cada instituição/serviço deve dar preferência apenas a alguns destes aspetos, em concordância com a tipologia dos cuidados prestados (Pontinha, 2011).

No entanto, é unânime que os utentes e suas famílias valorizam a relação interpessoal que se estabelece com o enfermeiro (Brito, 2015).

No seguimento do que foi referido, o autor supracitado refere ainda dois fatores determinantes na satisfação das famílias: os aspetos comunicacionais e a informação fornecida ao doente sobre o seu problema e meios de resolução; e o primeiro contacto estabelecido. “As primeiras impressões são, por vezes, as que mais perduram pelo que os profissionais de saúde deverão desenvolver esforços no sentido de revelarem interesse, simpatia e compreensão nesta fase” (Brito, 2015, p.35). A admissão do doente é de facto o primeiro contacto estabelecido com o meio, sendo fulcral que a família fique, desde logo, com uma imagem de disponibilidade por parte de toda a equipa.

Em suma, podemos deduzir que “índices de satisfação elevados estão fortemente dependentes das características do prestador, do serviço ou da organização que por sua vez estão relacionadas com uma boa comunicação, empatia e cuidados personalizados” (Brito, 2015, p. 35).

### **1.2.3 Fatores que influenciam a Satisfação da Família**

No que concerne à identificação dos fatores que mais influenciam a satisfação das famílias, estes ainda não são totalmente consensuais para todos os autores devido à natureza multidimensional da satisfação (Pontinha, 2011).

Brito (2015, p.36) partilha da mesma linha de pensamento referindo que “conhecer os fatores que influenciam a satisfação dos utentes no âmbito dos serviços de saúde é um processo complexo, como se pode verificar pelos inúmeros estudos efetuados neste âmbito que apresentam resultados controversos”.

Tendo por base os autores consultados, foi considerado pertinente o estudo dos seguintes fatores: variáveis socioeconómicas/sociodemográficas (idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil e classe social); estado de saúde prévio dos doentes; aspetos organizacionais;

expectativas da família face às intervenções dos profissionais e percepções sobre o papel dos enfermeiros.

As variáveis socioeconómicas/sociodemográficas exercem influência direta na satisfação dos utentes e suas famílias, comparável à própria prestação dos cuidados de saúde. Porém, outros tantos deixaram de valorizar estes fatores como preditores da satisfação (Costa, 2011; Brito, 2015).

A idade é a variável que apresenta maior concordância nos estudos, sendo por isso a variável que influencia de forma mais consistente a satisfação das famílias com os cuidados de saúde (Costa, 2011; Brito, 2015). Múltiplos estudos sugerem que os idosos têm maior grau de satisfação, facto que poderá resultar da forma mais gentil como tendem a ser tratados, de ter expectativas mais modestas ou de ter menor preparação para criticar aspetos negativos (Sitzia e Wood, 1997 citados por Costa, 2011; Gasquet, 1999 citado por Brito, 2015; Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001 citados por Brito, 2015).

Para os autores, o sexo tem uma influência pouco significativa na satisfação da família; contudo para Coylen (1999) citado por Costa (2011), e Sitzia e Wood (1997) citados por Brito (2015) o sexo feminino é mais crítico quanto à prestação dos cuidados de saúde. Os mesmos autores referem que a satisfação global com os cuidados prestados é significativamente maior nos homens e que as mulheres são mais exigentes com os horários e com a privacidade.

Por sua vez, o nível de escolaridade também influencia a satisfação dos doentes e suas famílias. Os estudos são unânimes na medida em que níveis de escolaridade mais baixos estão associados a níveis de satisfação menores, particularmente nas dimensões “informação e apoio” e “continuidade e cooperação”. Por outro lado, Brito (2015) menciona que níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis de satisfação mais baixos no que respeita à organização dos serviços. De salientar que o nível de escolaridade tem relação direta com a literacia para a saúde (Hall e Dorman, 1990 citados por Costa, 2011).

Relativamente à situação socioeconómica Carr-Hill (1992) citado por Brito (2015) refere que os profissionais de saúde tendem a comunicar mais com os doentes e familiares de classe média. Os autores supracitados afirmam ainda que os doentes com problemas

sociais manifestam níveis de satisfação mais elevados quando os profissionais de saúde são mais dedicados do ponto de vista emocional favorecendo as relações interpessoais.

Para Costa (2011) e Brito (2015) um outro fator importante é o estado de saúde prévio do doente. Os autores referem que o estado físico e psicológico prévio e a gravidade da doença associada ao estado psicológico, podem afetar a percepção dos cuidados prestados, condicionar os próprios resultados e conseqüentemente a satisfação. “Os utilizadores que relatam um mau estado de saúde têm menor probabilidade de se encontrarem satisfeitos com o sistema de saúde” (Bleish, Ozaltin e Murray, 2009 citados por Brito, 2015, p.36). Costa (2011) relata ainda outros aspetos que podem influenciar negativamente a satisfação, como por exemplo o maior número de hospitalizações e a duração prolongada das patologias. Em relação aos cuidados que se realizam em ambulatório, os investigadores Cleary e Mcneil (1988) citados por Costa (2011, p.30) afirmam que

“o motivo da consulta influencia o nível de satisfação, sendo que se obtêm maiores níveis de satisfação quando o mesmo se prende a problemas unicamente somáticos (em contrapartida obtêm-se níveis inferiores de satisfação quando o motivo está ligado à esfera psicológica)”.

No que respeita aos aspetos organizacionais, Ribeiro (2005) reconhece que as alterações produzidas no estado de saúde do doente são resultado dos cuidados de saúde que foram prestados, por conseguinte, uma melhoria no estado de saúde está associada a maior satisfação, sendo que o inverso também se verifica.

“O indicador que mais contribui para o aumento da satisfação é a imagem da instituição, a qual faz aumentar a apreciação dos utentes, independentemente da qualidade dos cuidados” (Costa, 2011, p. 30). Em relação aos critérios para avaliação das instituições de saúde os utentes e suas famílias recorrem a diferentes critérios. Ribeiro (2003) citado por Costa (2011) refere que se por um lado os doentes hospitalizados utilizam como base da sua avaliação a competência profissional, por outro, os utentes de ambulatório utilizam como base da sua avaliação a relação de empatia que se estabelece com os profissionais.

As expectativas das famílias face às intervenções dos profissionais constituem uma temática de relevo na investigação a par com a procura dos serviços de saúde e a satisfação com os cuidados prestados. Diversos estudos têm demonstrado que as famílias mais

satisfeitas são aquelas cujo comportamento dos profissionais vai ao encontro das suas expectativas (Ribeiro, 2003 citado por Costa, 2011).

Por último, as expectativas das famílias relativamente aos enfermeiros dividem-se em três grandes categorias: a comunicação; as aptidões e os conhecimentos técnicos; e as atitudes e os comportamentos (Sesbeen, 2000 citado por Costa, 2011).

No que diz respeito à comunicação, as famílias são da opinião que os enfermeiros devem ter:

“(…) a amabilidade de se apresentar; explicar-lhes os tratamentos e dizer-lhes se obtiveram os resultados esperados; despender o tempo que for preciso para falar com eles e, se necessário, para lhes dar explicações (...); dar-lhes a sensação de que são realmente escutados e interessar-se pelos seus problemas e pelas suas preocupações; dizer-lhes claramente o que podem ou não esperar” (Sesbeen, 2000 citado por Costa, 2011, p.32).

Comparativamente, em relação às aptidões e competências técnicas, os doentes e suas famílias são da opinião que os enfermeiros devem:

“saber dar uma injeção; ser capazes de explicar a técnica utilizada; possuir conhecimentos técnicos avançados e mostrar segurança; saber dar atenção aos pormenores, mostrar delicadeza e ter atenções individuais para que eles se sintam à vontade; adotar um determinado ritmo de cuidados segundo um horário que lhes seja aceitável” (Sesbeen, 2000 citado por Costa, 2011, p.32).

Quanto às atitudes e comportamentos, as famílias referem que os enfermeiros devem:

“compreender e mostrar-se presentes e atentos; dirigir-se-lhes de maneira educada e respeitosa, mostrar-se sorridentes e calorosos em vez de lhes dar a impressão de que incomodam; dominar as suas expressões faciais, pois estas podem ser interpretadas como sinais de um diagnóstico ou de um prognóstico pouco encorajador (...); tranquiliza-los e dizer-lhes que vão ser capazes de se desvencilhar quando voltarem para casa; respeitar os seus direitos e dar-lhes a sensação de ser senhores da situação” (Sesbeen, 2000 citado por Costa, 2011, p.32).

Ribeiro (2003) citado por Costa (2011) acrescenta que as famílias projetam ainda outras expectativas nos enfermeiros, nomeadamente: respeito pela privacidade e intimidade do

doente e família; adoção de uma atitude de empatia nas interações; e evitar a resolução de problemas da instituição, do trabalho ou de outros colegas durante a prestação de cuidados.

Como seria expectável a OE tem procurado definir padrões de qualidade no exercício dos seus profissionais, de forma a criar um instrumento orientador do papel dos enfermeiros junto dos utentes, dos outros profissionais, do público em geral e dos políticos (Costa, 2011). Nesse sentido, a OE definiu seis categorias de enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional que corroboram o que foi descrito anteriormente: a satisfação dos utentes; a promoção da saúde; a prevenção das complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

### 1.3 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Como já foi mencionado por diversas vezes ao longo da presente dissertação, a avaliação da satisfação das famílias é um importante indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Para que esta avaliação seja realizada de forma precisa é impreterível manter uma postura de constante medição e monitorização através de instrumentos rigorosos, sistemáticos, cientificamente adaptados e validados para o contexto e para a realidade que é objeto dessa medição (Fuquen, 2013; Pontinha, 2014 e Brito, 2015).

A OE (2005) vai ao encontro a esta linha de pensamento sugerindo ainda que, independentemente do método selecionado para avaliar a satisfação das famílias, devem ser tidos em conta instrumentos traduzidos, validados e aferidos para a população portuguesa.

No entanto, a diversidade das ferramentas de medida da satisfação, constitui muitas vezes um obstáculo à obtenção de resultados de cariz científico, não existindo consenso entre os investigadores relativamente às estratégias metodológicas a utilizar (Pontinha, 2014). Só recentemente se iniciaram esforços no sentido de uniformizar a medida da satisfação da família, para que possa funcionar como indicador válido que permita estabelecimento de comparações entre diferentes serviços e diferentes organizações (Guadagnino, 2003 citado por Pontinha, 2014).

Seguidamente apresenta-se no Quadro 2 uma síntese dos instrumentos de medida considerados mais relevantes para avaliação da satisfação dos familiares da pessoa em situação crítica.

Quadro 2 - Instrumentos que avaliam a satisfação da família da pessoa em situação crítica na UCI

Instrumento	Ano	Autor	Fiabilidade	Validade de conteúdo	Validade de construto	Consistência interna	Sensibilidade	Idiomas das versões validadas	Domínios/Itens
<i>Critical care family needs interventory</i>	1979	Molter	✓	✓				Inglês	1/45
	1986	Leske	✓	✓		✓			
	1990	Coutu <i>et al.</i>	✓	✓		✓	✓	Francês	1/48
	2000	Bijtterbier <i>et al.</i>	✓	✓	✓	✓		Holandês	5/45
	2000	Lee <i>et al.</i>	✓	✓		✓		Chinês	1/45
<i>Society of critical care medicine family needs assessment questionnaire</i>	1998	Johnson <i>et al.</i>	✓					Inglês	4/14
	2008	Damghi <i>et al.</i>						Árabe	
<i>Family satisfaction in the intensive care unit 34</i>	2001	Heyland <i>et al.</i>	✓	✓	✓	✓		Inglês	2/34
	2007	Stricker <i>et al.</i>	✓	✓	✓	✓	✓	Alemão Chinês Português Espanhol Francês Sueco Hebraico	
	2015	Dolatyare <i>et al.</i>	✓	✓	✓	✓	✓	Persa	
<i>Family satisfaction in the intensive care unit modified</i>	2005	Dowling <i>et al.</i>	✓	✓	✓	✓		Inglês	2

Quadro 2 - Instrumentos que avaliam a satisfação das famílias da pessoa em situação crítica na UCI (cont.)

Instrumento	Ano	Autor	Fiabilidade	Validade de conteúdo	Validade de construto	Consistência interna	Sensibilidade	Idiomas das versões validadas	Domínios/Itens
<i>Family satisfaction in the intensive care unit 24</i>	2007	Wall <i>et al.</i>	✓	✓	✓	✓	✓	Inglês Português Sueco Espanhol Francês Alemão Grego Norueguês Sueco Italiano Chinês	2/24
CCFSS	2001	Wasser, Pasquale, Matchett, Bryan e Pasquale	✓	✓	✓	✓		Inglês	5/20
	2008	Brown e Hijazi						Árabe	
	2013	Fuquen	✓	✓	✓	✓	✓	Castelhano	

Fonte: Adaptado de Fuquen (2013)

Após análise e reflexão sobre o conteúdo do Quadro 2, torna-se evidente a necessidade de adaptar e validar escalas que permitam monitorizar a satisfação das famílias portuguesas. Pelo exposto, optou-se por consolidar a revisão da literatura existente sobre esta temática, e adaptar culturalmente a CCFSS para a população portuguesa (Anexo I).

Sánchez (2009) citado por Fuquen (2013) acrescenta que vários investigadores em medicina intensiva reconhecem a CCFSS como o instrumento mais utilizado para avaliar a satisfação dos familiares no contexto da UCI.

### 1.3.1 Validação da CCFSS e caracterização das amostras dos respetivos estudos

A CCFSS surge pela primeira vez em 2001 quando Thomas Wasser e seus colaboradores publicaram o seu trabalho sobre elaboração e validação de uma nova escala, com o intuito de determinar a satisfação de 237 familiares de doentes adultos internados em UCI. Estes

investigadores reproduziram o trabalho inicial em 2004, com uma amostra de 2494 sujeitos em dez UCI, e mais tarde em 2005 com 320 inquiridos via internet (Fuquen, 2013).

Wasser e seus colaboradores iniciaram o seu trabalho a partir do levantamento das necessidades dos familiares dos doentes críticos hospitalizados em UCI. Após análise do trabalho desenvolvido por Molter (1979) sobre as necessidades do doente crítico e de uma meta-análise detalhada da satisfação de Hall (1988), Wasser e seus colaboradores (2004) identificaram dez dimensões das expectativas das famílias face ao nível de qualidade dos cuidados prestados, que agruparam inicialmente em seis domínios tendo sido validados apenas cinco:

- ✓ “*Assurance*” (garantia): perceção de esperança num resultado desejado - itens 3, 4, 7 e 19;
- ✓ “*Proximity*” (proximidade): necessidade de contacto pessoal e proximidade física e emocional com o doente – itens 5, 15 e 18;
- ✓ “*Information*” (informação): necessidade de fornecer informações consistentes, realistas e oportunas – itens 2, 6, 10, 12 e 20;
- ✓ “*Comfort*” (conforto): necessidade de prestar conforto às famílias – itens 8 e 17;
- ✓ “*Support*” (suporte): necessidade de recursos, sistemas de suporte e ventilação - itens 1, 9, 11, 13, 14 e 16.

Cada um dos 20 itens deve ser avaliado segundo uma escala numérica de 1 a 5 em que 1 significa que o familiar está “muito insatisfeito” e 5 significa que o familiar está “muito satisfeito”.

Fuquen (2013) afirma que a CCFSS tem sido utilizada em diversos trabalhos de investigação em países de língua inglesa, contudo sem um processo de validação formal concretizado para as populações testadas. Comparou-se a sua utilização nas três culturas onde foi validado, dados que se apresentam nos quadros seguintes.

Da análise do Quadro 3, que representa as características das amostras onde o instrumento foi validado, verifica-se que a validação do instrumento foi realizada com recurso a

familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI nível III (85,6% Wasser *et al.*; 85,3% Brown *et al.*, 2008; 100% Fuquen, 2013), mas também a familiares de doentes em idade pediátrica (14,4% Wasser *et al.*, 2004; 14,7% Brown *et al.*, 2008). A maioria dos inquiridos corresponde a familiares jovens adultos e adultos, com uma amplitude de idades entre os 35 e os 59 anos (46,2% Wasser *et al.*, 2004; 49,3% Fuquen, 2013). No estudo de Brown *et al.* (2008) 55,3% dos inquiridos correspondem a jovens adultos com idade entre os 25 e os 34 anos. No que diz respeito à relação que o inquirido estabelece com o doente não se verifica consenso nos três estudos, Wasser *et al.* (2004) evidenciam que 43,3% da amostra corresponde aos cônjuges; Brown *et al.* (2008) demonstram que 46,1% da amostra é relativa a pais dos doentes; e Fuquen (2013) refere que 38,3% dos inquiridos referem ser filhos dos doentes. Quanto ao número de dias de internamento, ainda pela análise do referido quadro, constata-se que a maioria dos doentes está internado em média  $\leq 2$  dias (37,6% Wasser *et al.*, 2004); 4-6 dias (38,2% Brown *et al.*, 2008); e 3-7 dias (36,3% Fuquen, 2013).

Ainda tendo presente os dados do Quadro 3 é de salientar a grande diversidade no tamanho das amostras, ou seja, de 76 (Brown *et al.*, 2008) a 2494 (Wasser *et al.*, 2004).

Quadro 3 - Caracterização das amostras relativas à apresentação e validação da CCFSS nos diferentes países

Autor	País	Ano	Amostra						
			Número de elementos (N)	Critérios de inclusão	Idade	Relação que estabelece com o doente	Número de dias de internamento		Características da amostra
Wasser <i>et al.</i>	Estados Unidos da América	2004	2494	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acompanhantes</li> <li>✓ Recolha de dados em 36 meses</li> <li>✓ 2 Hospitais</li> <li>✓ Questionários fornecidos no momento da alta do doente</li> </ul>	18-24 (5,1%)	Cônjuge 1079 (43,3%)	≤ 2	937 (37,6%)	Unidade Neurocríticos/ Trauma 405 (16,2%)
						Pai/ Mãe 613 (24,5%)			
					25-34 (13,6%)	Irmão/ã 108 (4,3%)	3-7	763 (30,6%)	UCI Coronária 188 (7,5%)
						Criança adulta 462 (18,5%)			
					35-59 (46,2%)	Membro de família alargada 8 (0,4%)	8-10	259 (10,4%)	UCI Hospital 2 156 (6,3%)
						Amigo/a 17 (0,7%)			
					≥ 60 (33,1%)	Outros 147 (5,9%)	> 10	422 (16,9%)	UCI Cardiorácica 475 (19,0%)
									UCI Neonatal 231 (9,3%)
					Sem resposta (2%)	Sem resposta 60 (2,4%)	Sem resposta	113 (4,5%)	Unidade Cuidados Intermédios 47 (1,9%)
									Unidade de Cuidados Especiais 154 (6,2%)
Brown <i>et al.</i>	Arábia Saudita	2008	76	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Familiares com idade ≥ 18 anos de doentes com permanência &gt;24h na UCI</li> <li>✓ Recolha de dados em 2,5 meses</li> </ul>	18-24 (15,8%)	Pai 35 (46,1%)	1-3	27 (35,5%)	UCI Neonatal 0
						Cônjuge 8 (10,5%)	4-6	29 (38,2%)	UCI Pediátrica 11 (14,7%)
					25-34 (55,3%)	Filho/a 23 (30,3%)			

Quadro 3 - Caracterização das amostras relativas à apresentação e validação da CCFSS nos diferentes países (cont.)

Autor	País	Ano	Amostra						
			Número de elementos (N)	Critérios de inclusão	Idade	Relação que estabelece com o doente	Número de dias de internamento		Características da amostra
(cont.)				✓ 1 Hospital	35-59 (26,3%)	Irmão 8 (10,5%)	7-9	7 (9,2%)	UCI Coronária 2 (2,7%)
						Tio/ Tia 1 (1,3%)			UCI Médica 19 (25,3%)
					≥ 60 (2,6%)	Outro 1 (1,3%)	≥ 10	13 (17,1%)	UCI Cirúrgica 17 (22,7%)
									Sem informação 1 (1,3%)
Fuquen	Colômbia	2013	200	✓ Familiares com idade > 18 anos; que saibam ler e escrever e cuja a língua nativa fosse o Castelhana; familiares de doentes com hospitalização de pelo menos uma noite; familiares com pelo menos uma visita anterior ao doente. ✓ Recolha de dados em 7 meses ✓ 3 Hospitais Universitários em Bogotá	18-24 (10,4%)	Filho/a 77 (38,3%)	0-3	46 (22,9%)	UCI Polivalente (Médica + Cirúrgica) 200 (100%)
						Esposo/a 40 (19,9%)			
					25-34 (23,4%)	Irmão/a 29 (14,4%)	3-7	73 (36,3%)	
						Pai/ Mãe 18 (9,0%)			
					35-59 (49,3%)	Companheiro/a permanente 15 (7,5%)	7-10	48 (23,9%)	
						Tio/a 3 (1,5%)			
					≥ 60 (16,9%)	Amigo 2 (1,0%)	≥ 10	34 (16,9%)	
						Outro 17 (8,5%)			

Fonte: Adaptado de Wasser *et al.* (2004); Brown *et al.* (2008) e Fuquen (2013)

No Quadro 4 podemos encontrar os valores das características psicométricas determinadas nas várias validações transculturais. Relativamente ao valor Alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ) da totalidade da escala é de notar que varia de 0,83 (Fuquen, 2013) a 0,91 (Wasser *et al.*, 2001), o que denota que os itens não são influenciados pela grande diversidade cultural das amostras. Ao serem submetidos a análise fatorial, os itens organizaram-se em cinco domínios em todos os estudos. Tal como no artigo original (Wasser *et al.*, 2001) as validações transculturais apesar de terem os mesmos cinco domínios (garantia, proximidade, informação, conforto e suporte), o valor do  $\alpha$  varia para cada um, sendo que o menor valor verificou-se no domínio proximidade ( $\alpha=0,36$ ), no estudo de Brown *et al.*, 2008, e o mais elevado no domínio garantia ( $\alpha=0,86$ ), no trabalho de Wasser *et al.*, 2004. De salientar ainda que os valores de  $\alpha$  recomendados são de 0,60 e apenas no domínio proximidade este critério não é verificado (0,34 Wasser *et al.*, 2001 e 0,36 Brown *et al.*, 2008). Considerando os valores referidos anteriormente, podemos ainda verificar que é no domínio suporte que os familiares norte americanos se sentem mais satisfeitos (Wasser *et al.*, 2001); e o menor grau de satisfação é sentido no domínio garantia pelos familiares da Arábia Saudita.

Quadro 4 - Características psicométricas da CCFSS decorrentes das validações desenvolvidas nos vários países onde foi aplicada

Autor	País	Ano	Características Psicométricas					
			Coefficiente alfa de <i>Cronbach</i> ( $\alpha$ ) Total	Garantia	Proximidade	Informação	Conforto	Suporte
Wasser <i>et al.</i>	Estados Unidos da América	2001	0,91	0,90	0,34	0,88	0,75	0,91
Wasser <i>et al.</i>	Estados Unidos da América	2004	--	0,86	0,85	0,77	0,75	0,84
Brown <i>et al.</i>	Arábia Saudita	2008	0,88	0,67	0,36	0,80	0,82	0,82
Fuquen	Colômbia	2013	0,83	0,82	0,84	0,80	0,78	0,82

Fonte: Adaptado de Wasser *et al.* (2001); Wasser *et al.* (2004); Brown *et al.* (2008) e Fuquen (2013)

## **2. METODOLOGIA**

A investigação científica é constituída por um conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos, que permitem a obtenção de novos conhecimentos (Fortin, 2009). Por conseguinte, neste capítulo, são descritas as etapas metodológicas deste processo, nomeadamente o desenho do estudo, definição da população e amostra, escolha do método de colheita de dados e análise dos mesmos e, por fim, são abordadas as questões éticas do estudo.

Segundo Fortin (2009) é o investigador que determina os métodos necessários que deve utilizar para obter resposta às questões de investigação. A referida autora menciona ainda que a forma como os conceitos são definidos e medidos terá influência direta na validade dos resultados de investigação e, conseqüentemente, na validade teórica do estudo.

### **2.1 TIPO E DESENHO DO ESTUDO**

O desenho do estudo é definido como o conjunto de decisões metodológicas na realização do estudo de forma a permitir que os objetivos sejam atingidos (Fortin, 2009). A natureza do desenho depende do tipo de objetivos, sendo necessário descrever o modo como se pretende o seu desenvolvimento.

No que se refere ao tipo de estudo de investigação, este baseia-se numa abordagem quantitativa do tipo metodológico, que visa:

“... estabelecer e verificar a fidelidade e validade dos novos instrumentos de medida, permitindo aos investigadores utilizá-los com toda a confiança. As noções de fidelidade e validade aplicam-se igualmente às escalas traduzidas numa outra língua ou utilizadas em populações diferentes daquelas para as quais o instrumento foi concebido. O estudo metodológico difere dos outros métodos de investigação, porque ele não inclui todas as etapas do processo da investigação. O estudo não se interessa nem pelas relações entre a variável independente e a variável dependente, nem pelo efeito da variável independente” Fortin (2009, p. 255).

## 2.2 OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Para Fortin (2009, p. 160), os objetivos do estudo devem “indicar de forma clara e límpida qual o fim que o investigador persegue”. Para uma melhor orientação do processo de investigação elaboram-se os seguintes objetivos:

- ✓ Adaptar culturalmente a CCFSS para a população portuguesa de familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI;
- ✓ Determinar as características psicométricas da CCFSS para a população portuguesa de familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI;
- ✓ Avaliar a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI;
- ✓ Determinar a relação entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e algumas características sociodemográficas e familiares.

Para dar resposta ao último objetivo, elaboraram-se as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI, consoante tiveram ou não contacto anterior com doentes na UCI;

Hipótese 2 – Existe correlação positiva e significativa entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e a sua idade e a idade do doente;

Hipótese 3 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e a frequência das visitas;

Hipótese 4 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e o grau de parentesco/afetividade que estabelecem com o doente.

## 2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo corresponde a um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos (Fortin, 2009). Para o presente estudo de investigação, a população-alvo incidiu sobre os familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI em hospitais portugueses.

De acordo com a mesma autora, a amostragem reflete o processo pelo qual um grupo de pessoas ou parte da população é escolhido de forma representativa. Neste estudo, a amostra considera-se não probabilística, uma vez que foi constituída pelo número de familiares que cumpriram os critérios de inclusão e aceitaram participar livremente na investigação, perfazendo um total de 107 indivíduos. Tratando-se de uma amostra não probabilística, não é dada aos elementos a mesma possibilidade de ser escolhidos para formar a amostra do estudo, por esse motivo só foram elegíveis os indivíduos que cumprissem os seguintes critérios de inclusão/ exclusão:

- ✓ Idade  $\geq$  18 anos;
- ✓ Nacionalidade portuguesa;
- ✓ Saber ler e escrever;
- ✓ Familiares de doentes com período de hospitalização em UCI  $\geq$  24 horas;
- ✓ Ter visitado previamente o doente pelo menos uma vez.

## 2.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O Instrumento de colheita de dados é composto por duas partes: características sociodemográficas e familiares e a CCFSS

- a) Características sociodemográficas e familiares da amostra e clínicos do doente: local de internamento, idade do doente e do familiar, relação e parentesco, dias de internamento, periodicidade das visitas, motivo do internamento, destino após a alta; experiência anterior de ter familiares internados numa UCI; e grau de satisfação com os cuidados que estão a ser prestados ao seu familiar.
- b) CCFSS

A CCFSS é constituída por 20 itens sendo cada um avaliado numa escala de resposta tipo *likert* de 1 a 5 em que 1 significa que o familiar está “muito insatisfeito” e 5 significa que o familiar está “muito satisfeito”.

Para a validação da versão portuguesa da CCFSS seguiram-se os procedimentos usuais para a adaptação cultural e linguística, de instrumentos de medição de resultados em saúde e para a determinação de instrumentos de medição equivalentes, escritos noutra língua diferente da original. Procedeu-se à tradução e retroversão seguindo os passos

recomendados por vários autores, nomeadamente por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2007) e do MAPI *Institute* (2001).

O processo de validação, tradução e adaptação de um instrumento, como a CCFSS, agrupa um conjunto de procedimentos que garantam a validade e fidelidade na cultura para a qual está a ser trabalhada, tendo em conta a equivalência linguística, conceptual e psicométrica.

Assim, e de acordo com as referidas normas, o processo de adaptação cultural organizou-se em cinco etapas consecutivas, que se descreve nos próximos pontos.

#### **2.4.1 Tradução para a língua portuguesa**

Após requerida e obtida a autorização do autor principal e coautores da CCFSS (Apêndice I), procedeu-se à tradução do instrumento por dois tradutores independentes entre si (Apêndice II e III), selecionados de acordo com os seguintes critérios:

- ✓ Tradutores independentes e bilingues, que tenham a Língua Portuguesa como língua materna e possuam competência comprovada na língua original da escala (Beaton *et al.*, 2007);
- ✓ Tradutores com diferentes perfis e conhecimento dos conceitos incluídos no instrumento a traduzir: um deve ter conhecimento dos conceitos clínicos examinados no questionário a traduzir; o outro não deve ter conhecimento nem estar informado acerca dos conceitos a ser quantificados e, preferencialmente, não ter conhecimentos médicos ou clínicos (Beaton *et al.*, 2007).

#### **2.4.2 Versão de consenso/síntese**

Beaton *et al.* (2007) afirmam que para se obter uma versão síntese de um instrumento é necessário consenso entre todos os intervenientes. Assim, as duas versões obtidas a partir da tradução do documento original foram posteriormente analisadas e sintetizadas por três elementos independentes dos dois tradutores, obtendo-se assim uma primeira versão de reconciliação do instrumento. A partir das duas traduções produziu-se uma tradução comum, com um relatório escrito que documenta o processo de síntese e de tomada de decisão (Apêndice IV).

### **2.4.3 Retroversão**

Foi efetuada a retroversão da primeira versão de reconciliação do instrumento com recurso a dois retradutores bilingues, independentes dos tradutores e cegos relativamente ao processo de tradução (Beaton *et al.*, 2007). O pedido de colaboração de retroversão encontra-se disponível no Apêndice V.

De forma idêntica ao processo de tradução, foram obtidas duas versões (Apêndice VI) que, após discussão e reconciliação por três elementos independentes dos retradutores, deram origem à segunda versão síntese do instrumento (Apêndice VII) que posteriormente foi submetida aos juízes do comité de peritos.

### **2.4.4 Validação por Comité de Peritos**

O papel do comité de peritos foi o de consolidar todas as versões da escala e desenvolver a versão portuguesa da CCFSS para posterior utilização no estudo piloto com profissionais de saúde e familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI. Deste modo, este comité foi responsável pela revisão das traduções realizadas, e pela sua avaliação quanto à equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial, de forma a obter uma versão de consenso.

O comité de peritos incluiu quatro profissionais de áreas diferentes (1 perito na área linguística, 1 na área de investigação/metodologia e 2 na área da enfermagem) e os tradutores envolvidos no processo de tradução e retroversão (Beaton *et al.*, 2007).

O processo de auditoria foi efetuado por um dos participantes no Comité de peritos (perito em metodologia), em conjunto com os autores do processo de adaptação transcultural. Neste processo procedeu-se à revisão de todos os procedimentos metodológicos efetuados, da forma como a sua realização minimizou o risco de viés na adaptação do instrumento a uma nova língua e cultura, e garantiu a validade de conteúdo do instrumento, de forma a obter a equivalência entre a fonte original e a nova versão (Aronson, 1994).

Atingido o consenso entre os elementos do comité, procede-se à criação da versão pré-final do instrumento (Beaton *et al.*, 2007). Obtida a versão preliminar de retroversão,

solicitou-se parecer aos autores da escala (Apêndice VIII) para validação semântica de cada item (análise dos desvios e ajuste do instrumento pelo investigador).

Após esta revisão e avaliação obteve-se a versão pré-final da versão portuguesa da CCFSS (Apêndice IX).

#### **2.4.5 Estudo Piloto do instrumento**

A realização do estudo piloto teve como objetivos determinar a clareza da redação do questionário, sem tendenciosidade; avaliar se solicitava o tipo de informação pretendida; e validar se a apresentação permitia um correto preenchimento. Pretendeu-se igualmente identificar as hipotéticas falhas do questionário, bem como o tempo médio de preenchimento do mesmo.

O pré-teste foi realizado a um grupo de cinco familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI em hospitais portugueses, tendo sido solicitado a cada inquirido que registasse as alterações que considerasse necessárias, sempre sem desvendar o conteúdo original da escala.

Os resultados obtidos depois da aplicação do pré-teste permitiram manter o instrumento de colheita de dados conforme inicialmente elaborado.

No final desta escala os autores colocaram ainda duas questões: “*o que gostaria que soubéssemos de modo a melhorar o cuidado dos nossos doentes e das suas famílias?*”, e «*por favor, sinta-se à vontade para referir um ou mais profissionais que cuidam do seu familiar que sente que é digno de “reconhecimento especial”*».

### **2.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS**

A validação transcultural do instrumento de medida levanta questões morais e éticas, tal como qualquer investigação efetuada junto de seres humanos, salienta Fortin (2009). Estas questões podem estar relacionadas não só com o tipo de estudo, mas também com o método de colheita de dados e de divulgação dos resultados.

Pelo exposto, a presente dissertação satisfaz os procedimentos formais e éticos necessários, nomeadamente aprovação pelas Comissões de Ética dos Hospitais dos seguintes Hospitais Centro Hospitalar de Leiria (Anexo II), da Unidade Local de Saúde

de Castelo Branco E.P.E (Anexo III), do Hospital Vila Franca de Xira (Anexo IV) e do Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E. (Anexo V). Após a autorização das instituições e antes do início à colheita de dados, foram contactados os enfermeiros responsáveis de cada serviço e, com cada um, negociado o momento propício de colheita de dados, consoante as características e disponibilidade de cada local.

Com o intuito de garantir os direitos determinados pela Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2014) e pelo código de ética, o direito à autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade, proteção contra o desconforto e o prejuízo e, o direito a um tratamento justo e leal, toda a documentação recolhida foi codificada para posterior análise e divulgação de forma segura.

Todos os sujeitos elegíveis foram convidados pela investigadora e pelos colaboradores a participar no estudo. De forma a sistematizar a atuação dos colaboradores (enfermeiros das UCI dos hospitais referidos anteriormente) foi elaborado um Guia de Apoio ao Preenchimento da CCFSS (Apêndice X) que incluía um breve enquadramento do estudo e da metodologia adotada.

Durante o processo de aplicação do instrumento de colheita de dados, procurei, numa linguagem acessível apresentar uma breve explicação sobre em que consistia a participação de cada familiar, o questionário e a correta forma do seu preenchimento, com o objetivo de obter um consentimento livre e esclarecido. Deste modo, aos familiares que aceitaram participar no projeto foi solicitada a assinatura do consentimento informado e esclarecido (Apêndice XI).

A aplicação do instrumento de colheita de dados realizou-se entre janeiro e julho de 2016. Inicialmente foi estipulado o prazo de três meses para a recolha de dados, porém, o *timing* disponibilizado para este efeito não foi suficiente para obter uma amostra significativa pelo que o prazo foi prolongado.

De salientar ainda que alguns dos dados foram colhidos *online* através da plataforma Formulários do, *Google* sendo divulgado o *link* de acesso por intermédio das redes sociais.

## 2.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Recolhidos os dados, segue-se o tratamento da informação obtida através de procedimentos estatísticos onde se resume, organiza, interpreta e retira conclusões. Segundo Fortin (2009, p. 57), “após a colheita de dados é necessário organizá-los tendo em vista a sua análise. Recorre-se a técnicas estatísticas para descrever a amostra, bem como as diferentes variáveis”.

O programa de análise estatística de dados utilizado foi o *Statistical Packatage for Social Sciences*, versão 22.

Com o intuito de sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão e coeficiente de variação).

Para o estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos estudados foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de *Pearson* de cada item com o total (excluindo o respetivo item) e o Alfa de *Cronbach* utilizado como medida de fidelidade interna dos instrumentos.

A validade de construto foi efetivada, tal como na escala original, através da análise fatorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método de *Varimax*.

Para o tratamento das hipóteses recorreu-se à estatística inferencial não paramétrica em virtude da amostra não apresentar distribuição normal, determinada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, e em alguns grupos o  $N < 30$  pelo que não foi possível recorrer ao teorema do limite central. Os testes utilizados foram o *Kruskal-wallis*, U de *Mann Whitney* e correlação de *Spearman*.

Em virtude dos participantes terem escrito pouco as duas questões de resposta aberta foram tratadas recorrendo a análise do conteúdo agrupando-se as mesmas por áreas.

Para uma melhor interpretação e análise dos dados, recorreu-se ao uso de quadros e gráficos, que constituirão um suporte importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

### 3. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os dados referentes ao estudo, tendo presentes os objetivos definidos anteriormente.

#### 3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FAMILIARES DA AMOSTRA E CLÍNICOS DO DOENTE

A amostra deste estudo é constituída por 107 familiares de doentes críticos hospitalizados numa das 18 UCI portuguesas mencionadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição das respostas quanto ao local de internamento do doente (N=107)

	Variável	N	%
<b>Local de internamento</b>	Hospital de Santo André	20	18,7
	Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	2	1,9
	CUF Descobertas Hospital	2	1,9
	Hospital Amato Lusitano	44	41,1
	Hospital da Luz	1	0,9
	Hospital de Santa Maria	1	0,9
	Hospital de Santa Marta	2	1,9
	Hospital de São Francisco Xavier	1	0,9
	Hospital de São José	1	0,9
	Hospital de Vila Franca de Xira	14	13,1
	Hospital Distrital de Santarém	2	1,9
	Hospital Dr. Manoel Constâncio	2	1,9
	Hospital dos Covões	2	1,9
	Hospital Dr. Nélio Mendonça	1	0,9
	Hospital Eduardo Santos Silva	1	0,9
	Hospital Santo António dos Capuchos	1	0,9
	Hospital Pêro da Covilhã	4	3,7
Hospitais da Universidade de Coimbra	6	5,6	
<b>Total</b>		18	

Pela análise do Quadro 6 pode constatar-se que a média de idades dos inquiridos é de 39,0  $\pm$  16,0 anos. No que concerne aos doentes hospitalizados, verifica-se uma média de idades de 64,2  $\pm$  19,1 anos.

Quadro 6 - Caracterização da amostra relativamente à idade do doente e do familiar

Variável	N	Média	DP	Mínimo (Mín.)	Máximo (Máx.)
Idade do familiar	107	39,0	16,0	19	86
Idade do doente	106	64,2	19,1	16	101

Relativamente à relação afetiva/familiar pode verificar-se no Quadro 7, que 35 (32,7%) dos familiares correspondem a indivíduos cuja relação não se encontrava previamente parametrizada no questionário (outra); o segundo grupo que mais visitou os familiares internados são os filhos, 39 (36,4%), dos quais 21 (19,6%) correspondem ao sexo feminino e 18 (16,8%) ao sexo masculino.

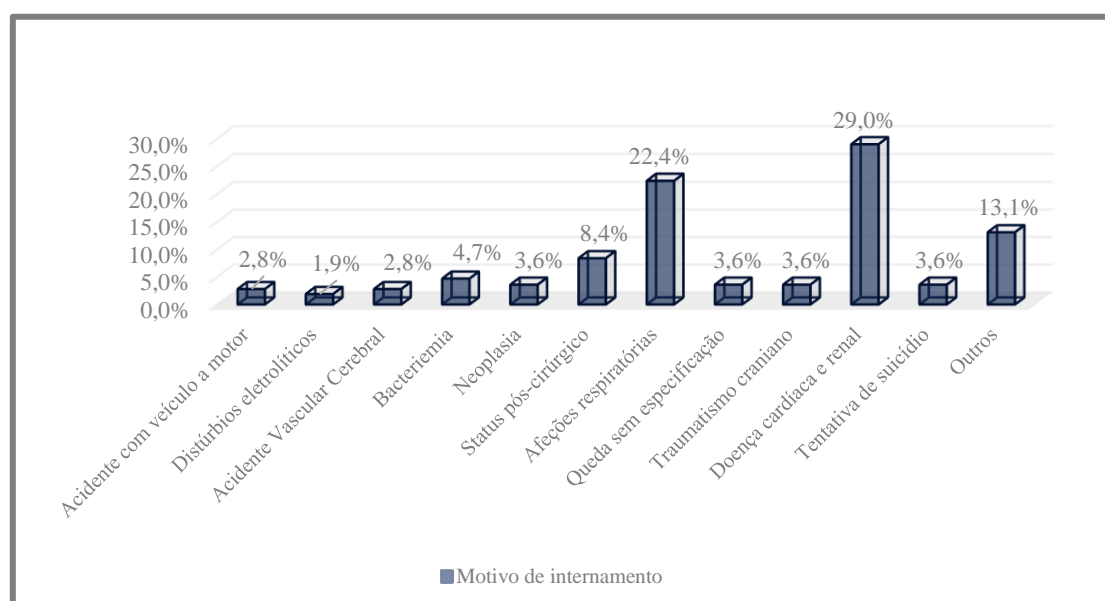
Quadro 7 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à relação que o inquirido estabelece com o doente hospitalizado (N=107)

Variável		N	%	
Relação	Amigo/a	1	0,9	
	Filha	21	19,6	
	Filho	18	16,8	
	Irmã	2	1,9	
	Irmão	2	1,9	
	Mãe	4	3,7	
	Pai	3	2,8	
	Marido	5	4,7	
	Mulher	12	11,2	
	Parceiro/a	3	2,8	
	Tio	1	0,9	
	Tia	0	0,0	
	Outra 35 (32,7%)	Cuidador principal	1	0,9
		Neta	1	0,9
Nora		1	0,9	
Sem resposta		32	29,9	

Quanto ao número de dias de internamento, verificou-se uma média de  $13,3 \pm 38,1$ , sendo o mín. de 1 dia e o máx. de 365.

De salientar igualmente a variável motivo de internamento, da qual se destaca a doença cardíaca e renal hipertensiva, 31 (29,0%), seguida das afeções respiratórias, 24 (22,4%), tal como se pode verificar no Gráfico 1. De forma a facilitar a consulta dos dados obtidos, as respostas foram agrupadas de acordo com a *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*.

Gráfico 1 - Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao motivo de internamento do doente na UCI (N=107)



Através da análise dos resultados apresentados no Quadro 8, pode comprovar-se que 47 (44,3%) dos inquiridos visitam o seu familiar uma vez por dia.

Quadro 8 - Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à periodicidade das visitas (N=106)

Variável		N	%	
Periodicidade das visitas	Duas vezes por dia	37	35,0	
	Uma vez por dia	47	44,3	
	Dia sim dia não	12	11,3	
	Outra 10 (9,4)	Acompanhante permanente	2	1,9
		Todos os dias	2	1,9
		Duas vezes no total	1	0,9
		Mais de duas vezes por dia	2	1,9
		Uma vez por semana	3	2,8

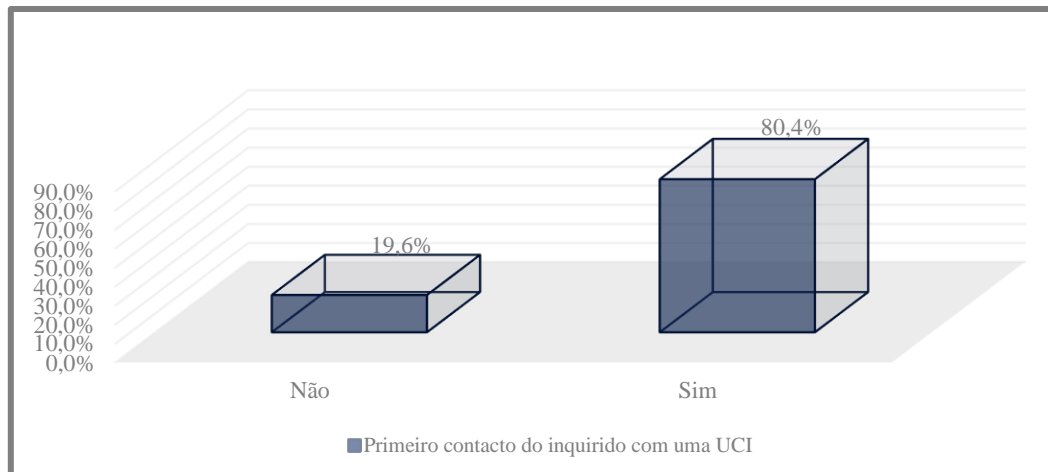
À data de término de aplicação dos questionários (julho de 2016), e dos doentes que já tinham tido alta (35) conclui-se que decorreram, em média, 1048 dias  $\pm$  1042 desde o momento da alta dos doentes. O destino após a alta, tal como exposto no Quadro 9, revela que 18 (51,6%) doentes foram transferidos para outros serviços de internamento e 13 (37,1%) tiveram alta para domicílio/ Estrutura Residencial para Idosos.

Quadro 9 - Distribuição das respostas dos inquiridos relativamente ao destino após alta dos seus familiares (N=35)

Variável		N	%	
Destino após alta	Domicílio	13	37,1	
	Estrutura Residencial para Idosos	4	11,4	
	Outros serviços de internamento 18 (51,6)	Serviço de Cardiologia	3	8,6
		Serviço de Cirurgia	3	8,6
		Serviço de Medicina	5	14,3
		Serviço de Urologia	1	2,9
		Serviço de Neurocirurgia	2	5,7
		Unidade de Cuidados Intermédios	1	2,9
		Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos	1	2,9
		Outros	2	5,7

Relativamente ao primeiro contacto dos inquiridos com uma UCI, Gráfico 2, 86 (80,4%) responderam tratar-se da primeira experiência nesta valência de cuidados.

Gráfico 2 - Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao primeiro contacto com uma UCI (N=107)



No que concerne ao grau de satisfação com os cuidados prestados face ao internamento atual, procedeu-se à avaliação com recurso a uma escala numérica inteira entre os valores 0 (totalmente insatisfeito) e 10 (totalmente satisfeito). Os inquiridos consideram-se muito satisfeitos com uma média de  $8,3 \pm 1,8$  valores.

## 3.2 CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA CCFSS

Um processo de adaptação adequado consiste num procedimento muito semelhante ao de construção, como afirma Bradley (1994) citado por Ribeiro (2008, p. 106) “uma nova tradução necessita ser submetida aos mesmos procedimentos psicométricos que é suposto a versão original ter sofrido”.

A equivalência psicométrica corresponde à validação propriamente dita do instrumento, refere-se ao grau ou extensão em que as propriedades psicométricas das versões do mesmo instrumento são semelhantes. De acordo com Fortin (2009), para se avaliar as características psicométricas de qualquer instrumento de medida, neste caso, da CCFSS, é necessário efetuar estudos de fidelidade e validade e precisar o valor dos respetivos coeficientes de correlação que, no seu conjunto, indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar.

Polit e Beck (2011) acrescentam ainda que, a fidelidade e a validade de um instrumento não são completamente independentes. Por exemplo, um instrumento que não é fiável, possivelmente não é válido. No entanto, o instrumento pode ser fiável sem ser válido, o que justifica a necessidade do estudo de ambas, fidelidade e validade, para a demonstração das características psicométricas de um instrumento.

### 3.2.1 Fidelidade do instrumento

O estudo da fidelidade da CCFSS foi realizado através da determinação do Alfa de *Cronbach*, quer para a globalidade dos itens da dimensão como para o conjunto de cada dimensão após exclusão individual dos vários itens. A determinação do coeficiente  $\alpha$  de todos os itens é uma medida da consistência global, tanto melhor quanto mais elevado o valor obtido. Segundo Hill e Hill (2008) e Ribeiro (2008), uma boa consistência interna deve exceder um  $\alpha$  de 0,80, mas são aceitáveis valores superiores a 0,60 quando as escalas têm um número muito baixo de itens.

Pela análise do Quadro 10 constata-se que este pressuposto é verificado, sendo os valores de  $\alpha=0,964$  para o total da escala, e valores de  $\alpha$  entre 0,961 e 0,964 para os itens da escala. Verifica-se ainda que, na maioria dos casos o  $\alpha$  desce quando os itens são excluídos, o que significa que quando estão presentes melhoram a uniformidade da escala.

Por outro lado, o estudo da homogeneidade da escala foi aferido através do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*) que varia numa escala de 0,00 (ausência de correlação) para 1,00 (correlação perfeita). Assim, e ainda pela análise do mesmo quadro, verifica-se que os valores do coeficiente de correlação de *Pearson* de cada item com o total da escala, oscilam entre 0,633 e 0,853. De salientar que na correlação do item com o total o valor encontrado reporta-se à correlação do item com a soma dos restantes itens, ou seja, ele próprio foi excluído da soma da escala. Todos os itens apresentam correlações superiores a 0,20 referido por vários autores nomeadamente, Almeida e Freire (2008), como o desejado.

Quadro 10 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de *Cronbach*) (N=107)

Item	Média	DP	r	$\alpha$ (excluindo o item)
1. Sinceridade dos membros da equipa em relação à condição/ estado de saúde do meu familiar	4,4	0,803	0,794	0,962
2. Disponibilidade do(s) médico(s) para falar comigo regularmente	4,07	1,043	0,647	0,964
3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos exames e raio X	3,99	0,916	0,764	0,962
4. Tranquilidade por conhecer o(s) enfermeiro(s) do meu familiar	4,36	0,851	0,675	0,963
5. Possibilidade de participar nos cuidados prestados ao meu familiar	3,96	0,971	0,633	0,964
6. Explicação clara dos exames, procedimentos e tratamentos	4,11	1,058	0,817	0,961
7. Rapidez dos elementos da equipa na resposta a alarmes e pedidos de assistência	4,20	1,004	0,765	0,962
8. Limpeza e aspeto da sala de espera	4,43	0,814	0,719	0,963
9. Apoio e encorajamento recebido durante o internamento do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos	4,32	0,886	0,812	0,961
10. Respostas claras às minhas dúvidas	4,18	0,998	0,794	0,962
11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar	4,49	0,781	0,763	0,962
12. Participação regular nas decisões que dizem respeito aos cuidados prestados ao meu familiar	3,95	1,004	0,699	0,963
13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre os cuidados prestados ao meu familiar	4,29	0,890	0,853	0,961
14. Compreensão do(s) médico(s) face às necessidades do meu familiar	4,16	0,902	0,816	0,961
15. Privacidade durante o período de visitas	4,18	0,909	0,718	0,963

Quadro 10 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) (N=107) (cont.)

Item	Média	DP	r	$\alpha$ (excluindo o item)
16. Preparação para a transferência do meu familiar da Unidade de Cuidados Intensivos	3,96	0,971	0,740	0,962
17. Tranquilidade da sala de espera	4,04	0,910	0,745	0,962
18. Flexibilidade dos horários de visita	3,91	1,051	0,638	0,964
19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos	4,17	0,863	0,708	0,963
20. Participação nas discussões/decisões sobre a recuperação do meu familiar	3,91	0,976	0,836	0,961
$\alpha$ Total			0,964	

### 3.2.2 Validade do instrumento

A validade de construto da CCFSS foi verificada através da análise fatorial. Segundo Nunnaly e Bernstein (1993) citadas por Fortin (2009, p. 358), “a análise fatorial é um método que permite reter agrupamentos de conceitos fortemente ligados entre si, chamados fatores; ela revela-se particularmente útil para determinar se os enunciados de uma escala de medida se reagrupam em torno de um só fator”.

No sentido de se maximizar a saturação dos itens, procedeu-se à rotação ortogonal pelo método de *Varimax*.

Por outro lado, com o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* e esfericidade de *Bartlett*, procurou medir-se a adequação ao modelo fatorial. Para Pestana e Gageiro (2014) são dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise fatorial. Os autores citados anteriormente apresentam a seguinte relação entre a análise fatorial e os valores de *Kaiser-Meyer-Olkin*: 1,0-0,9 –Muito boa; 0,8 - 0,9- Boa; 0,7 - 0,8- Média; 0,6 - 0,7- Razoável; 0,5 - 0,6- Má; < 0,5 – Inaceitável.

Em relação à CCFSS, o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* revelou um valor igual a 0,922, o que indica que há uma correlação muito boa entre as suas variáveis.

Considerando estes critérios, os resultados decorrentes da sua análise revelam que os vinte itens da escala são passíveis de organização em três fatores. No Quadro 11 está representado o teste de esfericidade de *Bartlett* com um valor de  $P < 0,001$ , o que

representa que a opção desta análise fatorial é adequada. De salientar que para se obter uma estrutura fatorial harmoniosa e fiável utilizaram-se, ainda para a eliminação dos itens, os seguintes critérios: saturação  $\leq 0,3$ ; correlação simultânea com dois fatores, sendo que a distância entre ambos os valores não dista mais do que 0,1.

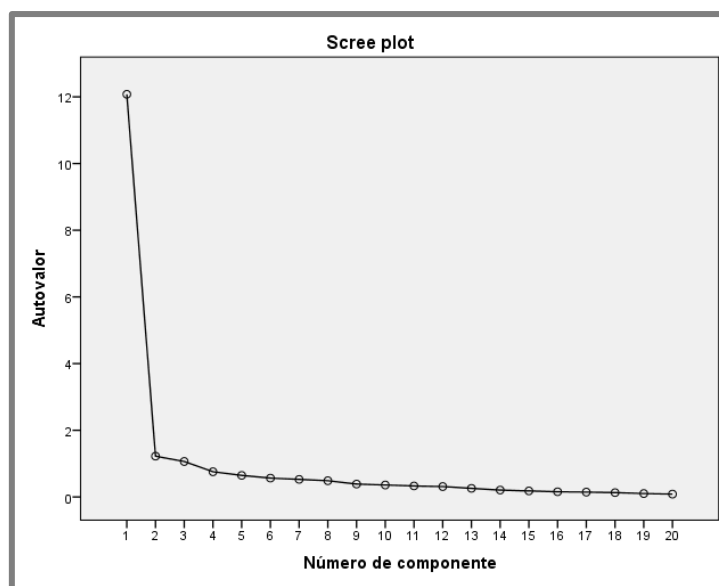
Quadro 11 - Análise fatorial da CCFSS pelo método de condensação em componentes principais (N=107)

Item	f1	f2	f3	Comunalidades (H <sup>2</sup> )
1. Sinceridade dos membros da equipa em relação à condição/ estado de saúde do meu familiar	0,707			0,742
2. Disponibilidade do(s) médico(s) para falar comigo regularmente	0,793			0,902
3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos exames e raio X	0,596			0,669
4. Tranquilidade por conhecer o(s) enfermeiro(s) do meu familiar	0,609			0,792
6. Explicação clara dos exames, procedimentos e tratamentos	0,671			0,755
7. Rapidez dos elementos da equipa na resposta a alarmes e pedidos de assistência	0,563			0,810
9. Apoio e encorajamento recebido durante o internamento do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos	0,692			0,787
10. Respostas claras às minhas dúvidas	0,771			0,766
11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar	0,577			0,796
13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre os cuidados prestados ao meu familiar	0,702			0,821
14. Compreensão do(s) médico(s) face às necessidades do meu familiar	0,703			0,775
8. Limpeza e aspeto da sala de espera		0,603		0,752
15. Privacidade durante o período de visitas		0,480		0,643
17. Tranquilidade da sala de espera		0,771		0,787
18. Flexibilidade dos horários de visita		0,726		0,897
19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos		0,809		0,840
5. Possibilidade de participar nos cuidados prestados ao meu familiar			0,860	0,825
12. Participação regular nas decisões que dizem respeito aos cuidados prestados ao meu familiar			0,779	0,762
16. Preparação para a transferência do meu familiar da Unidade de Cuidados Intensivos			0,752	0,830
20. Participação nas discussões/decisões sobre a recuperação do meu familiar			0,604	0,816

<b>Variância explicada por fator</b>	30,394	22,387	19,044	
<b>Total de variância explicada</b>	71,825			
<b>Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin</b>	0,922			
<b>Teste de esfericidade de Bartlett</b>	1904,702		p < 0,000	

Esta opção pelos três fatores pode comprovar-se similarmente pela observação do *Screen Plot* (Gráfico 3), onde se verifica que a inclinação é acentuada apenas nos três primeiros componentes, sendo que a partir desta a linha torna-se mais paralela em relação ao eixo das abcissas. A curva (*screen plot*) relaciona o número de ordem de cada eixo com o valor próprio que lhe está associado. Se essa curva evidenciar uma estabilização dos valores próprios, deve reter-se apenas os eixos com números e ordem superiores aqueles que inicia a estabilização. Tal como refere Ribeiro (2008, p. 132) “[...]consiste em observar a variância explicada pela solução fatorial na abscissa gráfica: onde se verifica uma inclinação acentuada (cotovelo) será o limite para o número de fatores”.

Gráfico 3 - Gráfico de *Catell*



Os três fatores explicam 71,8% da variância total. Decorrente da revisão bibliográfica efetuada para elaboração do presente estudo, opta-se por designar os fatores da seguinte forma: fator 1 - qualidade do cuidado, fator 2 - dinâmica e estrutura do serviço e fator 3 - relação com os profissionais.

Após determinação dos itens que fazem parte de cada fator determinamos o  $\alpha$  de cada fator.

Ao analisarmos os dados apresentados no Quadro 12 verificamos que os valores de Alpha de *Cronbach* de cada dimensão são bons oscilando entre  $\alpha=0,88$  (fator 2 – dinâmica e estrutura do serviço) e  $\alpha=0,95$  (fator 1 – qualidade do cuidado).

Quadro 12 - Coeficiente de consistência interna de cada um dos fatores

	$\alpha$
<b>Fator 1 - Qualidade do cuidado</b>	0,951
<b>Fator 2 - Dinâmica e estrutura do serviço</b>	0,878
<b>Fator 3 - Relação com os profissionais</b>	0,901

O quadro seguinte apresenta a validade discriminante dos itens onde poderemos verificar que os itens de cada um dos fatores correlacionam-se de uma forma bastante alta com a sua própria escala (o que indica uma estrutura bem definida) e moderadamente com aquelas que têm alguma relação teórica entre si. Apresentam por isso boa validade convergente e discriminante. Nenhum item se correlaciona mais com os outros fatores do que com a sua própria dimensão.

Quadro 13 - Correlação de *Pearson* do total dos fatores com os itens a que pertencem e com o total dos fatores a que não pertencem

	f1	f2	f3
1. Sinceridade dos membros da equipa em relação à condição/ estado de saúde do meu familiar	,847**	,672**	,621**
2. Disponibilidade do(s) médico(s) para falar comigo regularmente	,744**	,493**	,537**
3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos exames e raio X	,798**	,640**	,672**
4. Tranquilidade por conhecer o(s) enfermeiro(s) do meu familiar	,750**	,562**	,526**
6. Explicação clara dos exames, procedimentos e tratamentos	,861**	,692**	,674**
7. Rapidez dos elementos da equipa na resposta a alarmes e pedidos de assistência	,814**	,685**	,599**
9. Apoio e encorajamento recebido durante o internamento do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos	,848**	,676**	,690**
10. Respostas claras às minhas dúvidas	,864**	,650**	,626**
11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar	,798**	,727**	,558**
13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre os cuidados prestados ao meu familiar	,880**	,758**	,679**
14. Compreensão do(s) médico(s) face às necessidades do meu familiar	,851**	,703**	,673**
8. Limpeza e aspeto da sala de espera	,695**	,795**	,568**
17. Tranquilidade da sala de espera	,685**	,858**	,637**
18. Flexibilidade dos horários de visita	,581**	,816**	,547**
15. Privacidade durante o período de visitas	,671**	,780**	,654**
19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos	,672**	,867**	,510**
5. Possibilidade de participar nos cuidados prestados ao meu familiar	,573**	,519**	,861**
12. Participação regular nas decisões que dizem respeito aos cuidados prestados ao meu familiar	,632**	,592**	,892**

Quadro 13 - Correlação de *Pearson* do total dos fatores com os itens a que pertencem e com o total dos fatores a que não pertencem (*cont.*)

	f1	f2	f3
16. Preparação para a transferência do meu familiar da Unidade de Cuidados Intensivos	,666**	,659**	,886**
20. Participação nas discussões/decisões sobre a recuperação do meu familiar	,792**	,721**	,875**
** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)			

Seguindo os passos recomendados por vários autores (Almeida e Freire, 2008; Ribeiro, 2008) para a validação transcultural de instrumentos de medida determina-se em seguida a validade convergente, ou seja é uma estimativa da validade que indica que há concordância entre pelo menos duas medidas de constructos teoricamente semelhantes, sendo obtida através do coeficiente de correlação. Assim, no Quadro 14 expõe-se o valor da correlação de *Pearson* entre o total da escala e o grau de satisfação com os cuidados que estão atualmente a ser prestados ao doente. Constata-se que existe uma correlação positiva moderada e muito significativa ( $p < 0,01$ ). Em virtude desta correlação ser positiva, pode inferir-se que quanto maior o valor atribuído (escala numérica inteira entre 0 e 10) melhor a satisfação da família avaliada através da escala em estudo.

Quadro 14 - Correlação de *Pearson* entre o total da satisfação e o índice de satisfação (N=107)

10. De 0 a 10 indique o seu grau de satisfação com os cuidados que estão atualmente a ser prestados ao seu familiar	r	p
	0,688**	0,000

### 3.3 SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES

Com o objetivo de comparar as várias dimensões da satisfação dos familiares elabora-se o quadro seguinte. Considerando a escala numérica de 1 a 5, referida anteriormente, em que 1 significa que o familiar está “muito insatisfeito” e 5 significa que o familiar está “muito satisfeito”, e utilizando o *score* medio, constata-se que os familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI em hospitais portugueses estão satisfeitos no que diz respeito ao fator qualidade do cuidado (f1 -  $4,2 \pm 0,8$ ), igualmente satisfeitos no fator dinâmica e estrutura do serviço (f2 -  $4,1 \pm 0,7$ ) e na relação com os profissionais (f3 -  $3,9 \pm 0,9$ ).

Efetuada agora uma análise do total da satisfação, e se tivermos presente a mediana da escala (60), verifica-se que em média  $83,1\% \pm 14,4$  os familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI estão satisfeitos com os cuidados prestados (Quadro 15)

Quadro 15 – Caracterização da amostra quanto à satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI em hospitais portugueses (N=107)

	N	Mín.	Máx.	Média	DP
<b>f1- Qualidade do cuidado</b>	107	16,0	55,0	46,6	8,3
<b>f2- Dinâmica e estrutura do serviço</b>	107	6,0	25,0	20,7	3,7
<b>f3- Relação com os profissionais</b>	107	7,0	20,0	15,8	3,4
<b>Total</b>	107	29,0	100,0	83,1	14,4
<b>Score f1- Qualidade do cuidado</b>	107	1,5	5,0	4,2	0,8
<b>Score f2- dinâmica e estrutura do serviço</b>	107	1,2	5,0	4,1	0,7
<b>Score f3- Relação com os profissionais</b>	107	1,8	5,0	3,9	0,9

No que diz respeito aos resultados das questões de resposta aberta, apenas 19 dos 107 inquiridos responderam à questão “*o que gostaria que soubéssemos de modo a melhorar o cuidado dos nossos doentes e das suas famílias*”, sendo que apenas foram consideradas válidas 16 respostas. Com o intuito de facilitar a análise dos resultados, o Quadro 16, ostenta a distribuição das respostas dos inquiridos agrupadas em seis áreas: relação com os profissionais, sentimentos vivenciados pela família, planeamento da alta, horário de visitas/acompanhamento das famílias, qualidade dos cuidados prestados e gestão do meio e dos recursos.

Quadro 16 – Distribuição das respostas dos inquiridos relativamente a sugestões de melhoria (N=16)

Áreas de resposta	Respostas
<b>Relação com os profissionais</b>	<i>“Os profissionais esmeram-se em fazer o melhor que sabem e que são capazes”.</i>
	<i>“Continuar com o nível de trabalho e de cuidados que nos foi apresentado”.</i>
	<i>“Mais simpatia da parte da enfermagem”.</i>
	<i>“O médico raramente aparece quando os familiares estão e não dedica tempo junto do doente”.</i>
	<i>“As pessoas que estão a trabalhar, já que lá estão que pelo menos desempenhem o seu papel sem falarem para as pessoas como se lhes devêssemos alguma coisa”.</i>
<b>Sentimentos vivenciados pela família</b>	<i>“Dizendo constantemente que o quadro clínico é estável faz-me sentir frustrado, cansado por ouvir sempre o mesmo”.</i>
	<i>“A satisfação, alegria, contentamento de o ver em cada dia melhor”.</i>
	<i>“Não conheci o meu familiar, dado o estado crítico em que se encontrava”.</i>
	<i>“Dia da alta o sentimento não se descreve (...) é grande em demasia e recompensante é uma alegria do tamanho do mundo”.</i>
	<i>“Falta de notícias cria grande ansiedade na família”.</i>

Quadro 16 - Distribuição das respostas dos inquiridos relativamente a sugestões de melhoria (N=16)  
(cont.)

Áreas de resposta	Respostas
<b>Planeamento da alta</b>	<i>“Que ponderassem bem a saída do doente da unidade para outra”.</i>
	<i>“Mais unidades de apoio em cuidados paliativos disponíveis para receber pacientes”.</i>
	<i>“As famílias com todos os membros no ativo não reúnem as condições de acolhimento necessárias nem em termos de espaços físicos, nem em termos de conhecimentos”.</i>
	<i>“Avisarem com antecipação que já passou para outro piso”.</i>
	<i>“Maior preocupação com o estado do paciente bem como o seu futuro a partir do momento em que lhe é concedida alta”.</i>
	<i>“O essencial será a criação de benefícios e ajudas para as situações em que o paciente necessita de cuidados 24h/dia”.</i>
<b>Horário de visitas/ Acompanhamento das famílias</b>	<i>“O horário das visitas de um doente internado nos cuidados intensivos poderia ser alargado”</i>
	<i>“Mais cuidados e rapidez para passar para a sala de visitas”.</i>
	<i>“Mais acompanhamento dos familiares com o doente”.</i>
	<i>“Atendimento telefónico do exterior no período pós normal de atendimento (das 20 às 24) para o familiar estar informado”.</i>
	<i>“Informarem do estado do paciente a longo prazo”.</i>
<b>Qualidade dos cuidados prestados</b>	<i>“Os serviços prestados pela UCIP é de muita qualidade”.</i>
	<i>“Os cuidados, o carinho, a vigilância e preocupação foram valores verificados e testados pela paciente”.</i>
	<i>«Quando questionada sobre a forma de tratamento, referiu “muito bem, tratam-me como numa família”».</i>
	<i>“Os profissionais da unidade fazem uma equipa maravilhosa”.</i>
	<i>“Estou reconhecida a todos pelo trabalho e excelente desempenho”.</i>
<b>Gestão do meio e dos recursos</b>	<i>“A única situação que incomodou a paciente foram as luzes e os sinais/apitos emitidos pelas máquinas”.</i>
	<i>“Elevado número de doentes internados na UCI”.</i>
	<i>“Mais enfermeiros (o triplo) e mais médicos (o triplo)”.</i>
	<i>“As pessoas (profissionais) estão esgotadas e sobrecarregadas”.</i>

Quanto à questão «por favor, sinta-se à vontade para referir um ou mais profissionais que cuidam do seu familiar que sente que é digno de “reconhecimento especial”», obtiveram-se 29 respostas. De forma a facilitar a análise dos resultados, a distribuição das respostas dos inquiridos foi agrupada por grupos profissionais, sendo que os grupos profissionais com maior referência a “reconhecimento especial” foram os enfermeiros (38,5%) e os médicos (36,5%), 15,4% das respostas evidenciam importância atribuída à equipa multidisciplinar e 9,6% aos auxiliares de ação médica

### 3.4 RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES DE DOENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EM UCI E ALGUMAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FAMILIARES

Neste subcapítulo pretende-se dar resposta às hipóteses previamente definidas para o presente estudo.

Hipótese 1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI, consoante tiveram ou não contacto anterior com doentes na UCI.

Nos resultados da aplicação do teste de *Mann Whitney* (Quadro 17) aos fatores 1 e 3 da CCFSS, bem como para o *score* total da escala, verifica-se que os familiares que já tiveram anteriormente um familiar hospitalizado em UCI apresentam-se em média mais satisfeitos com os cuidados prestados, tendo estas diferenças significado estatístico não só na totalidade ( $p=0,034$ ) mas igualmente em duas dimensões (f1  $p=0,045$ ; f3  $p=0,023$ ).

Quadro 17 - Resultados da aplicação do teste U de *Mann Whitney* entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI, consoante tiveram ou não contacto anterior com doentes na UCI (Sim  $n=86$  e Não  $n=21$ )

	<b>Internamento anterior em UCI</b>	<b>N</b>	<b>Postos de média</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>DP</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
f1	Sim	86	56,95	47,2	50,0	8,1	649,000	,045
	Não	21	41,90	44,0	44,0	8,7		
f2	Sim	86	56,84	21,0	21,0	3,6	659,000	,054
	Não	21	42,38	19,2	20,0	3,9		
f3	Sim	86	57,35	16,1	16,0	3,4	615,000	,023
	Não	21	40,29	14,3	14,0	3,2		
Total	Sim	86	57,13	84,4	88,0	13,9	633,500	,034
	Não	21	41,17	77,6	80,0	15,0		

Hipótese 2 – Existe correlação positiva e significativa entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI em hospitais portugueses e a sua idade e a idade do doente.

Da aplicação da correlação de *Spearman* entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e a idade do inquirido, verifica-se que de acordo com os resultados no quadro 18, a satisfação está correlacionada de forma positiva e significativa

com a idade do inquirido ( $p < 0,04$ ), os mais velhos estão mais satisfeitos. Contudo, no que diz respeito à idade do doente, não existe correlação com significado estatístico ( $p > 0,05$ ).

Quadro 18 - Resultados da aplicação da correlação de *Spearman* entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e a idade do inquirido e idade do doente (N=107)

	Idade do inquirido		Idade do doente	
	rs	p	rs	p
<b>f1</b>	,412**	,000	,031	,750
<b>f2</b>	,416**	,000	-,045	,649
<b>f3</b>	,279**	,004	-,009	,927
<b>Total</b>	,401**	,000	,001	,993
** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)				

Hipótese 3 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e a frequência das visitas.

Pela análise dos dados apresentados no quadro seguinte, observa-se que a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI não está relacionada com a frequência de visitas ( $p > 0,05$ ) não só para o total como para os fatores.

Quadro 19 - Resultados da aplicação do teste *Kruskal-Wallis* entre a satisfação dos familiares doentes adultos hospitalizados em UCI e a frequência das visitas (N=107)

	Frequência de visitas	N	Pontos médios	$\chi^2$	p
<b>f1</b>	1 vez por dia	49	50,37	4,213	,239
	Outra	8	62,75		
	2 vezes por dia	37	60,36		
	Dia sim dia não	13	44,19		
<b>f2</b>	1 vez por dia	49	52,20	5,558	,135
	Outra	8	54,63		
	2 vezes por dia	37	61,57		
	Dia sim dia não	13	38,85		
<b>f3</b>	1 vez por dia	49	51,84	2,025	,567
	Outra	8	60,94		
	2 vezes por dia	37	57,97		
	Dia sim dia não	13	46,58		
<b>Total</b>	1 vez por dia	49	50,99	3,385	,336
	Outra	8	59,69		
	2 vezes por dia	37	60,09		
	Dia sim dia não	13	44,50		

Hipótese 4 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e o grau de parentesco/afetividade que estabelecem com o doente.

Da aplicação do teste de *Kruskal-Wallis* (Quadro 20), verifica-se que os inquiridos que têm os seus cônjuges hospitalizados em UCI estão em média mais satisfeitos (f1 -  $52,5 \pm 4,2$ ; f2 -  $23,2 \pm 2,6$ ; f3 -  $17,4 \pm 3,4$ ). Constata-se ainda que esta diferença é estatisticamente significativa ( $93,1 \pm 8,6$ ,  $p < 0,01$ ) para o total da satisfação familiar.

Quadro 20 - Resultados da aplicação do teste *Kruskal-Wallis* entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e o tipo de relação que estabelece com o doente (N=107)

	Relação afetiva/familiar	N	Postos de média	Média	Mediana	DP	$\chi^2$	p
f1	Outra	36	43,97	43,0833	44,0000	10,60290	18,384	,000
	Cônjuge	20	79,40	52,5000	54,5000	4,26121		
	Filho/neta	39	52,94	47,4103	49,0000	5,54749		
	Pais/irmãos	12	45,12	44,7500	45,5000	8,09180		
f2	Outra	35	38,50	18,8333	20,0000	4,29950	23,158	,000
	Cônjuge	20	78,90	23,2500	24,0000	2,65320		
	Filho/neta	39	57,50	21,2051	21,0000	3,07091		
	Pais/irmãos	13	46,92	20,5833	20,0000	2,71221		
f3	Outra	35	45,50	14,8611	15,0000	3,84821	8,795	,032
	Cônjuge	20	70,83	17,4000	18,5000	3,42437		
	Filho/neta	39	54,04	15,9231	16,0000	2,86893		
	Pais/irmãos	13	50,88	15,4167	15,5000	3,28795		
Total	Outra	35	42,39	76,7778	79,0000	17,86475	18,318	,000
	Cônjuge	20	78,60	93,1500	94,5000	8,61623		
	Filho/neta	39	54,36	84,5385	85,0000	10,32841		
	Pais/irmãos	13	46,35	80,7500	81,5000	12,51272		

## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Analisados os resultados obtidos é importante avaliar e refletir de forma crítica os aspetos relevantes resultantes dessa análise.

A tradução e validação cultural da CCFSS permitiram identificar o grau de satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI em hospitais portugueses. Para validar a CCFSS foi constituída uma amostra de 107 elementos, de forma a cumprir a proporção mínima de cinco participantes para cada uma das vinte variáveis da escala em análise (Ribeiro, 2008). No que diz respeito às populações onde o instrumento já se encontra validado, é de salientar uma diversidade amostral entre 76 (Brown *et al.*, 2008) e 2494 (Wasser *et al.*, 2004).

A idade dos participantes contempla um intervalo de idades entre 19 e 86 anos, valores muito díspares dos obtidos pelos autores originais e restantes validações, onde se verifica uma amplitude de idades entre os 25 e os 34 anos (55,3% Brown *et al.*) e entre os 35 e os 59 anos (46,2% Wasser *et al.*, 2004; 49,3% Fuquen, 2013). Por outro lado, os estudos de Wasser *et al.* (2004) e Brown *et al.* (2008) incluíram nas suas amostras doentes em idade pediátrica (N=231 UCI Neonatal e N=126 UCI Pediátrica; N=11 UCI Pediátrica, respetivamente), sem prejuízo dos resultados globalmente obtidos.

No que diz respeito à relação que o inquirido estabelece com o doente, constata-se que a amostra, constituída por familiares cuja relação não se encontrava previamente parametrizada, ocupa lugar de destaque (32,7%), seguida dos filhos (36,4%). Comparativamente, Wasser *et al.* (2004) verifica o destaque da relação cônjuge (43,3%), Brown *et al.* (2008) da de pai (46,1%); e Fuquen (2013) da de filho/a (38,3%). Os dados obtidos por Wasser *et al.* (2004) poderão estar relacionados com a média de idades dos inquiridos (39 anos) e pelo critério de inclusão na mesma, que determinava uma idade igual ou superior a 18 anos. Relativamente aos dados de Brown *et al.* (2008) são passíveis de justificação pela inclusão de doentes em idade pediátrica. Por sua vez, os resultados de Fuquen (2013) podem correlacionar-se com a média de idades da amostra. À luz do grau de satisfação, verifica-se que a relação de afetividade/parentesco com maior relevo

se refere aos cônjuges, nas dimensões qualidade do cuidado ( $52,5 \pm 4,2$ ), dinâmica e estrutura do serviço ( $23,3 \pm 2,7$ ) e relação com os profissionais ( $17,4 \pm 3,4$ ).

A aplicação do instrumento de colheita de dados realizou-se entre janeiro e julho de 2016. Inicialmente foi estipulado o prazo de 3 meses para a recolha de dados, porém, o *timing* disponibilizado para este efeito não foi suficiente para obter uma amostra significativa, pelo que foi prolongado para 6 meses. No projeto de investigação previu-se incluir quatro UCIs no estudo, contudo, verificou-se uma baixa adesão à resposta do questionário numa delas, provavelmente pela dificuldade da investigadora para estar presente na UCI, bem como pelas famílias considerarem a investigadora como um elemento estranho, com o qual não tinham estabelecido uma relação de ajuda, o que aliado à ansiedade causada pela situação que estavam a vivenciar pode ter contribuído pela opção de não participar no estudo. Estes constrangimentos estão, na opinião de Melo (2005) citado por Loureiro e Ribeiro (2011), e da qual partilhamos, associados a limitações de natureza temporal e à natureza das próprias UCI, em que a rotatividade dos doentes é, por vezes, reduzida. Por outro lado, o impacto emocional decorrente do internamento de um membro da família numa UCI é, muitas vezes, de tal ordem que impediu, por motivos éticos, a abordagem dos familiares para efeitos da sua integração como sujeitos da investigação, levando também à recusa de alguns familiares aceitarem participar no estudo, referindo não se encontrarem em condições para responderem ao questionário. Optou-se assim por manter o projeto inicial e solicitar a colaboração dos enfermeiros do serviço como parceiros nesta investigação, e otimizar a colheita de dados com a divulgação do questionário através da plataforma Formulários do *Google*. Assim, o número inicial de quatro UCIs foi alargado para dezoito em dezoito hospitais (18/18), constituindo uma diferença significativa quando comparado com o estudo original que incidiu em 10/2 (Wasser *et al.*, 2004) e com as restantes traduções 7/1 (Brown *et al.*, 2008) e 1/3 (Fuquen, 2013). A dedicação de todos os enfermeiros no terreno foi crucial para a amostra obtida, uma vez que os critérios de inclusão dos familiares restringiam de forma considerável os indivíduos elegíveis para o estudo. Refletindo estes dados, considera-se uma maior representatividade a aplicação da CCFSS num maior número de unidades hospitalares, distribuídas a nível nacional, retratando realidades distintas.

No presente trabalho foi realizado um pré-teste do instrumento, tendo sido aplicado a uma amostra composta por um grupo de cinco familiares de doentes adultos hospitalizados em

UCI em hospitais portugueses, no sentido de recolher informação pertinente sobre os itens (compreensão, clareza e relevância) e aplicabilidade. Neste pré-teste foi possível verificar que os indivíduos entrevistados consideraram, no geral, a escala compreensível e clara. A metodologia utilizada na tradução e retrotradução e os resultados obtidos neste pré teste permitiram considerar que a versão portuguesa da CCFSS apresenta equivalência conceptual e semântica, pelo que se passou ao estudo da fiabilidade e validade da mesma.

De acordo com Fortin (2009), para se avaliar as características psicométricas de qualquer instrumento de medida, neste caso, da CCFSS, é necessário efetuar estudos de fidelidade e validade e precisar o valor dos respetivos coeficientes de correlação que, no seu conjunto, indicam que os resultados obtidos são passíveis de generalização para o universo da população portuguesa. Verificou-se que a versão portuguesa da CCFSS apresenta uma consistência interna moderada a elevada de fiabilidade, tendo em conta o valor global do Alpha de *Cronbach* ( $\alpha=0,96$ ). O valor de  $\alpha$  obtido vai ao encontro do estudo original (0,91), que refere que o instrumento apresenta uma boa consistência interna e homogeneidade (Wasser *et al.*, 2001).

A validade de constructo, tal como referido anteriormente, consiste na capacidade do instrumento medir o conceito definido teoricamente (Fortin, 2009). Assim, para avaliar a validade de constructo da CCFSS procedeu-se a uma análise fatorial com extração de fatores pelo método das componentes principais. Ensaíram-se várias soluções fatoriais, e optou-se pela solução de três fatores (fator 1 qualidade do cuidado, fator 2 dinâmica e estrutura do serviço e fator 3 relação com os profissionais), uma vez que é suficiente para descrever a estrutura subjacente dos dados e explica 71,8% da variância total. Verifica-se que estes fatores correlacionam-se de uma forma alta com a sua própria escala (o que indica uma estrutura bem definida) e moderadamente com aquelas que têm alguma relação teórica entre si, apresentando por isso boa validade convergente e discriminante. Comparativamente, no estudo efetuado por Wasser *et al.* (2001), foi possível extrair cinco fatores que explicam 80% da variância total: “*assurance*” (garantia), “*proximity*” (proximidade), “*information*” (informação), “*comfort*” (conforto), e “*support*” (suporte). Contudo, na validação realizada em 2004 pelos mesmos autores evidenciaram que a extração de quatro fatores (exclusão do fator conforto) demonstrou-se igualmente válida, uma vez que em comparação com o modelo de cinco fatores não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Por outro lado, a validade convergente obteve-se com recurso ao valor da correlação de *Pearson* entre o total da escala e o grau de satisfação com os cuidados prestados ao doente. Consta-se que existe uma correlação positiva moderada e muito significativa ( $p < 0,01$ ). Em virtude desta correlação ser positiva, pode inferir-se que quanto maior o valor atribuído (escala numérica inteira entre 0 e 10) melhor a qualidade de vida avaliada através da escala em estudo. Consta-se através da análise do total da satisfação, e tendo presente a mediana da escala (60), que em média os familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI estão satisfeitos com os cuidados prestados ( $83,1 \pm 14,4$ ). Verifica-se ainda que a satisfação depende da relação de afetividade/parentesco estabelecida, da idade dos inquiridos e do doente, e com a existência de experiências anteriores com UCI. A idade é a variável que apresenta maior concordância nos estudos, sendo por isso a variável que influencia de forma mais consistente a satisfação das famílias com os cuidados de saúde (Costa, 2011; Brito, 2015). Múltiplos estudos sugerem que os idosos têm maior grau de satisfação, facto que poderá resultar da forma mais gentil como tendem a ser tratados, de ter expectativas mais modestas ou de ter menor preparação para criticar aspetos negativos (Sitzia e Wood, 1997 citados por Costa, 2011; Gasquet, 1999 citado por Brito, 2015; Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001 citados por Brito, 2015). Por outro lado, a correlação positiva obtida entre a satisfação e a existência prévia de experiência/contacto em UCI, reforça o exposto por Weick (1995) citado por Campos (2014) e Leitão e Nassif (2009) citados por Campos (2014) para os quais as crenças e experiências passadas influenciam o processo de construção de significado, já que existe uma tendência para que o significado atribuído seja compatível com aquilo em que se acredita ou com o que já foi vivido no passado. Contrariamente, constata-se que a satisfação não depende da frequência de visitas ( $p > 0,05$ ), facto que poderá estar associado à subjetividade do próprio conceito de satisfação, uma vez que um maior número de visitas não implica uma maior qualidade da experiência. Porém, sugere-se estudo aprofundado desta variável, na procura de concordância ou não com o autor Neves *et al.* (2009) que defende que existem características dos familiares que podem estar relacionadas com a perceção das necessidades e o grau de satisfação, tais como: nível de escolaridade; número de visitas e o sexo (masculino/feminino).

Os familiares dão particular importância à relação que estabelecem com os profissionais; aos sentimentos que vivenciam e conseqüentemente ao apoio que a equipa lhes presta nesta fase; ao planeamento da alta desde o momento da admissão; ao acompanhamento

prestado antes, durante e após o horário de visitas; à qualidade dos cuidados prestados; à gestão do meio envolvente e dos recursos materiais e humanos. Estes resultados vão ao encontro da evidência, na qual a família deve ser considerada, pela equipa multidisciplinar, como uma continuidade da pessoa em situação crítica, que também necessita de cuidados que minimizem a ansiedade, o desconforto e a insegurança sentidas, de forma a ser capaz de fornecer o suporte adequado ao seu familiar (Urizzi, Carvalho, Zampa, Ferreira, Grion e Cardoso, 2008). Por sua vez a OE (2011) acrescenta, que assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica é uma das competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica Sesbeen (2000) citado por Costa (2011), Ribeiro (2003) citado por Costa (2011), Loureiro e Ribeiro (2011) e Campos (2014). As áreas definidas nas sugestões de melhoria dos inquiridos refletem das dimensões das determinantes referidas por Pontinha (2011), Abrantes (2012) e Brito (2015), nomeadamente: aspetos interpessoais, qualidade técnica do cuidado, continuidade dos cuidados, ambiente físico/amenidades e atitudes de expectativas sobre os cuidados de saúde

## 5. CONCLUSÃO

O presente capítulo reflete o culminar do percurso de investigação, resumindo as conclusões que emergem da análise dos dados, as suas implicações para a enfermagem e sugestões para investigações futuras e as limitações do estudo.

Este estudo tornou-se importante pela carência, na realidade portuguesa, de instrumentos capazes de avaliar a satisfação da família de doentes internados na UCI. Obter um instrumento que permita não só avaliar a satisfação das necessidades da família na UCI, mas também avaliar o grau de satisfação com os cuidados prestados, permitirá o desenvolvimento de práticas de enfermagem centradas na unidade familiar, tornando possível mobilizar os recursos necessários para apoiar e proporcionar à família uma tomada de decisão clínica partilhada, enfrentando de forma positiva a hospitalização do seu familiar na UCI, refletindo assim ganhos efetivos em saúde.

A revisão bibliográfica efetuada permitiu uma maior perceção da relevância da temática da satisfação familiar em saúde, bem como contribuiu para a delimitação da finalidade do estudo e definição de objetivos. Foi apresentada a perspetiva da satisfação em saúde e em particular a satisfação da família da pessoa em situação crítica no contexto da UCI. Foi primordial compreender qual o caminho já trilhado noutros países, pelo que foi dada particular importância à investigação que tem sido realizada no estrangeiro e aos resultados obtidos.

Dando resposta aos objetivos orientadores desta investigação, a tradução e adaptação da CCFSS para a população portuguesa, contribui para a avaliação da satisfação da família na UCI pela produção de um instrumento válido. Assim, de acordo com os procedimentos técnicos e estatísticos pode concluir-se que:

- ✓ A metodologia adotada no processo de tradução e adaptação foi consistente com os objetivos traçados;
- ✓ Esta consistência permitiu adaptar culturalmente a CCFSS para a população portuguesa;

- ✓ O estudo fatorial das três dimensões da escala permite explicar 71,8% de variância acumulada;
- ✓ O coeficiente de correlação de *Pearson* revelou uma correlação positiva moderada e muito significativa ( $p < 0,01$ );
- ✓ O valor do índice de alfa de *Cronbach* ( $\alpha = 0,964$ ) revelou uma consistência interna da escala com valor próximo do obtido pelos autores originais;
- ✓ A escala validada apresenta boas características psicométricas permitindo a sua utilização na prática de cuidados e na investigação para a população portuguesa;
- ✓ A satisfação das famílias depende da relação que estabelecem com os profissionais; dos sentimentos que vivenciam e conseqüentemente do apoio que a equipa lhes presta; do planeamento da alta desde o momento da admissão; do acompanhamento prestado antes, durante e após o horário de visitas; da qualidade dos cuidados prestados; e da gestão do meio envolvente e dos recursos materiais e humanos.

Em suma, subsiste a crença e a esperança que este documento colabore no diagnóstico, avaliação e comparação da satisfação da família da pessoa em situação crítica em Portugal, e conseqüentemente contribua não só para uma prática de enfermagem baseada na evidência mas também para a mudança de um foco de atenção centrado no doente para um foco de atenção mais holístico centrado na unidade familiar.

A escala validada apresenta boas características psicométricas permitindo a sua utilização na prática de cuidados e na investigação.

Deve ser proposta como um bom instrumento de medição da satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI, contribuindo para uma melhor compreensão da mesma e melhorar a prestação de cuidados.

Com a validação e implementação em Portugal da CCFSS os profissionais de saúde dispõem de uma ferramenta significativa para prestarem cuidados holísticos à pessoa em situação crítica com qualidade e segurança. Permitirá igualmente ajudar a identificar o perfil de satisfação das famílias com vista a futuras comparações e intervenções de melhoria.

Em termos da prática clínica, os resultados que emergiram do presente estudo permitiram efetuar um diagnóstico do grau de satisfação dos familiares da pessoa em situação crítica

da UCI do Hospital de Vila Franca de Xira. Desta forma foi possível justificar a pertinência da criação de um grupo de trabalho responsável pelo acolhimento das famílias no serviço e conseqüentemente suportar o desenrolar de todo um projeto centrado na unidade familiar que está a intervir na dinamização da sala de espera das visitas, no desenvolvimento de sistemas de informação alternativos ao suporte papel, na otimização do acompanhamento da primeira visita à UCI e na melhoria do processo comunicacional.

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira prende-se com o local da aplicação do questionário, ou seja, o facto de o seu preenchimento ter ocorrido no período de visitas. Constatei que algumas UCI não dispunham de um espaço físico destinado às famílias pelo que o preenchimento dos inquéritos tinha de ser realizado no corredor do hospital. Por outro lado, os inquiridos podem indiretamente ter sentido alguma pressão para responder ao inquérito ou demonstrar pouco interesse na participação no estudo relacionado com a preocupação associada ao estado de saúde dos seus familiares. De forma a tentar colmatar esta limitação optou-se por entregar o questionário às famílias para posterior entrega na urna reservada para o efeito, visivelmente acondicionada nas UCI, e pela divulgação dos inquéritos via *online*.

A segunda limitação está relacionada com a dificuldade que tive em gerir as minhas disponibilidades para contactar de forma pessoal com as famílias, pelo que tive que recorrer a colaboradores para divulgação do projeto tendo consciência da sobrecarga adicional de trabalho que lhes solicitei.

Por último, a terceira limitação está relacionada com a referida anteriormente uma vez que a heterogeneidade dos colaboradores pode ter conduzido a um processo de recolha de dados com diferenças significativas. Com o intuito de colmatar esta limitação foi criado o guia de apoio ao preenchimento da CCFSS, para que todos procedêssemos de forma idêntica e sistematizada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, M. (2012). *Qualidade e satisfação - opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares*. Consultado em 02 de agosto de 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/20506>
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 4ª ed. Braga: Psiquilíbrios. ISBN: 9789729738852
- Aronson, J. (1994). *A Pragmatic View of Thematic Analysis: The Qualitative Report*, 2. Consultado em 18 de novembro de 2016. Disponível em: <http://www.nova.edu/ssss/QR/BackIssues/QR2-1/aronson.html>
- Associação Médica Mundial. (2014). *Declaração de Helsínquia*. Acedido a 17 de outubro de 2015 disponível em: <http://www.ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2007). *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures*. Consultado em 1 de outubro de 2015. Disponível em: [http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2007.pdf](http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf)
- Bettinelli, L., & Erdmann, A. (2009). *Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspetivas de cuidado*. Consultado em 22 de agosto de 2016. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002009000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100002&lng=en&nrm=iso)
- Borges, D. (2015). *A Comunicação com a Família em contexto de Cuidados Intensivos*. Consultado em 04 de agosto de 2016. Disponível em: [repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1346/1/Diana\\_Borges.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1346/1/Diana_Borges.pdf)
- Brito, T. (2015). *Qualidade em saúde - Satisfação do utente com o serviço de urgências do Hospital de Santa Maria*. Consultado em 02 de agosto de 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/6633>

- Brown, A., & Hijazi, M. (2008). *Arabic translation and adaptation of Critical Care Family Satisfaction Survey*. Consultado em 17 de outubro de 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18403569>
- Cabrera, L., Rodriguez, A., Martul, M., Palacios, M., Gonzalez, J., & Medina, E. (2007). *Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos*. *Med Intensiva*. 31(2), 57-61
- Campos, S. (2014). *Necessidades da família em Cuidados Intensivos: Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory*. Consultado em 17 de outubro de 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/77954>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). - *CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Consultado em 26 de dezembro de 2015 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browsercipe/browsercipe.aspx>
- Costa, G. (2011). *Avaliação da satisfação dos utentes do Hospital de Dia de Especialidades Médicas do Hospital de Egas Moniz*. Consultado em 04 de agosto de 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/9257>
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento*. Consultado em 04 de agosto de 2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN 9789898075185
- Freitas, K., Kimura, M., & Ferreira, K. (2007). *Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado*. Consultado em 22 de agosto de 2016. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a13.pdf)
- Fuquen, D. (2013). *Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá*. Consultado em 17 de outubro de 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10554/13710>

- Hajj, M., Gulgulian, T., Haydar, L., Saab, A., Dirany, F., & Badr, L. (2015). *The satisfaction of families in the care of their loved ones in critical care units in Lebanon*. Consultado em 22 de agosto de 2016. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/280968782>
- Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 9789726182733
- Loureiro, A., & Ribeiro, O. (2011). *Satisfação das necessidades dos familiares dos doentes internados em unidade de cuidados intensivos*. Consultado em 17 de outubro de 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1648>
- MAPI Institute (2001). *Linguistic Validation*. Consultado em 1 de outubro de 2015. Disponível em: <http://www.mapi-institute.com/linguistic-validation/methodology>
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (2010). *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Consultado em 22 de agosto de 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/12352146\\_Experiencing\\_Transitions\\_An\\_Emerging\\_Middle-Range\\_Theory](https://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle-Range_Theory)
- Monteiro, M. (2010). *Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar – o início da dependência*. Consultado em 04 de agosto de 2016. Disponível em: [http://www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=1819883720201295#Producao\\_cientifica](http://www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=1819883720201295#Producao_cientifica)
- Neves, F., Dantas, M., Bitencourt, A., Vieira, P., Magalhães, L., Teles, J., Farias, A., & Messeder, O. (2009). *Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva*. Consultado em 04 de agosto de 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2009000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000100005)

- OE. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual - enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros
- OE. (2002). *A cada Família o seu Enfermeiro*. 1ª ed. Lisboa: Editora Ordem dos Enfermeiros
- OE. (2005). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*. Revista Ordem dos enfermeiros, nº16 (Março 2005), p. 53
- Pedro, S., Ferreira, P., & Mendes, J. (2010). *Aplicação de métodos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar*. Revista Encontros Científicos. 6, 175-189
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., & Moreno, R. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades De Cuidados Intensivos - Relatório Final*. Consultado em 04 de agosto de 2016. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/GTUCIrelatoriofinal.pdf>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 9789726187752
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed. ISBN 9788536325453
- Pontinha, C. (2011). *Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde*. Consultado em 22 de agosto de 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1672>
- Puggina, A., Lenne, A., Carbonari, K., Parejo, L., Sapatini, T., & Silva, M. (2014). *Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva*. Consultado em 17 de outubro de 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140040>

- Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República 2ª Serie, Nº 35 (18-02-2011); 8656-8657
- Ribeiro, J. (2008) *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 2ª ed. Porto: Legis Editora. ISBN: 9789898148469
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). *Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro*. Consultado em 17 de outubro de 2015. Disponível em: [pensarenfermagem.esel.pt/files/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf)
- Saiote, E., & Mendes, F. (2010). *A partilha de informação com familiares em unidade de tratamento intensivo: importância atribuída por enfermeiros*. Consultado em 22 de agosto de 2016. Disponível em: [revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/21814/14224](http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/21814/14224)
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. 5ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9789898075086
- Urizzi, F., Carvalho, L., Zampa, H., Ferreira, G., Grion, C., & Cardoso, L. (2008). *Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva*. Consultado em 22 de agosto de 2016. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09.pdf)
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. 1ª ed. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo
- Wasser, T., & Matchett, S. (2001). *Final version of the Critical Care Family Satisfaction Survey questionnaire*. Crit Care Med. 29(8), 1654-5v
- Wasser, T., Matchett, S., Ray, D., & Baker, K. (2004). *Validation of a total score for the critical care family satisfaction survey*. J Clin Outcomes Manage. 11(8), 502-507
- Wasser, T., Pasquale, M., Matchett, S., Bryan, Y., & Pasquale, M. (2001). *Establishing reliability and validity of the Critical Care Family Satisfaction Survey*. Crit Care Med. 29(1):192-6

World Health Organization. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Consultado em 18 de novembro de 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en/>

## **ANEXOS**

## **Anexo I - CCFSS**

# CRITICAL CARE FAMILY SATISFACTION SURVEY (CCFSS)

Date Completed \_\_\_\_\_

**Instructions:**

Please have **ONE** family member complete the survey. Give your honest opinion for each statement on the survey. **CIRCLE** one of the five answers that best describes how satisfied you were with the care that you and your family member received while in the critical care unit. At the end of the survey, please comment on any negative or positive experiences you may have had. After filling out the survey, please seal it in the envelope provided and return it to the nurse or administrative partner.

**General Questions**

Your age:     18 – 24                       25 – 34                       35 – 59                       60 or more

Number of days your loved one is/was in the critical care unit:  
 0 – 3                       4 – 7                       8 – 10                       more than 10

**I am the patient's:**

- Husband                       Father                       Son                       Other \_\_\_\_\_  
 Wife                       Mother                       Daughter                      (please add)  
 Significant Other                       Brother                       Uncle  
 Friend                       Sister                       Aunt

Why is your family member in the critical care unit: \_\_\_\_\_

	Very Satisfied	Satisfied	Not Certain	Not Satisfied	Very Dissatisfied
1. Honesty of the staff about my family member's condition.....	5	4	3	2	1
2. Availability of the doctor to speak with me on a regular basis.....	5	4	3	2	1
3. Waiting time for results of tests and x-rays.....	5	4	3	2	1
4. Peace of mind in knowing my family member's nurse(s).....	5	4	3	2	1
5. Ability to share in the care of my family member	5	4	3	2	1
6. Clear explanation of tests, procedures, and treatments.....	5	4	3	2	1
7. Promptness of the staff in responding to alarms and requests for assistance.....	5	4	3	2	1
8. Cleanliness and appearance of the waiting room	5	4	3	2	1
9. Support and encouragement given to me during my family member's stay in the critical care unit	5	4	3	2	1
10. Clear answers to my questions.....	5	4	3	2	1
11. Quality of care given to my family member.....	5	4	3	2	1

	Very Satisfied	Satisfied	Not Certain	Not Satisfied	Very Dissatisfied
12. Sharing in decisions regarding my family member's care on a regular basis.....	5	4	3	2	1
13. Nurses' availability to speak with me every day about my family member's care.....	5	4	3	2	1
14. Sensitivity of the doctor(s) to my family member's needs.....	5	4	3	2	1
15. Privacy provided for me and my family member during our visits.....	5	4	3	2	1
16. Preparation for my family member's transfer from critical care.....	5	4	3	2	1
17. Peacefulness of the waiting room.....	5	4	3	2	1
18. Flexibility of visiting hours.....	5	4	3	2	1
19. Noise level in the critical care unit.....	5	4	3	2	1
20. Sharing in discussions regarding my family member's recovery.....	5	4	3	2	1

What else would you like us to know so we can take better care of our patients and their families?

Please feel free to name any individuals you feel are worthy of "special recognition":

**Anexo II – Parecer do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria**

ENT-IP/L/2016/1618

19-01-2016



C E N T R O  
H O S P I T A L A R  
L E I R I A

Conselho de Administração

Exma. Senhora  
Prof. Doutora Clárisse Louro  
Diretora da  
Escola Superior de Saúde de Leiria  
Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro  
Apartado 4137  
2411-901 Leiria

SAL.HSA 00803\*16-01-12

**Assunto:** Pedido para Aplicação de Questionário para Trabalho de Investigação  
"Validação Cultural da Critical Care Family Satisfaction Survey para a População Portuguesa"

Relativamente ao assunto em epígrafe, serve o presente para informar V. Exa. que o Conselho de Administração deste Centro Hospitalar deliberou, na sua reunião de 2016.01.07, autorizar a aplicação de questionários no Serviço de Medicina Intensiva, conforme pretendido, agradecendo, após a sua conclusão, a disponibilização do mesmo ao Serviço em causa.

Com os melhores cumprimentos

O VOGAL EXECUTIVO

(LICÍNIO OLIVEIRA DE CARVALHO)



**Anexo III – Parecer do Conselho de Administração e da Comissão de Ética  
da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco E.P.E**



Unidade Local de Saúde  
de Castelo Branco, EPE

ENT-IP/2015/57861

23.12.2015



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exma. Senhora  
Dra. Maria Clarisse Carvalho Martins Louro  
MI Directora da Escola Superior de Saúde de Leiria  
Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro  
Apartado 4137  
2411-901 Leiria


C/C: Exmo. Sr. Dr. João Manuel Ferreira Gabriel  
MI Director da UCIP

Sua Referência	Sua comunicação	N/ Ofício - Data
SAI-IPL/2015/11936	27.10.2015	Administração HML HML 01 4093 2015-12-18 10:17:12

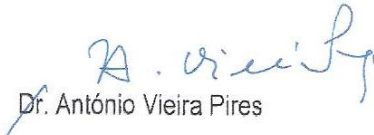
Assunto:	Pedido de aplicação de questionário para trabalho de investigação na UCIP do HAL
----------	--

Na resposta indicar a nossa referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.

No seguimento do ofício de V. Exa. supracitado, a solicitar autorização para que Helena Isabel Henriques Botelho, aluna do 2.º ano de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, possa realizar estudo no Hospital Amato Lusitano, sou a informar que o Conselho de Administração deliberou, em 09.12.2015, homologar o parecer favorável da Comissão de Ética, pelo que o mesmo se autoriza, desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e sejam respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação e com a devida autorização do Sr. Director da Unidade de Cuidados Intensivos deste Hospital.

Com os melhores cumprimentos, 

O Presidente do Conselho de Administração da ULSCB, EPE

  
Dr. António Vieira Pires

/MP

**Ofício:** Clarisse Louro – Directora da Escola Superior de Saúde - IPL

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de um trabalho de investigação

**Requerente:** Helena Isabel Henriques Botelho – no âmbito do 2º ano do Mestrado em enfermagem á pessoa em situação crítica

**Título:** “Validação cultural da critical care family satisfaction seuvey CCFS para a população portuguesa”

**Serviço onde decorre o Trabalho:** UCIP do HAL

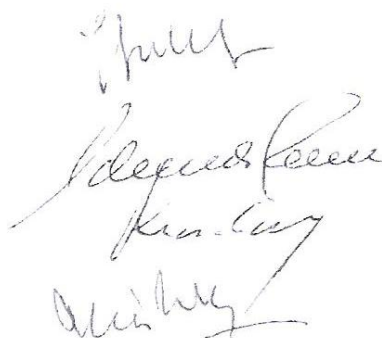
**População do estudo:** Familiares dos doentes internados na UCIP do HAL

**Data do pedido:** Ofício datado no HAL em 02 de Novembro de 2015

A Comissão de Ética da ULSCB, concorda com o referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo, todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados e com a devida autorização do Director do serviço.

ULS de Castelo Branco, E.P.E., 13 de Novembro de 2015

A Comissão de Ética



**Anexo IV – Parecer do Conselho de Administração do Hospital Vila Franca de Xira**



Helena Botelho <hihbotelho@gmail.com>

## Tese de Mestrado - Validação Cultural de Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS) para a população portuguesa

Conselho de Administração <ca@hvfx.pt>  
Para: "hihbotelho@gmail.com" <hihbotelho@gmail.com>

4 de março de 2016 às 11:56

Boa dia Dr<sup>a</sup> Helena Botelho,

Serve o presente para informar que o estudo/projecto de investigação abaixo identificado foi aprovado, em sede de comissão executiva, no dia 24.02.2016 :

### Tese de Mestrado – “Validação Cultural de Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS) para a população portuguesa”

A Comissão Executiva solicita o preenchimento do documento que junto se envia em anexo, o qual deve ser remetido ao secretariado do Conselho de Administração, aquando da conclusão do estudo/projecto de investigação em apreço.

Obrigada.

Com os melhores cumprimentos,

Rosário Anágua

Secretariado de Administração ca@hvfx.pt

Estrada Nacional n.º1, Povos, 2600-009 Vila Franca de Xira

Tel.: 263 006 650 • Fax: 263 006 652

[www.hospitalvilafrancadexira.pt](http://www.hospitalvilafrancadexira.pt)



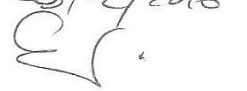
Acreditado pela  
Joint Commission International



Imprima este e-mail somente se for necessário

**Anexo V – Parecer do Gabinete de Investigação e Inovação e da Comissão de ética para a saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E**

ENVIADO  
 Gabinete de Investigação e Inovação  
 03 MAR. 2016

Recebido em  
 23/02/2016  


<b>Parecer:</b>	<b>Despacho:</b>  Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração Prof. Doutor Miguel Castelo Branco 24/2/2016
<b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação n.º 87/2015 - "Validação cultural da Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS) para a população portuguesa".	
<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração  <b>DE:</b> Gabinete de Investigação e Inovação	<b>N.º</b> 15/GII  <b>Data</b> 22/02/2016
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Helena Isabel Henriques Botelho, aluna de Mestrado da Escola Superior de Saúde de Leiria - Instituto Politécnico de Leiria, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Validação cultural da Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS) para a população portuguesa", a realizar no serviço de Medicina Intensiva, na Unidade de Cuidados Intensivos deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer n.º 10/2016, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p style="text-align: center;">A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,</p> <p style="text-align: center;">           (Dr.ª Rosa Saraiva)       </p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>Centro Hospitalar Cova da Beira          Presente em reunião de C.A.          Em: 01 MAR. 2016          Despacho:            Presidente do C.A. / Director-Clinica          Prof. Doutor Miguel Castelo Branco          Vogal Executivo do C.A.          Dr. Vasco Teixeira-Lino          Vogal Executivo do C.A.          João Henrique Bento, Dr.            Enfermeira Diretora          Enf.ª Arminia Pinto  </p> </div>	

RS/MA

Exmo(a) Sr(a). Dr.(a)  
Helena Isabel Henriques  
Botelho

**Data:** 22/02/2016

**Assunto:** Parecer da CES relativo ao estudo "Validação cultural da Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS) para a população portuguesa"

Exmos(as). Senhores(as),

Em resposta ao V. pedido de parecer para realização do estudo supramencionado, a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, ao abrigo do disposto na Lei nº 21/2014, de 16 de Abril, e em sessão plenária no dia 19/02/2016 deliberou emitir parecer, conforme documento em anexo.

A CES do CHCB opera dentro do exigido pelas boas práticas clínicas.

Na execução deste estudo qualquer informação/comunicação relevante para a segurança dos participantes tem de ser imediatamente comunicada à CES do CHCB.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética para a Saúde  
do Centro Hospitalar Cova da Beira

  
(Prof. Doutor Manuel Morgado – Presidente da CES)

<b>Deliberação n.º:</b> 10/2016	<b>Data:</b> 19/02/2016	<b>Órgão:</b> Reunião plenária
<b>Título:</b> "Validação cultural da Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS) para a população portuguesa"		<b>Nº. EudraCT:</b> -----
<b>Versão da documentação aprovada:</b> 18/02/2016	<b>Promotor:</b> -----	<b>Investigadores principais:</b> Helena Isabel Henriques Botelho

**Membros da CES do CHCB:**

**Prof. Doutor Manuel  
Passos Morgado**  
(Presidente,  
Farmacêutico)

**Dr.ª Ana Paula Torgal  
Carreira**  
(Vice-Presidente,  
Assistente Social)

**Enf. João José Carvalho  
Ramalhinho**  
(Enfermeiro)

**Dr.ª Maria Fátima Jesus  
Simões**  
(Psicóloga)

**Dr. Luis Manuel Almeida  
Alves Ribeiro**  
(Médico)

**Dr. Luis Manuel Carreira  
Fiadeiro**  
(Jurista)

**Dr. António Luciano**  
(Teólogo)

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, em reunião realizada na data 19/02/2016, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo acima referenciado.

Ouvido o relator, o processo foi votado pelos membros da CES do CHCB presentes:

Presidente: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado  
Vice-Presidente: Dr.ª Ana Paula Torgal Carreira  
Dr. Luís Manuel Almeida Alves Ribeiro  
Dr. António Luciano

**Resultado da votação:**

Apreciado o projecto, concluiu esta Comissão de Ética nada ter a opor à realização do mesmo.

Data: 22/02/2016

O Presidente da CES do CHCB:

  
(Prof. Doutor Manuel Morgado)


## APÊNDICES


**Apêndice I - Pedido e obtenção de autorização dos autores para tradução da  
CCFSS**

## Critical Care Family Satisfaction Survey



**Helena Botelho** <hibotelho@gmail.com>

25/08/15 

para Thomas.wasser 

Dear Dr Thomas Wasser,

My name is Helena Botelho and I am a portuguese nurse in a master's programme at the moment.

I am writing to you because I would like to validate your Critical Care Family Satisfaction Survey for portuguese population. Did I have you permission to do it?

Could you tell me if is there anyone that already did it?


Thank you for your attention.

## Thomas Wasser sent you a message on ResearchGate



**ResearchGate** <no-reply@researchgate.net> [Anular subscriçã](#)

24/05

para Helena 

### ResearchGate

Thomas Wasser sent you a message:



Helena... sorry for my late reply as I just now got this email through research gate. My email address is [statbiz1@aol.com](mailto:statbiz1@aol.com) and yes you have my permission to validate the tool. Contact me if you need any help.

Tom


May 24, 2016, 15:04

## IMPORTANT - CCFSS



**Helena Botelho** <hibotelho@gmail.com>

05/09/15

para Daniel.Ray 

Dear Dr Daniel Ray,

My name is Helena Botelho and I am a portuguese nurse in a master's programme at the moment.

I am writing to you because I would like to validate your Critical Care Family Satisfaction Survey for portuguese population. Did I have you permission to do it?

Could you tell me if is there anyone that already did it?


Thank you for your attention.

\*\*\*



**Daniel Ray** <Daniel.Ray@lvhn.org>

07/09/15

para Statbiz1, mim 

Ms. Botelho,

You have permission to validate the CCSF in a Portuguese population. As far as I am aware, this has not been done yet.

Best,

Dan Ray

Request Critical Care Family Satisfaction Survey



**Helena Botelho** <hibotelho@gmail.com>  
para MaeAnn.Pasquale

28/09/15 ☆ ↩

Dear Doctor Pasquale,

My name is Helena Botelho and I am a portuguese nurse in a master's programme at the moment.

I am writing to you because I would like to validate your Critical Care Family Satisfaction Survey for portuguese population.

Dr Daniel Ray give me permission to validate the CCSF but now i can't talk with him because he didn't answer to my e-mail. Did you have some articles that you can sand me please?

Thanks for your attention.

\*\*\*\*



**Mae Ann Pasquale** <MaeAnn.Pasquale@cedarcrest.edu>  
para mim

28/09/15 ☆ ↩

Dear Helena,  
Hello! Thank you for your interest in the **CCFSS**. How can I help?? What kind of articles would you like?? Please let me know your needs and I am very happy to help.

Best regards, Mae Ann Pasquale

## **Apêndice II - Pedido de colaboração aos tradutores**

## Pedido de colaboração aos tradutores

Castelo Branco, outubro de 2015

Caro(a) Colega,

No âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, encontro-me a desenvolver o meu projeto de investigação subordinado ao tema ‘**Validação cultural da *Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)* para a população portuguesa**’. O presente estudo é desenvolvido sob a orientação da professora Doutora Maria dos Anjos Dixe e tem como objetivos principais: adaptar culturalmente a CCFSS para a população portuguesa de familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI; determinar as características psicométricas da CCFSS para a população portuguesa de familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI; avaliar a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI; e determinar a relação entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e algumas características sociodemográficas e familiares. Para que um instrumento possa ser utilizado numa língua e cultura diferentes daquelas em foi originalmente desenvolvido, é necessário seguir um conjunto de procedimentos rigorosos, sendo o primeiro, a tradução da versão original do instrumento (inglês) para a língua portuguesa.

Nesse sentido, e considerando que cumpre os critérios definidos na literatura para participar neste tipo de tradução (ser bilingue), solicito a sua colaboração no processo de tradução e adaptação cultural do questionário CCFSS, através da tradução do seu conteúdo da língua original para a língua portuguesa.

Junto anexo as instruções e questões a serem traduzidas. A tradução, em caso de possíveis ambiguidades, poderá ser acompanhada de um relatório com o registo de comentários relativos ao conteúdo da tradução e processo que guiou à tomada de decisão.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Helena Botelho

**Apêndice III – Traduções iniciais obtidas dos dois tradutores participantes**

# FORMULÁRIO PARA TRADUÇÃO DA CCFSS

## FORMULÁRIO 1 - TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS

### Tradutor 1

Nome do tradutor: Rodrigo Rua

Perfil do tradutor (coloque uma cruz para assinalar a opção):

Conhecimento do conceito

Desconhecimento do conceito

Profissão/ Área de atividade: aluno da Licenciatura de Direito da Universidade de Coimbra

Justificação para ser considerado “Bilingue”:

- Detentor do curso *International English Language Testing System*

### POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

Instruções	Tradução
Critical Care Family Satisfaction Survey	Inquérito de satisfação familiar em relação aos cuidados intensivos

Date Completed	Data de conclusão
----------------	-------------------

Instructions	Instruções
--------------	------------

Please have ONE family member complete the survey. Give your honest opinion for each statement on the survey. CIRCLE one of the five answers that best describes how satisfied you were with the care that you and your family member received while in the critical care unit. At the end of the survey, please comment on any negative or positive experiences you may have had. After filling out the survey, please seal it in the envelope provided and return it to the nurse or administrative partner.	Por favor, pede-se que UM membro da família responda ao inquérito. Dê a sua opinião honesta em cada ponto do inquérito. Assinale, com um CÍRCULO, qual das cinco opções melhor descreve a sua satisfação com os cuidados que você e o seu familiar receberam enquanto na unidade de cuidados intensivos. No final do inquérito, elabore por favor sobre qualquer experiência negativa ou positiva que possa ter tido. Após o preenchimento do inquérito, coloque-o no envelope providenciado e devolva-o à enfermeira ou parceiro administrativo.
--	---

General Questions	Questões Gerais
-------------------	-----------------

<b>Your age:</b> (...) 60 or more	<b>A sua idade:</b> (...) 60 ou mais
---	--

<b>Number of days your loved one is/was in the critical care unit:</b> (...) more than 10	<b>Número de dias que o seu ente querido está/esteve na Unidade de Cuidados Intensivos:</b> (...) mais de 10
---	--

<b>I am the patient's:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Husband</li> <li><input type="checkbox"/> Wife</li> <li><input type="checkbox"/> Significant Other             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Friend</li> <li><input type="checkbox"/> Mother</li> <li><input type="checkbox"/> Father</li> <li><input type="checkbox"/> Brother</li> <li><input type="checkbox"/> Sister</li> <li><input type="checkbox"/> Son</li> <li><input type="checkbox"/> Daughter</li> <li><input type="checkbox"/> Uncle</li> <li><input type="checkbox"/> Aunt</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Other _____ (please add)</li> </ul>	<b>Sou o/a _____ do paciente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Marido</li> <li><input type="checkbox"/> Mulher</li> <li><input type="checkbox"/> Parceiro/a</li> <li><input type="checkbox"/> Amigo/a             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mãe</li> <li><input type="checkbox"/> Pai</li> <li><input type="checkbox"/> Irmão</li> <li><input type="checkbox"/> Irmã</li> <li><input type="checkbox"/> Filho</li> <li><input type="checkbox"/> Filha</li> <li><input type="checkbox"/> Tio</li> <li><input type="checkbox"/> Tia</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Outro _____ (por favor, adicione)</li> </ul>
---	--

<b>Why is your family member in the critical care unit:</b>	<b>Por que motivo se encontra o seu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos:</b>
---	---

<b>Very Satisfied</b>	<b>Muito satisfeito</b>
<b>Satisfied</b>	<b>Satisfeito</b>
<b>Not Certain</b>	<b>Não tenho a certeza</b>
<b>Not Satisfied</b>	<b>Insatisfeito</b>
<b>Very Dissatisfied</b>	<b>Muito Insatisfeito</b>

1. Honesty of the staff about my family member's condition	1. Sinceridade dos funcionários em relação à condição do meu familiar
--	---

2. Availability of the doctor to speak with me on a regular basis	2. Disponibilidade do médico para falar comigo regularmente
---	---

3. Waiting time for results of tests and x-rays	3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos testes e raio x
---	---

4. Peace of mind in knowing my family member's nurse(s)	4. Tranquilidade por conhecer a(s) enfermeira(s) do meu familiar
---	--

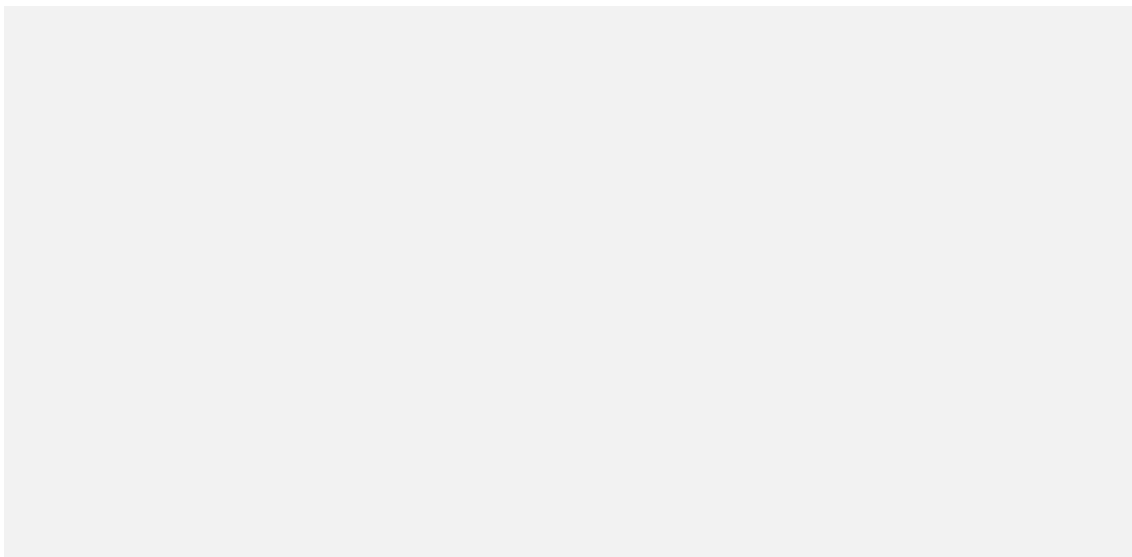
5. Ability to share in the care of my family member	5. Possibilidade de participar no cuidado do meu familiar
6. Clear explanation of tests, procedures, and treatments	6. Explicação clara dos testes, procedimentos e tratamentos
7. Promptness of the staff in responding to alarms and requests for assistance	7. Rapidez dos funcionários na resposta a alarmes e pedidos de assistência
8. Cleanliness and appearance of the waiting room	8. Limpeza e aspeto da sala de espera
9. Support and encouragement given to me during my family member's stay in the critical care unit	9. Apoio e encorajamento recebido durante a estadia do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos
10. Clear answers to my questions	10. Respostas claras às minhas dúvidas
11. Quality of care given to my family member	11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar
12. Sharing in decisions regarding my family member's care on a regular basis	12. Participação regular nas decisões que dizem respeito ao cuidado do meu familiar
13. Nurses' availability to speak with me every day about my family member's care	13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre o cuidado do meu familiar
14. Sensitivity of the doctor(s) to my family member's needs	14. Sensibilidade do(s) médico(s) às necessidades do meu familiar
15. Privacy provided for me and my family member during our visits	15. Privacidade disponibilizada nas minhas visitas ao familiar
16. Preparation for my family member's transfer from critical care	16. Preparação para a transferência do meu familiar dos cuidados intensivos
17. Peacefulness of the waiting room	17. Tranquilidade da sala de espera
18. Flexibility of visiting hours	18. Flexibilidade dos horários de visita
19. Noise level in the critical care unit	19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos
20. Sharing in discussions regarding my family member's recovery	20. Participação nos diálogos sobre a recuperação do meu familiar

<b>What else would you like us to know so we can take better care of our patients and their families?</b>	<b>O que mais gostaria que soubéssemos de modo a melhorar o cuidado dos nossos pacientes e das suas famílias?</b>
---	---

<b>Please feel free to name any individuals you feel are worthy of “special recognition”:</b>	<b>Por favor, indique as pessoas que considera merecedoras de um “reconhecimento especial”:</b>
---	---

## **RELATÓRIO**

Por favor registre os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.



**Grata pela sua colaboração e tempo dispensado!**

# FORMULÁRIO PARA TRADUÇÃO DA CCFSS

## FORMULÁRIO 1 - TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS

### Tradutor 2

Nome do tradutor: Margarida Luís

Perfil do tradutor (coloque uma cruz para assinalar a opção):

Conhecimento do conceito

Desconhecimento do conceito

Profissão/ Área de atividade: Enfermeira

Justificação para ser considerado “Bilingue”:

- Detentora do curso *International English Language Testing System*

### POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

Instruções	Tradução
Critical Care Family Satisfaction Survey	Inquérito de satisfação familiar em relação aos cuidados intensivos

Date Completed	Data de conclusão
----------------	-------------------

Instructions	Instruções
--------------	------------

Please have ONE family member complete the survey. Give your honest opinion for each statement on the survey. CIRCLE one of the five answers that best describes how satisfied you were with the care that you and your family member received while in the critical care unit. At the end of the survey, please comment on any negative or positive experiences you may have had. After filling out the survey, please seal it in the envelope provided and return it to the nurse or administrative partner.	Por favor, pede-se que UM membro da família responda ao inquérito. Dê a sua opinião honesta em cada ponto do inquérito. Assinale, com um CÍRCULO, qual das cinco opções melhor descreve a sua satisfação com os cuidados que você e o seu familiar receberam enquanto permaneceram na unidade de cuidados intensivos. No final do inquérito, indique por favor qualquer experiência negativa ou positiva que possa ter tido/vivenciado. Após o preenchimento do inquérito, coloque-o no envelope providenciado e devolva-o à enfermeira ou elemento administrativo.
--	---

General Questions	Questões Gerais
-------------------	-----------------

<b>Your age:</b> (...) 60 or more	<b>A sua idade:</b> (...) 60 ou mais
---	--

<b>Number of days your loved one is/was in the critical care unit:</b> (...) more than 10	<b>Número de dias que o seu ente querido está/esteve na Unidade de Cuidados Intensivos:</b> (...) mais de 10
---	--

<b>I am the patient's:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Husband</li> <li><input type="checkbox"/> Wife</li> <li><input type="checkbox"/> Significant Other           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Friend</li> <li><input type="checkbox"/> Mother</li> <li><input type="checkbox"/> Father</li> <li><input type="checkbox"/> Brother</li> <li><input type="checkbox"/> Sister</li> <li><input type="checkbox"/> Son</li> <li><input type="checkbox"/> Daughter</li> <li><input type="checkbox"/> Uncle</li> <li><input type="checkbox"/> Aunt</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Other _____(please add)</li> </ul>	<b>Sou o/a _____ do doente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Marido</li> <li><input type="checkbox"/> Mulher</li> <li><input type="checkbox"/> Parceiro/a</li> <li><input type="checkbox"/> Amigo/a           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mãe</li> <li><input type="checkbox"/> Pai</li> <li><input type="checkbox"/> Irmão</li> <li><input type="checkbox"/> Irmã</li> <li><input type="checkbox"/> Filho</li> <li><input type="checkbox"/> Filha</li> <li><input type="checkbox"/> Tio</li> <li><input type="checkbox"/> Tia</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Outro _____ (por favor, adicione/especifique)</li> </ul>
--	--

<b>Why is your family member in the critical care unit:</b>	<b>Por que motivo se encontra o seu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos:</b>
---	---

<b>Very Satisfied</b>	<b>Muito satisfeito</b>
<b>Satisfied</b>	<b>Satisfeito</b>
<b>Not Certain</b>	<b>Não tenho a certeza</b>
<b>Not Satisfied</b>	<b>Insatisfeito</b>
<b>Very Dissatisfied</b>	<b>Muito Insatisfeito</b>

1. Honesty of the staff about my family member's condition	1. Sinceridade dos funcionários/ membros da equipa em relação à condição/ estado de saúde do meu familiar
--	---

2. Availability of the doctor to speak with me on a regular basis	2. Disponibilidade do médico para falar comigo regularmente
---	---

3. Waiting time for results of tests and x-rays	3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos exames e raio x / Tempo de
---	--

	espera para obtenção do resultado de exames complementares de diagnóstico
4. Peace of mind in knowing my family member's nurse(s)	4. Tranquilidade por conhecer a(s) enfermeira(s) do meu familiar
5. Ability to share in the care of my family member	5. Possibilidade de participar nos cuidados prestados ao meu familiar
6. Clear explanation of tests, procedures, and treatments	6. Explicação clara dos exames, procedimentos e tratamentos
7. Promptness of the staff in responding to alarms and requests for assistance	7. Rapidez dos elementos da equipa na resposta a alarmes e pedidos de assistência
8. Cleanliness and appearance of the waiting room	8. Limpeza e aspeto da sala de espera
9. Support and encouragement given to me during my family member's stay in the critical care unit	9. Apoio e encorajamento recebido durante a estadia/ internamento do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos
10. Clear answers to my questions	10. Respostas claras às minhas dúvidas
11. Quality of care given to my family member	11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar
12. Sharing in decisions regarding my family member's care on a regular basis	12. Participação regular nas decisões que dizem respeito ao cuidado do meu familiar
13. Nurses' availability to speak with me every day about my family member's care	13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre os cuidados prestados ao meu familiar
14. Sensitivity of the doctor(s) to my family member's needs	14. Compreensão do(s) médico(s) face às necessidades do meu familiar
15. Privacy provided for me and my family member during our visits	15. Privacidade disponibilizada nas minhas visitas ao familiar/ durante o período de visita
16. Preparation for my family member's transfer from critical care	16. Preparação para a transferência do meu familiar dos cuidados intensivos
17. Peacefulness of the waiting room	17. Tranquilidade da sala de espera
18. Flexibility of visiting hours	18. Flexibilidade dos horários de visita

19. Noise level in the critical care unit	19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos
20. Sharing in discussions regarding my family member's recovery	20. Participação nos diálogos/ na tomada de decisão sobre a recuperação do meu familiar
<b>What else would you like us to know so we can take better care of our patients and their families?</b>	<b>O que mais gostaria que soubéssemos de modo a melhorar o cuidado dos nossos doentes e das suas famílias?</b>
<b>Please feel free to name any individuals you feel are worthy of "special recognition":</b>	<b>Por favor, indique as pessoas que considera merecedoras de um "reconhecimento especial":</b>

## RELATÓRIO

Por favor registe os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

**Grata pela sua colaboração e tempo dispensado!**

## **Apêndice IV – Relatório do Processo de Síntese das Traduções**

# RELATÓRIO DO PROCESSO DE SÍNTESE DAS TRADUÇÕES

## FORMULÁRIO 2 - PAINEL DA VERSÃO SÍNTESE 1 (TRADUÇÃO DA LÍNGUA ORIGINAL- LÍNGUA PORTUGUESA)

### MEMBROS DO PAINEL

- **Nome:** Maria Dixe | Profissão/Área de atividade: Enfermeira/ Docente Ensino Superior Politécnico

- **Nome:** Helena Botelho | Profissão/ Área de atividade: Enfermeira

- **Nome:** Ana Querido | Profissão/ Área de atividade: Enfermeira/ Professora Adjunta Doutora Escola Superior de Saúde de Leiria

Data: outubro/2015

**INSTRUMENTO:** *Critical Care Family Satisfaction Survey*

### TRADUÇÃO DAS INSTRUÇÕES

<b>Versão Original</b>	<b>Tradutor 1</b>	<b>Tradutor 2</b>	<b>Versão de Consenso</b>
Very Satisfied	Muito Satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito
Satisfied	Satisfeito	Satisfeito	Satisfeito
Not Certain	Não tenho a certeza	Não tenho a certeza	Indeciso
Not Satisfied	Insatisfeito	Insatisfeito	Insatisfeito
Very Dissatisfied	Muito Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Muito Insatisfeito
1. Honesty of the staff about my family member's condition	1. Sinceridade dos funcionários em relação à condição do meu familiar	1. Sinceridade dos funcionários/ membros da equipa em relação à condição/ estado de saúde do meu familiar	1. Sinceridade dos membros da equipa em relação à condição/ estado de saúde do meu familiar
2. Availability of the doctor to speak with me on a regular basis	2. Disponibilidade do médico para falar comigo regularmente	2. Disponibilidade do médico para falar comigo regularmente	2. Disponibilidade do(s) médico(s) para falar comigo regularmente
3. Waiting time for results of tests and x-rays	3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos testes e raio x	3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos exames e raio x / Tempo de espera para obtenção do resultado de exames complementares de diagnóstico	3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos exames e raio X
4. Peace of mind in knowing my family member's nurse(s)	4. Tranquilidade por conhecer a(s) enfermeira(s) do meu familiar	4. Tranquilidade por conhecer a(s) enfermeira(s) do meu familiar	4. Tranquilidade por conhecer o(s) enfermeiro(s) do meu familiar
5. Ability to share in the care of my family member	5. Possibilidade de participar no cuidado do meu familiar	5. Possibilidade de participar nos cuidados prestados ao meu familiar	5. Possibilidade de participar nos cuidados prestados ao meu familiar
6. Clear explanation of tests, procedures, and Treatments	6. Explicação clara dos testes, procedimentos e tratamentos	6. Explicação clara dos exames, procedimentos e tratamentos	6. Explicação clara dos exames, procedimentos e tratamentos
7. Promptness of the staff in responding to alarms and requests for assistance	7. Rapidez dos funcionários na resposta a alarmes e pedidos de assistência	7. Rapidez dos elementos da equipa na resposta a alarmes e pedidos de assistência	7. Rapidez dos elementos da equipa na resposta a alarmes e pedidos de assistência
8. Cleanliness and appearance of the waiting room	8. Limpeza e aspeto da sala de espera	8. Limpeza e aspeto da sala de espera	8. Limpeza e aspeto da sala de espera

9. Support and encouragement given to me during my family member's stay in the critical care unit	9. Apoio e encorajamento recebido durante a estadia do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos	9. Apoio e encorajamento recebido durante a estadia/ internamento do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos	9. Apoio e encorajamento recebido durante o internamento do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos
10. Clear answers to my questions	10. Respostas claras às minhas dúvidas	10. Respostas claras às minhas dúvidas	10. Respostas claras às minhas dúvidas
11. Quality of care given to my family member	11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar	11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar	11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar
12. Sharing in decisions regarding my family member's care on a regular basis	12. Participação regular nas decisões que dizem respeito ao cuidado do meu familiar	12. Participação regular nas decisões que dizem respeito ao cuidado do meu familiar	12. Participação regular nas decisões que dizem respeito aos cuidados prestados do meu familiar
13. Nurses availability to speak with me every day about my family member's care	13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre o cuidado do meu familiar	13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre os cuidados prestados ao meu familiar	13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre os cuidados prestados ao meu familiar
14. Sensitivity of the doctor(s) to my family member's needs	14. Sensibilidade do(s) médico(s) às necessidades do meu familiar	14. Compreensão do(s) médico(s) face às necessidades do meu familiar	14. Compreensão do(s) médico(s) face às necessidades do meu familiar
15. Privacy provided for me and my family member during our visits	15. Privacidade disponibilizada nas minhas visitas ao familiar	15. Privacidade disponibilizada nas minhas visitas ao familiar/ durante o período de visita	15. Privacidade durante o período de visitas
16. Preparation for my family member's transfer from critical care	16. Preparação para a transferência do meu familiar dos Cuidados Intensivos	16. Preparação para a transferência do meu familiar dos cuidados intensivos	16. Preparação da transferência do meu familiar da Unidade de Cuidados Intensivos
17. Peacefulness of the waiting room	17. Tranquilidade da sala de espera	17. Tranquilidade da sala de espera	17. Tranquilidade da sala de espera
18. Flexibility of visiting hours	18. Flexibilidade dos horários de visita	18. Flexibilidade dos horários de visita	18. Flexibilidade dos horários de visita
19. Noise level in the critical care unit	19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos	19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos	19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos
20. Sharing in discussions regarding my family member's recovery	20. Participação nos diálogos sobre a recuperação do meu familiar	20. Participação nos diálogos/ na tomada de decisão sobre a recuperação do meu familiar	20. Participação nas discussões/decisões sobre a recuperação do meu familiar

## RELATÓRIO

Por favor registre os seus comentários relativos ao conteúdo da tradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

- Sentimos necessidade de elaborar uma pequena nota introdutória para contextualizar o inquérito:

‘A Unidade de Cuidados Intensivos é o serviço de internamento onde se prestam cuidados de saúde altamente diferenciados.

Pretende-se com este inquérito servir cada vez melhor os doentes e as suas famílias/ cuidadores, visando alcançar o máximo de qualidade nos serviços que se prestam. Neste sentido é necessário contar com a sua preciosa colaboração!

Peço-lhe que preencha o seguinte questionário com a máxima sinceridade a todas as questões. O questionário é totalmente ANÓNIMO.

Desde já o meu muito obrigado pela sua colaboração!’

- Optámos ainda por dividir o inquérito em dois grupos:

Grupo I – Dados sociodemográficos e familiares

Grupo II - *Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)*

- Após diálogo com os Enfermeiros chefes face à realidade das UCI envolvidas no estudo, optámos por não colocar os inquéritos preenchidos em envelopes, mas sim criar urnas para cada UCI.

- Com o intuito de evitar ambiguidades nas respostas ao inquérito escolhemos a escala qualitativa e só posteriormente convertê-la para quantitativa:

<b>Escala Qualitativa</b>	<b>Escala Quantitativa</b>
Muito Satisfeito (MS)	5
Satisfeito (S)	4
Indeciso	3
Insatisfeito (I)	2
Muito Insatisfeito (MI)	1

## **Apêndice V – Pedido de colaboração para a retroversão**

## Pedido de colaboração para a retroversão

Castelo Branco, novembro de 2015

Caro(a) Colega,

No âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, encontro-me a desenvolver o meu projeto de investigação subordinado ao tema ‘**Validação cultural da *Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)* para a população portuguesa**’. O presente estudo é desenvolvido sob a orientação da professora Doutora Maria dos Anjos Dixe e tem como objetivos principais: adaptar culturalmente a CCFSS para a população portuguesa de familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI; determinar as características psicométricas da CCFSS para a população portuguesa de familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI; avaliar a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI; e determinar a relação entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e algumas características sociodemográficas e familiares. Para que um instrumento possa ser utilizado numa língua e cultura diferentes daquelas em foi originalmente desenvolvido, é necessário seguir um conjunto de procedimentos rigorosos, sendo o primeiro, a tradução da versão original do instrumento (inglês) para a língua portuguesa. O segundo procedimento é a retroversão da versão traduzida.

Nesse sentido, e considerando que cumpre os critérios definidos na literatura para participar neste tipo de tradução, solicito a sua colaboração no processo de tradução e adaptação cultural do questionário CCFSS, através da retradução do conteúdo para a língua original, o inglês.

Junto anexo as instruções e questões a serem retraduzidas. A retradução deverá ser acompanhada de um relatório com o registo de comentários relativos ao conteúdo da mesma, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Helena Botelho

## **Apêndice VI – Retroversões obtidas dos retrotradutores**

# FORMULÁRIO PARA RETROVERSÃO DA CCFSS

## FORMULÁRIO 3 – Retradução para Inglês

### Retradutor 1

Nome do retradutor: Joana Guilherme

Perfil do tradutor (coloque uma cruz para assinalar a opção):



Conhecimento do conceito



Desconhecimento do conceito

Profissão/ Área de atividade: Enfermeira

Justificação para ser considerado bilingue, *expert* na área e totalmente cego em relação à versão original do instrumento CCFSS:

- Deputy Sister no Clifton Ward (Royal Hampshire County Hospital) desde junho de 2014;
- Nunca apliquei o questionário mencionado, não conheço a sua versão original.

### POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

Instruções	Retradução
Inquérito de Satisfação Familiar	Family Satisfaction Test

<p>A Unidade de Cuidados Intensivos é o serviço de internamento onde se prestam cuidados de saúde altamente diferenciados.</p> <p>Pretende-se com este inquérito servir cada vez melhor os doentes e as suas famílias/cuidadores, visando alcançar o máximo de qualidade nos serviços que se prestam. Neste sentido é necessário contar com a sua preciosa colaboração!</p> <p>Peço-lhe que preencha o seguinte questionário com a máxima sinceridade a todas as questões. O questionário é totalmente ANÓNIMO.</p> <p>Desde já o meu muito obrigado pela sua colaboração!</p>	<p>The Intensive Care Unit is the ward where highly specified patient care is provided.</p> <p>With this test, we look to provide better care to our patients and relatives/carers, aiming to reach the highest quality of care we provide. Therefore, we need your feedback!</p> <p>We kindly ask you to answer the following test with your highest sincerity all the questions. This test is totally ANONIMOUS.</p> <p>Thank you for your cooperation in advance!</p>
--	--

<b>Grupo I – Dados sociodemográficos e familiares</b>	<b>Group I – Sociodemographic and family information</b>
---	--

<b>Qual é a sua idade?</b>	<b>What's your age?</b>
----------------------------	-------------------------

<b>Qual é a idade do seu familiar?</b>	<b>How old is your relative?</b>
--	----------------------------------

<b>Há quantos dias está o seu familiar internado na Unidade de Cuidados Intensivos?</b>	<b>How many days has your relative been in the Intensive Care Unit?</b>
---	---

<b>Qual é a relação que tem com o doente?</b> <input type="checkbox"/> Marido <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Parceiro/a <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Irmã <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Filha <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Outro _____ (por favor especifique)	<b>What's your relationship with the patient?</b> <input type="checkbox"/> Husband <input type="checkbox"/> Wife <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother <input type="checkbox"/> Sister <input type="checkbox"/> Son <input type="checkbox"/> Daughter <input type="checkbox"/> Uncle <input type="checkbox"/> Aunt <input type="checkbox"/> Other _____ (please, specify)
---	--

<b>Com que frequência vem visitar o seu familiar?</b>	<b>How often do you visit your relative?</b>
Duas vezes por dia	Twice a day
Uma vez por dia	Once a day
Dia sim dia não	Every other day
É o primeiro dia que venho	First time I visit him/her
Outra (por favor especifique)	Other (please, specify)

<b>Por que motivo se encontra o seu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos?</b>	<b>Why is your relative in the Intensive Care Unit?</b>
---	---

<b>De 0 a 10 indique o seu grau de satisfação com os cuidados que estão a ser prestados ao seu familiar:</b>	<b>From 0 to 10 how satisfied are you with the quality of care provided to your relative:</b>
--	---

<b>É a primeira vez que tem um familiar internado em Cuidados Intensivos?</b>	<b>Is it the first time you have a relative in the Intensive Care Unit?</b>
Sim	Yes
Não	No

(Se <b>não</b> por favor especifique quem esteve)	(If <b>no</b> , who was?)
Quanto tempo esteve internado?	How long was he/she admitted for?
Quando teve alta e para onde?	When was he/she discharged and where to?
De 0 a 10 indique o seu grau de satisfação com os cuidados que lhe foram prestados:	From 0 to 10 how satisfied were you with the quality of care provided to your relative:

<b>Grupo II - Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)</b>	<b>Group II - Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)</b>
--	--

<p>Por favor, pede-se que UM membro da família/cuidador principal responda ao inquérito. Dê a sua opinião honesta em cada ponto do inquérito.</p> <p>Assinale, com um CÍRCULO, qual das cinco opções melhor descreve a sua satisfação com os cuidados que você e o seu familiar receberam enquanto permaneceram na Unidade de Cuidados Intensivos.</p> <p>No final do inquérito, indique por favor qualquer experiência negativa ou positiva que possa ter tido.</p>	<p>Please have ONE family member completing this survey. Give your honest opinion for each statement on the survey. Circle one of the five answers that best describes how satisfied you were with the care that you and your family member received while in the Critical Care Unit. At the end of the survey please comment on any negative or positive experiences you may have had. After filling out the survey, please seal it in the envelope and return it to the nurse or ward clerk.</p>
--	--

<b>Muito satisfeito</b>	<b>Very satisfied</b>
<b>Satisfeito</b>	<b>Satisfied</b>
<b>Indeciso</b>	<b>Not Certain</b>
<b>Insatisfeito</b>	<b>Not Satisfied</b>
<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Very dissatisfied</b>

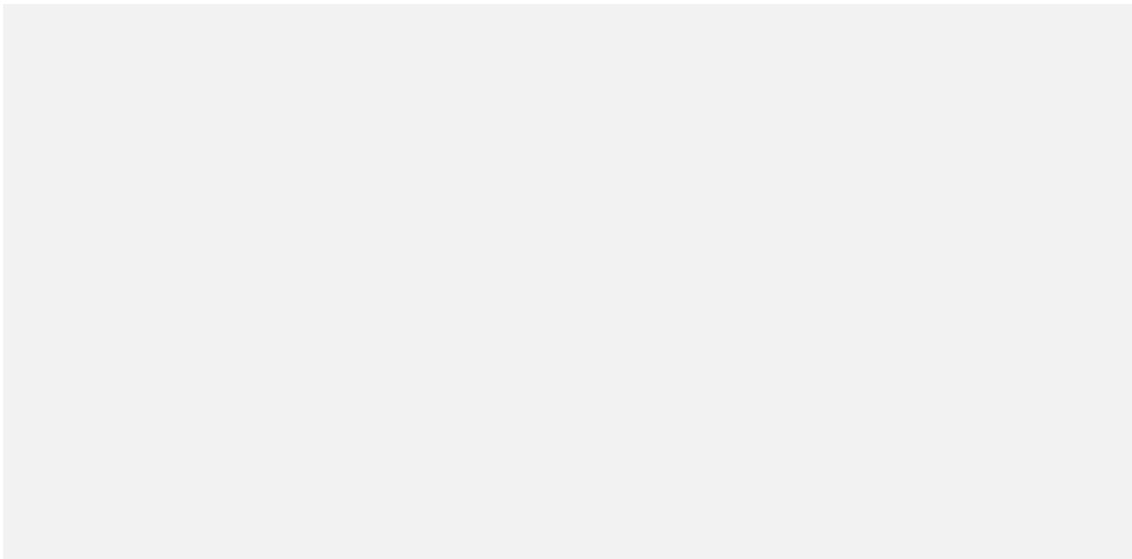
1. Sinceridade dos membros da equipa em relação à condição/ estado de saúde do meu familiar	1. Honesty of the staff regarding the health condition of my relative
2. Disponibilidade do(s) médico(s) para falar comigo regularmente	2. Availability of the doctor(s) to speak with me regularly
3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos exames e raio X	3. Waiting time for results of tests and xRay
4. Tranquilidade por conhecer o(s) enfermeiro(s) do meu familiar	4. Peace of mind for knowing the nurse(s) looking after my relative
5. Possibilidade de participar nos cuidados prestados ao meu familiar	5. Possibility of being part of the care provided to my relative
6. Explicação clara dos exames, procedimentos e tratamentos	6. Clear explanation of tests, procedures and treatments

7. Rapidez dos elementos da equipa na resposta a alarmes e pedidos de assistência	7. Promptness of the staff in responding to alarms and requests for assistance
8. Limpeza e aspeto da sala de espera	8. Cleaness and appearance of the waiting room
9. Apoio e encorajamento recebido durante o internamento do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos	9. Support and encouragement given to me during my family members stay in the Critical Care Unit
10. Respostas claras às minhas dúvidas	10. Clear answers to my questions
11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar	11. Quality of care given to my family member
12. Participação regular nas decisões que dizem respeito aos cuidados prestados ao meu familiar	12. Sharing in the decisions regarding my family members care regularly
13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre os cuidados prestados ao meu familiar	13. Nurses availability to speak with me every day about my family members care
14. Compreensão do(s) médico(s) face às necessidades do meu familiar	14. Sensitivity of the doctor(s) to my family members needs
15. Privacidade durante o período de visitas	15. Privacy provided to me and my family member during our visits
16. Preparação para a transferência do meu familiar da Unidade de Cuidados Intensivos	16. Preparation for my family members transfer from critical care
17. Tranquilidade da sala de espera	17. Peacefulness of the waiting room
18. Flexibilidade dos horários de visita	18. Flexibility of visiting hours
19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos	19. Noise level in the critical care unit
20. Participação nas discussões/decisões sobre a recuperação do meu familiar	20. Sharing in discussions regarding my family members recovery
<b>Resposta livre</b>	<b>Free answer</b>
<b>O que mais gostaria que soubéssemos de modo a melhorar o cuidado dos nossos doentes e das suas famílias?</b>	<b>What else would you like us to know so we can take better care of our patients and their families?</b>

<b>Por favor, sinta-se à vontade para referir um ou mais profissionais que cuidam do seu familiar que sente que é digno de “reconhecimento especial”:</b>	<b>Please feel free to name any individuals you feel are worthy of "special recognition":</b>
---	---

## **RELATÓRIO**

Por favor registre os seus comentários relativos ao conteúdo da retradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.



**Grata pela sua colaboração e tempo dispensado!**

# FORMULÁRIO PARA RETROVERSÃO DA CCFSS

## FORMULÁRIO 3 – Retradução para Inglês

### Retradutor 2

Nome do retradutor: Marisa Cruz

Perfil do tradutor (coloque uma cruz para assinalar a opção):

Conhecimento do conceito

Desconhecimento do conceito

Profissão/ Área de atividade: Técnica de Medicina Nuclear

Justificação para ser considerado bilingue, *expert* na área e totalmente cego em relação à versão original do instrumento CCFSS:

- Detentora do curso *International English Language Testing System*;
- Nunca apliquei o questionário mencionado, não conheço a sua versão original.

### POR FAVOR ESCREVA NESTE DOCUMENTO

Instruções	Retradução
<b>Inquérito de Satisfação Familiar</b>	<b>Family's Satisfaction Questionnaire</b>

<p>A Unidade de Cuidados Intensivos é o serviço de internamento onde se prestam cuidados de saúde altamente diferenciados.</p> <p>Pretende-se com este inquérito servir cada vez melhor os doentes e as suas famílias/ cuidadores, visando alcançar o máximo de qualidade nos serviços que se prestam. Neste sentido é necessário contar com a sua preciosa colaboração!</p> <p>Peço-lhe que preencha o seguinte questionário com a máxima sinceridade a todas as questões. O questionário é totalmente ANÓNIMO.</p> <p>Desde já o meu muito obrigado pela sua colaboração!</p>	<p>Intensive Care Unit is a department of a hospital that provides intensive care for inpatients in a critically ill or unstable condition.</p> <p>The aim of this questionnaire is to improve our service to achieve high quality standards. However, to make that possible we really need your precious help!</p> <p>Please, fill in this questionnaire asking all the questions truthfully. This questionnaire is totally anonymous.</p> <p>Thank you so much for your collaboration!</p>
---	--

<b>Grupo I – Dados sociodemográficos e familiares</b>	<b>Group 1 – Familiar and Socio Demographic information</b>
---	---

<b>Qual é a sua idade?</b>	<b>What's your age?</b>
----------------------------	-------------------------

<b>Qual é a idade do seu familiar?</b>	<b>How old is your relative?</b>
--	----------------------------------

<b>Há quantos dias está o seu familiar internado na Unidade de Cuidados Intensivos?</b>	<b>How many days have your relative been in the Intensive Care Unit?</b>
---	--

<p><b>Qual é a relação que tem com o doente?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Marido</p> <p><input type="checkbox"/> Mulher</p> <p><input type="checkbox"/> Parceiro/a</p> <p><input type="checkbox"/> Amigo/a</p> <p><input type="checkbox"/> Mãe</p> <p><input type="checkbox"/> Pai</p> <p><input type="checkbox"/> Irmão</p> <p><input type="checkbox"/> Irmã</p> <p><input type="checkbox"/> Filho</p> <p><input type="checkbox"/> Filha</p> <p><input type="checkbox"/> Tio</p> <p><input type="checkbox"/> Tia</p> <p><input type="checkbox"/> Outro _____ (por favor especifique)</p>	<p><b>Which is the relationship with this patient?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Husband</p> <p><input type="checkbox"/> Wife</p> <p><input type="checkbox"/> Partner (if not married)</p> <p><input type="checkbox"/> Friend</p> <p><input type="checkbox"/> Mother</p> <p><input type="checkbox"/> Father</p> <p><input type="checkbox"/> Brother</p> <p><input type="checkbox"/> Sister</p> <p><input type="checkbox"/> Son</p> <p><input type="checkbox"/> Daughter</p> <p><input type="checkbox"/> Uncle</p> <p><input type="checkbox"/> Aunt</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____ (in that case you must write which is your relationship)</p>
--	---

<b>Com que frequência vem visitar o seu familiar?</b>	<b>How often are you coming to visit your relative?</b>
Duas vezes por dia	Twice a day
Uma vez por dia	Once a day
Dia sim dia não	Every other day
É o primeiro dia que venho	It is my first day
Outra (por favor especifique)	Other (please specify)

<b>Por que motivo se encontra o seu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos?</b>	<b>Why is your family in the Intensive Care Unit?</b>
---	---

<b>De 0 a 10 indique o seu grau de satisfação com os cuidados que estão a ser prestados ao seu familiar:</b>	<b>Between 0 - 10 indicate your level of satisfaction with the care that have been providing to your relative:</b>
--	--

<b>É a primeira vez que tem um familiar internado em Cuidados Intensivos?</b>	<b>It is the first time that you have a relative in the Intensive Care Unit?</b>
Sim	Yes

Não	No
(Se <b>não</b> por favor especifique quem esteve)	(If <b>no</b> , who was your other relative)
Quanto tempo esteve internado?	How many days was he/she in the Intensive Care Unit?
Quando teve alta e para onde?	When and to where was he/she discharged?
De 0 a 10 indique o seu grau de satisfação com os cuidados que lhe foram prestados:	Between 0 -10 indicate your level of satisfaction with the care that has provided to your relative:

<b>Grupo II - Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)</b>	<b>Group II - Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)</b>
--	--

<p>Por favor, pede-se que UM membro da família/cuidador principal responda ao inquérito. Dê a sua opinião honesta em cada ponto do inquérito.</p> <p>Assinale, com um CÍRCULO, qual das cinco opções melhor descreve a sua satisfação com os cuidados que você e o seu familiar receberam enquanto permaneceram na Unidade de Cuidados Intensivos.</p> <p>No final do inquérito, indique por favor qualquer experiência negativa ou positiva que possa ter tido.</p>	<p>Please, this questionnaire must be filled just for ONE member of the family. Give your truthfully and sincere opinion in each question.</p> <p>Mark with a circle the option that best describes your situation regarding all the cares gave to you and your relative while you were in the Intensive Cares Unit.</p> <p>In the end of questionnaire, please share any positive or negative experience. After fill this questionnaire, please put it in the provided envelop, close and give to a nurse or other administrative member.</p>
--	--

<b>Muito satisfeito</b>	Very Satisfied
<b>Satisfeito</b>	Satisfied
<b>Indeciso</b>	Unknown/ Undecided
<b>Insatisfeito</b>	Unsatisfied
<b>Muito Insatisfeito</b>	Very Unsatisfied

1. Sinceridade dos membros da equipa em relação à condição/ estado de saúde do meu familiar	1. Honesty of the staff about your relative's health state condition
2. Disponibilidade do(s) médico(s) para falar comigo regularmente	2. Doctor's availability to speak with you regularly
3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos exames e raio X	3. Waiting time in obtaining the exams results and X rays
4. Tranquilidade por conhecer o(s) enfermeiro(s) do meu familiar	4. Assurance in knowing the nurse(s) of your relative

5. Possibilidade de participar nos cuidados prestados ao meu familiar	5. Possibility in participate providing health care to my relative
6. Explicação clara dos exames, procedimentos e tratamentos	6. Clear explanation of the exam's procedures and treatments
7. Rapidez dos elementos da equipa na resposta a alarmes e pedidos de assistência	7. Quick responding of the staff in alarms and requests of assistance
8. Limpeza e aspeto da sala de espera	8. Cleanness and appearance of the waiting room
9. Apoio e encorajamento recebido durante o internamento do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos	9. Support and encouragement during the stage of my relative on the intensive care unit
10. Respostas claras às minhas dúvidas	10. Clear answers at your doubts
11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar	11. Health care quality provided to my relative
12. Participação regular nas decisões que dizem respeito aos cuidados prestados ao meu familiar	12. Regular participation on the decisions of the health care provided to my relative
13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre os cuidados prestados ao meu familiar	13. Availability of the nurse(s) to speak with me about the health care provided to my relative
14. Compreensão do(s) médico(s) face às necessidades do meu familiar	14. Comprehension of the doctor(s) given my relative needs
15. Privacidade durante o período de visitas	15. Privacy during the visits periods
16. Preparação para a transferência do meu familiar da Unidade de Cuidados Intensivos	16. Preparation of my relative's transfer to the intensive care unit
17. Tranquilidade da sala de espera	17. Tranquility in the waiting room
18. Flexibilidade dos horários de visita	18. Flexibility of the visit schedules
19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos	19. Nuisance level on the intensive care unit

20. Participação nas discussões/decisões sobre a recuperação do meu familiar	20. Participation on the discussions/ decisions of my relative recovery
--	---

<b>Resposta livre</b>	<b>Free answer</b>
-----------------------	--------------------

<b>O que mais gostaria que soubéssemos de modo a melhorar o cuidado dos nossos doentes e das suas famílias?</b>	<b>Is there anything that you would like to say in order to improve our patient's and family's care?</b>
---	--

<b>Por favor, sinta-se à vontade para referir um ou mais profissionais que cuidam do seu familiar que sente que é digno de “reconhecimento especial”:</b>	<b>Please, let us know who, in your opinion, deserves a special gratitude:</b>
---	--

## **RELATÓRIO**

Por favor registe os seus comentários relativos ao conteúdo da retradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

**Grata pela sua colaboração e tempo dispensado!**

## **Apêndice VII – Versão síntese das retroversões obtidas**

# **RELATÓRIO DO PROCESSO DE SÍNTESE DAS RETROVERSÕES**

## **FORMULÁRIO 4 - PAINEL DA VERSÃO SÍNTESE 2 (RETRADUÇÃO DA LÍNGUA PORTUGUESA – LÍNGUA ORIGINAL)**

### **MEMBROS DO PAINEL**

- **Nome:** José Guerreiro | Profissão/ Área de atividade: Professor Convidado Escola Superior de Saúde de Leiria

- **Nome:** Joana Santos | Profissão/ Área de atividade: Enfermeira

- **Nome:** Maria Dixe | Profissão/Área de atividade: Enfermeira/ Professora Coordenadora Doutora Escola Superior de Saúde de Leiria

Data: janeiro/2016

**INSTRUMENTO:** *Critical Care Family Satisfaction Survey*

### **RETRADUÇÃO DAS INSTRUÇÕES**

<b>Original</b>	<b>Retradutor 1</b>	<b>Retradutor 2</b>	<b>Final version</b>
1. Honesty of the staff about my family member's condition	1. Honesty of the staff regarding the health condition of my relative	1. Honesty of the staff about your relative's health state condition	1. Honesty of the staff about my relative's health condition
2. Availability of the doctor to speak with me on a regular basis	2. Availability of the doctor(s) to speak with me regularly	2. Doctor's availability to speak with you regularly	2. Availability of the doctor(s) to speak with me regularly
3. Waiting time for results of tests and x-rays	3. Waiting time for results of tests and x-rays	3. Waiting time in obtaining the exams results and x-rays	3. Waiting time for obtaining results of exams and x-rays
4. Peace of mind in knowing my family member's nurse(s)	4. Peace of mind for knowing the nurses looking after my relative	4. Assurance in knowing the nurse(s) of your relative	4. Peace of mind in knowing my relative's nurses
5. Ability to share in the care of my family member	5. Possibility of being part of the care provided to my relative	5. Possibility in participate providing health care to my relative	5. Possibility to take part in the care provided to my relative
6. Clear explanation of tests, procedures, and Treatments	6. Clear explanation of tests, procedures and treatments	6. Clear explanation of the exams procedures and treatments	6. Clear explanation of tests, procedures, and treatments
7. Promptness of the staff in responding to alarms and requests for assistance	7. Promptness of the staff in responding to alarms and requests for assistance	7. Quick responding of the staff in alarms and requests of assistance	7. Promptness of the staff in responding to alarms and requests for assistance
8. Cleanliness and appearance of the waiting room	8. Cleanness and appearance of the waiting room	8. Cleanness and appearance of the waiting room	8. Cleanliness and appearance of the waiting room
9. Support and encouragement given to me during my family member's stay in the critical care unit	9. Support and encouragement given to me during my family members stay in the Critical Care Unit	9. Support and encouragement during the stage of my relative on the intensive care unit	9. Support and encouragement given to me during my relative's stay in the critical care unit
10. Clear answers to my questions	10. Clear answers to my questions	10. Clear answers at your doubts	10. Clear answers to my questions
11. Quality of care given to my family member	11. Quality of care given to my family member	11. Health care quality provided to my relative	11. Quality of the care given to my relative
12. Sharing in decisions regarding my family member's care on a regular basis	12. Sharing in the decisions regarding my family member's care regularly	12. Regular participation on the decisions of the health care provided to my relative	12. Sharing in decisions regarding my relative's care, regularly

13. Nurses availability to speak with me every day about my family member's care	13. Nurses availability to speak with me every day about my family member's care	13. Availability of the nurse(s) to speak with me about the health care provided to my relative	13. Availability of the nurses to speak with me every day about my relative's care
14. Sensitivity of the doctor(s) to my family member's needs	14. Sensitivity of the doctor to my family member's needs	14. Comprehension of the doctor(s) given my relative needs	14. Sensitivity of the physician to my relative's needs
15. Privacy provided for me and my family member during our visits	15. Privacy provided to me and my family member during our visits	15. Privacy during the visits periods	15. Privacy provided for me and my relative during visits
16. Preparation for my family member's transfer from critical care	16. Preparation for my family members transfer from critical care	16. Preparation of my relative's transfer to the intensive care unit	16. Preparation for my family member's transfer from critical care
17. Peacefulness of the waiting room	17. Peacefulness of the waiting room	17. Tranquility in the waiting room	17. Peacefulness of the waiting room
18. Flexibility of visiting hours	18. Flexibility of visiting hours	18. Flexibility of the visit schedules	18. Flexibility of visiting hours
19. Noise level in the critical care unit	19. Noise level in the critical care unit	19. Nuisance level on the critical care unit	19. Noise level in the critical care unit
20. Sharing in discussions regarding my family member's recovery	20. Sharing in discussions regarding my family members recovery	20. Participation on the discussions/ decisions of my relative recovery	20. Sharing in discussions regarding my relative's recovery

## RELATÓRIO

Por favor registre os seus comentários relativos ao conteúdo da retradução, possíveis ambiguidades e processo que guiou à tomada de decisão.

- Optámos pela terminologia “*family member*” em detrimento de “*my relative’s*”. Contudo, será validada esta tomada de decisão com os autores originais da escala.

**Grata pela sua colaboração e tempo dispensado!**

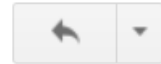
**Apêndice VIII - Parecer dos autores da CCFSS acerca da versão retrotraduzida**

## CCFSS Translation - IMPORTANT



**Helena Botelho** <hihbotelho@gmail.com>

10/01 ☆



para Mae, Daniel ▾

Good morning,

I hereby request if is possible that you evaluate the document that is attached to ensure that the translation keeps the original document context.

Thanks.

Regards,  
Helena Botelho



**Mae Ann Pasquale** <MaeAnn.Pasquale@cedarcrest.edu>

13/01 ☆



para mim ▾

Dear Helena,  
I looked over your translation and it looks great!

Check #16 - you always use my relative but the translation for #16 is still using my family member. I am assuming you would want to change this. Otherwise, as one of the authors, I would grant you permission for use. Please keep us posted as you continue to move forward and good luck!

Best Regards,

Mae Ann Pasquale

Mae Ann Pasquale, PhD, RN  
Assistant Professor of Nursing  
Cedar Crest College  
100 College Drive  
Allentown, PA 18104  
Office: [610-606-4666](tel:610-606-4666) ext. 3624  
Fax: [610-606-4615](tel:610-606-4615)  
Email: [mpasqual@cedarcrest.edu](mailto:mpasqual@cedarcrest.edu)



**Daniel Ray** <Daniel.Ray@mhn.org>

25/01 ☆



para mim, maeann.pasquale ▾

This looks good to me.

Thanks,

Dan Ray

**Apêndice IX – Versão Portuguesa da *Critical Care Family Satisfaction Survey*  
(CCFSS)**

# INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO FAMILIAR

A **Unidade de Cuidados Intensivos** é o serviço de internamento onde se prestam cuidados de saúde altamente diferenciados.

**Pretende-se com este inquérito servir cada vez melhor o doente e a sua família/cuidador principal, visando alcançar o máximo de qualidade nos serviços que se prestam.** Neste sentido **é necessário** contar com a sua preciosa colaboração!

Peço-lhe que preencha o seguinte questionário com a máxima sinceridade a todas as questões.

O questionário é totalmente anónimo.

Após o preenchimento do inquérito coloque-o na urna que se encontra ao seu dispor.

A abertura da urna só se irá realizar quando todos os inquéritos tiverem sido preenchidos.

**Em caso de dúvida não hesite em pedir ajuda!**

Obrigada pela sua colaboração!

## GRUPO I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E FAMILIARES

Qual é a sua idade?

Qual é a idade do seu familiar?

Há quantos dias está/esteve o seu familiar internado na Unidade de Cuidados Intensivos?

Qual é a relação que tem com o doente?

Marido <input type="checkbox"/>	Mulher <input type="checkbox"/>	Parceiro/a <input type="checkbox"/>	Amigo/a <input type="checkbox"/>	Mãe <input type="checkbox"/>	Pai <input type="checkbox"/>	Irmão <input type="checkbox"/>	Irmã <input type="checkbox"/>
Filho <input type="checkbox"/>	Filha <input type="checkbox"/>	Tio <input type="checkbox"/>	Tia <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> (por favor especifique)			

Com que frequência vem visitar o seu familiar?

Duas vezes por dia <input type="checkbox"/>	Uma vez por dia <input type="checkbox"/>	Dia sim dia não <input type="checkbox"/>	É o primeiro dia que venho <input type="checkbox"/>
Outra <input type="checkbox"/> (por favor especifique)			

Por que motivo se encontra o seu familiar na unidade de cuidados intensivos?

De 0 a 10 indique o seu grau de satisfação com os cuidados que estão a ser prestados ao seu familiar:

É a primeira vez que tem um familiar internado em Cuidados Intensivos?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
(Se <b>não</b> por favor especifique quem esteve)		

### GRUPO II- CRITICAL CARE FAMILY SATISFACTION SURVEY (CCFSS)

Por favor, pede-se que **UM membro da família/cuidador principal responda ao inquérito. Dê a sua opinião honesta em cada ponto do inquérito.**

**Assinale, com um CÍRCULO, qual das cinco opções melhor descreve a sua satisfação com os cuidados** que você e o seu familiar receberam enquanto permaneceram na Unidade de Cuidados Intensivos.

**No final do inquérito, indique por favor qualquer experiência negativa ou positiva que possa ter tido.**

MUITO SATISFEITO (MS)	SATISFEITO (S)	INDECISO	INSATISFEITO (I)	MUITO INSATISFEITO (MI)
-----------------------	----------------	----------	------------------	-------------------------

	MS	S	Indeciso	I	MI
1. Sinceridade dos membros da equipa em relação à condição/ estado de saúde do meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
2. Disponibilidade do(s) médico(s) para falar comigo regularmente	MS	S	Indeciso	I	MI
3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos exames e raio X	MS	S	Indeciso	I	MI
4. Tranquilidade por conhecer o(s) enfermeiro(s) do meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
5. Possibilidade de participar nos cuidados prestados ao meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
6. Explicação clara dos exames, procedimentos e tratamentos	MS	S	Indeciso	I	MI
7. Rapidez dos elementos da equipa na resposta a alarmes e pedidos de assistência	MS	S	Indeciso	I	MI
8. Limpeza e aspeto da sala de espera	MS	S	Indeciso	I	MI
9. Apoio e encorajamento recebido durante o internamento do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos	MS	S	Indeciso	I	MI
10. Respostas claras às minhas dúvidas	MS	S	Indeciso	I	MI
11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
12. Participação regular nas decisões que dizem respeito aos cuidados prestados ao meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre os cuidados prestados ao meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
14. Compreensão do(s) médico(s) face às necessidades do meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
15. Privacidade durante o período de visitas	MS	S	Indeciso	I	MI

16. Preparação para a transferência do meu familiar da Unidade de Cuidados Intensivos	MS	S	Indeciso	I	MI
17. Tranquilidade da sala de espera	MS	S	Indeciso	I	MI
18. Flexibilidade dos horários de visita	MS	S	Indeciso	I	MI
19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos	MS	S	Indeciso	I	MI
20. Participação nas discussões/decisões sobre a recuperação do meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI

### RESPOSTA LIVRE

O que mais gostaria que soubéssemos de modo a melhorar o cuidado dos nossos doentes e das suas famílias?

---

Por favor, sinta-se à vontade para referir um ou mais profissionais que cuidam do seu familiar que sente que é digno de “reconhecimento especial”:

---

## **Apêndice X – Consentimento informado e esclarecido**

# Consentimento Informado e Esclarecido

## **Designação do projeto:**

**Validação cultural da *Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)* para a população portuguesa**

**(Wasser *et al.*, 2004)**

**Eu, abaixo-assinado,**

---

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do projeto que se pretende desenvolver, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto participar no estudo e responderei a todas as questões propostas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 2016

**Assinatura do Participante:** \_\_\_\_\_

A responsável do projeto:

**Nome:** *Helena Isabel Henriques Botelho*

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## **Apêndice XI - Guia de apoio ao preenchimento da CCFSS**

## **Inquérito de Satisfação Familiar – Guia de Instruções de preenchimento**

## Validação cultural da *Critical Care Family Satisfaction Survey* (CCFSS) para a população portuguesa

*Em primeiro lugar gostaria de agradecer a sua preciosa colaboração*

*Bem haja!*

### 1. Instruções de preenchimento

Antes de proceder à entrega dos inquéritos tenha em consideração os seguintes pressupostos:

- ✓ **Entende-se por família** a “unidade social ou todo colectivo composto por **pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais**, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2011, p. 115).
- ✓ Só poderão participar **indivíduos com mais de 18 anos, de nacionalidade portuguesa e que saibam ler e escrever;**
- ✓ Só poderão participar **familiares de doentes que permaneçam internados no serviço pelo menos durante 24 horas;**
- ✓ Só poderão participar **familiares que já tenham visitado previamente o doente pelo menos 1 vez;**
- ✓ **O inquérito deve ser entregue e preenchido antes de o familiar entrar no serviço**, ou seja, no período em que se encontra no espaço reservado para as visitas;
- ✓ **Depois de preenchido o inquérito deve ser colocado pelo familiar na urna** que se encontra disponível para o efeito;
- ✓ **A urna só será aberta depois de todos os inquéritos terem sido preenchidos;**
- ✓ **Objetivo: 50 inquéritos válidos** (identificação de uma resposta apenas, com um círculo, em cada um dos itens propostos).

## 2. Enquadramento do projeto

A qualidade dos cuidados de Enfermagem em contextos críticos tem registado avanços muito significativos nos últimos anos, essencialmente devido ao enorme investimento tecnológico que tem sido feito nesta área (Sá, Botelho & Henriques, 2015).

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e à sua família é mais do que um mero alargar da esfera de intervenção da Enfermagem, é o desenvolvimento lógico de uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2002; Sá, Botelho & Henriques, 2015).

Para o indivíduo hospitalizado, a família constitui o grupo social mais importante e tem a função de auxiliar na estabilidade emocional, felicidade e bem-estar de seus membros (Puggina *et al.*, 2014). Ainda de acordo com os autores, a família pode ser compreendida como uma unidade dinâmica formada por pessoas que se reconhecem e se organizaram como família, partilhando e convivendo com a finalidade de construir uma história de vida. Estes indivíduos podem estar unidos afetivamente ou por laços consanguíneos.

Nesta perspetiva, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros numa unidade de cuidados intensivos deve ter como finalidade prestar cuidados de Enfermagem de qualidade, adequados às necessidades de cada pessoa, onde se inclui apoio, conforto e informações aos familiares dos doentes internados (Loureiro e Ribeiro, 2011).

Pelo exposto, torna-se pertinente a utilização de ferramentas que revelem indicadores de satisfação das famílias. Desta forma será possível consciencializar os profissionais de saúde de que o cuidado centrado na família é essencial para a qualidade do cuidado prestado à pessoa em situação crítica, e que o suporte e apoio aos familiares é parte integrante desse cuidado (Loureiro e Ribeiro, 2011).

## 3. Metodologia

### 3.1 Objetivos:

- ✓ Adaptar culturalmente a CCFSS para a população portuguesa de familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI;

- ✓ Determinar as características psicométricas da CCFSS para a população portuguesa de familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI;
- ✓ Avaliar a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI;
- ✓ Determinar a relação entre a satisfação dos familiares de doentes adultos hospitalizados em UCI e algumas características sociodemográficas e familiares.

### **3.2 Desenho do estudo:**

Validação de um instrumento de medição.

### **3.3 População:**

Familiares de doentes adultos hospitalizados em unidades de cuidados intensivos polivalentes de quatro hospitais portugueses, nomeadamente: Hospital Amato Lusitano, Hospital Cova da Beira, Hospital de Vila Franca de Xira e Hospital de Santo André.

### **3.4 Amostra:**

200 Indivíduos que representem igual número de inquéritos válidos (identificação de uma resposta apenas, com um círculo, em cada um dos itens propostos).

### **3.5 Instrumento:**

O instrumento de colheita de dados encontra-se em anexo (ver anexo I).

### **3.6 Procedimentos éticos:**

Será solicitado consentimento a todos os participantes (ver anexo II), após explicitação dos objetivos do estudo e sobre o que consiste sua participação, garantindo o anonimato e confidencialidade das respostas. Serão ainda assegurados os princípios inerentes à Declaração de Helsínquia (2014).

### **3.7 Tratamento de dados:**

O tratamento dos dados será realizado por computador, através dos programas *Microsoft Excel* e *Statistical Package for the Social Sciences*.

Para sistematizar e realçar a informação colhida iremos recorrer a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (medianas e médias aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão e coeficiente de variação).

Sempre que se justificar, serão aplicados testes estatísticos inferenciais para estudar as relações entre as variáveis.

#### 4. Bibliografia

Botelho, M., Henriques, M., Sá, F. (2015). *Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro*. Acedido a 17 de outubro de 2015 disponível em: [pensarenfermagem.esel.pt/files/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf)

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). - CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2. Acedido em 26 de dezembro de 2015 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browsercipe/browsercipe.aspx>

Loureiro, A.; Ribeiro, O. (2011). *Satisfação das necessidades dos familiares dos doentes internados em unidade de cuidados intensivos*. Acedido a 17 de outubro de 2015 disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1648>

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada Família o seu Enfermeiro* (1ª edição). Lisboa: Editora Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Acedido a 17 de outubro de 2015 disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

Puggina, A., Lenne, A., Carbonari, K., Parejo, L., Sapatini, T., Silva, M. (2014). *Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva*. Acedido a 17 de outubro de 2015 disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140040>

Wasser, T., & Matchett, S. (2001) *Final version of the Critical Care Family Satisfaction Survey questionnaire*. Crit Care Med. 29(8), 1654-5v

Wasser, T., Matchett, S., Ray, D., & Baker, K. (2004). *Validation of a total score for the critical care family satisfaction survey*. J Clin Outcomes Manage.11(8), 502-507

Wasser, T., Pasquale, M., Matchett, S., Bryan, Y., & Pasquale, M. (2001). *Establishing reliability and validity of the Critical Care Family Satisfaction Survey*. Crit Care Med. 29(1):192-6

# ANEXOS

# Anexo I – Versão Portuguesa da CCFSS

## Anexo II – Declaração de consentimento