

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LILIAN RODRIGUES MARTINS BOTELHO

**A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO QUANTO ÀS PRIORIDADES PARA A
IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E NA
FAMÍLIA EM UNIDADES PEDIÁTRICAS**

SÃO PAULO

2020

LILIAN RODRIGUES MARTINS BOTELHO

**A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO QUANTO ÀS PRIORIDADES PARA A
IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E NA
FAMÍLIA EM UNIDADES PEDIÁTRICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Margareth Angelo

São Paulo

2020

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

Assinatura: _____ Data ____/____/____

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

Botelho, Lilian Rodrigues Martins

A percepção da equipe de enfermagem de um hospital universitário quanto às prioridades para a implantação do cuidado centrado no paciente e na família em unidades pediátricas / Lilian Rodrigues Martins Botelho. – São Paulo, 2020. 74p

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Margareth Angelo

1. cuidado centrado na família. 2. Equipe de enfermagem, 3. Enfermagem pediátrica

Nome: Lilian Rodrigues Martins Botelho

Título: A percepção da equipe de enfermagem de um hospital universitário quanto às prioridades para a implantação do cuidado centrado no paciente e na família em unidades pediátricas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientador: Prof^a Dr^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a Dr^a: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a Dr^a: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a Dr^a: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu amor, Diego, que nesses anos suportou tantas ausências minhas com paciência e carinho, me ajudou com seu infalível apoio e cuidou de mim e da família quando eu estava comprometida com a pesquisa.

Dedico ao meu amado e querido filho, Henrique, que me foi presenteado, dando-me o privilégio de ser sua mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter iluminado meus caminhos e ter me ajudado durante todo o processo de construção e elaboração desse lindo trabalho.

Ao meu esposo, Diego, que esteve o tempo todo ao meu lado, acreditando no meu potencial. Suas sábias palavras me conduziram e me confortaram nos momentos de incertezas. Minha eterna gratidão e todo meu amor.

Ao meu amado filho, Henrique, que, com um sorriso, fazia descansar a minha mente quando estava cansada: te amo além da eternidade.

Aos meus pais, Luiz Carlos e Ester, que estiveram me apoiando, não me deixando desistir dos meus objetivos, me fizeram crescer como pessoa e me tornar quem eu sou hoje. Agradeço infinitamente por cuidarem do Henrique em minha ausência.

Ao meu sogro, Antônio Botelho, que, mesmo não dominando o mundo acadêmico, sua sabedoria de mestre muito me ensinou e me fez ser uma pessoa melhor.

À minha amada sogra, Raquel (in memoriam), que mesmo ausente se fez presente: sua doçura e seus ensinamentos caminham e sempre caminharão conosco.

Aos meus irmãos e cunhados, pela força, pela confiança, pelas palavras de incentivo, pela amizade e pelas conversas regadas a boas risadas.

Às minhas amigas-irmãs, Ana Bárbara, Andréia e Ariane, que a EEUSP me presenteou, que confiaram em mim, foram solidárias nos momentos difíceis e estiveram sempre na torcida pelas minhas conquistas.

À família HSL, em especial, à minha coordenadora, Rutiléia, pela ajuda e compreensão. Sempre serei grata por tudo que a instituição me ensinou e me fez evoluir como profissional.

À querida Prof^a Dra. Margareth Angelo, pelo carinho e pela dedicação com que, na sábia orientação, guiaram esse trabalho. Te admiro como professora, como pesquisadora e, mais ainda, como pessoa. Foi uma das pessoas mais especiais com quem tive o prazer de trabalhar - e, por isso, sou grata.

Às minhas queridas companheiras do grupo de pesquisa, Nicole, Mayara, Andreia, Francine e Nanci, pela ajuda, pela leitura crítica, pelos conselhos, pelo apoio e pela amizade.

Quero agradecer todas as pessoas próximas a mim que, de algum modo, mesmo que indiretamente, contribuíram para a construção do meu crescimento humano e intelectual, através do carinho, da amizade, das críticas, do apoio e do incentivo.

Botelho LRM. A percepção da equipe de enfermagem de um hospital universitário quanto às prioridades para a implantação do cuidado centrado no paciente e na família em unidades pediátricas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: O Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF) tem sido considerada uma abordagem inovadora para o planejamento, a prestação e a avaliação do cuidado em saúde, pois baseia-se em uma parceria mutuamente benéfica entre pacientes, famílias e provedores de cuidados, reconhecendo a importância da família na vida do paciente. A maioria dos profissionais de saúde pediátrica acredita que o CCPF é a melhor maneira de fornecer atendimento de qualidade às crianças e suas famílias nos serviços de saúde. Porém, as ações do CCPF ficam restritas a alguns membros da equipe. **Objetivos:** Compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do CCPF nas unidades pediátricas de um hospital universitário; identificar a percepção da equipe de enfermagem quanto às prioridades para a implantação do CCPF nas unidades pediátricas de um hospital universitário. **Metodologia:** Estudo qualitativo realizado em um hospital universitário na cidade de São Paulo. Grupos focais foram realizados com 14 membros da equipe de enfermagem, que atuam nas áreas pediátricas. As sessões foram gravadas e depois transcritas, para serem submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** A análise possibilitou o desenvolvimento de três temas: 1) A família nos cenários de assistência pediátrica; 2) Desafios para implantação do CCPF nos cenários de atenção pediátrica; e 3) Prioridades para implantação efetiva do CCPF nas unidades de atendimento pediátrico. **Conclusão:** O CCPF vem sendo praticado por alguns membros da equipe de enfermagem, os quais consideram a participação da família essencial, no processo de cuidado à criança hospitalizada, e identificam barreiras nos profissionais e nas políticas institucionais para sua implementação. Há necessidade de ações que levem à mudança das atitudes dos profissionais e de revisão das políticas relacionadas às famílias, para superação das dificuldades para implantação do CCPF.

Palavras-chave/descriptores: cuidado centrado na família; equipe de enfermagem; enfermagem pediátrica

Botelho LRM. The nursing team's perception of a university hospital regarding the priorities for the implementation of the patient-and family-centered care in pediatric units [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: The patient-and family-centered care (PFCC)) has been considered an innovative approach to health care planning, delivery and evaluation because it is based on a mutually beneficial partnership between patients, families and caregivers, recognizing the importance of the family in the patient's life. Most pediatric health professionals believe that PFCC is the best way to provide quality care to children and their families in health services. However, the actions of PFCC are restricted to some members of the team. **Objectives:** To understand the nursing team's perception about the implementation of the PFCC in the pediatric units of a university hospital; to identify the nursing team's perception about the priorities for the implementation of the PFCC in the pediatric units of a university hospital. **Methodology:** Qualitative study conducted in a university hospital in the city of São Paulo. Focal groups were conducted with 14 members of the nursing team, who work in pediatric areas. The sessions were recorded and the information transcribed, to be submitted to content analysis. **Results:** The analysis allowed the development of three themes: 1) The family in the pediatric care scenarios; 2) Challenges for the implementation of PFCC in the pediatric care scenarios; and 3) Priorities for the effective implementation of PFCC in the pediatric care units. **Conclusion:** PFCC has been practiced by some members of the nursing team who consider the participation of the family essential in the care process of hospitalized children, and identify barriers in the professionals and in the institutional policies for its implementation; there is a need for actions that lead to a change in the attitudes of the professionals and the review of policies related to families, in order to overcome difficulties in the implementation of PFCC.

Keywords/descriptors: family-centered care; nursing team; pediatric nursing

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 MOTIVAÇÕES PESSOAIS	12
1.2 O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E NA FAMÍLIA.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Método	19
2.2 Critérios para seleção dos estudos.....	19
2.3 Análise dos estudos	25
2.3.1 Barreiras para implementação do CCPF.....	25
2.3.2 Estratégias para implementação do CCPF.....	28
3 OBJETIVOS	33
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
4.1 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	34
4.1.1 Tipo de estudo.....	34
4.1.2 Local da pesquisa.....	34
4.1.3 Sujeitos da pesquisa.....	35
4.1.4 Aspectos Éticos.....	36
4.1.5 Coleta de dados.....	36
4.1.6 Análise dos dados	38
4.1.7 Rigor científico dos dados do trabalho de campo.....	41
5 RESULTADOS	42
5.1 A FAMÍLIA NOS CENÁRIOS DE ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA	42
5.1.1 A participação da família é essencial.....	42
5.1.2 A equipe tem dúvidas e resistências	43
5.1.3 O ambiente hospitalar não comporta plenamente a família.....	43
5.1.4 Práticas do CCPF já são realizadas pela enfermagem	51
5.2 DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DO CCPF NOS CENÁRIOS DE ATENÇÃO PEDIÁTRICA	53
5.2.1 O papel da família precisa ser compreendido.....	53
5.2.2 A comunicação com a família precisa ser aprimorada	53
5.2.3 As famílias precisam ser preparadas para o CCPF	54
5.2.4 As informações precisam ser padronizadas	55
5.2.5 Necessidade de políticas institucionais sobre o CCPF	55

5.3	PRIORIDADES PARA IMPLANTAÇÃO EFETIVA DO CCPF NAS UNIDADES DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO	56
5.3.1	Revisão das políticas escritas.....	56
5.3.2	Revisão das práticas da equipe	57
5.3.3	Sensibilização dos profissionais	57
5.3.4	Prover infraestrutura	58
5.3.5	Prover informações amplas e diversas.....	58
5.3.6	Desenvolver um plano de ação para implantar o CCPF nas unidades pediátricas	59
6	DISCUSSÃO	61
7	CONCLUSÃO	67
8	IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	68
8.1	Para a prática clínica	68
8.2	Para a pesquisa	68
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
10	REFERÊNCIAS	70

1. INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÕES PESSOAIS

Após concluir a graduação em enfermagem, pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), ingressei na Residência em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, também pela EE-USP. O campo de atuação era o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Durante 2 anos, enquanto trabalhei no Pronto Socorro Infantil (PSI), na Enfermaria Pediátrica e na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), eu observava como as famílias eram acolhidas nos diferentes cenários.

Comecei a participar do Grupo de Estudos de Enfermagem da Família (GEENF) no intuito de conhecer melhor a abordagem do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF), pela qual as famílias são vistas como parceiras do cuidado ⁽¹⁾. No GEENF, algumas atividades abordadas dizem respeito à aplicação dos modelos teóricos às situações clínicas vivenciadas pelas famílias; também são desenvolvidos instrumentos e intervenções de enfermagem com famílias em situação de doenças, entre outras atividades. As atividades desenvolvidas pelo GEENF, no HU-USP, são direcionadas para a inserção do CCPF no contexto assistencial.

Esse novo conhecimento, adquirido ao participar do GEENF, me fez enxergar o quão importante é ver as famílias em suas particularidades e não somente a doença a ser tratada. Segundo Angelo ⁽²⁾, pensar a família é necessário para o enfermeiro, pois:

Tomar a família como perspectiva é ser capaz de construir um relacionamento profissional significativo, que permita compreender quem é a família, qual a sua dinâmica e funcionamento, qual seu estágio de desenvolvimento, qual a sua fonte de sofrimento e como eu, profissional, posso ser útil no processo desta experiência.

No PSI, a equipe de enfermagem já estava mais sensibilizada, devido aos estudos que lá são realizados, portanto, era visível como o CCPF estava incorporado como prática das equipes, sendo perceptíveis a empatia e a naturalidade com que os profissionais de saúde exerciam a abordagem. Nessa unidade, os pais eram convidados a participar dos procedimentos invasivos – e até mesmo de emergências, como a reanimação cardiopulmonar e a intubação orotraqueal.

Na Enfermaria Pediátrica, a equipe também estava propensa a realizar o CCPF, que já estava sendo praticado pela maioria dos membros da equipe. Devido a internação prolongada, os profissionais se sentiam mais dispostos a criar vínculos e exercer um cuidado mais abrangente às famílias. Ademais, eles utilizavam ferramentas, como genograma e ecomapa, para identificar quais eram as famílias das crianças hospitalizadas.

Quando passei na UTIP, a percepção de certa diferença quanto ao acolhimento inicial das famílias no PSI e na Enfermaria Pediátrica, gerou-me certo incômodo. Quando as crianças chegavam à unidade, os pais aguardavam numa sala pequena, separados dos seus filhos; muitas vezes, a criança chegava em estado grave, sendo necessários procedimentos, como intubação orotraqueal, sondagem vesical de demora, passagem de cateter venoso central, que levavam horas. Os pais ficavam na sala angustiados, sem contato algum com seus filhos, recebendo notícias muito tempo depois.

Ao longo dos 2 anos, também percebi que a prática do CCPF era restrita aos enfermeiros que conheciam essa abordagem de cuidado e que simpatizavam com ela, gerando diferentes tipos de cuidados às crianças internadas. Pude perceber também que parte da equipe era favorável e parte era mais resistente às mudanças e à incorporação desse novo modo de cuidar.

Todos esses acontecimentos me trouxeram certa angústia e começaram a gerar questões instigando-me a ir em busca de respostas. Por que, em um mesmo hospital, cada unidade age de uma maneira diferente no que se refere ao CCPF? Por que o CCPF é exercido por uma minoria de profissionais? O que fazer para que o CCPF seja realizado por todos os membros da equipe?

Foi então que resolvi, no meu trabalho de conclusão da residência, identificar a percepção da equipe de enfermagem a respeito das políticas e das práticas de inclusão de famílias nos serviços assistenciais pediátricos. Para tanto, foi aplicado um questionário que possibilitava uma autoavaliação organizacional sobre a inclusão das famílias em diferentes elementos institucionais, como políticas escritas, *site*, materiais de informação e práticas da equipe de saúde, ajudando a determinar prioridades iniciais e etapas de ação para disparar o processo de mudança. A autoavaliação dos profissionais permitiu identificar a falta de clareza deles sobre a diferenciação entre as concepções de família como parceira, família como visitante e família como acompanhante. Mostrou, ainda, que a maioria dos respondentes se distanciou dos documentos oficiais para emitir suas respostas, baseando-se na cultura

organizacional, percebida por eles na instituição, para assinalar sua opção de resposta; foi possível perceber também que os profissionais que já haviam passado por um processo de sensibilização, em relação ao CCPF, apresentaram melhor percepção sobre a inclusão das famílias nas políticas escritas, porém, desconheciam a inclusão das famílias nas políticas institucionais ⁽³⁾.

Portanto, após evidenciar a percepção da equipe de enfermagem a respeito do CCPF, nas unidades, iniciei o mestrado decidida a dar continuidade ao tema. Diante desse cenário, que vem apontando avanços e motivação dos profissionais de enfermagem do HU-USP, para incorporar a abordagem do CCPF em seu processo de trabalho, cientes de que a transformação pretendida demanda uma complexa iniciativa de construção compartilhada, surgiram as seguintes indagações: “O que a equipe de enfermagem percebe que pode facilitar e dificultar a implementação o CCPF?”, “Por onde a equipe acredita que devem começar as mudanças?”.

1.2 O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E NA FAMÍLIA

O CCPF tem sido considerado uma abordagem inovadora para o planejamento, a prestação e a avaliação do cuidado em saúde, pois baseia-se em uma parceria mutuamente benéfica entre os pacientes, as famílias e os provedores de cuidados, todos reconhecendo a importância da família na vida do paciente. Essa filosofia de cuidado considera que a família é a principal fonte de força e apoio da criança ⁽¹⁾.

Os conceitos centrais desta abordagem fundamentam-se em quatro construtos ⁽⁴⁾: dignidade e respeito, partilha de informações, participação e colaboração. Assim, nas práticas orientadas por essa abordagem, as famílias são tratadas com dignidade e respeito; os membros das famílias são ouvidos, recebem as informações necessárias para as tomadas de decisões e escolhas esclarecidas, são ativamente envolvidos na busca de recursos e apoios necessários, enquanto os líderes colaboram com a família no desenvolvimento. A definição de família é dada pelos seus próprios membros, independentemente de laços consanguíneos, e as ações não se restringem ao corpo biológico, mas sim ao apoio biopsicossocioespíritual – que é considerado um componente do cuidado à saúde ⁽⁵⁾.

As primeiras descrições sobre os cuidados de enfermagem pediátrica centrado na família surgiram há mais de 60 anos, sob a proposta de melhorar os serviços de saúde

prestados às crianças e famílias e de mudar as práticas hospitalares para que os pais permaneçam com seus filhos, podendo prestar cuidados, durante a hospitalização. Essas propostas contêm muitos dos componentes associados ao CCPF que conhecemos hoje, que incluem cuidar da criança no contexto da família, facilitar a participação dos pais no cuidado e planejar um cuidado flexível e responsivo ⁽⁶⁾.

Em meados da década de 1920, as necessidades sociais e psicológicas das crianças já haviam sido reconhecidas pelas enfermeiras que prestavam cuidados. No entanto, foi no decorrer dos anos seguintes, que ficaram evidentes as sérias consequências emocionais, psicológicas e de desenvolvimento causadas, nas crianças, pela separação entre mãe e filho devido a hospitalização ⁽⁷⁾.

Desde 1955, "hospitais amigos da criança" são promovidos pelo *Citizen Committee on Children* da cidade de Nova York, que é uma organização sem fins lucrativos que visa educar o público, identificar e promover soluções práticas para garantir que as crianças de Nova York sejam saudáveis, educadas e seguras. No contexto clínico, os pais passaram a ficar maior tempo com seus filhos hospitalizados, iniciando assim uma mudança na opinião pública sobre o envolvimento de pais e filhos nos cuidados neonatais e pediátricos ⁽⁸⁾.

O desenvolvimento do CCPF ocorreu gradualmente, sendo introduzido na prática e aplicado a todos os contextos de cuidado da criança. Hoje, é amplamente aceito que os pais estejam presentes no hospital com seus filhos doentes; mas este entendimento não acontece de maneira uniforme em todo o mundo ⁽⁷⁾. No Brasil, a partir de 1990, foi estabelecido o direito da permanência dos pais ou responsáveis durante a hospitalização, com a promulgação da Lei nº 8.069, que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente ⁽⁹⁾.

Nos Estados Unidos, em 1992, foi fundado o *Institute for Patient- and Family-Centered Care* (IPFCC), visando facilitar a inserção do CCPF em todos os ambientes onde indivíduos e famílias recebem cuidados e apoio ⁽¹⁰⁾.

Em resposta à crescente conscientização da necessidade da presença dos pais nos cuidados às crianças internadas, foram surgindo pesquisas sobre os efeitos da separação nas crianças hospitalizadas e suas famílias e muitas UTIP passaram a adotar políticas de visita aberta que abrangiam 24 horas por dia, 7 dias por semana. A visita de irmãos também faz parte do CCPF; suas vantagens abrangem o reforço do vínculo familiar e a preparação pós-alta. Além disso, os hospitais passaram a estimular a presença da família durante procedimentos médicos ^(4, 11, 12).

Estudos ^(13, 14, 15) evidenciam o envolvimento cada vez mais amplo dos pais no cuidado de bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Eles são incentivados a permanecer como cuidadores primários, facilitando o vínculo parental com o recém-nascido, diminuindo o estresse dos pais, melhorando o gerenciamento de doenças crônicas e agudas e prevenindo reinternações.

Este modelo de abordagem tem sido amplamente utilizado em diferentes contextos internacionais, com melhores resultados de saúde; melhora na satisfação do paciente, da família e do profissional; alocação mais eficiente de recursos, com menores custos e redução de erros; e melhora na educação médica e demais áreas da saúde ^(16, 17).

Benefícios do CCPF foram observados no Paquistão, onde a recuperação de prematuros cujas mães cuidaram durante o período de internação, teve evidente diminuição do tempo de internação, não apresentando aumento de mortalidade ou de reinternação ⁽¹⁸⁾.

No Japão, as visitas de crianças à UTIN são geralmente restritas, devido à preocupação com infecções virais, porém estudo realizado nessa população, que examinou se as visitas de irmãos à UTIN aumentavam as infecções virais nosocomiais, mostrou que as visitas não estavam relacionadas ao aumento das infecções, resultando na implementação de visitas aos irmãos internados em concordância com o CCPF ⁽¹⁹⁾.

Atualmente, os princípios do CCPF vêm sendo aplicados em vários países, incluindo o Brasil, e algumas iniciativas de estudo têm sido realizada em nosso meio. Podemos destacar dois estudos, realizados em um hospital universitário em São Paulo, que apontam que as atitudes dos profissionais em relação às famílias influenciam o modo de cuidar em pediatria e destacam a importância de envolver as famílias nos cuidados de enfermagem entre a maioria dos enfermeiros ^(20,21). Num dos estudos ⁽²⁰⁾, foram identificados escores mais elevados em dimensões indicativas de atitudes de apoio sobre a participação das famílias no cuidado de enfermagem. Enfermeiros com mais tempo na profissão e que não tiveram conhecimento prévio de enfermagem da família apresentaram escores indicativos de atitudes de menor apoio para envolver as famílias no cuidado de enfermagem. Esta última evidência apoia os resultados do estudo ⁽²¹⁾, que revelou que a experiência do cuidado à família da criança hospitalizada prestado pela enfermeira não é uniforme e que a motivação ainda acontece individualmente, conforme a bagagem de conhecimento e os propósitos de cada profissional.

Ambos estudos foram realizados em instituição que, mesmo buscando transformar suas práticas baseadas nas premissas do CCPF, identifica que ainda existem diferentes níveis de conhecimentos sobre CCPF entre os enfermeiros da área pediátrica.

Do ponto de vista dos familiares, em outro estudo ⁽²²⁾, realizado no Brasil com o objetivo de compreender a percepção da família do recém-nascido hospitalizado em unidade neonatal em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde, foram realizadas entrevistas com familiares, das quais a análise possibilitou identificar duas categorias analíticas que compõem a percepção da família em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde: a satisfação com o cuidado na unidade e as dificuldades enfrentadas em relação à equipe e à hospitalização. Os resultados evidenciaram aspectos positivos e negativos que precisam ser levados em consideração, pois, ao mesmo tempo que os familiares revelaram que a equipe é receptiva, acolhedora, oferece informações e esclarece dúvidas, as dificuldades apontadas mostraram que este modelo de cuidado ainda está distante da prática clínica dos profissionais.

Uma vez que a literatura demonstra que a maioria dos profissionais de saúde pediátrica acredita que o CCPF é a melhor maneira de fornecer atendimento com qualidade às crianças nos serviços de saúde, suas ações ficam restritas aos profissionais que possuem interesse por essa filosofia de cuidado. Isso ocorre devido à falta de incentivo e de políticas relacionadas à implementação do CCPF nos serviços de saúde ^(7, 23, 24).

As políticas do CCPF que focam no envolvimento dos pais nos cuidados em UTIN estão ganhando força globalmente, em países como Austrália (Department of Health & Human Services), Canadá (Health Canada), Japão (Asai), Reino Unido (Department of Health) e Estados Unidos da América (American Academy of Pediatrics) ^(25, 26, 27, 28, 29). Há instituições que já implementaram a filosofia que abrange o CCPF em sua totalidade, sobretudo em na América do Norte, tais como: Contra Costa Regional Medical Center (Martinez, Califórnia), Kingston General Hospital (Ontario, Canadá) e Rochester General Hospital (Rochester, Nova Iorque) ⁽³⁰⁾. Estudo ⁽³¹⁾ internacional indica que a presença do CCPF no nível mais alto da política realça a crescente atenção que a abordagem está recebendo em contextos clínicos e aponta três principais barreiras para a implementação do CCPF: 1) falta de compreensão do CCPF; 2) falta de apoio às práticas; e 3) falta de pesquisas para impulsionar mudanças no sistema de saúde e de políticas que facilitem as práticas do CCPF.

Como método de avançar com o CCPF, um estudo ⁽³²⁾ revela que esforços voluntários são insuficientes para transformar o cuidado em saúde, concluindo que a transformação depende de grandes mudanças culturais, enquanto um estudo ⁽²²⁾ brasileiro recomenda a implementação do CCPF no cotidiano da unidade, a partir de mudanças na cultura organizacional, por meio de uma estratégia planejada, de discussões e reflexões envolvendo a equipe e os gestores; a elaboração de protocolos assistenciais que incluam a família; e a sensibilização e capacitação da equipe de saúde para facilitar o acolhimento e o empoderamento da família.

Para se obter êxito na implementação do CCPF, é necessário rever as práticas de prestação de cuidados de saúde e propor mudanças, promovendo o respeito mútuo, a colaboração e o apoio aos pais. Portanto, é fundamental o apoio organizacional das equipes de saúde, pois elas são capazes de promover o CCPF. Também é necessário incluir instalações adequadas, serviços inovadores e acessíveis, além de oportunidades que prevejam a participação das famílias no processo de tomada de decisões e nas políticas ⁽⁸⁾.

Diante da pontuação de alguns estudos, referentes à implementação do CCPF, este trabalho se debruçou sobre o seguinte questionamento: “De que forma é evidenciada na literatura a implementação do CCPF?”.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Método

A revisão integrativa consiste em uma análise ampla da literatura, que dá suporte às tomadas de decisões e à melhoria da prática clínica; ela possibilita a análise de estudos científicos de forma sistemática, pois reúne os estudos desenvolvidos, através de uma metodologia que permite aos revisores sintetizar resultados de estudos publicados, mantendo os interessados atualizados, modificando as práticas do dia a dia e reduzindo incertezas sobre recomendações práticas^(33, 34).

Essa abordagem de pesquisa possibilita ao pesquisador reconhecer os autores que investigam um determinado assunto, quais suas áreas de atuação e suas contribuições importantes; “permite separar o achado científico de opiniões e ideias; permite descrever o conhecimento no seu estado atual; e promove o impacto da pesquisa sobre a prática profissional”⁽³⁴⁾.

Para Ganong⁽³⁵⁾, apesar dos métodos de condução de revisões integrativas serem diferentes em relação ao número de métodos para realização de estudos individuais, existem padrões que devem ser seguidos. Ganong propõe 6 passos: selecionar as hipóteses ou questões para a revisão; estabelecer os critérios para a seleção da amostra; representar as características da pesquisa original; analisar os dados; interpretar os resultados; e apresentar a revisão.

2.2 Critérios para seleção dos estudos

A revisão integrativa, abordando as questões relacionadas à implementação do CCPF em serviços de saúde, foi realizada orientada pela questão: “De que forma é evidenciada na literatura a implementação do CCPF?”.

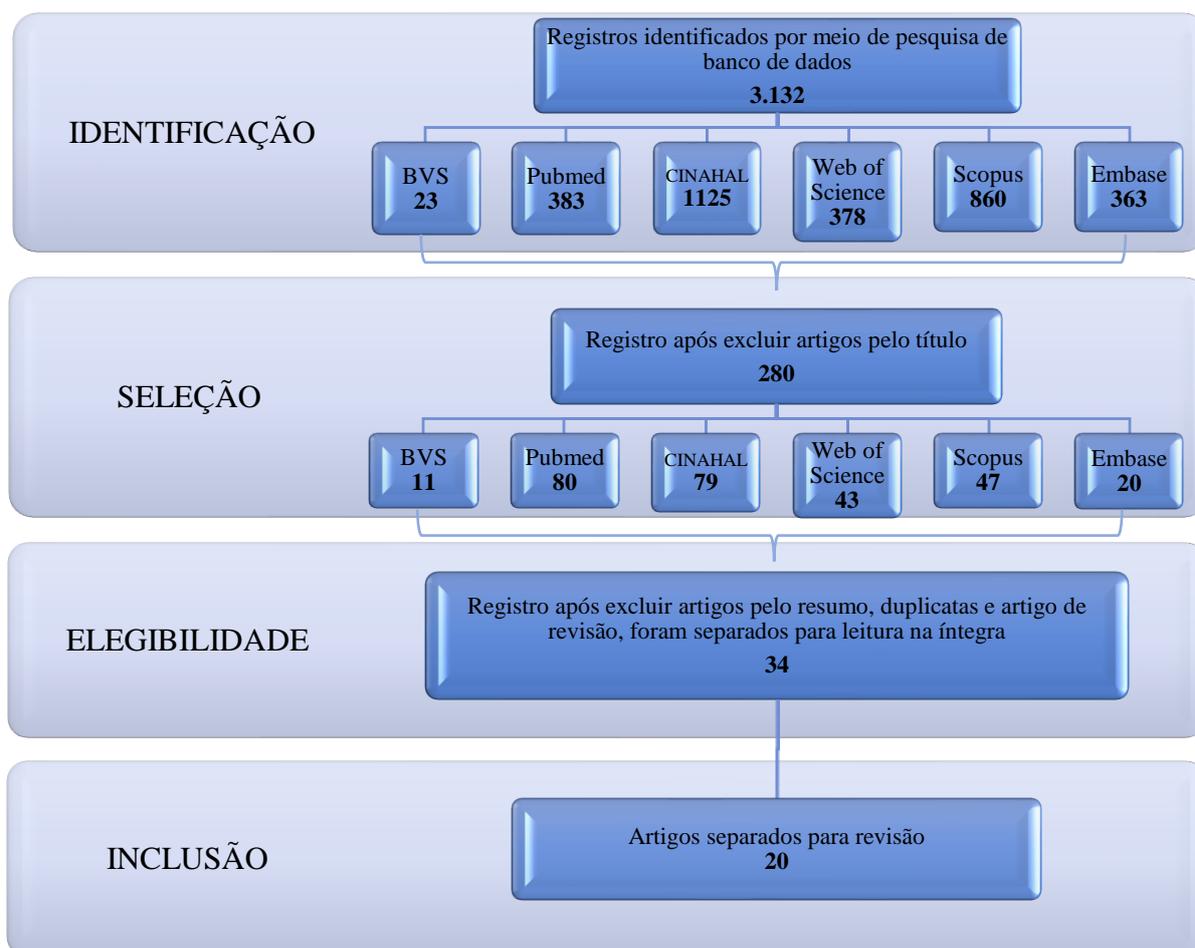
A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2018, por meio da busca eletrônica (internet) nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science*, *Scopus* e *Embase*.

Foram utilizados descritores em ciências da saúde (DeCS), MeSH e palavras-chave: “*Family centered care*”, *implement** (o uso do * abrange a busca nesse termo) e *strategies*. Foi realizada interface com o booleano AND.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos inicialmente foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; com resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas; sem limitação da busca por período. Foram selecionados os artigos que abordavam a implementação do CCPF, em sua totalidade, nas instituições hospitalares, não sendo considerados artigos que se limitavam a realização de pequenas práticas da equipe isoladas, com relação ao CCPF.

Um processo de triagem foi utilizado para obter os artigos de revisão ⁽³⁶⁾. A pesquisa inicial encontrou 3.132 artigos. Após exclusão, através da leitura dos títulos e dos resumos e descarte dos artigos duplicados, restaram 41 artigos. Desses, 7 artigos eram de revisão. Foram separados 34 artigos para leitura na íntegra; desses, 20 para a revisão (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama da seleção dos artigos para revisão integrativa. São Paulo, SP, Brasil, 2018.



Fonte: próprio autor

Os artigos selecionados para revisão incluíram: estudo quantitativo (n= 1), relato de experiência (n= 3), método misto (n= 4), fenomenológico (n= 1), qualitativo (n= 8), artigo teórico (n=2), relatório – estudo de caso (n= 1).

Os artigos nesta revisão estão relacionados à implementação do CCPF nos serviços de saúde e aos processos para a implementação dessa filosofia de cuidado. A Tabela 1 fornece um resumo dos artigos selecionados.

Tabela 1: Artigos levantados na revisão integrativa sobre implementação do CCPF. São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Autores	Ano/Fonte	Artigo	Pergunta / Objetivo	Resultados (síntese)
Mirlashari J, Valizadeh S, Navab E, Craig JW, Ghorbani F ⁽³⁷⁾	Clin Nurs Res. 2018 Feb	Dark and Bright-Two Sides of Family-Centered Care in the NICU: A Qualitative Study.	Explorar as experiências vividas de enfermeiros da UTIN na implementação do CCF.	Quatro temas principais foram extraídos: "tensão para alcançar a estabilidade", "perplexos ao assumir múltiplos papéis", "aceitar a família" e "alcançar o horizonte brilhante". Este estudo forneceu uma compreensão mais profunda sobre as percepções dos enfermeiros sobre a implementação do CCF. Os resultados mostraram experiências positivas e agradáveis dos enfermeiros que implementaram o CCF. Apesar dos desafios declarados, eles aceitaram as famílias de braços abertos.
Al-Motlaq MA ⁽³⁸⁾ .	Journal of Neonatal Nursing. 2018 June; 24(3): 159-162	Traditional open bay neonatal intensive care units can be redesigned to better suit family centered care application	Avaliar se as UTIN na Jordânia são adequadas para a implementação do CCF e se o <i>design</i> físico está relacionado a isso.	Mais de dois terços dos participantes indicaram inadequação de suas UTIN para o CCF. As entrevistas mostraram que o <i>design</i> físico das unidades era limitado e restrito em todas as unidades; algumas políticas / regulamentações também eram rígidas e não flexíveis, portanto, afetavam a aplicação do CCF; os enfermeiros mostraram disposição de desempenhar seu papel em qualquer plano de renovação das UTIN; no entanto, muitos consideraram a presença da família como um desafio e que poderia aumentar a carga de trabalho.
Hernandez NL, Grillo MHR, Lovera A ⁽³⁹⁾ .	Invest. Educ. Enferm. 2016; 34(1).	Strategies for neonatal developmental care and family-centered neonatal care	Avaliar as estratégias de Cuidado do Desenvolvimento Neonatal (CDN) e o Cuidado Centrado na Família (CCF) numa Unidade de recém-nascidos.	Mostra os resultados dos grupos focais, feitos com o pessoal da unidade, em relação aos conhecimentos e necessidades do NDC e do CCF, quanto ao conhecimento do CCF. O pessoal identificou três elementos: necessidade de envolver a família no cuidado do recém-nascido, comunicação com a família no momento da internação e durante a internação e educação. Os resultados do grupo focal com os pais mostraram que eles poderiam identificar suas necessidades relacionadas ao CCF e incluíram falta de espaço na unidade.

<p>Skene C, Gerrish K, Price F, Pilling E, Bayliss P ⁽¹³⁾.</p>	<p>J. Adv. Nurs. 2016 Mar; 72(3):658-68</p>	<p>Developing family-centred care in a neonatal intensive care unit: an action research study protocol.</p>	<p>Desenvolver, implementar e avaliar uma intervenção centrada na família baseada em evidências e promover o envolvimento dos pais no cuidado de bebês em cuidados intensivos neonatais.</p>	<p>O estudo compreende três fases: fase de exploração fornece <i>insights</i> sobre o contexto em que a intervenção será introduzida, juntamente com a percepção dos funcionários e dos pais sobre o envolvimento existente dos pais nos cuidados. A fase de intervenção envolve três ciclos de pesquisa de ação, durante os quais a intervenção será testada e aperfeiçoada. Cada ciclo envolve um período de planejamento, atuação, observação e replanejamento. A fase de avaliação sinaliza o fim da facilitação ativa pelo pesquisador, pois a intervenção será suficientemente refinada para permitir a avaliação de seu impacto. Este estudo contribui com novos conhecimentos sobre como os enfermeiros podem contribuir, juntamente com outros membros, para um modelo centrado na família, onde os pais estão ativamente envolvidos no cuidado de seus bebês na UTIN.</p>
<p>Mann D ⁽¹⁴⁾.</p>	<p>Nurs Womens Health. 2016 Apr-May;20(2):158-66</p>	<p>Design, Implementation, and Early Outcome Indicators of a New Family-Integrated Neonatal Unit.</p>	<p>Como foi planejado o modelo de assistência de cuidado familiar e implementado na instituição?</p>	<p>Foi implementada uma unidade com quatro suítes de cuidados familiares, quatro salas de cuidados especiais que podem ser duplicadas, se necessário, e sala em uma área de observação. Com base em pesquisas de satisfação do paciente, esse modelo de cuidado foi valorizado pelos pais e aumentou sua confiança para cuidar de seus recém-nascidos no momento da alta.</p>
<p>Rawson JV, Mitchell L, Golden L, Murdock A, Haines GR ⁽⁴⁰⁾.</p>	<p>J Am Coll Radiol. 2016 Dec;13(12 Pt B):1555-1559.</p>	<p>Lessons Learned From Two Decades of Patient- and Family-Centered Care in Radiology, Part 1: Getting Started.</p>	<p>Focar-se nos primórdios do CCPF e estudar o projeto de um novo hospital infantil (incluindo a criação de um departamento de radiologia pediátrica) e a renovação de um pacote de mamografia.</p>	<p>Este estudo descreve a implementação do CCPF no departamento de radiologia pediátrica em um hospital infantil e uma renovação nos exames de mamografia. Ambos resultaram em aumento na satisfação do paciente e maior retorno financeiro.</p>
<p>Silva NCS, Giovannella L, Mainbourg EMT ⁽⁴¹⁾.</p>	<p>Rev RENE. 2016; 17(5):643-50.</p>	<p>Cuidado centrado na família na perspectiva de enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal</p>	<p>Descrever os desafios e as estratégias para implementação do Cuidado Centrado na Família no cuidado ao recém-nascido hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva, na perspectiva de enfermeiras.</p>	<p>Os principais aspectos dificultadores encontrados para implementação do Cuidado Centrado na Família foram: carência de recursos materiais, ausência dos pais na unidade e escassez de funcionários, que influenciaram diretamente na assistência ao recém-nascido e à família. Para minimizar os desafios encontrados, as enfermeiras apontaram estratégias como criação e atualização de protocolos, treinamentos, programas de educação continuada, otimização da comunicação e reuniões com as famílias.</p>
<p>Gasparini R, Champagne M, Stephany A, Hudson J, Fuchs MA ⁽¹⁵⁾.</p>	<p>J Nurs Adm. 2015 Jan;45(1):28-34.</p>	<p>Policy to practice: increased family presence and the impact on patient - and family - centered care adoption.</p>	<p>Introduzir a presença da família 24 horas por dia e medir seu impacto em três categorias: percepções, reclamações e escores de experiência do paciente.</p>	<p>Remover as restrições de visitação e incentivar a presença da família é um importante primeiro passo em direção à transformação do CCPF. O projeto forneceu <i>insights</i> sobre os desafios da equipe e a adoção organizacional do CCPF, concentrando-se no impacto da presença da família na percepção dos líderes e na adesão da equipe à política. Os resultados sugerem melhorias estatisticamente significativas em relação à pós-intervenção de transformação organizacional.</p>

Weis J, Zoffmann V, Egerod I ⁽⁴²⁾ .	J Clin Nurs. 2014 Dec; 23(23-24): 3478-89	Improved nurse-parent communication in neonatal intensive care unit: evaluation and adjustment of an implementation strategy.	Avaliar e ajustar a implementação sistemática de cuidados orientados para a família em uma unidade de terapia intensiva neonatal.	A implementação sistemática dos cuidados orientados para a família incluiu oficinas, entrega supervisionada (do guia) e certificação. A implementação foi melhorando com o desenvolvimento de uma estrutura estratégica e de acordo com o contexto da vida real em uma unidade ocupada de cuidado neonatal.
Wong Oi Ling ⁽⁴³⁾ .	Archives of Psychiatric Nursing. 2014; 28(3): 212-219	Contextual Barriers to the Successful Implementation of Family-Centered Practice in Mental Health Care: A Hong Kong Study	Identificar os suportes e as barreiras para praticar a prática centrada na família em contextos de saúde mental.	A análise identificou lacuna conhecimento-prática, papel dos enfermeiros psiquiátricos, identidade profissional dos enfermeiros psiquiátricos e apoio gerencial, afetando negativamente os enfermeiros na implementação de uma abordagem centrada na família para o cuidado em saúde mental.
Macdonell K, Christie K, Robson K, Pytlik K, Lee SK, O'Brien K ⁽⁴⁴⁾ .	Adv Neonatal Care. 2013 Aug;13(4):26 2-9,	Implementing family-integrated care in the NICU: engaging veteran parents in program design and delivery.	Descrever e avaliar como os pais "veteranos" foram contratados como especialistas na elaboração e na implementação de um programa de atendimento integrado à família em uma unidade de terapia intensiva neonatal canadense (UTIN).	Os pais veteranos da UTIN trouxeram uma riqueza de conhecimentos desenvolvidos através da experiência pessoal para a concepção e implementação do programa de cuidados integrados à família. Os pais veteranos desempenharam um papel significativo tanto no desenvolvimento inicial do programa quanto na provisão de apoio ponto a ponto durante a implementação do programa
Abraham M, Moretz JG ⁽⁴⁵⁾ .	Pediatric Nursing. 2012; 38(1): 44.	Implementing Patient-and Family-Centered Care: Part I- Understanding the Challenges."	Explorar os desafios enfrentados na implementação de cuidados centrados no paciente e na família, encoraja enfermeiros pediatras a avançar com os esforços para integrar esses conceitos como um padrão de atendimento.	Reconhecer e identificar os desafios para a implementação de cuidados centrados no paciente e na família são um importante primeiro passo para derrubar barreiras e construir uma cultura institucional mais centrada no paciente e na família. O artigo identifica e lista os desafios atitudinais e organizacionais comumente enfrentados.
Moretz JG, Abraham M ⁽⁴⁶⁾ .	Pediatric Nursing. 2012; 38(2): 44.	Implementing Patient-and Family-Centered Care: Part II - Strategies and Resources for Success	O que pode incentivar os colegas a reconhecer os pais e outros cuidadores-chave como parceiros e processos de decisão? Como o comprometimento pode ser obtido com aqueles em uma organização que estão no caminho da implementação de práticas centradas no paciente e na família? E como os líderes administrativos podem ser encorajados a desenvolver a visão e as políticas necessárias para integrar os cuidados centrados no paciente e na família em toda a organização?	O artigo sugere várias formas para a implementação do CCPF, como, por exemplo, aplicar instrumentos sobre a percepção dos funcionários sobre o CCPF. O cuidado centrado no paciente e na família fica limitado quando é implementado somente por um provedor ou uma unidade. A implementação do CCPF requer um compromisso para a mudança cultural, sendo fundamental abraçar os pacientes e as famílias como parceiros para o sucesso.

<p>Staniszewska S, Brett J, Redshaw M, Hamilton K, Newburn M, Jones N, Taylor L ⁽⁴⁷⁾.</p>	<p>Worldviewso nEvidence-BasedNursing . 2012; 9(4): 243-255</p>	<p>The POPPY Study: Developing a Model of Family-Centred Care for Neonatal Units</p>	<p>Desenvolver o primeiro modelo internacional de cuidados centrados na família baseado na forte colaboração dos pais na síntese de evidências de pesquisa robustas para gerar a filosofia, os princípios, o modelo e os indicadores para implementação.</p>	<p>O projeto POPPY examinou de novo os cuidados centrados na família, com o objetivo de entender o que os pais querem dessa abordagem e identificar práticas centradas na família. O envolvimento dos pais desde o início foi fundamental para o desenvolvimento de um novo modelo de assistência. Esse envolvimento colaborativo envolve pais como parceiros de pesquisa.</p>
<p>MacKay LJ, Gregory D ⁽⁴⁸⁾.</p>	<p>J Pediatr Oncol Nurs. 2011 Jan-Feb;28(1):43-52</p>	<p>Exploring family-centered care among pediatric oncology nurses.</p>	<p>Compreender as experiências de enfermeiros oncológicos pediátricos em relação ao CCF; identificar como os enfermeiros de oncologia pediátrica implementaram o CCF em sua prática; identificar o que facilitou e permitiu que enfermeiros oncológicos pediátricos implementassem o CCF; e discernir as barreiras e os desafios que estavam presentes em sua configuração ao implementar o CCF.</p>	<p>Cinco temas principais foram identificados a partir do conjunto de dados coletados: Suporte hospitalar da CCF; como os participantes definiram o CCF; estabelecendo o CCF; melhorando o CCF; e Barreiras e Desafios ao fornecimento do CCF. Para implementar o CCF em meio a barreiras e desafios, devemos permitir que o CCF seja funcional em uma capacidade operacional. Isso implica reconhecer suas forças, estar ciente das barreiras e dos desafios e adaptar de acordo o CCF.</p>
<p>Wright A, Hiebert-Murphy D, Trute B ⁽⁴⁹⁾.</p>	<p>Journal of Family Social Work. 2010; 13(2):1 14-130</p>	<p>Professionals' Perspectives on Organizational Factors That Support or Hinder the Successful Implementation of Family-Centered Practice</p>	<p>Identificar as percepções dos profissionais sobre os fatores organizacionais que sustentam ou dificultam a implementação da prática centrada na família (PCF)</p>	<p>Os resultados das entrevistas e dos grupos focais mostraram que a maioria dos participantes era a favor da implementação do PCF no seu local de trabalho; no entanto, os entrevistados identificaram muitos desafios na implementação. Sugere que os casos altos e ativos, a supervisão limitada do PCF, as relações com os prestadores de serviços colaterais, o treinamento mínimo ou nenhum PCF e a política inadequada afetam negativamente a capacidade de implementar com sucesso o PCF.</p>
<p>Lotze GM, Bellin MH, Oswald DP ⁽⁵⁰⁾.</p>	<p>Revista de Trabalho Social da Família. 2010; 13(2):1 00-113</p>	<p>Family-Centered Care for Children With Special Health Care Needs: Are We Moving Forward?</p>	<p>Melhorar a compreensão dos comportamentos centrados na família em profissionais que receberam treinamento especializado nos princípios do CCF e explorar as percepções do provedor sobre os desafios para a implementação do CCF</p>	<p>A análise de conteúdo dos dados qualitativos revelou cinco temas que refletem as barreiras individuais e contextuais ao CCF: (1) cultura institucional, (2) ausência de coordenação do cuidado, (3) treinamento insuficiente, (4) fatores políticos e (5) fatores familiares. Os resultados indicam que a mudança no nível dos sistemas é primordial para que as práticas centradas na família sejam plenamente realizadas. Embora o CCF pareça estar avançando, a mudança no nível institucional é essencial para que esse modelo de atendimento continue a crescer.</p>
<p>Johnston AM, Bullock CE, Graham JE, Reilly MC, Rocha C, Hoopes RD Jr, Van der Meid V, Gutierrez S, Abraham MR ⁽⁵¹⁾.</p>	<p>Pediatrics. 2006; 118:S108</p>	<p>Implementation and Case-Study Results of Potentially Better Practices for Family-Centered Care: The Family-Centered Care Map</p>	<p>Melhorar a capacidade de coordenar e prestar cuidados de forma holística, através de um mapa de cuidados centrados na família, para que as necessidades de desenvolvimento, físicas e psicossociais do bebê e da família sejam atendidas.</p>	<p>Sessenta e três práticas potencialmente melhores foram identificadas e sete práticas potencialmente melhores foram implementadas através de estudos de caso. Medidas de satisfação familiar revelaram melhorias na prestação de cuidados centrados na família.</p>

Moore KAC; Coker K; DuBuisson AB; Swett B; Edwards WH ⁽⁵²⁾ .	Pediatrics. 2003 Apr;111(4 Pt 2): 450-60.	Implementing Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units: Successes and Challenge	Como equipes multidisciplinares de 11 unidades de terapia intensiva neonatal de centro médico colaboraram em um projeto de melhoria da qualidade com foco no cuidado centrado na família?	Foram definidas 10 áreas de práticas potencialmente melhores (PBP). Sete centros desenvolveram ou revisaram sua visão ou filosofia de declarações de cuidado sobre cuidados centrados na família. A mudança para deixar de considerar os pais como “visitantes” e passar a considerar como parceiros no cuidado de seus filhos foi mais difícil para os centros com políticas de visitação restritas. Todos os centros desenvolveram, expandiram ou iniciaram planos para estabelecer conselhos familiares.
Ballweg DD ⁽⁵³⁾ .	J Perinat Neonatal Nurs. 2001 Dec;15(3):58-73.	Implementing developmentally supportive family-centered care in the newborn intensive care unit as a quality improvement initiative.	Avançar em direção a um modelo de prestação de cuidados voltado para a família e voltado para o desenvolvimento.	Os resultados indicam que um processo abrangente de melhoria da qualidade, guiado por um especialista em desenvolvimento neonatal baseado em unidades, pode fornecer a estrutura para alcançar a mudança de atendimento tradicional, centrado no provedor, orientado por tarefas, para cuidados holísticos, individualizados e baseados em relacionamentos.

Fonte: próprio autor

A leitura dos artigos selecionados permitiu agrupar os resultados por similaridade de conteúdo, sendo constituídas em duas categorias de análise: Barreiras para implantação do CCPF e Estratégias para implantação do CCPF.

2.3 Análise dos estudos

2.3.1 Barreiras para implementação do CCPF

Ao longo dos anos, o CCPF vem contribuindo para melhores resultados médicos, melhor tempo de permanência na UTIN e redução dos custos. Os benefícios fisiológicos e psicológicos do CCPF, na área pediátrica, resultam em crianças que choram menos, trazendo benefícios também aos pais, reduzindo o nível de ansiedade e melhorando o empoderamento, a competência e a satisfação para cuidar da criança após a alta ^(16, 17, 54).

No entanto, a literatura sugere que existem barreiras à implementação do CCPF, incluindo a falta de capacitação entre os profissionais de saúde com relação à compreensão da filosofia do CCPF; as discrepâncias entre as práticas reais e ideais do CCPF; a falta de tempo e de recursos humanos para que a equipe de enfermagem propicie um atendimento CCPF; as políticas institucionais, que não apoiam a presença da família; e a infraestrutura das instituições, que não favorece a presença da família ^(37, 38, 41, 43, 45, 48, 49, 50).

Reconhecer os desafios e as barreiras para a implementação do CCPF é um passo importante para construir uma cultura institucional voltada para o CCPF. Derrubar essas barreiras para implementação vem sendo prioridade de muitas instituições de saúde já alguns anos. Quando uma organização não tem incorporada a filosofia de CCPF, os profissionais de saúde são forçados a tomarem decisões pautadas no que acreditam ou no que lhes é mais conveniente, embora essas decisões não necessariamente sejam consistentes com as políticas do hospital e não reflitam um fidedigno conceito de CCPF ⁽⁴⁵⁾.

As publicações analisadas mostraram que vários elementos do CCPF são implementados em diferentes países, porém existem barreiras organizacionais para a implementação em algumas instituições ⁽⁴⁶⁾. Estudo realizado no Irã mostrou que os enfermeiros enfrentam vários desafios e dificuldades para educar e envolver os pais nos cuidados. Embora os enfermeiros tenham enfrentado muitas dificuldades e enfrentado desafios com a presença das famílias, eles aceitaram as famílias de braços abertos e sentiram a responsabilidade de envolvê-las na prestação de cuidados ⁽³⁷⁾.

Estudo, realizado na Jordânia, entrevistou enfermeiros buscando suas opiniões a respeito do *design* físico das UTIN. As entrevistas mostraram que o *design* físico das UTIN era limitado e restrito. Mostrou que algumas políticas regulamentações também eram rígidas e não flexíveis, portanto, afetavam a aplicação do CCPF. Os enfermeiros mostraram disposição em desempenhar seu papel em qualquer plano de renovação das UTIN; no entanto, muitos consideraram a presença da família como um desafio que poderia aumentar a carga de trabalho ⁽³⁸⁾.

Estudo brasileiro, que entrevistou enfermeiras para determinar suas perspectivas acerca das dificuldades na implementação do CCPF, mostrou que as unidades de trabalho não possuíam infraestrutura adequada, compatível com a demanda de alocar os pais na unidade com o conforto e a segurança necessários. As enfermeiras também referenciaram a falta de discussões na equipe com propósito de planejamento e avaliação dos cuidados a serem ofertados aos pacientes ⁽⁴¹⁾.

Com o objetivo de identificar os suportes e as barreiras para praticar o CCPF, em contextos de saúde mental em Hong Kong, foi aplicado um questionário aos enfermeiros e, posteriormente, foram realizados grupo focal e entrevistas. A análise identificou fatores que afetam a implementação da prática centrada na família em um ambiente de saúde mental, como limitações de tempo, sobrecarga de trabalho, escassez de pessoal e rotina diária, pois

impedem os enfermeiros de praticar o CCPF. Os enfermeiros ressaltaram ainda que “achavam difícil encontrar tempo para engajar as famílias”, apesar de a maioria concordar que o CCPF é uma boa prática e um avanço na assistência de enfermagem. Muitos enfermeiros comentaram “que também tinham muitos deveres administrativos, e achavam que era problemático envolver as famílias devido do número de casos existentes”⁽⁴³⁾.

Em estudo qualitativo realizado em um hospital infantil canadense, onde enfermeiros foram entrevistados, foram identificados barreiras e desafios para fornecer o CCPF. A análise das entrevistas mostrou que há falta de compreensão e conhecimento sobre a cultura da família e do paciente por parte da equipe de enfermagem, resultando na incapacidade de fornecer o CCPF com qualidade. Os profissionais de saúde entraram em contradições com os pais nas tomadas de decisões, os profissionais não concordavam com as crenças religiosas da família e do paciente (exemplo: famílias da crença Testemunha de Jeová). Os enfermeiros identificaram, ainda, que há falta de tempo para se concentrar nas necessidades psicossociais ou educacionais do paciente-família, colaborando como barreira para a prática do CCPF. Os profissionais apontaram também a falta de recursos e orçamentos, uma vez que aumentou o número de pacientes e não aumentou o número de funcionários, e relataram que não têm conhecimento da filosofia do CCPF. Os participantes observaram que não havia diretrizes ou políticas estabelecidas sobre o CCPF para os enfermeiros seguirem. Embora o hospital tenha sido projetado para apoiar a abordagem do CCPF, os participantes expressaram limitações sobre as habilidades necessárias, o conhecimento e o suporte para implementar totalmente o CCPF em sua prática⁽⁴⁸⁾.

Estudo realizado na área de psicologia, o qual visava examinar comportamentos autorrelatados centrados na família e nas percepções de barreiras ao CCPF, mostrou que os participantes compartilhavam preocupações sobre “limitações do tempo em uma prática muito ocupada” e não tinham “tempo suficiente para atender o grande número de famílias que necessitavam de serviços”. Outras barreiras incluíram treinamento insuficiente de profissionais de saúde nos princípios do CCPF; exposição limitada a conteúdo educacional no desenvolvimento de relacionamento interpessoal; e falta de experiências de treinamento direto em intervenções familiares e infantis. No entanto, mesmo com profissionais que tenham sido educados em um modelo de provisão de serviços centrados na família, a escassez de pessoal e outros aspectos do ambiente institucional podem impedir a implementação consistente desses serviços de saúde⁽⁵⁰⁾.

O objetivo de um estudo canadense foi identificar as percepções dos profissionais sobre os fatores organizacionais que sustentam ou dificultam a implementação da prática centrada na família (PCF). Os profissionais participantes trouxeram que as políticas eram pouco claras ou conflitantes, resultando em múltiplas interpretações por famílias, coordenadores de serviços e supervisores. Ademais, a missão da organização dificultava a implementação de um modelo centrado na família. Apesar de apoiarem uma abordagem centrada na família, “os profissionais identificaram muitos obstáculos, em particular, altos números de casos, supervisão limitada, formação insuficiente e falta de serviços e políticas integradas”. Outro impacto negativo, para implementar a PCF, foram questões relacionadas à rotatividade de pessoal e à falta de recursos para contratar mais trabalhadores ⁽⁴⁹⁾.

Implementar o CCPF não é apenas um dever do enfermeiro; os formuladores de políticas de assistência à saúde e as autoridades devem apoiar os enfermeiros, através de melhor gestão de recursos e de sua força de trabalho, para que haja de fato uma implementação do CCPF ⁽³⁷⁾.

Organizações que implementaram o cuidado centrado no paciente e na família desenvolveram um plano estratégico no qual líderes trabalharam juntos para revisar as políticas organizacionais e, assim, superarem os desafios e as barreiras atitudinais e organizacionais ⁽⁴⁵⁾.

Apesar das barreiras apresentadas nos estudos, com o trabalho árduo de profissionais, líderes e coordenadores, através de planejamento estratégicos, é possível romper essas barreiras para que o CCPF não seja somente praticado pela equipe multiprofissional, como também implementado em políticas organizacionais. “As organizações reconhecem que o caminho para o CCPF é desafiador e tem potencial para produzir bons resultados não só para pacientes e familiares, mas também para membros da equipe” ⁽⁴⁵⁾.

2.3.2 Estratégias para implementação do CCPF

Frente às barreiras para implementação do CCPF, surge a necessidade de criar estratégias para combater os desafios e as barreiras na implementação do CCPF. O primeiro passo é a educação pessoal e da equipe, uma vez que muitos acreditam praticar o CCPF, embora não entendam os conceitos fundamentais. O desenvolvimento de infraestrutura, para criar e manter melhorias, é importante para que a família participe nos cuidados e nas tomadas

de decisões, tanto no planejamento do cuidado quanto em rodas com a equipe multiprofissional ⁽⁴⁶⁾.

Visando a implementação do CCPF no Hospital Universitário del Valle, na Colômbia, foram realizados grupos focais com os pais, sendo que os resultados mostraram que os pais são capazes de identificar suas necessidades com relação ao CCPF, promovendo discussão, reflexão e construção de conhecimento colaborativo, juntamente com o pessoal da equipe, resultando na identificação de suas necessidades relacionadas ao CCPF ⁽³⁹⁾. O uso das estratégias para promover o Cuidado do Desenvolvimento Neonatal (CDN) e o CCPF na unidade neonatal permitiu trabalhar em equipe e facilitou a implementação de estratégias nas práticas de cuidado neonatal na unidade.

Estratégias de implementação do CCPF foram relatadas num estudo brasileiro, no qual, após fazer um levantamento das perspectivas das enfermeiras com relação à implementação do CCPF, essas enfermeiras trouxeram estratégias, como: melhoria da infraestrutura, aumentando o espaço para as famílias, o número de leitos e a quantidade de equipamentos; desenvolvimento de novas ações na unidade para a prática adequada do CCPF, como a criação e atualização de protocolos, treinamentos e de programas de educação continuada; comunicação efetiva entre a equipe; comunicação entre equipe e família; e realização de contínuas reuniões com as famílias, a fim de esclarecer dúvidas e aproximá-las do cuidado e da equipe, gerando conforto e segurança ⁽⁴¹⁾.

Um relato de experiência mostra que, após mapear hospitais, o ambiente físico favorece a presença das famílias 24 horas por dia, 7 dias por semana. Num determinado hospital nos Estados Unidos, foi projetada uma unidade onde havia salas que comportavam os familiares, aonde a família iria para cuidados especiais com o bebê e o cuidado da mulher em conjunto. Essas salas de cuidados especiais estavam equipadas para fornecer cuidados médicos e de enfermagem para bebês, com acomodações para as famílias ficarem 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os espaços incluíam também condição para dois pais dormirem, uma geladeira para o leite materno e uma TV. Não apenas o ambiente físico foi projetado para minimizar a separação, mas outros aspectos do cuidado também foram considerados ⁽¹⁴⁾.

Em estudo que descreve a implementação do CCPF no departamento de radiologia pediátrica em um hospital infantil, foi realizada uma busca ativa de papéis significativos para os pacientes e seus familiares. A filosofia do CCPF foi integrada aos fluxos de trabalho organizacionais que ocorreriam no novo hospital. O novo hospital infantil foi projetado com

pacientes (crianças) e seus pais na mesa de projetos. O novo departamento de radiologia pediátrica concentrou radiografia pediátrica, fluoroscopia, ultrassonografia e tomografia computadorizada em uma área, com esquemas de cores escolhidos por crianças e famílias. Um registro separado de radiologia pediátrica e uma sala de espera também foram criados. Quando o hospital foi aberto, outra mudança significativa foi feita nas “horas de visita”: não havia horário de visita, porque as famílias não eram mais convidados ou visitantes, pois elas haviam se tornado parceiras no processo de atendimento. O CCPF se deu através de uma construção em equipe, a qual exigiu a aceitação de médicos, tecnólogos, enfermeiros e outros membros da equipe, ou seja, foi parte de uma estratégia de sucesso que incorporou a gestão inclusiva, a responsabilidade fiscal e a melhoria de processos ⁽⁴⁰⁾.

Um método de realizar ou avaliar a implementação do CCPF é a utilização de instrumentos. Vários estudos utilizam esses instrumentos ^(42,47,50,51) para facilitar a implementação dessa filosofia de cuidado.

Estudo realizado na Dinamarca teve como objetivo avaliar e ajustar a implementação sistemática de cuidados orientados para a família, em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Com a finalidade de implementar o CCPF, foi aplicado um guia de cuidado centrado na família (GCCF) pelos enfermeiros. Os principais mecanismos do GCCF foram o diálogo estruturado, a reflexão e a comunicação centrada na pessoa. Sua aplicação resultou no principal achado: o GCCF foi viável quando a estrutura foi ajustada às barreiras contextuais. A implementação do GCCF e o uso das habilidades de comunicação integradas foram medidas efetivas e constituíram uma mudança significativa na interação entre pais e enfermeiros na UTIN ⁽⁴²⁾.

Estudo piloto realizado com pais envolvidos na elaboração e na implementação de um programa de atendimento integrado à família, em uma unidade de terapia intensiva neonatal canadense, mostrou que a voz dos pais foi fundamental na formação do projeto, pois há um crescente reconhecimento da importância de envolver ativamente os pacientes e suas famílias na provisão de seus cuidados e no redesenho dos processos de cuidado. O estudo mostrou como o envolvimento dos pais foi essencial para a aplicação do CCPF, pois os pais podem ser parceiros na implementação dessa filosofia de cuidado. A integração bem-sucedida dos pais em qualquer projeto hospitalar, por menor que seja, pode levar, por exemplo, à mudança organizacional e a melhores resultados ⁽⁴⁴⁾.

Estudo de melhoria da qualidade introduziu a presença da família 24 horas por dia e mediu seu impacto em três categorias: percepções, reclamações e escores de experiência do paciente. Em um primeiro momento, foi realizada uma revisão na literatura sobre a presença familiar e as políticas de visitação. Na sequência, uma nova política de presença familiar foi implementada. Após a implementação, foi aplicado um questionário para medir a percepção da experiência: 87% dos entrevistados indicaram apoio à política de presença da família. A intervenção resultou em remover as restrições de visitação, pois concluiu que incentivar a presença da família é um importante primeiro passo em direção à transformação do CCPF ⁽¹⁵⁾.

Estudo realizado na Inglaterra visava a criação do projeto POPPY (Pais do Projeto de Bebês Prematuros), que teve origem em um grupo de pais que tiveram experiências ruins com a unidade neonatal, embora seus bebês tivessem recebido atendimento clínico de boa qualidade. O modelo POPPY de cuidados centrados na família foi desenvolvido em uma série de etapas-chave, com o envolvimento colaborativo dos pais (antes da admissão na unidade neonatal; na admissão; nos primeiros dias na unidade neonatal; crescendo e desenvolvendo; transferências entre diferentes níveis e diferentes unidades; na preparação para a alta e na transição para a casa; em casa). Esse modelo foi construído através dos princípios do CCPF, colocando a família no centro do cuidado. O CCPF contribuiu para que os serviços neonatais se tornassem mais centrados na família, por meio do atendimento mais eficaz e mais voltado às expectativas e necessidades dos pais ⁽⁴⁷⁾.

No intuito de implementar o CCPF, onze UTIN optaram por focar o CCPF como uma estratégia para melhorar o atendimento de bebês em UTIN e suas famílias. O projeto foi desenvolvido em colaboração com o *Institute for Family-Centred Care*. Foram definidas 10 áreas de práticas potencialmente melhores (PBP). As atividades de melhoria em 4 das 10 áreas são dadas como exemplos de sucessos e desafios que os centros individuais encontraram. As quatro áreas são: visão e filosofia, cultura de unidade, participação da família no cuidado e famílias como conselheiros. Os princípios do CCPF foram praticados e escritos nas diretrizes do hospital. A reavaliação da atual política de visitação com ênfase na visitação de irmãos foi selecionada como a primeira prioridade e as mudanças na política de visitação foram feitas em etapas ⁽⁵²⁾.

Como os estudos mostraram, mudar a cultura do cuidado visando o CCPF não é fácil. É necessário quebrar paradigmas e barreiras para que o cuidado seja exercido com foco na família. Segundo autor ⁽⁵³⁾, “muitas unidades querem praticar cuidados de desenvolvimento e centrados na família. A transição para um modelo de atendimento tão abrangente é um

processo demorado e desafiador que requer investimento de tempo e recursos, mas vale a pena o esforço”, pois, através da perseverança, essa filosofia de cuidado pode ser alcançada.

Os estudos mostraram que, para implementar o CCPF, é necessário rever as políticas escritas dos hospitais, pois diretrizes e protocolos devidamente registrados auxiliam a prática da equipe de saúde. Havendo as diretrizes e os protocolos, fica claro que a infraestrutura dos hospitais precisa comportar as famílias e que os profissionais de saúde precisam de treinamentos sobre como cuidar das famílias. Mediante estudo ⁽³⁾ prévio, no qual foi realizada uma autoavaliação organizacional sobre a inclusão das famílias em diferentes elementos institucionais no HU-USP, resultados permitiram identificar que a maioria dos respondentes se distanciou dos documentos oficiais para emitir suas respostas, optando por baseá-las na cultura organizacional percebida por eles na instituição.

Diante desse cenário, que aponta avanços e motivação da equipe de enfermagem do HU-USP, para incorporar a abordagem do CCPF em seu processo de trabalho, e cientes de que a transformação pretendida demanda uma complexa iniciativa de construção compartilhada, surgiram as seguintes indagações: “O que a equipe de enfermagem entende que pode facilitar e dificultar a implementação para este modelo de cuidado?”, “Por onde se acredita que devam começar as mudanças?”.

3 OBJETIVOS

Compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre implantação do CCPF nas unidades pediátricas de um hospital universitário.

Identificar a percepção da equipe de enfermagem quanto às prioridades para a implantação do CCPF nas unidades pediátricas de um hospital universitário.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

4.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo. Esse tipo de estudo, tem fundamento teórico e propicia, durante a investigação, a construção de novas abordagens e a revisão e a criação de novos conceitos e categoria, tendo como fonte de dados direto o ambiente e o pesquisador como instrumento fundamental para a coleta dos dados, existindo aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto ^(55, 56).

Nesse tipo de pesquisa, que investiga e explora o subjetivo de um objeto analisado, estudando suas particularidades, o pesquisador explora esse objeto, observando-o e usando sua própria pessoa como instrumento de seleção, análise e interpretação dos dados coletados ⁽⁵⁷⁾.

A pesquisa qualitativa responde questões muito particulares, que não podem ser quantificadas, pois trata-se de uma pesquisa que trabalha o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes e que corresponde a um espaço mais profundo de relações, de processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis ⁽⁵⁵⁾.

4.1.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). É um hospital geral, de atenção secundária, que integra o Sistema Único de Saúde (SUS). Inserido na Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, tem por finalidade desenvolver atividades de ensino e pesquisa na área de saúde e assistência de média complexidade. O HU-USP é o principal campo de ensino-teórico-prático do curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). A implantação dessa prática se dá pela parceria realizada entre a EE-USP com o Departamento de

Enfermagem (DE) do HU-USP, ao longo dos 35 anos de existência desse hospital. O HU-USP está localizado no campus de São Paulo da universidade, na zona oeste da cidade de São Paulo; tem capacidade de 258 leitos, mas, atualmente, dispõe de 176 leitos operacionais, distribuídos nas quatro especialidades básicas: médica, cirúrgica, obstetrícia e pediatria ⁽⁵⁸⁾.

Para a realização do estudo, foram selecionadas as unidades da área pediátrica, incluindo Pronto Socorro Infantil (11 leitos de observação), Enfermaria Pediátrica (30 leitos) e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal (13 leitos).

4.1.3 Sujeitos da pesquisa

O estudo teve como população a equipe de enfermagem e teve como critério de inclusão ser enfermeiro, residente, técnico ou auxiliar de enfermagem das unidades pediátricas. O recrutamento dos participantes para o estudo foi feito por meio de convite, garantindo a representatividade entre as categorias profissionais, os turnos e os setores. Os participantes foram selecionados juntamente com a chefia de cada unidade, para que pudessem participar fora do horário de trabalho, sem prejudicar a escala das unidades onde atuavam.

Após selecionados, foram enviados convites para 30 profissionais de enfermagem, os quais foram aceitos por 14 profissionais, entre técnicos, enfermeiros e enfermeiros residentes (Tabela 2), distribuídos em 6 participantes no primeiro grupo focal e 8 participantes no segundo grupo focal.

Tabela 2: Distribuição da amostra por categoria profissional e unidades de atuação. São Paulo, SP, Brasil, 2020.

	Técnicos de Enfermagem	Enfermeiros	Enfermeiros residentes
PSI	2	2	1
Pediatria	3	2	0
UTI Neo/Ped	2	2	0

Fonte: próprio autor

4.1.4 Aspectos Éticos

O estudo foi conduzido de acordo com os aspectos éticos descritos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e da instituição coparticipante da pesquisa (pareceres números 1.780.925 e 1.801.215, respectivamente)

A equipe de enfermagem foi convidada a participar voluntariamente da pesquisa, recebendo explicação quanto à natureza da pesquisa, objetivos e métodos. Quando em concordância com a participação, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para assinatura.

4.1.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de sessões de grupo focal. Segundo Minayo ⁽⁵⁵⁾:

O grupo focal se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. Para serem bem-sucedidos, precisam ser planejados, pois visam a obter informações, aprofundando a interação entre participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências. A técnica deve ser aplicada mediante um roteiro que vai do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um.

A ideia de coletar dados por meio do grupo focal baseia-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. Há uma perspectiva diferente do que acontece com dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, nos quais o indivíduo deve discorrer sobre seus pontos de vista em relação a assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente ⁽⁵⁹⁾. O método de grupo focal é recomendado pela maior possibilidade de se pensar coletivamente, quando se refere a uma temática que faz parte do cotidiano das pessoas envolvidas ⁽⁶⁰⁾.

Os grupos focais ocorreram em duas sessões, com duração de 2 horas e 15 minutos, com a finalidade de compreender o que a equipe de enfermagem pensa a respeito da implantação do CCPF nas unidades pediátricas do HU-USP e de identificar a percepção da equipe de enfermagem quanto às prioridades para a implantação do CCPF nas unidades pediátricas do hospital. O critério de saturação, comumente utilizado em estudos qualitativos,

também é aplicável no caso de grupo focal. Ou seja, os grupos se esgotam quando não apresentam novidades em termos de conteúdo e argumentos, os depoimentos tornam-se repetitivos e previsíveis. Com isso, acredita-se que a estrutura de significados tenha sido apreendida ⁽⁶¹⁾.

O grupo foi guiado por uma moderadora, a coordenadora do grupo de pesquisa, e um facilitador, a pesquisadora, responsáveis por: introduzir a discussão e mantê-la em foco, enfatizando para o grupo que não havia respostas certas ou erradas; observar os participantes, encorajando a palavra de cada um deles; buscar as “deixas” de andamento da própria discussão e fala dos participantes; construir relações com os informantes, para aprofundar, individualmente, respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo pesquisador; observar as comunicações não verbais e o ritmo próprio dos participantes, dentro do tempo previsto para o debate.

As sessões foram gravadas em áudios e realizadas em espaços cedidos pela instituição, seguindo um roteiro dividido em 4 blocos temáticos:

- Bloco I - Legitimação e motivação da sessão: explicar o objetivo do estudo e do grupo focal; devolução, pelos participantes, dos TCLE já assinados; expor as regras básicas; explicar o papel do moderador; incentivar a colaboração quanto a pontos de vista, opiniões e ideias. Neste bloco, além de estabelecer as regras prévias, foi oferecida a possibilidade de os participantes incluírem mais regras.
- Bloco II - Explorar o que o grupo pensa a respeito da implementação do CCPF no HU-USP: conhecer o que o grupo pensa sobre o CCPF e sua implementação; identificar as facilidades para a implementação do CCPF; explorar opiniões emitidas. Neste bloco, os participantes falaram o que pensam sobre a implementação do CCPF no HU-USP, o que pode facilitar e dificultar a transição para esse modelo de cuidado e quais os resultados que eles pensam que podem/devem emergir desta implementação.
- Bloco III - Identificar as prioridades para implementação do CCPF: conhecer as dificuldades percebidas pelo profissional; identificar consequências para o profissional; explorar opiniões emitidas. Neste bloco, os participantes falaram sobre qual caminho eles acreditavam que deveria ser percorrido para a implementação do CCPF e por onde eles acreditavam que deveria começar a mudança. Quais as prioridades?

- Bloco IV - Reflexão e conclusão da sessão: refletir sobre as principais opiniões emitidas; concluir a sessão. O bloco consistiu em rever as pontuações do grupo e questionar os participantes se queriam alterar ou acrescentar alguma coisa.

4.1.6 Análise dos dados

Após reunir o material coletado no grupo focal, foi realizada a transcrição dos áudios gravados. Para tratamento dos dados coletados, foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin ⁽⁶²⁾. A Análise de Conteúdo é definida pelo autor como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo “articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem” ⁽⁵⁵⁾.

O processo de análise foi orientado por uma das técnicas de Análise de Conteúdo, a Análise Temática, que se fundamenta no tema ⁽⁶²⁾.

Tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis.

Quando é utilizada a análise temática, torna-se possível escolher, em um discurso, a frase como unidade de codificação, desmembrando os temas, “classificando e dividindo as significações do discurso em categorias em que os critérios de escolha e delimitação seriam orientados pela dimensão da análise” ⁽⁶²⁾.

O autor organiza a análise de conteúdo em torno de três polos cronológicos ⁽⁶²⁾:

1) A pré-análise

É a fase de organização, que “corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise”

De acordo com o autor, corresponde a três missões: a escolha dos documentos que serão analisados, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

- a) *A leitura flutuante*: “a primeira atividade consiste em estabelecer um contato com os documentos a analisar e em conhecer o tema, deixando-se invadir por impressões e orientações”. Nesta etapa, pouco a pouco, a leitura vai se tornando cada vez mais precisa, devido as hipóteses emergentes, a projeção de teorias adaptadas sobre o tema e a possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos.
- b) *A escolha dos documentos*: o universo de documentos de análise pode ser determinado pelo objetivo do trabalho. Então, convém escolher o universo de documentos suscetíveis de fornecer informações do problema levantado. Demarcando o universo (o gênero de documentos sobre os quais se pode efetuar a análise: como grupo focal), é muitas vezes necessário proceder-se à constituição de um *corpus*. O *corpus* é um conjunto de documentos selecionados para serem submetidos aos procedimentos analíticos. Essa constituição implica em escolhas, seleções e regras, sendo elas:
 - i) Regra de exaustividade: uma vez definido o campo do corpus (grupo focal com os profissionais de saúde que atuam nas unidades pediátricas), é preciso considerar todos os elementos desse corpus. Ou seja, não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos por quaisquer que sejam as razões, que não possa ser justificável no plano do rigor. Esta regra é completada pela não seletividade.
 - ii) Regra de representatividade: “a análise pode efetuar-se numa amostra desde que o material a isso se preste. A amostragem diz-se rigorosa, se a amostra for uma parte representativa do universo inicial”
 - iii) Regra da homogeneidade: “os documentos retidos devem ser homogêneos, ou seja, devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentarem demasiada singularidade fora destes critérios”
 - iv) Regra de pertinência: os dados devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise
- c) *A formulação das hipóteses e dos objetivos*: “uma hipótese é uma afirmação provisória que se propõe verificar (confirmar ou infirmar), recorrendo aos procedimentos de análise. O objetivo é a finalidade geral a que nos propomos”.

- d) *A referência dos índices e a elaboração dos indicadores:* ao se considerarem os textos como uma manifestação contendo índices que a análise mostrará, o trabalho preparatório será o da escolha destes em função das hipóteses ou pressupostos, caso estejam determinados e sua organização esteja sistematizada em indicadores. Uma vez escolhidos os índices, ocorrerá a construção de indicadores seguros e precisos. “Desde a pré-análise devem ser determinadas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados”
- e) *A preparação do material:* “antes da análise propriamente dita, o material reunido deve ser preparado”. Desta forma, as sessões dos grupos focais foram gravadas e transcritas (na íntegra) e as gravações conservadas (para informação paralinguística).

Após várias leituras flutuantes das sessões de grupos focais, foi utilizada a coluna à direita, do processo de editoração das transcrições dos áudios, já transcrito, para registrar palavras-chave ou frases como uma primeira forma de categorização. Na segunda codificação, foram realizados agrupamentos das palavras-chave e das frases, reduzindo as unidades de registro.

2) A exploração

“A fase de análise propriamente dita não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas. Esta fase, longa e fastigiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas”

Essa fase tem como objetivo alcançar os núcleos de sentido, a partir de recorte dos fragmentos das falas dos sujeitos em um processo de codificação para transformar os dados brutos em núcleos de compreensão do texto.

A etapa de exploração do material permitiu os agrupamentos das unidades de registro, permitindo eleger três categorias e suas respectivas subcategorias

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Prosseguindo na análise, são feitas inferências e interpretações, buscando a compreensão das

percepções dos profissionais de saúde com relação à implementação do CCPF, previstas no quadro teórico, em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

4.1.7 Rigor científico dos dados do trabalho de campo

Para garantir a exatidão e a validade científica dos dados coletados, utilizou-se, como método para coleta de dados, o grupo focal, com variação máxima de amostragem (seleção dos participantes de todas as categorias profissionais, todas as unidades pediátricas e todos os turnos de trabalho), além do envolvimento prolongado com a coleta e a análise de dados com verificação por pares.

5 RESULTADOS

Os grupos focais foram compostos, no total, por 14 participantes, todos do gênero feminino, com idade compreendida entre 22 e 51 anos. Quanto ao tempo de atuação no HU, este variou de 7 meses a 31 anos. A categoria profissional teve a seguinte distribuição: 7 enfermeiros, 1 enfermeiro residente e 6 técnicos de enfermagem. A análise de conteúdo temática, a partir das transcrições dos dados dos grupos focais, possibilitou o desenvolvimento dos seguintes temas (Figura 2):

Figura 2. Temas das percepções da equipe de enfermagem sobre o CCPF em unidades pediátricas. 2020



Fonte: Próprio autor

5.1 A FAMÍLIA NOS CENÁRIOS DE ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA

5.1.1 A participação da família é essencial

Nos cenários de assistência pediátrica da instituição local de estudo, a família vem sendo colocada no centro do cuidado já há alguns anos, o que leva a equipe de enfermagem a considerar sua participação como essencial no processo de cuidados à criança hospitalizada. A equipe de enfermagem percebe que o CCPF é praticado e que a presença da família é

facilitadora do cuidado, promovendo uma recuperação mais rápida e sem fatores estressantes e traumatizantes para crianças e famílias. A equipe de enfermagem percebe que, quando se estabelece um vínculo entre profissionais e famílias, aumenta a confiança, facilitando, muitas das vezes, o trabalho da equipe de enfermagem.

“Eu acho que é essencial, principalmente na pediatria”; (E 2.4)

“A literatura não diz que, quanto mais próximo a mãe fica, favorece tudo?”; (E 2.3)

“Na UTI, existe a participação da família; a família, vai lá participa, ajuda dar o banho”. (E 1.1)

5.1.2 A equipe tem dúvidas e resistências

Apesar de a equipe de enfermagem perceber que o CCPF é praticado nas unidades pediátricas, ela mostra dúvidas quanto ao estado de implementação do CCPF em outras instituições e considera que esta abordagem do cuidado, mesmo quando presente, não é plenamente praticada. Os participantes apontam que, mesmo após tantos anos do surgimento dessa abordagem de cuidado, ela ainda é pouco trabalhada e divulgada pelas instituições do país, o que gera desconhecimento e muita resistência dos profissionais.

“A gente vê bastante resistência por parte da equipe”; (E 2.4)

“Eu acho que temos que trabalhar isso com toda a equipe ... nós trazemos para a prática, mas precisa ser ampliada”; (E 2.4)

“Mas eu sinto que ainda não pegou em outros lugares”. (1.)

5.1.3 O ambiente hospitalar não comporta plenamente a família

A equipe de enfermagem percebe que, embora a família seja parte integrante dos cenários assistenciais e que as práticas clínicas venham sendo aprimoradas para incluir a família no processo de cuidado da criança hospitalizada, alguns componentes do ambiente hospitalar atuam como dificultador na plena implementação da abordagem do CCPF.

“Quando ele (HU-USP) começou a ter as normas, a gente não previa a presença da família, do acompanhante tão presente”. (E 1.1)

5.1.3.1 Faltam normas e práticas institucionais relacionadas ao CCPF

A assistência de enfermagem à criança e ao adolescente, prestada nos cenários pediátricos da instituição, é pautada nos pressupostos do CCPF, com ênfase na valorização da participação da família na assistência durante todo o período de internação. Uma questão trazida no grupo focal, que é preocupante para a equipe de enfermagem, é que as normas da instituição não refletem o CCPF e, muitas vezes, há grandes dilemas e conflitos quanto aos encaminhamentos das situações que fazem parte do dia a dia das unidades e sobretudo do cotidiano da enfermagem, mas que não são previstas no conjunto de normas da instituição. Segundo os participantes, as normas levam em conta aspectos gerais da família na sua relação com a instituição, mas não na sua relação com o paciente ou com a experiência de doença no âmbito da participação da família no processo de cuidar da criança durante e após a internação.

“pelas normas da instituição, eles permitem um acompanhante”; (E 2.1)

“o pai não convive com a criança, e aquela outra pessoa tem o convívio, o contato, que cuida, e ela não pode ficar junto por que ela é avó”; (E 2.3)

“tem uma norma institucional, então, é o enfermeiro que está abrindo uma exceção, é o enfermeiro que está dando um jeitinho”. (E 2.1)

Uma questão geradora de desconfortos para a equipe de enfermagem é a falta de uniformidade em relação à presença das famílias nos diferentes cenários assistenciais e entre os diferentes profissionais. Há locais que só considera como família o pai e a mãe; os demais membros são considerados visitas, como avós, por exemplo.

“Não sei se todo mundo está entendendo; tem lugares que considera família só mãe e pai, tem lugares com visão mais ampliada ... Não depende só dos funcionários (Deixar a família entrar)”. (E 1.5)

Apesar de existir uma participação da equipe de enfermagem voltada para o CCPF, essa prática esbarra nas normas institucionais de proibição da família em procedimentos de emergência, por exemplo. A equipe percebe que, em uma unidade, a família é acolhida e convidada a participar dos procedimentos invasivos e emergenciais, como parada cardiorrespiratória, enquanto, em outra, a família não permanece ao lado da criança, ficando à

parte do atendimento; são os enfermeiros que procuram um jeito de manter os pais junto aos filhos.

“(No PSI) As famílias assistem de tudo: intubação, parada cardiorrespiratória; as famílias estão dentro com a gente. Então, a família já assistiu 1h de atendimento, a gente estabiliza a criança para levar para UTI pediátrica. Quando chega na UTI, a norma é que não pode entrar”; (E 2.6)

“A mãe ou quem quer que seja, está lá abandonada ... Na UTI, a equipe médica não admite a família em nenhum momento do lado (nos procedimentos) ... eles pedem para enfermeira tirar o familiar, e se nós damos um jeitinho”. (E 2.1)

Embora a equipe de enfermagem esteja empenhada e disposta a praticar o CCPF, na maioria das vezes, ela depara-se com barreiras da instituição, como regras ou procedimentos burocráticos instituídos. A equipe questiona as questões legais impostas pelo serviço social, quando impõe transferência da criança, sem os pais terem condições financeiras; alta hospitalar somente com um responsável maior de idade, caso a mãe seja menor de idade; alta hospitalar de uma mãe menor com um companheiro maior de idade; alta hospitalar liberada somente com pai e mãe, mesmo que a criança seja cuidada pela tia ou avó.

“Eu acho que o serviço social é muito burocrático, no caso de transferência do paciente para outro hospital, a mãe, fica chorando desesperadamente, não porque ela vai ser transferida, mas porque talvez, pelo lugar que ela vai, ela não tem dinheiro ... acho que teria que fazer uma prévia antes, perguntar se o familiar tem condições de ir”; (TE 1.6)

“A partir do momento que o serviço social declara ‘alta somente com o pai ou a mãe’, não tem como eu falar que vou liberar com a tia”. (E 2.4)

Portanto, ainda que a maioria da equipe quebre essas regras, tem profissionais que seguem as regras rigorosamente, o que não só dificulta a aplicabilidade do CCPF, como também mostra que esse processo somente é praticado pelos profissionais que estão sensibilizados a essa abordagem de cuidado.

5.1.3.2 Falta definição de quem é a família, quem é a visita e quem é o acompanhante

A família e o paciente escolhem quem é família no hospital

A equipe de enfermagem identifica que falta uma definição de quem é a família, quem é a visita e quem é o acompanhante dentro da instituição. Em discussão, o grupo ponderou que é possível estabelecer definições claras e operacionais frente ao CCPF. O grupo foi unânime em afirmar que a família ou o paciente, quando apto, deveria poder escolher quem é família no hospital, podendo ser a mãe, o pai, os avós que cuidam, a tia que cria; família é quem está presente para apoiar. Durante a internação, família é aquela que dará apoio, que participará do cotidiano do cuidado, com quem as equipes interagem diariamente, independentemente da consanguinidade.

“família são aquelas pessoas que estão próximas no dia a dia, e que prestam cuidados”; (E 2.3)

“O Ministério da Saúde determinou que a família é autodeclarada, você não precisa ter mais laço consanguíneo, e baseada nessas ideias de que nós queremos incluir a família, eu acho que a família para mim é o que a família declara que é família”. (TE 2.2)

O acompanhante

A instituição preconiza um acompanhante, porém, quando o enfermeiro conhece a história e o contexto familiar, acaba abrindo exceções justificadas no impacto da doença sobre a família e na manutenção dos processos familiares durante a internação, autorizando a presença de familiares fora do horário de visita ou até mesmo permitindo a presença de mais um acompanhante. A norma da instituição também indica que são acompanhantes o pai e a mãe, mesmo quando o pai não conviva com a criança, impedindo que outro familiar, que convive com a criança, possa ficar como acompanhante durante a internação. Além de angustiar os profissionais, esses eventos obrigam o enfermeiro a fazer a gestão da situação, muitas vezes liberando formalmente (por escrito) outro familiar para estar presente ao lado do paciente.

“o pai nem é presente, ‘eu (avó) não posso ficar?’, mas ela não pode, só vem na hora da visita, porque a mãe já está como acompanhante”; (TE 1.4)

“só porque é avó e não o pai, não pode entrar, você tem que liberar por escrito, isso deixa a gente contrariada”; (E 1.3)

“hoje eu vou estar abrindo uma exceção, só que a instituição proíbe ficar, e qualquer dano que tive, eu serei responsável”; (E 2.1)

A visita no hospital

Para a equipe de enfermagem, visita é um amigo, um vizinho, o restante da família que não participará ativamente do cuidado, mas estará ali em alguns momentos para apoiar o paciente e a família. Dependendo da unidade onde a criança está sendo assistida, as definições são próprias do local, o que pode confundir a família e sua inserção na dinâmica do cuidado quando a criança é assistida em mais de um local.

“Lá no PSI não tem visita, é o acompanhante”; (TE 1.6)

“Explico que a permanência lá (no PSI) são 2 pessoas, mas a gente não tem lugar, não tem acomodação pra mais gente, então reveza”;
(E 1.5)

“Na pediatria tem o horário da visita, mas o pai pode ficar. Ele não é visita, ele pode ficar das 7h até as 19h”; (TE 1.4)

“A visita pode ser tanto amigo como o restante da família, o vizinho”.
(ER 2.8)

Outro ponto bastante discutido pela equipe, no decorrer do grupo focal, foi com relação aos horários restritos de visitas, pois cada unidade tem seu horário. Se, por acaso, alguém quiser entrar fora do horário, não é permitido. De maneira geral, todas as unidades têm os horários rígidos, sendo sempre a enfermagem a responsável por liberar visitas fora de horário.

“Aí depende, tem algumas exceções, mas a noite não tem visita, a visita é de manhã das 10h ao meio-dia, a tarde das 16 às 18h ..., mas aí você precisa colocar no sistema que fulano foi liberado (fora do horário). É um trabalho da enfermagem, para uma coisa que deveria ser aberto”. (E 1.3)

Embora a equipe compartilhe de uma definição de quem é a família, e que normalmente é a família quem cuida, o grupo também destaca que alguns visitantes também cuidam – a depender do papel que desempenham na dinâmica familiar.

“Muitas vezes, a visita ali é a avó, que vai levar esse bebê pra casa, que vai cuidar ... nem sempre o visitante é apenas um visitante, às vezes ele é um familiar principal”. (E 2.1)

5.1.3.3 Falta de infraestrutura física e hotelaria hospitalar

Embora a equipe esteja interessada em oferecer as melhores condições para as famílias, uma das grandes dificuldades que a equipe identifica é a falta de infraestrutura física para apoiar e acolher plenamente a família nos cenários assistenciais. As cadeiras são insuficientes, alguns ambientes não dispõem de banheiro para o familiar usar, não há hotelaria específica para o CCPF. A estrutura física da instituição ainda reflete o que se preconizava à época de sua construção, na década de 1970, que tinha como foco principal o cuidado dos profissionais, sobretudo médicos e de enfermagem, e não previa a presença da família nos ambientes.

“(Na UTI) o espaço é pequeno, e não dá pra chegar no paciente”; (E 1.1)

“Uma criança veio da UTI pra pediatria, lá na UTI não tem poltrona pra todo mundo se estiver cheio ... quarto é pequeno e apertado”; (TE 1.4)

“Não tem espaço mesmo, a sala é minúscula, e ficam o dia inteiro no quartinho ... quartinho é minúsculo, abafado, todo mundo fica grudado, do lado do banheiro”. (E 1.1)

Outro problema abordado pela equipe de enfermagem é que não existe, na instituição, a hotelaria hospitalar, como um reflexo da sua origem, que não previa facilidades de conforto e atendimento às necessidades das famílias. Assim, as unidades não dispõem de serviço de nutrição, restaurante ou lavanderia, que tornariam o ambiente mais acolhedor às famílias durante a internação da criança, muitas vezes por tempo prolongado.

“Não tem refeição decente”; (E 1.5)

“Só pode um comer, e eles precisam tomar essa decisão, de quem vai comer”; (E 1.3)

“como é possível colocar as famílias para acompanhar, querer que as famílias estejam presentes, e oferecer uma refeição às 18h e a próxima só às 9h da manhã do outro dia? ... as famílias estão passando mal, a ponto de ter que levar para o pronto socorro adulto de fome, agressivas, nervosas porque o problema era de comida”. (E 2.6)

A equipe de enfermagem se desespera e se angustia para ajudar os familiares, sobretudo porque a população atendida no hospital é carente e muitos não possuem condições financeiras para comprar alimentos fora do hospital e nem para transporte.

Diante desta situação, as enfermeiras se desdobram junto ao serviço de nutrição para conseguir uma refeição a mais para algum acompanhante, nem sempre com sucesso.

“Então, se a própria instituição, a própria nutrição, as próprias regras proíbem, é difícil”; (E 2.6)

“As enfermeiras se desdobram para tentar pedir para nutrição liberar comida pra algum acompanhante ... tem que tentar convencer alguma nutricionista para liberar ..., mas tem que ficar implorando, e algumas não liberam”; (E 2.3)

“Angústia é um negócio que arregaça com o profissional, você perde a fé na instituição que você trabalha, e até naquilo que você faz ... a equipe fica preocupada porque ao mesmo tempo que quer ajudar, nem sempre pode e consegue”. (TE 2.2)

5.1.3.4 Informações não padronizadas

Um dos focos de discussão foi com relação aos materiais de informação disponíveis no hospital, destacando a falta de informações entre as unidades. A equipe de enfermagem desconhece a dinâmica das outras unidades. Quando uma criança é transferida de uma unidade para outra, ambas as unidades desconhecem as rotinas uma da outra e acabam não dando informação alguma, sobre a unidade de destino, quanto aos procedimentos com as famílias.

“Por isso, eu não oriento nada a respeito de outra unidade”; (E 1.5)

“Interessante que a gente trabalha no hospital há tanto tempo, e a gente não conhece a dinâmica da outra unidade”; (E 1.3)

“é ruim você não dar informações, parece que não está dando importância. O ideal seria a gente saber a rotina do local que estamos mandando a criança”. (TE 1.6)

A equipe utiliza um panfleto padrão de cada unidade, quando orienta o paciente e família no momento da internação. Durante a leitura do panfleto, são explicados também os horários de visita e de troca de acompanhantes. Porém, a equipe percebe que os panfletos são rígidos, contendo informações gerais não aplicadas à realidade de todas as famílias e que cada família tem sua particularidade.

“Um exemplo do panfleto, que a gente também tem na pediatria, fala que o pai pode acompanhar das 7h às 19h, então eu não gosto de sentar e só ler, porque tem pai que trabalha das 7h às 19h, ele trabalha nesse horário, ele só consegue vir aqui depois das 19h ... Tem umas coisas que você tem que abordar, além do panfleto, e isso me incomoda, porque sempre a mesma coisa, e cada família tem uma dinâmica diferente”. (E 1.3)

Além disso, no momento da internação, o familiar recebe um conjunto de documentos, entre eles, há orientações sobre a unidade de destino e essas informações também são diferentes das contidas nos panfletos nas unidades, gerando um entendimento equivocado para as famílias.

A equipe de enfermagem reconhece que isto é um problema, pois, além de não saberem dar informações sobre as outras unidades, há informações diferentes sendo distribuídas para os familiares quando da internação.

“Quando faz a internação, já vem com o papel do SAME, com orientações ... Teve uma vez que eu falei, “vamos ler juntas?” E não estava atualizado”; (E 1.5)

“Que é diferente da pediatria (Orientações do SAME)”. (E 1.3)

5.1.4 Práticas do CCPF já são realizadas pela enfermagem

5.1.4.1 Enfermagem como referência no CCPF

Quando o hospital se definir como um hospital que utiliza uma abordagem de CCPF, a equipe acredita que a implementação causará um impacto entre os profissionais de todas as áreas de conhecimento, pois, a princípio, só a enfermagem pratica essa abordagem. Com a implementação, não será só o enfermeiro, mas toda a equipe de assistência à saúde.

“Vai impactar muitas pessoas, não só a enfermagem ... nós (enfermagem) ficamos nesse espaço tentando apaziguar as coisas ... não é só enfermeiro, técnico que está inserido nisso, eu vejo que temos trabalho com toda a assistência da saúde, desde médicos, nutricionistas, assistente social, uma rede de apoio que está fora daqui pra ajudar, é um trabalho bem envolvente com a equipe”. (E 1.5)

A equipe de enfermagem já vem praticando o CCPF nos cenários de atendimento pediátrico. Existe o foco na família, ao procurar conhecer profundamente as famílias, ao compartilhar informações nas tomadas de decisões, ao minimizar problemas e sofrimentos às famílias, ao correr riscos autorizando a visita supervisionada de um irmão a outro internado, após análise cuidadosa da situação. A equipe, entretanto, reconhece que muito do que é feito no cotidiano, e que resulta em êxito, não é registrado no prontuário. Só se registra se algum problema acontece em relação às famílias.

“A gente atua muito com família ... A gente não consegue registrar isso, acho que isso não aparece, o que fazemos com a família não aparece”; (E 1.3)

“A gente tem uma tendência de anotar quando tem algum problema”; (E 1.5)

“Você não vai anotar que entrou criança menor, você anota que recebeu visita, e parece que quebrou alguma regra”. (TE 1.4)

A equipe de enfermagem percebe que a enfermagem é a referência do CCPF na instituição, por estar mais sensibilizada e ter mais experiência e instrumentos que a capacitam

a dar suporte à equipe multiprofissional, uma vez que essa nova abordagem trará muitas mudanças nas práticas institucionais.

“No começo... a gente (enfermagem) vai ter que estar na frente disso”. (E 1.5)

No entanto, ainda existem enfermeiros que não contrariam as normas. A equipe relata ter muita coisa para ser feita, de modo que, para que ocorra a implementação do CCPF, é necessário sensibilizar todas as pessoas.

“O pai vem me falar, que não estará presente na hora da alta, e pergunta se a criança vai poder ir embora com a avó, eu digo que se EU estiver aqui, vou liberar... Mas a gente sabe que tem colegas que não vão liberar, porque não é norma”; (E 2.3)

“Mas a gente tem que ter esse olhar para família, em tudo”. (TE 1.6)

5.1.4.2 Enfermagem se preocupa com as famílias

No cotidiano da enfermagem, já existe um olhar para a família. Normalmente, a equipe percebe quando há algo errado com alguma mãe ou com algum familiar, aproxima-se e questiona se está tudo bem, se a pessoa conseguiu se alimentar, se está cansada e até mesmo o porquê de estar chorando. A equipe considera ser este um papel importante da enfermagem: possuir sensibilidade para com as famílias e amenizar o sofrimento delas.

“Nosso papel é importante pra perguntar por que ela (a mãe que acompanha o filho) está tão nervosa, o que aconteceu ... Acho que isso é importante, a pessoa ter essa visão, e o pessoal da enfermagem tem essa visão, se a mãe deu uma resposta grosseira, você não vai dar outra, tem que tentar entender o que está acontecendo”. (TE 1.6)

5.1.4.3 Conhecendo as famílias através do genograma

A enfermagem utiliza um recurso bastante útil para conhecer a família: o genograma. Por meio das informações obtidas por esta ferramenta, a equipe conhece as famílias e direciona as intervenções para uma melhor assistência de enfermagem.

“fazer o genograma ... porque é a oportunidade que temos de conhecer a família ... às vezes a gente não vai conseguir entender o conflito familiar, existem laços diferentes que se estabeleceram. Uma vez que o contato é feito de uma maneira mais aberta, aumenta a possibilidade de a família acabar expressando isso de algum jeito ... fica mais fácil de a gente identificar ‘essa pessoa a gente pode e deve orientar, porque vai interferir no cuidado da criança’”. (E 2.3)

5.2 DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DO CCPF NOS CENÁRIOS DE ATENÇÃO PEDIÁTRICA

5.2.1 O papel da família precisa ser compreendido

A importância do CCPF vem sendo reconhecida pela equipe de enfermagem cada vez mais e, com isso, o papel da família também precisa ser compreendido.

“Ela (família) tem que ser orientada, tem que ser acolhida”; (TE 2.2)

“Precisa ser entendida, né”? (E 2.4)

A equipe considera que há muitas interpretações errôneas sobre o que é o CCPF e que, apesar de a equipe trazer o CCPF para a prática, é necessário ampliar esse cuidado a todos os profissionais, para ocorrer um perfeito alinhamento, do que se entende por CCPF como abordagem assistencial e de qual é o papel da família no cenário assistencial.

“A gente também tem que tomar cuidado; não é deixar todo mundo entrar e dizer que isso é CCF, não é assim. Por que família é só aquela que faz os cuidados? Não! A gente precisa entender cada família como única, acho isso essencial, porque não tem ninguém igual”. (E 2.4)

5.2.2 A comunicação com a família precisa ser aprimorada

A comunicação é elemento essencial no CCPF e parte dessa comunicação é compartilhar informações com a família; porém, a equipe de enfermagem percebe que esta não é uma prática comum a todos os profissionais, gerando sofrimentos para a família.

A observação da dificuldade de outros profissionais na comunicação com as famílias gera certa angústia na equipe de enfermagem, que sabe que os pacientes e os familiares carecem de informações. Assim, a equipe busca um jeito de dar as informações não só para os acompanhantes, mas também para a família.

“dependendo da equipe médica, não passa informações para os pais e eles ficam muito ansiosos para saber o que está acontecendo com a criança”; (TE 2.5)

“Percebemos essa falha de comunicação, e como isso angústia as famílias”; (E 2.4)

“Qual a competência minha como técnica, do enfermeiro e do médico? Qual a competência de cada um nessa qualidade de informação? Que tipo de informação cada um pode dar”? (TE 2.2)

A mudança na comunicação com a família durante a internação é necessária e os familiares também têm direito de se sentirem incluídos no cuidado, sobretudo em práticas clínicas já instituídas, destinadas à discussão do andamento dos casos dos pacientes das clínicas.

“A visita multiprofissional, que fazemos na UTI pediátrica, melhora muito a interação, porque a gente fica sabendo de coisas que normalmente não saberíamos”. (TE 2.2)

5.2.3 As famílias precisam ser preparadas para o CCPF

Um aspecto muito importante, considerado pela equipe de enfermagem, é o das dificuldades enfrentadas pelas equipes com a presença da família, pois esta presença também é uma condição nova para muitas famílias, que podem não compreender o que significa estar presente num ambiente assistencial ou tomar parte do processo de cuidado.

“não tem espaço (perto do leito) para gente chegar perto, aí ficam 2 acompanhantes, eles ficam muito próximos, tem que pedir para dar licença”; (E 1.1)

Nem todos os membros da equipe estão dispostos e preparados para esclarecimento e enfrentamento dessa situação, sendo necessário o preparo, tanto da equipe como das famílias, um preparo para a vivência dos processos de comunicação.

“O profissional tem que estar muito disposto e preparado... trabalhando com o acompanhante, a gente está percebendo, que tem que trazer a equipe, trabalhar”. (E 1.3)

5.2.4 As informações precisam ser padronizadas

A padronização das informações em todos os setores da instituição, tanto para a equipe multiprofissional como para as famílias, é um grande desafio para lidar com as dificuldades em praticar o CCPF devido à falta de informação. É necessário um consenso a respeito das informações comuns para as famílias em todos os ambientes.

A informação padronizada ajudará o CCPF a ser reconhecido pela equipe, pois cada funcionário faz de um jeito; uns praticam o CCPF conforme o pouco conhecimento que possuem, outros não praticam nada. A falta de uma política escrita faz com que os profissionais se vejam em dilemas entre quebrar ou não as regras e abrir exceções, sendo reconhecidos por fazerem caridade e não por praticarem o CCPF.

“Eu acho que, para começar a prática, precisa ter a informação, porque assim sensibiliza, esclarece, para uma prática que estrutura”. (E 2.3)

5.2.5 Necessidade de políticas institucionais sobre o CCPF

Todos os integrantes do grupo focal percebem a necessidade de haver políticas institucionais, pois, hoje, cada unidade tem sua política, cada um faz de um jeito, até mesmo os profissionais são vistos como bons e ruins, porque um pratica o CCPF e o outro não – o que dificulta a sistematização do CCPF.

“Tem a política da unidade, mas cada uma enxerga de uma forma”; (E 1.3)

“Tem a rotina da unidade, mas sempre tem aquela boa, a outra ruim. Aquela vai deixar eu dar o banho, aquela não vai deixar”. (E 1.1)

5.3 PRIORIDADES PARA IMPLANTAÇÃO EFETIVA DO CCPF NAS UNIDADES DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO

Diante da constatação de que o CCPF já é uma realidade nos cenários assistenciais pediátricos da instituição, sobretudo no que se refere à equipe de enfermagem, e visando superar desafios que impedem sua plena implementação, a equipe indica prioridades a serem consideradas no âmbito institucional.

5.3.1 Revisão das políticas escritas

Visando a implementação do CCPF, considera-se como uma das prioridades fazer a revisão das políticas escritas da instituição, referentes à inserção das famílias nos cenários assistenciais, pois uma vez inserida nas políticas, as práticas clínicas e de gestão deverão se ajustar a elas.

“Mas uma vez que está escrito, fica na ponta da língua, já está escrito, é regra. Tem pessoas que seguem as regras”. (TE 1.4)

A revisão da política facilitará o trabalho de quem já pratica o CCPF, pois dará o respaldo institucional para realizá-lo, sem questionamentos ou julgamentos. Revisar as políticas escritas permitirá sensibilizar e conscientizar a equipe a partir dos ingressantes, incentivando-os a conhecerem a missão, a visão e os valores da instituição onde passarão a atuar. Até para os funcionários e profissionais que já estão trabalhando no hospital há mais tempo, promovendo um alinhamento de conhecimento, de expectativas e de práticas em relação às famílias que vivenciam o processo de internação.

“A política facilita, porque depois você não é visto como ultraje. Eu voto (votação das prioridades de mudanças) na política aliada depois, a prática, porque depois você não é visto como uma pessoa que quebrou a regra, você está seguindo a política”; (E 1.5)

“Hoje, eu acredito que seja a política, porque o que nós discutimos agora, é que tudo que está escrito, ou que é preciso ser feito, a gente burla de algum jeito”. (E 2.1)

5.3.2 Revisão das práticas da equipe

Para que a implementação do CCPF realmente funcione, a equipe considera que é necessária uma transformação das práticas da equipe, que considerem a presença e a participação da família, através de motivação e capacitação para novas ações, considerando que o processo de mudança e de incorporação de novas políticas é assimilado aos poucos, de maneira gradativa, sem imposição, sensibilizando cada profissional de saúde e contribuindo para que a implementação seja natural.

“A mudança começa por mim, e essa é a parte difícil ... é um processo de mudança, de transformação”. (TE 2.2)

A equipe acredita que não é só uma decisão pessoal, praticar ou não o CCPF, é também uma questão de formação, sobre os conceitos e as práticas clínicas e de gestão que sustentam esta abordagem. Por isso, deve ser incluído na formação do profissional e também durante a experiência profissional na formação continuada, visto que alguns profissionais já possuem uma bagagem do CCPF e outros ainda não. Assim, as práticas da equipe devem ser revistas e alinhadas a partir do que se preconiza sobre a abordagem do CCPF, visando seu aprimoramento.

“Eu penso em jogar um pouco pras pessoas participarem”; (E 1.5)

“Se eu gosto do assunto, se vejo que aquilo é produtivo, se vejo que será bom para o paciente eu tenho uma perspectiva, eu tenho uma motivação. Agora, se eu não entendo muito bem, aquilo é novo, não há motivação para que aquilo se torne construtivo ... Não é só pessoal, é questão de formação, pois nós carregamos os conceitos que a gente adotou da faculdade, da formação, da experiência profissional ... nós temos um conceito (não descartar o que se tem), e a partir daqui podemos melhorar, então, o que podemos agregar que vai ficar melhor”; (E 2.3)

5.3.3 Sensibilização dos profissionais

A sensibilização, a instrumentalização e o treinamento são essenciais para a implementação, para que o profissional se sinta valorizado e participativo em todo o processo de implantação do CCPF.

“O padrão que a gente tem hoje é baseado numa política que não está pensando na família, na inserção. Então a gente precisa sensibilizar o grupo, e deve instrumentalizar de acordo com esse cuidado”; (E 2.1)

“Trabalho (sensibilizar a equipe) que vai permitir muita coisa para acompanhante, vai deixar tudo... a sensibilização é essencial”; (E 2.4)

“Acho que dá para seguir esse esquema mesmo, sensibilizar, treinar e depois institucionalizar”. (TE 2.2)

A equipe com maior habilidade em exercer o CCPF pode disseminar essa abordagem do cuidado para aqueles que estão menos próximos, motivando as demais equipes a trabalharem num mesmo sentido, sem imposição.

5.3.4 Prover infraestrutura

Num cenário ideal para o CCPF, a equipe relata que é necessário o hospital ter infraestrutura necessária para comportar a família e suas necessidades.

“Seria interessante ter um lugar de apoio (às famílias), para descanso, banho, recarregar o celular, algum lugar assim”; (TE 1.4)

“Que o hospital desse toda estrutura pra ficar o acompanhante, poderiam ser liberados pai e mãe”. (E 1.1)

5.3.5 Prover informações amplas e diversas

A equipe considera que, para implantar o CCPF, é melhorar também a comunicação entre as equipes profissionais, entre as unidades e entre a equipe e os familiares, por meio de informações claras e suficientes para ajudá-los a se sentirem bem-vindos e parte do cenário assistencial.

A equipe de enfermagem considera que, uma vez revisada a política, as informações da *página web* da instituição deveriam destacar a abordagem, que seria um modo de identificar a instituição com o CCPF. Isto daria uma visibilidade relevante à instituição como formadora de práticas clínicas atuais de cuidado em saúde.

“é preciso fazer uma revisão do que já existe, do que já está escrito e inserido, focando no CCPF”; (E 2.1)

“Eu entrei pra ver a missão, no site, não tem absolutamente nada sobre família. Fala da assistência com qualidade, da pesquisa, do ensino, mas de família, nada”; (E 1.3)

“não tem nada (no site)”. (2)

Preparar folhetos para os usuários e as famílias

Cada unidade distribui folhetos com informações para as famílias, porém, como são padronizados para o local, a equipe sugere que sejam atualizados e compartilhados entre as unidades – e também para os funcionários da segurança do hospital, pois eles não conhecem a rotina específica de cada unidade.

“a gente tem informações no folheto que a segurança deve saber e nós sabemos”. (E 2.1)

5.3.6 Desenvolver um plano de ação para implantar o CCPF nas unidades pediátricas

Urgência na implementação do CCPF

Frente aos problemas e dificuldades identificados, a equipe de enfermagem considera que é necessária e urgente uma mudança visando a implementação do CCPF. Alguns membros da equipe desconhecem o CCPF, o que leva a críticas e, por esse motivo, sugerem melhorias.

“A implementação do CCF é uma coisa urgente, porque isso vai fazer com que as unidades se relacionem ... vamos ter que possuir esse diálogo franco, aberto e maduro, de saber que a minha queixa não é contra o profissional, é queixa de estar ruim e tentar melhorar ... Existe o desconhecimento por parte de muitas pessoas da equipe, que julgam como: isso é frescura; vocês vão abrir uma porta que depois ninguém vai conseguir fechar, porque vai ter uma demanda absurda de coisas que não daremos conta”. (E 2.3)

CCPF com gestão participativa

Quando se fala em CCPF, a equipe vê como essencial alinhar esse modelo de cuidado à gestão participativa, visando construí-lo por meio de estratégias que promovam consenso e eliminem ou minimizem divergências entre enfermeiros, médicos e outros membros da equipe multiprofissional envolvidos no processo.

“uma questão que eu vejo como essencial, quando fala como um dos modelos de CCF, ele tem que estar alinhado com o cuidado do trabalhador, e tem que estar alinhado com uma gestão participativa, não faz sentido eu querer ouvir as necessidades das famílias, sendo que nem as minhas necessidades são escutadas ... Acho que faz sentido quando teve a apresentação de que a gestão participativa venha alinhado, fazendo sentido para os profissionais. Essa questão de sensibilizar, se espelhar em algo, vai se espelhar em como sou cuidado”. (E 2.6)

A implementação deve ser feita de modo planejado

Para que a implementação do CCPF seja eficaz e total, é necessário o planejamento estratégico de implementação gradativa – e não impor esse novo modelo de cuidado subitamente, uma vez que a mudança será para toda equipe multiprofissional.

“não é só enfermeiro, o técnico que está inserido nisso, eu vejo que temos trabalho com toda a assistência da saúde, desde médicos, nutricionistas, assistente social, uma rede de apoio que está fora daqui pra ajudar; é um trabalho bem envolvente com a equipe”. (E 1.5)

6 DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que o CCPF vem sendo praticado nos cenários de assistência pediátrica e que cada vez mais a equipe de enfermagem percebe que a participação das famílias é essencial no processo de cuidados à criança hospitalizada. Estudos ^(13, 14, 15, 63, 64, 65) têm mostrado que a participação da família no cuidado da criança hospitalizada é benéfica tanto para a criança e sua família como também para a equipe multiprofissional, pois a presença dos pais proporciona tranquilidade, conforto e segurança para a criança. Nesse cenário, as crianças hospitalizadas se tornam mais felizes, mais cooperativas e se recuperaram mais rapidamente, além do que a participação dos pais também aumenta a confiança da família no pós-alta.

A falta de normas e práticas institucionais relacionadas ao CCPF foi uma preocupação da equipe de enfermagem identificada neste estudo, somada a outros elementos que dificultam a implementação da abordagem como uma prática comum, como falta de uniformidade em relação à presença das famílias e a existência de barreiras e regras que restringem as famílias. Enfermeiros de estudo ⁽⁶⁶⁾ realizado em UTIN na Inglaterra descreveram que sua prática também era governada por regras e tradições incorporadas à cultura da unidade e que isso dificultava o envolvimento dos pais, destacando problemas no acesso restrito dos pais à UTIN quando eles eram solicitados a saírem durante as rondas e quando eles, durante os procedimentos, eram impedidos de se envolver nos cuidados. Os resultados demonstram que mesmo os enfermeiros treinados no CCPF se sentiram incapazes de desafiar práticas ultrapassadas porque os colegas seniores nem sempre as apoiavam.

Um dos problemas encontrados pelos profissionais de enfermagem foi que cada unidade pediátrica estabelece seu horário de visitas e que alguns horários são rígidos. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, ^(67, 68) os quais indicam que os profissionais se sentiram constrangidos com regras, restrições às famílias e com as políticas de visitação e que, na visão dos pais de crianças hospitalizadas, os familiares são considerados apenas como visitantes.

A falta de infraestrutura física foi considerada, pelos profissionais de enfermagem deste estudo, uma das maiores dificuldades para receber as famílias na instituição, não sendo possível acolher as famílias plenamente, devido à falta de acomodações adequadas – como banheiros, espaço para refeições e até mesmo cadeiras.

Vários estudos têm apontado também que a falta de infraestrutura tem sido uma barreira importante para a implementação do CCPF. Um deles, ⁽⁶⁹⁾ realizado em UTIN na Finlândia, através da percepção de enfermeiros, identificou que o *design* das unidades não comporta as famílias, sendo um fator que retarda a implementação do CCPF nas práticas de cuidado cotidiano.

Outro estudo, realizado na Jordânia, revelou que o *design* físico das UTIN era limitado e restrito ⁽³⁸⁾. Estudo ⁽⁴¹⁾ brasileiro realizado em UTIN também mostrou que uma das dificuldades na implementação do CCPF é o fato de o hospital não possuir infraestrutura adequada, compatível com a demanda de alocar os pais na unidade com conforto e segurança.

O estudo evidenciou que pequenas práticas do CCPF vêm sendo realizadas nos cenários de atendimento pediátrico, pela equipe de enfermagem, e incluem procurar conhecer as famílias, compartilhar as informações nas tomadas de decisões e minimizar o sofrimento, sendo o genograma e o ecomapa recursos utilizados para conhecer as famílias, pois possibilitam melhor compreensão sobre os membros da família e suas redes de apoio. Estudo ⁽⁶⁷⁾ que também utiliza o genograma como instrumento para conhecer as famílias mostrou que esse uso propiciou aumento da compreensão dos profissionais sobre a situação familiar, o que conformou novas interações com as famílias. No estudo, os médicos também descreveram como o conhecimento familiar permitiu-lhes avaliar melhor os recursos e as capacidades das famílias.

Um dos desafios pontuados pela equipe de enfermagem para a implementação do CCPF neste estudo refere-se ao fato de que o papel da família precisa ser compreendido nessa perspectiva. Estudo ⁽⁷⁰⁾ mostra que as experiências positivas dos pais com o CCPF, compartilhadas com os profissionais de saúde, estimularam os profissionais de saúde a continuarem com o CCPF; esses profissionais ainda ressaltaram que isso os conscientizava sobre o como era importante para a criança e a família.

Outro grande desafio para implementação do CCPF, identificado neste estudo, refere-se à necessidade de aprimoramento da comunicação com a família, vital para a abordagem e que ainda não é uma prática comum entre todos os profissionais, que deve caracterizar-se como uma comunicação que envolva partilhar informações e compartilhar as tomadas de decisões. Estudo ⁽⁷¹⁾ recente realizado com profissionais de saúde revelou que a comunicação é importante no CCPF, sobretudo a comunicação dos profissionais com os pais sobre como cuidar do bebê, como orientar e reorientar os pais e como apoiar e facilitar os pais em suas

necessidades. Outro estudo ⁽⁶⁸⁾ mostrou que a comunicação com os pais tinha como foco as normas da unidade pediátrica, higiene pessoal e cuidados com as crianças em casa e que raramente os profissionais de saúde informavam a família sobre a condição e o tipo de tratamento da criança.

Um desafio importante revelado neste estudo refere-se à percepção de que equipes e famílias precisam ser preparadas para o CCPF, para compreenderem o significado da presença das famílias num ambiente assistencial. O mesmo aconteceu em estudo ⁽⁷⁰⁾ internacional que mostrou que a principal influência na implementação do CCPF na UTIN foi a mudança comportamental na equipe, reforçando a necessidade de criar uma nova mentalidade do profissional de saúde para tal abordagem.

A falta ou a diversidade de informações tem dificultado a prática do CCPF. Padronizar as informações constitui também um grande desafio indicado neste estudo. A falta de informações pode ser uma barreira para a implementação eficaz do CCPF, conforme também foi indicado por um estudo ⁽⁶⁵⁾ que encontrou a mesma dificuldade, pois, em meio à importância de ensinar os pais sobre seus bebês, os enfermeiros manifestaram preocupação com a inconsistência das informações, criando confusão para os pais. Mesmo em um sistema único integrado de serviços de saúde, cada UTIN tinha suas culturas e práticas institucionais diferentes, o que tornavam desafiadoras as transferências entre as unidades, devido à falta de informações. Para complementar, outro estudo ⁽⁶⁴⁾ revela que tanto os pais quanto os enfermeiros apontam a falta de comunicação como uma das principais barreiras para um CCPF eficaz.

Diante de tantos desafios para implementação do CCPF, os profissionais de enfermagem deste estudo compartilham da mesma percepção, sobre a necessidade de haver políticas institucionais sobre o CCPF que permitam a padronização do atendimento e sistematização da abordagem. Estudo ⁽⁶⁶⁾ realizado em UTIN também mostrou essa dificuldade, pois os pais queriam entender as regras implícitas e explícitas da unidade, para ajudá-los a desenvolver seu papel de pais; no entanto, as políticas não eram claras e os pais precisavam de ajuda para entendê-las. Quando os enfermeiros individualmente interpretaram as políticas da maneira que eles entendiam, os pais se sentiam ansiosos e prejudicados.

Outro estudo, que visava investigar as perspectivas de médicos e enfermeiros sobre os desafios da implementação do CCPF em uma unidade de terapia intensiva neonatal, mostrou que as políticas não eram claras. Os participantes concluíram que sem o apoio de políticas

para o envolvimento dos pais no cuidado, o CCPF é visto como uma abordagem opcional ao cuidado e não como um padrão de atendimento das melhores práticas ⁽⁸⁾.

Quando a estrutura, o planejamento e o apoio organizacional estão ausentes nas políticas e nas decisões de assistência centradas na família, torna-se difícil a implementação do CCPF. Para implementar integralmente essa abordagem, é necessário rever as políticas e as decisões organizacionais, reformulando as políticas de saúde e fornecendo recursos necessários para implementar a assistência centrada na família nas UTIN ^(8, 55).

A importância da implementação do CCPF vem cada vez mais sendo considerada pela equipe de enfermagem deste estudo; porém as barreiras identificadas dificultam sua plena aplicação nos cenários de assistência pediátrica da instituição. No intuito de superar esses desafios, a equipe indicou prioridades que precisam ser levadas em consideração, para que a implementação do CCPF seja harmoniosa e bem aceita pela equipe. Estudos ^(53, 63) mostram que uma implementação bem sucedida é aquela na qual todos os profissionais participam e que é feita de modo gradual, definindo as dificuldades na prática, principalmente sob uma perspectiva cultural, sendo essa um passo importante no desenvolvimento de um modelo centrado na família. Antes de implementar essas práticas, é possível planejar iniciativas para enfrentar os desafios, pois, para implementar as atividades do CCPF, é necessário desenvolver e estabelecer políticas de saúde e regulamentos institucionais, para não haver resistências.

A revisão das políticas escritas da instituição, referentes à inserção das famílias nos cenários assistenciais, foi considerada o principal alvo dos profissionais, pois facilitará o trabalho de quem pratica o CCPF. As políticas escritas conscientizarão as equipes da necessidade e da obrigatoriedade de praticar o CCPF.

Ao revisar as políticas escritas, também se faz necessário transformar as práticas da equipe, direcionando o olhar de cada profissional voltado ao CCPF. A equipe acredita que a formação profissional interfere nas práticas, pois os profissionais que não tiveram contato com o tema, em sua formação acadêmica, podem não praticar o CCPF, sendo, portanto, um ponto chave na contribuição para implementação. Enfermeiros de um estudo ⁽⁶⁶⁾ perceberam que mudanças na prática e nas atitudes resultaram em uma cultura mais relaxada e menos orientada a regras, na qual os enfermeiros poderiam questionar as práticas que eles não entendiam e contribuíam para a mudança.

Contudo, mesmo sendo necessárias as revisões das políticas escritas e das práticas da equipe para implementar o CCPF, não basta colocá-las no papel e obrigar os profissionais a

seguirem novas normas e novas regras. Para que efetivamente seja implementado sem restrições, sem contrariedades, é necessário sensibilizar, instrumentalizar e treinar a equipe, direcionando os profissionais a um olhar crítico para o CCPF. Com isso, o profissional se sentirá valorizado e participativo em todo o processo de implantação do CCPF. Estudo ⁽⁷⁰⁾ internacional multicêntrico explorou fatores que influenciam a implementação do CCPF em UTIN; segundo o estudo, os profissionais de saúde que trabalham nas unidades descreveram que tentaram influenciar a mentalidade dos profissionais de saúde, educando-os para o CCPF, e compartilharam evidências científicas, para obter melhor compreensão da importância do CCPF.

Uma das estratégias para implementar o CCPF trazida pela equipe de enfermagem foi a sua disseminação, através da contribuição dos profissionais que já possuem maior habilidade para aqueles que estão menos próximos da abordagem. A literatura ⁽⁷⁰⁾ tem mostrado que ter sessões de reflexão com seus colegas, nas quais eles possam expressar suas ideias e preocupações sobre o CCPF, ajuda a entender melhor os conceitos do CCPF. Além disso, o estudo mostrou que é importante envolver a equipe na implementação do CCPF, desde a primeira ideia até a implementação real.

Considerando também a falta de infraestrutura para acolher as famílias, é necessário melhorar a estrutura hospitalar, prevendo as famílias em todos os cenários assistenciais. Estudos ^(69, 70) têm pontuado a importância de o hospital possuir estrutura física para os familiares, como salas de TV, banheiros exclusivos, local para refeições e salas de descanso. Num dos estudos, ⁽⁷⁰⁾ no qual o CCPF foi implementado e a estrutura hospitalar reestruturada para comportar as famílias, profissionais de saúde descreveram que é importante que os pais tenham um lugar na enfermaria onde possam ficar e dormir, de preferência perto do bebê, e mencionaram que ter quartos individuais e banheiro privativo é importante. Segundo o estudo ⁽⁷⁰⁾, a ala deve fornecer tudo o que os pais precisam diariamente, como uma cantina ou cozinha, uma máquina de lavar roupas e um local onde possam se retirar, longe do bebê.

Há a percepção de que melhorar a comunicação entre as unidades e as equipes é fundamental para que as famílias se sintam bem-vindas na instituição e que atualizar os folhetos de informações, para as famílias, e os compartilhar entre as unidades melhorará a comunicação e minimizará informações errôneas, sendo coerente com o que estudo ⁽⁶⁵⁾ mostrou: que a falta de informações das unidades deixava os pais preocupados e confusos. A necessidade encontrada neste estudo, de compartilhar as informações na *página web* da

instituição, visando maior visibilidade para a instituição e focalizando suas práticas clínicas vinculadas ao CCPF, não foi discutida em nenhum estudo.

A equipe multiprofissional, trabalhando lado a lado, minimiza as divergências entre os membros da equipe – o que é essencial para alinhar o CCPF com uma gestão participativa, promovendo, por meios de estratégias colaborativas, um consenso de como implementar o CCPF entre todos os membros da equipe. Um estudo ⁽⁶⁷⁾ verificou que, durante um processo de implementação, tanto enfermeiros quanto médicos tiveram *um workshop educacional, em equipe, que serviu como apoio para o CCPF e que isso promoveu, na equipe, um senso de confiança e aumentou a conscientização sobre a importância das famílias na UTIN*. Segundo o estudo, também foi útil aprender novas habilidades, como realizar uma avaliação da família e foi essencial o fato de a oficina ter sido realizada em conjunto com enfermeiros e médicos.

Estudo ⁽⁷⁰⁾ realizado na Europa, onde foi implementado o CCPF em três UTIN, mostra que os profissionais afirmaram que a motivação era um ponto chave para a implementação, pois ver o que o CCPF significava para pais e bebês os motivou, assim como as experiências positivas dos pais com o CCPF, compartilhadas com os profissionais de saúde, estimularam os profissionais a continuarem nesse caminho, uma vez que isso os conscientizava de como era importante para a criança e a família. Outro fator que estimulou a equipe nos três hospitais foi a publicidade e a atenção que tiveram após a implementação do CCPF. Profissionais de saúde de outros hospitais e de outros países foram visitar aquela experiência, para ver como o CCPF era praticado, e aqueles profissionais se tornaram um modelo para outros hospitais.

7 CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que o CCPF vem sendo praticado por alguns membros da equipe de enfermagem que consideram a participação da família essencial no processo de cuidado à criança hospitalizada. Porém, existe uma minoria que ainda questiona a eficiência dessa abordagem, mesmo quando desenvolve algumas práticas relacionadas ao CCPF.

As equipes das unidades vêm praticando o CCPF conforme suas experiências e seus conhecimentos prévios. Isso implica que cada unidade pratica o CCPF de modo diferente, que vai desde uma abordagem de cuidado executada com destreza pelos profissionais, quando a equipe está mais sensibilizada, até a existência ainda de restrições com relação à aplicação do CCPF, devido ao desconhecimento da abordagem e de sua importância para a prática clínica.

A padronização das informações para as famílias permitirá o reconhecimento do CCPF por toda equipe profissional; além disso, com a padronização, todas as unidades praticarão igualmente a abordagem, provendo melhores resultados de saúde e melhor comunicação entre a equipe e as famílias, o que vai ao encontro dos motivos que levaram a realização deste estudo.

O estudo permitiu apreender a necessidade de ações que levem à mudança das atitudes dos profissionais e à revisão das políticas relacionadas às famílias, de modo que se aproximem mais do CCPF.

A implementação universal do CCPF trará mudanças para toda a equipe de saúde, não somente para a equipe de enfermagem. Porém, para que seja efetiva, não poderá ser imposta. Por isso, as mudanças devem ser iniciadas através de um planejamento estratégico de implementação, realizado por e para todas as equipes.

8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

8.1 Para a prática clínica

A principal implicação do estudo para a prática clínica direciona para uma atenção especial à promoção da mudança das atitudes dos profissionais de enfermagem frente ao CCPF e para uma mobilização dos profissionais para práticas clínicas que intencionalmente reflitam o trabalho colaborativo com famílias em todos os cenários de assistência. Políticas claramente apoiadoras da abordagem, somadas à oferta de oportunidades de formação continuada, com mentoria de profissionais peritos em comunicação com famílias, poderão agregar grande valor ao processo de implementação do CCPF. A prática pode ser enriquecida com reuniões regulares de discussão das equipes sobre o CCPF, com reflexões sobre como melhorar a aplicação do CCPF nas práticas assistenciais.

Ainda que a prática do CCPF não dependa de instalações e facilidades físicas para as famílias, prover a adequação dos espaços físicos pode potencializar as práticas clínicas, seja por meio de pequenos arranjos nas unidades ou por reformas de grande monta.

8.2 Para a pesquisa

Após compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do CCPF e sobre as prioridades para a implantação do CCPF, faz-se necessário dar seguimento ao trabalho, elaborando um plano estratégico de ações para implantação do CCPF nas unidades pediátricas, acompanhado por pesquisas de implementação da abordagem.

É fundamental continuar realizando estudos em contextos pediátricos variados, já que as evidências disponíveis na literatura provêm, em sua maioria, do contexto neonatal.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário brasileiro, o estudo foi inovador e permitiu compreender o que a equipe de enfermagem identifica e percebe como facilidades e barreiras para implementar o CCPF e como superar as dificuldades no âmbito organizacional e da prática clínica.

Cada etapa da realização do estudo agregou conhecimentos e reflexões para a pesquisadora. A realização do grupo focal possibilitou ampliar a compreensão sobre o assunto, uma vez que as experiências compartilhadas enriqueceram os dados da pesquisa. O tema instigante e motivador, somado ao ambiente comprometido e ao mesmo tempo descontraído, estimulou a participação de todos os profissionais, possibilitando uma reflexão crítica de cada participante.

O método de análise de conteúdo utilizado para interpretar os resultados possibilitou organizar o material de forma peculiar e extrair desse material a essência de cada contribuição dos participantes para responder as perguntas da pesquisa.

A revisão bibliográfica permitiu constatar que muitas instituições hospitalares internacionais enfrentam as mesmas barreiras para implementação do CCPF. Essas instituições, como este estudo apontou, lançam-se em uma reflexão e em pesquisas para melhorar a prática aplicando as recomendações sugeridas por outras pesquisas.

Para que o CCPF deixe de ser considerado como uma prática opcional, realizada apenas por profissionais que sejam adeptos dessa abordagem, recomenda-se a ampla divulgação dos estudos e dos cenários, onde essas práticas são realizadas, e dos benefícios da abordagem para todos os envolvidos: crianças, famílias e equipe, pois exemplos exitosos podem motivar outras instituições a adotarem o CCPF como abordagem assistencial.

10 REFERÊNCIAS

- 1 Committee on Hospital care and Institute for patient- and family-centered care. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2012;129(2):394-404.
- 2 Angelo M. Pensar família na prática clínica do enfermeiro. In: Loureiro HMAM. (ed). (Org.). *Transição para a reforma: um programa a implementar em Cuidados de Saúde Primários*. Coimbra: Candeias; 2015. v. 1. p. 17-24.
- 3 Botelho LRM, Anísio NF, Cruz AC, Santos NC, Angelo M. Autoavaliação da inclusão das famílias em políticas e práticas institucionais: perspectiva da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2018;22(4):e20180207.
- 4 Conway J, Johnson BH, Edgman-Levitan S, et al. *Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered health care system: a roadmap for the future—a work in progress*. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care and Institute for Healthcare Improvement; 2006.
- 5 Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, Balieiro MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):132-5.
- 6 Harrison TM. Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *J Pediatr Nurs*. 2010; 25(5):335-43.
- 7 Jolley J, Shields L. The Evolution of Family Centered Care. *J Pediatr Nurs*. 2009; 24(2):164-70
- 8 Mirlashari J, Brown H, Fomani FK, de Salaberry J, Zadeh TK, Khoshkhou F. The challenges of implementing family-centered care in NICU from the perspectives of physicians and nurses. *J Pediatr Nurs*. 2019;S0882-5963(18)30402-0.
- 9 Brasil. Lei no. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 16 jul. 1990.
- 10 Institute for Patient- and Family-Centered Care [internet]. Bethesda, MD. 1992-2020. Available from: <http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>.
- 11 Johnson BH. Family-centered care: four decades of progress. *Fam Syst Health*. 2000;18(2):133–156.
- 12 Meert KL, Clark J, Eggly S. Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(3):761-72.
- 13 Skene C, Gerrish K, Price F, Pilling E, Bayliss P. Developing family-centred care in a neonatal intensive care unit: an action research study protocol. *J. Adv. Nurs*. 2016; 72(3):658-68.
- 14 Mann D. Design, Implementation, and Early Outcome Indicators of a New Family-Integrated Neonatal Unit. *Nurs Womens Health*. 2016;20(2):158-66.

- 15 Gasparini R, Champagne M, Stephany A, Hudson J, Fuchs MA. Policy to practice: increased family presence and the impact on patient- and family-centered care adoption. *J Nurs Adm.* 2015;45(1):28-34.
- 16 Johnson BH, Abraham MR, Shelton TL. Patient- and Family-Centered Care: Partnerships for Quality and Safety. *NC Med J.* 2009;70(2):125-30.
- 17 American Academy of Pediatrics. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics.* 2003;112:691-6.
- 18 Bhutta ZA, Khan I, Salat S, Raza F, Ara H. Reducing length of stay in hospital for very low birthweight infants by involving mothers in a stepdown unit: an experience from Karachi (Pakistan). *BMJ.* 2004;329(7475):1151-5.
- 19 Horikoshi Y, Okazaki K, Miyokawa S, Kinoshita K, Higuchi H, Suwa J, Aizawa Y, Fukuoka K. Sibling visits and viral infection in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Int.* 2018;60(2):153-156.
- 20 Angelo M et al. Nurses' attitudes regarding the importance of families in pediatric nursing care. *Rev Esc Enferm USP [internet].* 2014;48(n.spe):74-9.
- 21 Sampaio PSS, Angelo M. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras.* 2015;15(2):85-92.
- 22 Balbino FS, Meschini GFG, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. *Rev Enferm UFSM.* 2016;6 (1):84-92.
- 23 Cruz AC, Angelo M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Ciência, Cuid e Saúde.* 2011;10(4):861-5.
- 24 Weirich CF, Tavares JB, Souza Silva K. O Cuidado de Enfermagem à Família: Um Estudo Bibliográfico. *Rev Eletrônica Enferm.* 2004;6(2):172-80.
- 25 Department of Health and Human Services. Developmental Care for Neonates. Department of Health and Human Services, State Government of Victoria. 2014.
- 26 Health Canada. Family-centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Minister of Public Works and Government Services, Ottawa. 2000.
- 27 Asai H. Predictors of nurses' family-centred care practices in the neonatal intensive care unit. *Japanese Journal of Nursing Science.* 2011;8(1):57-65.
- 28 Department of Health. Toolkit for High Quality Neonatal Services. Department of Health, London. 2009.
- 29 American Academy of Pediatrics. Patient-family-centred care and the pediatrician's role. *Pediatrics.* 2012;129(2):394-404.
- 30 Institute for Patient- and Family-Centered Care. Profiles of Exemplar Hospitals. Available from: <http://www.ipfcc.org/bestpractices/profiles-of-institutional-change.html#aamc>

- 31 Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal and Child Health Journal*. 2012;16(2):297-305.
- 32 Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(6):424–8.
- 33 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 outubro;17(4):758-64.
- 34 Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. 1998;3(2):109-112.
- 35 Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10:1-11.
- 36 Curtis K, Foster K, Mitchell R, Van C. Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *J Pediatr Nurs*. 2016;31(3):330-41.
- 37 Mirlashari J, Valizadeh S, Navab E, Craig JW, Ghorbani F. Dark and Bright-Two Sides of Family-Centered Care in the NICU: A Qualitative Study. *Clinical Nursing Research*. 2018
- 38 Al-Motlaq MA. Traditional open bay neonatal intensive care units can be redesigned to better suit family centered care application. *Journal of Neonatal Nursing*. 2018;24(3):159-162.
- 39 Hernandez NL, Grillo MHR, Lovera A. Strategies for neonatal developmental care and family-centered neonatal care. *Send to Invest Educ Enferm*. 2016;34(1):104-112.
- 40 Rawson JV, Mitchell L, Golden L, Murdock A, Haines GR. Lessons Learned From Two Decades of Patient- and Family-Centered Care in Radiology, Part 1: Getting Started. *J Am Coll Radiol*. 2016;13(12 Pt B):1555-1559.
- 41 Silva TRG, Manzo BF, Fioreti FCCF, Silva PM. Cuidado centrado na família na perspectiva de enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Rene*. 2016; 17(5):643-50.
- 42 Weis J, Zoffmann V, Egerod I. Improved nurse-parent communication in neonatal intensive care unit: evaluation and adjustment of an implementation strategy. *J Clin Nurs*. 2014;23(23-24):3478-89.
- 43 Wong OL. Contextual Barriers to the Successful Implementation of Family-Centered Practice in Mental Health Care: A Hong Kong Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014;28(3):212-9.
- 44 Macdonell K, Christie K, Robson K, Pytlik K, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: engaging veteran parents in program design and delivery. *Adv Neonatal Care*. 2013;13(4):262-9.

- 45 Abraham M, Moretz JG. Implementing Patient-and Family-Centered Care: Part I- Understanding the Challenges. *Pediatr Nurs*. 2012;38(1):44-7.
- 46 Moretz JG, Abraham M. Implementing patient- and family-centered care: Part II- Strategies and resources for success. *Pediatr Nurs*. 2012;38(2):106-9, 71.
- 47 Staniszewska S, Brett J, Redshaw M, Hamilton K, Newburn M, Jones N, Taylor L. The POPPY study: developing a model of family-centred care for neonatal units. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2012.
- 48 MacKay LJ, Gregory D. Exploring family-centered care among pediatric oncology nurses. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2011;28(1):43-52.
- 49 Wright A, Hiebert-Murphy D, Trute B. Professionals' Perspectives on Organizational Factors That Support or Hinder the Successful Implementation of Family-Centered Practice. *Journal of Family Social Work*. 2010;13(2):114-130.
- 50 Lotze GM, Bellin MH, Oswald DP. Family-Centered Care for Children With Special Health Care Needs: Are We Moving Forward? *Journal of Family Social Work*. 2010;13(2):100-113.
- 51 Johnston AM, Candice E. Bullock, Jean E. Graham, Maureen C. Reilly, Colleen Rocha, Robert D. Hoopes, Jr, Vanessa Van Der Meid, Susan Gutierrez, Marie R. Abraham. Implementation and Case-Study Results of Potentially Better Practices for Family-Centered Care: The Family-Centered Care Map. *Pediatrics*. 2006;118 Suppl 2:S108-14.
- 52 Moore KA, Coker K, DuBuisson AB, Swett B, Edwards WH. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. *Pediatrics*. 2003;111(4 Pt 2):e450-e460.
- 53 Ballweg DD. Implementing developmentally supportive family-centered care in the newborn intensive care unit as a quality improvement initiative. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2001;15(3):58-73.
- 54 Als H, Lawhon G, Duffy F H, McAnulty G B, Gibes-Grossman R, Blickman JG. Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. Medical and neurofunctional effects. *JAMA*. 1994; 272: 853–858.
- 55 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 56 Minayo MCS. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de saúde Pública*; 1993.
- 57 Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de administração de empresas*. 1995;35(2):57-63.
- 58 Gaidzinski RR, et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 59 Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf USP*. 2001;35(2):115-21.

-
- 60 Westphal MFW, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brail. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996;120(6).
 - 61 Veiga L, Gondim SMG. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública*. 2001;2(1):1-15.
 - 62 Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70, 2016.
 - 63 Boztepe H, Kerimoğlu Yıldız G. Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *J Spec Pediatr Nurs*. 2017;22(2):10.1111/jspn.12175.
 - 64 Coyne I. Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expect*. 2015;18(5):796-808.
 - 65 Benzie KM, Shah V, Aziz K, Lodha A, Misfeldt R. The health care system is making 'too much noise' to provide family-centred care in neonatal intensive care units: Perspectives of health care providers and hospital administrators. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;50:44-53.
 - 66 Skene C, Gerrish K, Price F, Pilling E, Bayliss P, Gillespie S. Developing family-centred care in a neonatal intensive care unit: An action research study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;50:54-62.
 - 67 Naef R, Kläusler-Troxler M, Ernst J, Huber S, Dinten-Schmid B, Karen T, Petry H. Translating family systems care into neonatology practice: A mixed method study of practitioners' attitudes, practice skills and implementation experience. *Int J Nurs Stud*. 2019;102:103448.
 - 68 Khajeh M, Dehghan Nayeri N, Bahramnezhad F, Sadat Hoseini AS. Family centered care of hospitalized children: A hybrid concept analysis in Iran. *Health Promot Perspect*. 2017;7(4):210-215.
 - 69 Toivonen M, Lehtonen L, Ahlqvist-Björkroth S, Axelin A. Key factors supporting implementation of a training program for neonatal family-centered care - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):394.
 - 70 Oude Maatman SM, Bohlin K, Lilliesköld S, et al. Factors Influencing Implementation of Family-Centered Care in a Neonatal Intensive Care Unit. *Front Pediatr*. 2020;8:222.
 - 71 Everhart JL, Haskell H, Khan A. Patient- and Family-Centered Care: Leveraging Best Practices to Improve the Care of Hospitalized Children. *Pediatr Clin North Am*. 2019;66(4):775-789.