




C A P Í T U L O 5

VALIDADE DISCRIMINANTE DO FS- ICU 24R NA VERSÃO BRASILEIRA: ESTUDO METODOLÓGICO

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.334172510075>

Josiele de Lima Neves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal
de Pelotas, Pelotas-Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/1375862013059196>

Eda Schwartz

Professora Titular da Universidade Federal de Pelotas aposentada, em serviço voluntário
como docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPel e da FURG
<http://lattes.cnpq.br/3684543700138279>

Lílian Moura De Lima Spagnolo

Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (2017), e do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel (2018).
<http://lattes.cnpq.br/0387100953903284>

Eraldo Schunk Silva

Professor Associado na Universidade Estadual de Maringá aposentado
<http://lattes.cnpq.br/8543662731930153>

Andrieli Daiane Zdanski de Souza

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/1024379701363422>

RESUMO: Avaliar a validade de construto discriminante da versão adaptada do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* FS-ICU 24R segundo experiências de evolução de saúde. **Método:** Estudo metodológico, cujos dados foram coletados entre outubro de 2021 e janeiro de 2022, com 200 familiares de pacientes que estiveram internados em Unidades de Terapia Intensiva e Unidade Cardiológica de Terapia Intensiva, em três hospitais do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A

coleta de dados ocorreu por meio da plataforma *Research Electronic Data Capture*. Os dados foram sistematizados de acordo com o procedimento de recodificação e pontuação do questionário original. Os dados foram analisados no Programa *Statistical Analysis Software*, a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo *Excel*. A relação entre a satisfação e os fatores retidos foi avaliada por meio da Correlação de *Spearman* e do teste de *Wilcoxon*. Adotou-se para todos os testes, o nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$). **Resultados:** Foi possível analisar diferenças de satisfação nos domínios do questionário quando comparado aos desfechos da alta e intubação orotraqueal, todavia, não foram observadas diferenças significativas entre o tempo de permanência na UTI com os fatores. **Conclusão:** Conclui-se que o questionário é capaz de discriminar a satisfação dos familiares a partir dos distintos grupos avaliados.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Satisfação Pessoal. Unidades de Terapia Intensiva. Estudos de Validação. Enfermagem.

DISCRIMINANT VALIDITY OF THE FS-ICU 24R IN THE BRAZILIAN VERSION: METHODOLOGICAL STUDY

ABSTRACT: To evaluate the discriminant construct validity of the adapted version of the Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit FS-ICU 24R according to experiences of health evolution. **Method:** Methodological study, whose data were collected between October 2021 and January 2022, with 200 relatives of patients who were hospitalized in Intensive Care Units and Cardiology Intensive Care Units, in three hospitals in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Data collection took place through the Research Electronic Data Capture platform. Data were systematized according to the recoding and scoring procedure of the original questionnaire. Data were analyzed using the Statistical Analysis Software program, from a database built using the Excel application. The relationship between satisfaction and retained factors was assessed using the Spearman correlation and the Wilcoxon test. A confidence level of 95% ($\alpha = 0.05$) was adopted for all tests. **Results:** It was possible to analyze differences in satisfaction in the domains of the questionnaire when compared to the outcomes of discharge and orotracheal intubation, however, no significant differences were observed between the length of stay in the ICU and the factors. **Conclusion:** It is concluded that the questionnaire is capable of discriminating the satisfaction of family members from the different groups evaluated.

KEYWORDS: Family. Personal satisfaction. Intensive Care Units. Validation Studies. Nursing.

INTRODUÇÃO

Na unidade de terapia intensiva (UTI) o paciente está frequentemente impossibilitado a manifestar sua vontade ou avaliar o atendimento recebido devido ao seu estado de saúde (FERRANDO *et al.*, 2019). Neste cenário, os familiares podem ser incorporados na tomada de decisão e avaliar o cuidado e o tratamento recebido tanto por eles como pelo paciente.

O conceito de satisfação familiar do adulto em UTI é um construto complexo e dinâmico, mediado pela realização das necessidades e expectativas dos familiares (FORTUNATTI; SANTIS; MUNRO, 2021). No entanto, o entendimento de satisfação pode variar de acordo com as características sociodemográficas, culturais e econômicas de cada familiar. De acordo com a perspectiva do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) – derivada do *Institute for Patient and Family-Centered Care* (IPFCC), a família é definida como duas ou mais pessoas que estão relacionadas de alguma forma, biologicamente, legalmente ou emocionalmente, definidos pelos pacientes e membros da família, assim como o nível de envolvimento que cada membro terá em aspectos relacionados ao cuidado (DAVIDSON *et al.*, 2017).

Evidências revelam elevada prevalência de ansiedade, estresse, depressão e síndrome do estresse pós-traumático em familiares, desde a admissão do paciente na UTI por até um ano após a alta hospitalar (VAN *et al.*, 2016). Dessa maneira, a participação deles em algumas atividades no contexto da terapia intensiva poderá ocasionar sintomas de ansiedade (ROSA *et al.*, 2019). Sobretudo, naqueles com ansiedade e depressão antes do processo de tomada de decisão na UTI, torna-se um preditor significativo da gravidade e prevalência dos sintomas de estresse pós-traumático (PETRINEC; MARTIN, 2018).

Entre os atributos que influenciam na satisfação da família na UTI, é possível identificar a adequada comunicação, apoio emocional, proximidade com o paciente, o ambiente da UTI, participação na tomada de decisões e a qualidade da assistência de enfermagem ao paciente (FORTUNATTI; SANTIS; MUNRO, 2021). Neste contexto, a literatura tem descrito que avaliar a satisfação de familiares por meio de instrumentos de pesquisa, permite informações relevantes sobre os serviços e auxilia em melhorias na qualidade do atendimento ao paciente (HEYLAND; TRANMER, 2001).

A versão de 24 itens do *Family Satisfaction in the Intensive Care Unit* (FS ICU-24) é o questionário amplamente utilizado e com melhores propriedades psicométricas (WALL *et al.*, 2007; BROEK *et al.*, 2015). No Brasil a avaliação da satisfação do familiar de terapia intensiva ainda é uma temática incipiente, todavia, em 2015 a versão do FS-ICU 24 foi adaptada para a cultura brasileira (NEVES *et al.*, 2019), mas suas propriedades psicométricas não foram testadas.

Em 2018, o questionário passou por revisões pelos autores do questionário e passou a ser denominado FS-ICU 24R, adaptado e validado recentemente ao português do Brasil (citar após publicação). A conclusão da validação do FS-ICU 24R possibilita a utilização no âmbito nacional, com potencial para traçar metas e fundamentar iniciativas que visem aprimorar a relação entre os profissionais intensivistas e o grupo familiar.

Diante disso, afim de complementar a validação, o objetivo do presente estudo é descrever os testes para a validade de construto discriminante para identificar as diferenças na satisfação familiar entre desfecho da internação, intubação orotraqueal e tempo de permanência do paciente na UTI.

MÉTODO

Estudo metodológico. A coleta de dados ocorreu no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, entre os meses de outubro de 2021 e janeiro de 2022, com familiares de pacientes internados entre janeiro e dezembro de 2020, em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade Cardiológica de Terapia Intensiva (UCTI). Das três instituições pesquisadas, duas suspenderam as visitas de familiares devido aos cuidados necessários pela pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), nas quais a coleta compreendeu as internações entre janeiro e junho de 2020.

Considerou-se como critérios de inclusão no estudo os familiares de pacientes que permaneceram no mínimo 48 horas na UTI/UCTI, familiares com mais de 18 anos e que tenham realizado ao menos duas visitas. Após consulta nos dados cadastrais dos pacientes, 821 estiveram internados o tempo mínimo exigido. Houve 53 recusas dos familiares, 233 com telefone inexistente, 335 não retornaram após duas tentativas, totalizando 200 familiares participantes.

A partir do prontuário eletrônico do paciente, se consultava o contato do familiar responsável pela internação. Primeiramente contatado via aplicativo de mensagens, já para aqueles sem o aplicativo ou que não retornavam optou-se pela ligação telefônica.

A coleta de dados ocorreu por meio da plataforma *Research Electronic Data Capture (REDCap)* com o envio de um *link* para a concordância *online* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); acesso a versão brasileira do questionário FS-ICU 24R e; preenchimento de um formulário de caracterização complementar do paciente.

A versão em português do FS-ICU 24R é composta por 24 itens, com três domínios: 1º Satisfação com o cuidado, identificado neste estudo como fator 1 (F1), com 14 itens; 2º Satisfação da família com a tomada de decisões em relação ao cuidado

com os pacientes graves, identificado como fator 2 (F2), com 10 itens; e 3º Do item 21 ao 24 o questionário aborda especificamente sobre o Processo de tomada de decisão, os quais foram identificados, neste estudo, como fator 3 (F3).

Como opções de respostas, os itens entre 1 e 20 possuem uma escala do tipo *Likert* com cinco pontos (muito insatisfeito= 1; um pouco insatisfeito= 2; satisfeito= 3; muito satisfeito= 4; completamente satisfeito= 5), acrescido da opção não se aplica (N/A). Do item 21 ao 24 as alternativas estão organizadas em conjuntos de ideias (entre 1 e 5 pontos) para a escolha daquela que expresse melhor a opinião. Assim como para a escala *Likert*, quanto maior a pontuação obtida, mais favorável é a satisfação do familiar. Do item 25 ao 27 são preenchidos se o paciente faleceu na internação.

Os dados foram sistematizados de acordo com o procedimento de recodificação e pontuação do questionário FS-ICU 24R (HEYLAND, 2018). O procedimento descreve a recodificação da escala *Likert* de 1 a 5 para uma nova escala com pontuação de 0 a 100 subtraindo 1 das pontuações (passando a variar de 0 a 4) e, em seguida, multiplicar cada pontuação por 25. Logo, 0= muito insatisfeito, 25= um pouco insatisfeito, 50= satisfeito, 75= muito satisfeito e 100= completamente satisfeito. Os valores omissos <30% foram imputados usando o valor médio do membro da família individual para a subescala relevante.

Os dados foram analisados no Programa *Statistical Analysis Software* (SAS, versão 9.4), a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo *Excel*. A relação entre a satisfação e os fatores retidos foi avaliada por meio da Correlação de *Spearman* e do teste de *Wilcoxon*. Adotou-se para todos os testes, como regra de decisão para avaliação, um nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob o número 4.729.640.

RESULTADOS

A título de caracterização, entre os 200 familiares pesquisados 78% (156) eram de pacientes sobreviventes. Houve predomínio do sexo feminino com 73% (146), e da faixa etária entre 30 e 59 anos, com 72% (144). Quanto à escolaridade, 85% (170) possuíam no mínimo o ensino médio completo. Em relação ao grau de parentesco 52,50% (105) eram filhos. 63% (126) residiam com o paciente e, daqueles que não, 64,47% (49) visitava mais de uma vez na semana. Quanto à residência, 68,50% (137) residiam na cidade de Pelotas. Sobre ter vivenciado uma internação de algum familiar na UTI, 52% (104) mencionaram que sim.

Ao verificar a média, desvio-padrão (Dp) e Coeficiente de variação CV (%), observa-se grande variabilidade nas pontuações atribuídas aos itens do questionário ($30,57\% \leq CV \leq 51,11\%$). As respostas apresentaram moderada variabilidade (dispersão) em torno da média (heterogeneidade dos dados) (Tabela 1).

Item	Descrição	Média	Dp	CV
1	A preocupação e o cuidado da equipe da UTI, considerando a cortesia, o respeito e a compaixão que seu familiar (paciente) recebeu.	76,63	27	35,23
2a	Como a equipe da UTI avaliou e tratou a dor do seu familiar.	73,58	27,08	36,80
2b	Como a equipe da UTI avaliou e tratou a falta de ar do seu familiar.	72,86	27,89	38,28
2c	Como a equipe da UTI avaliou e tratou a agitação do seu familiar.	71,16	27,05	38,01
3	Como foi o interesse demonstrado pela equipe da UTI por suas necessidades.	72,88	28	38,42
4	Como foi o apoio emocional oferecido pela equipe da UTI para você.	64,73	31,32	48,39
5	Como foi o trabalho em equipe de todo o pessoal da UTI que cuidou do seu familiar.	76,76	26,29	34,25
6	Como considera a cortesia, o respeito e a compaixão que você recebeu.	72,34	26,77	37,01
7	Como considera o cuidado dos(as) enfermeiros(as) em relação ao seu familiar.	79,15	24,20	30,57
8	Frequência de comunicação dos(as) enfermeiros(as) da UTI? Considerando o número de vezes que os(as) enfermeiros(as) informaram sobre a condição do seu familiar.	66,84	28,78	43,06
9	Como você considera o cuidado dos(as) médicos(as) em relação ao seu familiar.	74,88	28,30	37,79
10	Qual seu grau de satisfação com o ambiente (humor) na sala de espera da UTI?	56,12	28,34	50,50
11	Qual seu grau de satisfação com o ambiente (humor) na UTI?	66,12	25,95	39,25
12	Qual seu grau de satisfação com sua participação nas decisões diárias referentes ao familiar?	65,54	28,16	42,97
13	Qual seu grau de satisfação com sua participação no cuidado do familiar gravemente doente?	69,43	27,53	39,65
14	Algumas pessoas querem que todo o possível seja feito por seus problemas de saúde, enquanto outras não desejam que se faça tanto. Qual seu grau de satisfação com o NÍVEL ou a quantidade de cuidado que seu familiar recebeu na UTI?	74,75	25,75	34,45

15	Frequência de comunicação com os(as) médicos(as) da UTI? Quanto ao número de vezes que os(as) médicos(as) comunicaram sobre a condição clínica do seu familiar.	61,99	27,21	43,89
16	Facilidade de obter informações? Quanto a disponibilidade da equipe da UTI para responder às suas perguntas.	62,31	27,74	44,52
17	Clareza de informações? Quanto a clareza das informações transmitidas pela equipe da UTI.	66,75	28,55	42,77
18	Honestidade das Informações? Quanto a honestidade (transparência) das informações transmitidas sobre a condição do seu familiar.	71,09	28,95	40,72
19	Integralidade das informações? Quanto às informações da equipe da UTI sobre o que estava acontecendo com seu familiar e o porquê alguns procedimentos foram realizados.	68,69	28,58	41,61
20	Consistência das informações? Quanto a consistência das informações fornecidas sobre a condição do seu familiar (se você recebeu informações semelhantes por parte do médico, enfermeiro, etc.).	69,43	26,36	37,97
21	Em que medida você se sentiu incluído(a) ou excluído(a) no processo de tomadas de decisão?	67,63	26,38	39,01
22	Em que medida você se sentiu apoiado(a) no processo de tomadas de decisão?	63,88	32,65	51,11
23	Você sentiu que teve controle sobre os cuidados ao seu familiar?	57,38	23,35	40,69
24	Ao tomar decisões, você teve tempo suficiente para que suas dúvidas fossem consideradas e suas perguntas respondidas?	61,99	27,21	43,89

Tabela 1 – Verificação da média, desvio-padrão (Dp) e Coeficiente de variação CV (%) da versão adaptada do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* FS-ICU 24R, Pelotas (RS), 2022.

Como fatores determinantes para avaliar a validade discriminante, considerou-se o desfecho da internação, intubação orotraqueal e tempo de permanência do paciente na UTI.

Os familiares de pacientes internados na UTI que evoluíram para óbito atribuíram menores pontuações ao nível de satisfação com o cuidado (F1). O nível de satisfação foi em média de 55,27% para o domínio 'Satisfação com o cuidado' (F1) e 57,39% para o domínio 'Processo de tomada de decisões' (F3). A correlação ($r = 0,52$; $p = 0,0001$) do F3 com F1 e a correlação ($r = 0,37$; $p = 0,0001$) do F3 com F2 são bem menores que a correlação ($r = 0,77$; $p = 0,0001$) entre os fatores F1 e F2. Isto reflete a fraca contribuição ($\lambda = 1,10$; 4,26%) dos itens do domínio 'Processo de tomada de decisões' (F3), para explicar a variabilidade total dos dados. Identificou-se, entre os familiares de pacientes que faleceram, menor grau de satisfação (escore médio) para todos os domínios (Quadro 1).

Desfecho	Alta (n= 156)			Óbito (n= 44)		
Descritivas	Alta			Óbito		
	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3
Média	72,48	77,39	66,15	55,27	61,31	57,39
Dp	21,52	22,29	22,37	23,01	23,21	26,56
Mínimo	5,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Correlação de <i>Spearman</i>						
Fatores	Alta		Óbito			
	Correlação	p-valor	Correlação	p-valor		
F1 versus F2	0,77	0,0001*	0,86	0,0001*		
F1 versus F3	0,52	0,0001*	0,61	0,0001*		
F1 versus total	0,97	0,0001*	0,98	0,0001*		
F2 versus F3	0,37	0,0001*	0,37	0,0001*		
F2 versus total	0,83	0,0001*	0,86	0,0001*		
F3 versus total	0,63	0,0001*	0,68	0,0001*		
*significativo ao nível de confiança de 95%						
Teste de <i>Wilcoxon</i>						
Desfecho Da internação	F1	F2		F3		
	Escore médio	p-valor	Escore médio		Escore médio	
Alta	110,23	0,0001*	109,48	0,0001*	104,40	0,0358*
Óbito	66,01		68,66		86,67	
*significativo ao nível de confiança de 95%.						

F1: Satisfação com o cuidado.

F2: Satisfação da família com a tomada de decisões em relação ao cuidado com os pacientes graves.

F3: Processo de tomada de decisão.

Quadro 1: Medidas descritivas, correlações entre fatores e teste de *Wilcoxon* por domínios e desfecho da internação, Pelotas (RS), 2022.

Os familiares dos pacientes submetidos à intubação orotraqueal também atribuíram menores escores ao nível de satisfação com o cuidado (F1). O nível de satisfação foi em média de 62,85% para o domínio 'Satisfação com o cuidado' (F1) e 63,78% para o domínio 'Processo de tomada de decisões' (F3). Ainda, em relação à intubação orotraqueal, os fatores F1 e F2 continuam mais bem correlacionados

($r = 0,86849$; $p = 0,0001$) e os fatores F1 (84,64; $p = 0,0016$) e F2 (86,16; $p = 0,0037$) apresentaram os menores escores médios. Para o domínio 'Processo de tomada de decisões' (F3), não foi observada diferença significativa ($p = 0,4654$) entre a satisfação dos familiares que, tiveram ou não seus parentes submetidos à intubação orotraqueal (Quadro 2).

Intubação orotraqueal	Sim (n= 73)			Não (n= 127)		
Descritivas	Sim			Sim		
	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3
Média	72,05	77,04	64,47	62,85	68,30	63,78
Dp	22,04	22,53	23,24	23,44	24,03	24,29
Mínimo	10,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Correlações de <i>Spearman</i>						
Fatores	Sim		Não			
	Correlação	p-valor	Correlação	p-valor		
F1 versus F2	0,86849	0,0001*	0,75812	0,0001*		
F1 versus F3	0,55038	0,0001*	0,56675	0,0001*		
F1 versus total	0,98437	0,0001*	0,97289	0,0001*		
F2 versus F3	0,41164	0,0003*	0,37879	0,0001*		
F2 versus total	0,89530	0,0001*	0,82071	0,0001*		
F3 versus total	0,62830	0,0001*	0,66842	0,0001*		
*significativo ao nível de confiança de 95%						
Teste de <i>Wilcoxon</i>						
Ventilado	F 1		F 2		F 3	
	Escore médio	p-valor	Escore médio		Escore médio	
Não	109,62	0,0016*	108,74	0,0037*	100,77	0,4654
Sim	84,64		86,16		100,02	
*significativo ao nível de confiança de 95%.						

Quadro 2: Medidas descritivas, correlações entre fatores e teste de *Wilcoxon* por domínios e intubação orotraqueal, Pelotas (RS), 2022.

O domínio 'Processo de tomada de decisões' (F3) continua sendo o fator que apresenta as menores correlações com os demais fatores (domínios). As maiores correlações foram observadas entre os domínios 'Satisfação com o cuidado' (F1), 'Satisfação da família com a tomada de decisões em relação ao cuidado com os pacientes graves' (F2) e o escore de Satisfação Geral, sobretudo, à medida que aumenta o tempo de permanência na UTI. Todavia, não foram observadas diferenças significativas entre o tempo de permanência na UTI e os fatores F1 ($p=0,2512$), F2 ($p=0,1855$), e F3 x F1 ($p=0,0726$) (Quadro 3).

Tempo de permanência na UTI:	Até 10 dias (n= 158)			De 11 a 20 dias (n= 22)			Mais de 20 dias (n= 20)		
Descri-tivas	Tempo na UTI								
	Até 10 dias			De 11 a 20			Mais de 20		
	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3
	Média	69,91	75,32	63,84	60,75	68,18	57,10	67,82	68,44
Dp	22,38	23,07	22,43	26,55	24,82	27,97	22,52	24,02	24,75
Mínimo	0,00	0,00	0,00	5,88	0,00	0,00	30,88	20,00	25,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Correlação de <i>Spearman</i>									
Fatores	Até 10 dias		De 11 a 20		Mais de 20				
	Correlação	p-valor	Correlação	p-valor	Correlação	p-valor			
F1 versus F2	0,77674	0,0001*	0,93963	0,0001*	0,89390	0,0001*			
F1 versus F3	0,55039	0,0001*	0,42679	0,0476*	0,76595	0,0001*			
F1 versus total	0,97788	0,0001*	0,98672	0,0001*	0,98416	0,0001*			
F2 versus F3	0,37869	0,0001*	0,41006	0,0580	0,54821	0,0123*			
F2 versus total	0,83025	0,0001*	0,95100	0,0001*	0,89218	0,0001*			
F3 versus total	0,64691	0,0001*	0,52707	0,0117*	0,80553	0,0001*			
*significativo ao nível de confiança de 95%									
Teste de <i>Wilcoxon</i>									
Tempo de UTI	F 1		F 2		F 3				
	Escore médio	p-valor	Escore médio	p-valor	Escore médio	p-valor			
Até 10 dias	103,61	0,2512	104,33	0,1855	98,95	0,0726			
De 11 a 20 dias	82,27		86,77		87,93				
Mais de 20 dias	96,00		85,30		126,52				
*significativo ao nível de confiança de 95%.									

Quadro 3: Medidas descritivas, correlações entre fatores e teste de *Wilcoxon* por domínios e tempo de permanência na UTI, Pelotas (RS), 2022.

DISCUSSÃO

Os dados evidenciaram diferenças na satisfação nos domínios do questionário (F1, F2 e F3) do FS-ICU 24R quando comparado aos desfechos da internação, intubação orotraqueal e o tempo de permanência na UTI.

Ao analisar o coeficiente de variação (DP/média X 100) percebeu-se que a maioria dos itens representaram heterogeneidade moderada (20-40%). Essa heterogeneidade nas respostas já era esperada, pois o questionário mede a satisfação dos familiares de pacientes de UTI, em que as repostas são medidas numa uma escala *Likert* de 1 a 5.

A comunicação entre médicos ou enfermeiros e membros da família continua sendo um tópico-chave, e há muitas oportunidades para melhorar. Incluem não apenas o estilo de comunicação, o tempo e a redação apropriada, mas também, por exemplo, avaliações para verificar se a informação foi recebida e compreendida adequadamente (ROTHEN; STRICKER; HEYLAND, 2010).

Na realidade brasileira, no que tange a tomada de decisões, prevalece a soberania médica e impera o modelo paternalista, em que o médico, por possuir conhecimento técnico, efetua a sua escolha e comunica ao paciente e à família sua decisão (MENEZES, 2011). Os obstáculos à participação dos familiares na tomada de decisão podem estar relacionados a falha na comunicação dos profissionais com os familiares e, a falta de profundidade nesta relação.

A qualidade da comunicação deve permear a prática clínica dos profissionais na terapia intensiva. Estudo aponta que durante as notícias médicas aos familiares, a comunicação ainda é falha, com oportunidades perdidas de garantir interação (CURTIS *et al.*, 2005). Iniciativas realizadas por enfermeiros para apoiar, modelar e ensinar estratégias de comunicação, que comecem na UTI e continuem por 3 meses, amenizam sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático ao paciente e familiar (CURTIS *et al.*, 2021).

No que tange a insatisfação familiar com o apoio durante a tomada de decisão, Weber *et al.* (2021) identificaram que vivenciar três ou menos reuniões entre profissionais e familiares foi um preditor significativo de insatisfação, logo apresentaram duas vezes mais chances de estarem insatisfeitas com o apoio à decisão. Ao analisar a literatura, apenas alguns estudos sobre terapia intensiva se concentraram em avaliar preditores de satisfação com os processos de tomada de decisão (OSBORN, 2012; KODALI, 2014).

No Brasil, a Política de Nacional de Humanização (PNH), traz a ambiência como uma diretriz, com o compromisso de atender as necessidades dos cidadãos (MS, 2007). No contexto da UTI pode ser representada pela prática da educação permanente, necessária para orientar e acolher os familiares antes de visitar o paciente (MARUITI; GALDEANO, 2007).

A equipe de enfermagem é protagonista no planejamento, execução e avaliação do CCPF, entretanto, a responsabilidade pela implementação desta prática deve ser compartilhada por pacientes, familiares e toda equipe multiprofissional (BOTELHO et al., 2018). A prestação e a avaliação dos cuidados em saúde estão incluídas nas práticas de Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF), uma abordagem para o planejamento e parcerias entre os profissionais de cuidados em saúde, pacientes e famílias (DAVIDSON, et al., 2017).

Ao avaliar a satisfação dos familiares com a variável desfecho da internação, percebeu-se que os familiares de pacientes que evoluíram para óbito durante a internação ficaram, em geral, menos satisfeitos e com menores escores atribuídos à satisfação com os cuidados (F1), seguido de menor satisfação com a tomada de decisões (F3). Em contraponto, estudo recente com o FS-ICU 24 destacou que os familiares de pacientes que evoluíram para óbito apresentaram maior satisfação para a tomada de decisões (F3) quando comparados ao cuidado com os pacientes graves (F1) (HAAVE et al., 2021).

Em estudo que descreveu os motivos de eventual insatisfação dos familiares de pacientes que faleceram na UTI, Malacrida et al. (1998) constataram que os familiares estavam mais insatisfeitos com o atendimento recebido de acordo com o tipo de morte e a forma como os familiares foram notificados sobre o óbito.

Na análise do desfecho alta, ao correlacionar os fatores, observou-se a fraca contribuição do F3 – Processo de tomada de decisão, quando correlacionado ao F1 e F2. O nível mais baixo de satisfação com os processos de tomada de decisão pode ser atribuído às razões anteriormente discutidas.

Os familiares de pacientes que necessitavam de intubação orotraqueal, estavam mais satisfeitos com a tomada de decisões em relação ao cuidado com os pacientes graves (F2) em comparação com familiares de pacientes que não estavam intubados. Em estudo que também testou esta associação, Haave, Bakke e Schroder (2021) identificaram maior nível de satisfação com o cuidado e a tomada de decisão.

Outra variável analisada para diferenças de satisfação entre os familiares está relacionada ao tempo de permanência na UTI, todavia, não se observou, neste estudo, diferenças significativas entre os domínios. Segundo Weber et al. (2021), para pacientes em cuidados paliativos identificaram associação com aumento da satisfação familiar, em particular para aqueles que estavam na UTI há mais tempo.

CONCLUSÃO

O estudo atendeu o objetivo de avaliar a validade de construto discriminante da versão adaptada do *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* FS-ICU 24R e identificou diferenças na satisfação da família com o desfecho da internação, intubação orotraqueal e tempo de permanência do paciente na UTI.

Identifica-se como limitação do estudo o tamanho da amostra, portanto, sugere-se, para trabalhos futuros considerar uma amostra maior e com coleta presencial, para representar os familiares sem potencial para responder a uma coleta *online*, quer seja por desconhecimento da tecnologia ou por desconfiança. Além disso, propõe-se a correlação do FS-ICU 24R com medidas de ansiedade e depressão, ou com instrumentos que avaliam construtos semelhantes; correlações descartadas neste estudo em que o evento (internação da UTI) ocorreu há um ano da aplicação do questionário, logo não representariam veracidade.

Sugere-se, para os próximos estudos, uma comparação univariada de características familiares averiguáveis no momento da admissão na UTI entre aqueles que estavam insatisfeitos e aqueles que estavam completamente satisfeitos.

Agradecimento: À CAPES pela concessão da bolsa de doutorado.

REFERÊNCIAS

AZOULAY, E., et al. Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. **Intensive Care Med.** 2003; v.29, n.9, p.1498-1504. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-003-1904-y>. Acesso em: 21 mar. 2025.

BOTELHO, L.R.M. et al. Autoavaliação da inclusão da família nas políticas e práticas institucionais: perspectiva da equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery.** 2018; v.22, n.4. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0207>. Acesso em: 18 jan. 2025.

BROEK, J.M.V.D, BRUNSVELD-REINDERS, A.H, ZEDLITZ A.M.E.E., GIRBES, A.R.J., JONGE, E., ARBOUS, M.S. Questionnaires on family satisfaction in the adult ICU: A systematic review including psychometric properties. **Crit Care Med.** 2015; v.43, p.1731-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000000000980> Acesso em: 10 dez. 2024.

CURTIS, J. R., et al. Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. **American journal of respiratory and critical care medicine.** 2005; v.171, n.8, p.844–849. <https://doi.org/10.1164/rccm.200409-1267OC> Acesso em: 18 fev. 2025.

CURTIS, J.R., *et al.* Facilitating communication for critically ill patients and their family members: Study protocol for two randomized trials implemented in the U.S. and France. **Contemporary clinical trials**. 2021; v.107, p.106465. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106465> Acesso em: 15 fev. 2025.

DAVIDSON, J.E., *et al.* Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. **Critical care medicine**. 2017; v.45, n.1, p.103–128. DOI: <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002169> Acesso em: 14 abr. 2025.

FERRANDO, P., *et al.* Family Satisfaction with critical care in the UK: a multicentercohort study. **BMJ Open**. 2019; 9:e028956. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028956>. Acesso em: 10 jun.2025.

FORTUNATTI, C., SANTIS, J. P., MUNRO, C. L. Family Satisfaction in the Adult Intensive Care Unit: A Concept Analysis. **ANS. Advances in nursing Science**. 2021; 44(4), 291–305. DOI: <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000360>. Acesso em: 05 abr. 2025

FRIVOLD, G., SLETTEBO, A., HEYLAND, D.K., DALE, B. Family members' satisfaction with care and decision-making in intensive care units and post-stay follow-up needs-a cross-sectional survey study. **Nurs Open**. 2018; v.5, n.1, p.6–14. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.97>. Acesso em: 10 jan. 2025

GARROUSTE-ORGEAS, M., *et al.* Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. **J Crit Care**. 2010; v.25, n.4, p. 634-640. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2010.03.001>. Acesso em: 10 dez. 2024

HAAVE, R.O., BAKKE, H.H., SCHRÖDER, A. Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway. **BMC Emerg Med**. v.21, n.20. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00412-8>. Acesso em: 10 fev. 2025

HEYLAND, D. K.; TRANMER, J. E; Kingston General Hospital ICU Research Working Group. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. **Journal of critical care**, v. 16, n. 4, p. 142-149, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1053/jcrc.2001.30163>. Acesso em: 16 fev. 2025

KIM, Y., *et al.* Transcultural Adaptation and Validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit Questionnaire in a Korean Sample. **Korean J Crit Care Med**. v.32, n.1, p.60-69, 2017. DOI: <https://doi.org/10.4266/kjccm.2016.00962>. Acesso em: 20 abr. 2025

KODALI, S., *et al.* Family experience with intensive care unit care: association of self-reported family conferences and family satisfaction. **Journal of critical care**. 2014; v.29, n.4, p.641–644. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.03.012>. Acesso em: 10 jun. 2025

LAM, S.M., SO, H.M., FOK, S.K., LI, S.C., NG, C.P., LUI, W.K., *et al.* Intensive care unit family satisfaction survey. **Hong Kong Med J.** 2015;21(5):435–43. <https://doi.org/10.12809/hkmj144385>. Acesso em: 20 jun. 2025

MAHROUS, M. S. Relating family satisfaction to the care provided in intensive care units: quality outcomes in Saudi accredited hospitals. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2017; v.29, n.2, p.188-194. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/KTq495fRtRSvGq5SJhqpxFr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 14 de outubro de 2022. Acesso em: 15 dez. 2024

MALACRIDA, R., BETTELINI, C.M., DEGRATE, A., MARTINEZ, M., BADIA, F., PIAZZA, J., *et al.* Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care patients who died. **Critical care medicine.** 1998; v.26, p.1187-93. DOI: <https://doi.org/10.1097/00003246-199807000-00018>. Acesso em: 18 nov. 2024

MARUITI, M.R., GALDEANO, L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm.* 2007; v.20, n.1, p.37-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000100007> Acesso em: 12 nov. 2024

Menezes, R. A. (2011). Tomadas de decisão, poder médico e sentimentos no último período de vida. In F. S. Santos. **Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas.** São Paulo: Atheneu (pp. 193-200).

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007

NEVES, J. L., SCHWARTZ, E., ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E., ZANETTI, A. C.G., HEYLAND, D., SPAGNOLO, L.M.L. Cross-cultural adaptation of the Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit for Brazil. **Ciência, Cuidado E Saúde.** 2019; v.17,n.4. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i4.45069>. Acesso em: 10 jun. 2025

OSBORN, T.R. *et al.* Identifying Elements of ICU Care That Families Report as Important But Unsatisfactory. **Original Research Critical Care.** 2021; v.142, n., p.1185-1192. DOI: <https://doi.org/10.1378/chest.11-3277>. Acesso em: 15 nov. 2024

PETRINEC, Amy B.; MARTIN, Bradley R. Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. **Palliative & supportive care,** v. 16, n. 6, p. 719, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2017414>. Acesso em: 12 nov. 2024

ROSA, R.G.; *et al.* Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. **Jama**. 2019; v.322, n. 3, p. 216-228. DOI: <http://doi.org/10.1001/jama.2019.8766>. Acesso em: 13 jun. 2025.

ROTHEN, H.U., STRICKER, K.H., HEYLAND, D.K. Family satisfaction with critical care: measurements and messages. **Current opinion in critical care**. 2010; v.16, n. 6, p.623–631. DOI: <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32833e9718>. Acesso em: 14 dez. 2024

VAN BEUSEKOM, I., BAKHSHI-RAIEZ, F., KEIZER, N.F., DONGELMANS, D.A., VAN DER SCHAAF, M. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. **Crit Care**. 2016; v.20, n.16. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1185-9>. Acesso em: 12 mai. 2025

WALL, R.J., ENGELBERG, R.A., DOWNEY, L., HEYLAND, D.K., CURTIS, J.R. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. **Crit Care Med**. 2007; v.35, p.271-9, <http://dx.doi.org/10.1097/01.ccm.0000251122.15053.50>. Acesso em: 22 jun. 2025

WEBER, U., *et al.* Predictors of Family Dissatisfaction with Support During Neurocritical Care Shared Decision-Making. **Neurocritical care**. 2021; v.5, n.3, p.714–722. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12028-021-01211-6>. Acesso em: 12 mar. 2025

WILK, C. PETRINEC, A. Caregiver willingness to provide care in the ICU: A concept analysis. **Nursin Forum na Independente Voice for Nursing**. 2021; v.56, n.3. DOI: <https://doi.org/10.1111/nuf.12563>. Acesso em: 10 jan. 2025

WRIGHT, S.E., WALMSLEY, E., HARVEY, S.E., ROBINSON, E., FERRANDO-VIVAS, P., HARRISON, D.A., *et al.* Family-reported experiences evaluation (FREE) study: a mixed-methods study to evaluate families' satisfaction with adult critical care services in the NHS. **Southampton: Health Services and Delivery Research**; 2015. DOI: <https://doi.org/10.3310/hsdr03450>. Acesso em: 10 fev. 2025