

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ**

DAIANE STRINGARI GIOVANELLA

**O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA E SUA PRÁTICA EM
UNIDADES PEDIÁTRICAS**

RIO DO SUL

2023

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ**

DAIANE STRINGARI GIOVANELLA

**O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA E SUA PRÁTICA EM
UNIDADES PEDIÁTRICAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Área das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (Unidavi) como requisito parcial para conclusão do curso.

Orientadora: Profª Joice Teresinha Morgenstern.

RIO DO SUL

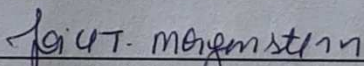
2023

CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ

DAIANE STRINGARI GIOVANELLA

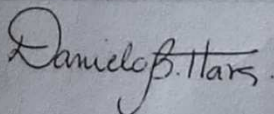
O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA E SUA PRÁTICA EM UNIDADES
PEDIÁTRICAS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de graduação em Enfermagem da Área das
Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro
Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale
do Itajaí, a ser apreciado pela Banca
Examinadora, formada por:



Orientadora: Prof^a. Joice Teresinha Morgenstern

Banca Examinadora:



Prof^a. Daniela Balz Hara

Documento assinado digitalmente
gov.br BARBARA PAVEI SOUZA CAMPOS
Data: 04/12/2023 13:48:27-0300
Verifique em <https://validar.itj.gov.br>

Prof^a. Barbara Pavei Souza

Rio do Sul, novembro de 2023.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia.

Aos meus pais, irmã e meu esposo que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A minha professora orientadora Joice Teresinha Morgenstern, minha eterna gratidão e admiração.

Em especial, minha tia VildeStringari (*In Memoriam*) sendo essa minha maior inspiração.

RESUMO

O Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF) e sua prática em unidades pediátricas, surgiu do entendimento de que a família é fundamental no cuidado dos seus integrantes, bem como a família deve ser considerada objeto do cuidado. Ainda que o modelo apresenta diversas vantagens para a equipe de saúde e principalmente para o paciente e sua família, o CCPF ainda é pouco conhecido e aplicado em nosso país. A incompreensão em torno do tema influencia de forma negativa na prática assistencial. Existe uma desproporção entre o profissional e a realidade da família e paciente. Os profissionais apresentam dificuldades em associar o padrão do CCPF com a filosofia do cuidado adotado na prática assistencial, sendo assim, qual o real entendimento. Contudo faz-se necessário ainda promover ações inclusivas para participação da família no planejamento e prestação de cuidados ao paciente. Percebe-se que existe dificuldade por parte dos profissionais de saúde o entendimento dessa filosofia de cuidado, tornando viável e necessário o estudo acerca da compreensão da importância dessa dinâmica. O objetivo deste estudo consiste em compreender a percepção da equipe de enfermagem em relação ao CCPF e sua aplicação na prática assistencial. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva, qualitativa, a qual está norteada pela Teoria Holística de MyraEstrin Levine, cujo análise de dados se dá por meio da proposta elaborada por Laurence Bardin. Conclui-se que apesar de existir lacunas frente ao CCPF, como foi possível observar, os profissionais mostraram ter a compreensão do conceito, bem como os desafios enfrentados e fazer o uso de estratégias para acolher essa criança e sua família em momentos de vulnerabilidade. Dessa forma, foi possível observar que o modelo auxilia no tratamento da criança durante a hospitalização, de modo a trazer benefícios para a saúde e bem-estar da criança hospitalizada.

Palavras-chave: Criança;Família;Cuidado;Enfermagem.

RESUMEN

La Atención Centrada en el paciente y la Familia (CCPF) y su práctica en unidades pediátricas surgió del entendimiento de que la familia es fundamental en el cuidado de sus miembros, y la familia debe ser considerada el objeto del cuidado. Si bien el modelo presenta varias ventajas para el equipo de salud y especialmente para el paciente y su familia, el CCPF aún es poco conocido y aplicado en nuestro país. La incompreensión que rodea el tema influye negativamente en la práctica asistencial. Existe una desproporción entre el profesional y la realidad de la familia y del paciente. Los profesionales tienen dificultades para asociar el estándar CCPF con la filosofía del cuidado adoptada en la práctica asistencial, siendo así cuál es su verdadera comprensión. Sin embargo, aún es necesario promover acciones inclusivas para la participación de la familia en la planificación y atención al paciente. Es claro que es difícil para los profesionales de la salud comprender esta filosofía de atención, haciendo viables y necesarios estudios para comprender la importancia de esta dinámica. El objetivo de este estudio es comprender la percepción del equipo de enfermería en relación al CCPF y su aplicación en la práctica asistencial. Se trata de una investigación de campo exploratoria, descriptiva, cualitativa, que se guía por la Teoría Holística de Myra Estrin Levine, cuyo análisis de datos se realiza a través de la propuesta elaborada por Laurence Bardin. Se concluye que a pesar de existir lagunas en el CCPF, como fue posible observar, los profesionales demostraron comprender el concepto, así como los desafíos enfrentados y utilizaron estrategias para acoger a este niño y su familia en momentos de vulnerabilidad. De esta manera, se pudo observar que el modelo ayuda en el tratamiento de los niños durante la hospitalización con el fin de traer beneficios para la salud y el bienestar del niño hospitalizado.

Palabras clave: Niño; Familia; Cuidados; Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama conceitual do modelo de enfermagem de conservação de Levine, adaptado por Mefford, 1999	28
Figura 2 - Diagrama representativo síntese categoria de discussão: Compreensão profissional do CCPF na assistência hospitalar pediátrica e sua aplicação na prestação de cuidados com foco no Modelo de Conservação	44
Figura 3 - Desafios na Implementação do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF): considerando a conservação da integridade	52
Figura 4 - Estratégias para a Implementação do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) e para facilitar a adaptação	59
Figura 5 - Diagrama Conceitual proposto por Meffort.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMAVI	Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí
CCPF	Cuidado Centrado no Paciente e Família
CDC	Convenção sobre os Direitos da Criança
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUSAVI	Fundação de Saúde do Alto Vale do Itajaí
MS	Ministério da Saúde
NEAP	Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
ONG	Organização Não Governamental
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RNPI	Rede Nacional da Primeira Infância
SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UNIDAVI	Centro Universitário Para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
TCEP	Termo de Compromisso da Equipe de Pesquisa
TCLE	Termo de Comprometimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA (CCPF)	12
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS QUE MANTÊM CONEXÃO COM O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA (CCPF).....	16
2.2.1 Política Nacional de Humanização (PNH)	17
2.2.2 Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru).....	18
2.2.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)	19
2.3 PARTICULARIDADES DA CRIANÇA E FAMÍLIA HOSPITALIZADA.....	20
2.4 CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE OS PAIS E A ENFERMAGEM.....	23
2.5 COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CONTEXTO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA (CCPF)	24
2.6 MYRA ESTRIN LEVINE: TEORIA HOLÍSTICA E DO MODELO DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA	26
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	30
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA	30
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	31
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	31
3.4 ENTRADA NO CAMPO	32
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA.....	32
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	34
3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	35
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PESQUISADOS.....	37
4.2 CATEGORIAS DE DISCUSSÃO	38
4.2.1 Compreensão profissional do CCPF na assistência hospitalar pediátrica e sua aplicação na prestação de cuidados com foco no Modelo de Conservação.....	39
4.2.2 Desafios na Implementação do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF): considerando a conservação da integridade.....	45
4.2.3 Estratégias para a Implementação do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) e para facilitar a adaptação.....	52
4.3 SUPOSIÇÕES TEÓRICAS.....	59

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	74
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	74
ANEXOS	75
ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE ESCLARECIDO.....	75
PROPPEX – PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO .	75
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	79

1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a abordagem no cuidado em saúde tem passado por uma transformação significativa, especialmente quando direcionada ao universo pediátrico. Nesse contexto de renovação, emerge a importância do cuidado centrado no paciente e família (CCPF) como uma abordagem inovadora e essencial. Este trabalho propõe uma exploração aprofundada desse paradigma, focalizando sua aplicação e prática específica em unidades pediátricas.

Frente ao cuidado de crianças hospitalizadas, nos deparamos com o ser humano e seus familiares em um estado de vulnerabilidade emocional, física e social, o que carece não só a compreensão da doença pelos profissionais de enfermagem, mas também a sensibilidade para sua singularidade. Com a normatização do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que garante a permanência do acompanhante em período integral ao longo da hospitalização infantil, torna-se imprescindível, que a equipe de saúde direcione a atenção às necessidades da família, ampliando o objeto de cuidado da enfermagem para a criança e seu familiar (Corrêa *et al.*, 2015; Sales *et al.*, 2022; Brasil, 1990).

O cenário atual da assistência à saúde confirma a necessidade de transcender as fronteiras tradicionais, destacando a relevância de considerar não apenas o paciente individualmente, mas também sua dinâmica familiar. A família, nesse contexto, não é mais uma mera testemunha do processo, mas sim uma peça integrante e indissociável do cuidado. Este tema ganha especial destaque quando direcionado às unidades pediátricas, onde a natureza sensível do público-alvo exige uma abordagem que vá além dos aspectos meramente clínicos. Isso evidencia uma abordagem inovadora no cuidado, proporcionando à própria família a chance de identificar os desafios e encontrar soluções correspondentes. (Corrêa *et al.*, 2015).

Apesar dessa abordagem enfatizar o papel essencial desempenhado pelos membros da família na vida e no bem-estar da criança, ela ainda não está incorporada de forma prevalente à filosofia assistencial dos sistemas de saúde pediátricos nacionais, como está em diferentes contextos internacionais (Almeida *et al.*, 2023). Dessa forma, surge uma distância entre o profissional de saúde e a realidade da família e do paciente. De fato, os profissionais enfrentam dificuldades em alinhar o padrão do CCPF com a filosofia de cuidado exigida na prática assistencial. Diante desse cenário, surge a indagação acerca do entendimento efetivo dos profissionais sobre a temática.

A relevância do cuidado com a saúde da criança é amplamente destacada nos regimentos das políticas públicas nacionais e internacionais dedicadas à atenção à saúde desses pacientes. O objetivo é aprimorar a assistência infantil de maneira integral e resolutiva, enfatizando a participação ativa da família no planejamento e prestação de cuidados (Coyne, 2013; Sales *et al.*, 2022). A literatura destaca, que incorporar essa prática no cotidiano assistencial resulta em maior adesão ao tratamento e melhores resultados. Entre os benefícios, destaca-se a redução do tempo de hospitalização e o aumento da autoconfiança dos pais para o cuidado domiciliar, contribuindo conseqüentemente, para a diminuição do número de reinternações.

Para tanto, o presente estudo é relevante pelo seu potencial em subsidiar mudanças na prática assistencial, como a implementação de estratégias de sensibilização da equipe com vistas à mudanças atitudinais e conseqüente ampliação da participação da família no cuidado da criança hospitalizada.

Diante do exposto, o objetivo geral deste estudo foi compreender a percepção da equipe de enfermagem em relação ao CCPF e sua aplicação na prática assistencial, conduzido por meio dos seguintes objetivos específicos: 1- Reconhecer a importância da inserção da família nos cuidados à criança hospitalizada na visão do profissional. 2- Identificar as e dificuldades encontradas para implementar o modelo CCPF. 3- Verificar as estratégias para a implementação do CCPF.

A metodologia do presente estudo foi caracterizada como uma pesquisa exploratória descritiva desenvolvida mediante um delineamento qualitativo. Realizado análise de dados conforme Bardin, por conseguinte a análise de dados alcançados, bem como a discussão dos dados e as considerações finais. Considerando a teoria holística de Myra Estrin Levine.

O estudo mantém-se organizado deste modo: no primeiro momento discutirá a fundamentação teórica, expondo os principais conceitos do CCPF. Logo após a metodologia utilizada no trabalho será apresentada, prosseguindo com a análise e discussão dos resultados, bem como, as suposições teóricas, e completando assim as considerações finais deste estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo explora os prévios relacionados ao tema, fornecendo uma compreensão mais profunda da relevância do cuidado centrado no paciente e na família, especialmente em unidades pediátricas. O objetivo é contextualizar a importância dessa abordagem no cenário do cuidado à criança hospitalizada.

2.1 CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA (CCPF)

Este capítulo tem como objetivo estabelecer definições dos conceitos relacionados ao CCPF, assim como explorar a evolução desse modelo sob uma perspectiva nacional e internacional.

A construção do termo cuidado centrado na família teve início em meados de 1969, com o propósito de definir a qualidade do cuidado prestado no hospital, segundo a visão dos pacientes e suas famílias, e de discutir a autonomia do paciente frente às suas necessidades de saúde. Ao longo do tempo, essa abordagem evoluiu e se expandiu, abraçando uma visão mais abrangente e holística do cuidado centrado na família, que vai além do ambiente hospitalar, influenciando positivamente a prática em diversas áreas da saúde (Abraham *et al.*, 2008).

Inicialmente, o termo empregado era medicina centrada no paciente que evoluiu para cuidado centrado no paciente. Com a constatação de que este não descrevia a abordagem pretendida foi incluído o termo família em 1990, direcionando a elaboração dos pressupostos atuais do Instituto de Cuidado Centrado na Família (Abraham *et al.*, 2008). Desde então, surgiu o termo “cuidado centrado no paciente e família”, sendo divulgado na literatura de enfermagem, e por esta razão, adotado neste texto. As premissas centrais do CCPF são assim apresentadas: dignidade e respeito, considerar os valores, as crenças e a cultura do paciente e da família, informação compartilhada, participação no cuidado e na tomada de decisão.

Alguns países como, Austrália, Canadá, EUA e Inglaterra desenvolveram estratégias visando uma melhoria de cuidado, a fim de promover o CCPF nos serviços de saúde.

Em 1984 surge o modelo de avaliação de famílias que contribuiu para formação dos conceitos que sustentam o CCPF, denominado Modelo Calgary de Avaliação da Família, que foi proposto por duas enfermeiras canadenses, esse modelo forneceu ferramentas aplicáveis para a avaliação da dinâmica familiar e para a elaboração de planos de cuidado centrados na família (Frampton *et al.*, 2008). Baseado numa perspectiva multidimensional da família, esse

modelo integra as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional. Estudos consideram a utilização do modelo, no âmbito hospitalar, como uma estratégia facilitadora para a investigação de demandas apresentadas pelas famílias (Figueredo e Martins, 2010).

Na Austrália no ano de 2010 em que se obteve a reforma do sistema de saúde do país, considerou a prática vivenciada pelos pacientes como um elemento de grande relevância para a classificação da qualidade dos serviços de saúde. A participação e o envolvimento dos pacientes no seu cuidado foram definidos como um direito dos mesmos, bem como o CCPF foi incluído em planos e programas específicos do governo da Austrália para a atenção básica, saúde mental, doenças crônicas e atenção farmacêutica (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2012).

Por sua vez, no Canadá, por volta de 2001, foi criada uma comissão “The Commission on the Future of Health Care in Canada” que teve como objetivo engajar os cidadãos num diálogo nacional sobre o futuro do sistema de saúde, onde pôs fim em 2002, o CCPF foi incorporado como um dos pilares para reformas, bem como, a formação de uma rede para promover educação em saúde, com informações confiáveis e apoio aos pacientes e investe em capacitação profissionais de várias especialidades, a fim de promover debates, trocas de experiências entre os profissionais (Romanow, 2002).

Em 1983, o Picker Institute, uma Organização Não Governamental (ONG) dedicada à pesquisa dos interesses dos pacientes nos EUA e na Europa, divulgou um guia que estabelece oito elementos-chave para o cuidado centrado no paciente. Esses aspectos incluem o respeito pelas preferências, valores e necessidades do paciente; a prestação de informação, educação e comunicação adequadas; a integração cooperativa e eficaz de cuidados e serviços; o Fornecer apoio emocional; garantia de conforto físico; envolvimento da família e pessoas próximas; promoção da continuidade do tratamento após alta hospitalar; e acesso facilitado aos cuidados e serviços (Picker Institute, 2008).

Nos Estados Unidos da América, foram definidas seis áreas prioritárias, com potencial para melhorar a qualidade do cuidado, incluindo a área do cuidado centrado no paciente, sendo esta a reforma do sistema de saúde que ocorreu em 2010. Ainda, propôs a melhoria do sistema de saúde por meio da reorganização da atenção primária, tendo como um dos cinco pilares o CCPF (Proqualis, 2013).

Já na Inglaterra, a reforma do sistema de saúde realizada no ano de 2000, propôs como objetivos o fortalecimento de uma grande rede de serviços, adaptados às necessidades e preferências de cada paciente, visando melhorar a qualidade dos serviços, reduzindo possíveis erros. Em 2012, o país sugeriu alteração na reestruturação do sistema de saúde, onde

estabeleceu o CCPF como sendo um elemento central para mudanças fundamentais (National Health Service, 2000; National Health Service, 2012).

No âmbito nacional o CCPF é denominado como serviço ou abordagem centrada no paciente e na família, um sistema de cuidado em que insere a criança e sua família no centro de todas as decisões de cuidados em saúde. Cuidado este que é definido de duas formas: a teórica, como sendo o cuidado que identifica a família como “central” na vida da criança, passando a vê-la no ambiente de sua família de forma única e apoia os membros da família em seu papel de cuidadores. E a operacional: com a colaboração de prestadores de cuidados em saúde, como profissionais de saúde e membros da própria família, trabalhando juntos para elaborar o plano de cuidados, tomada de decisões e avaliando continuamente os cuidados prestados à criança (Brasil, 2020).

O referido modelo de atenção está sendo cada vez mais aceito e tem sido amplamente defendido em vários locais de assistência à saúde, como nas Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), centros de reabilitação, enfermarias pediátricas hospitalares e Unidades Básicas de Saúde (UBS). A forma de atenção centrada no paciente e família vem sendo cada vez mais adotada em muitas instituições de assistência à saúde (Brasil, 2020).

Importante relatar que no Brasil, os conceitos de CCPF são também inseridos em de políticas e estratégias do Ministério da Saúde, como: Política Nacional de Humanização (PNH); Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em que os mesmos, promovem autonomia, protagonismo de sujeitos, acolhimento e suporte às famílias (Brasil, 2020).

Entende-se que o modelo de CCPF envolve muito mais do que a presença contínua de um membro da família junto à criança. Trata-se de uma filosofia de cuidado, que norteia o planejamento da assistência, a formação profissional e a avaliação do cuidado em saúde. Fundamenta-se especialmente em uma parceria, que deve beneficiar crianças, família e profissionais de saúde. Conforme descrito por Brasil (2020), é exibido um quadro com propósito de representar o modelo, abrangendo as premissas básicas e os elementos-chave.

Quadro 1 - Modelo de Cuidado Centrado Paciente e Família –Premissas (continua)

Premissa I	
“Os pais conhecem bem suas crianças e querem o melhor para elas”	
Princípios de orientação:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada família deve ter a oportunidade de decidir qual o nível de envolvimento que deseja ter na tomada de decisão sobre o tratamento de sua criança. Os pais devem ter a responsabilidade final pelo cuidado de sua criança.
Expectativas e Direitos da Família:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomar decisão final; ➤ Utilizar seus próprios recursos e capacidades; ➤ Receber informações que lhes permitam tomar decisões sobre os cuidados que melhor atenderão suas necessidades; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definir as prioridades da intervenção; ➤ Escolher o nível e o tipo de envolvimento nos cuidados; ➤ Ter acesso às informações sobre sua criança.
Comportamento da Equipe de Saúde:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incentivar a tomada de decisão dos pais em parceria com outros membros da equipe; ➤ Ajudar a família a identificar seus pontos fortes e desenvolver seus próprios recursos; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar, responder e aconselhar os pais; ➤ Trabalhar em parceria com os pais e a criança; ➤ Compartilhar informações completas sobre os cuidados com a criança de forma contínua.
Premissa II	
“As famílias são diferentes e únicas”	
Princípios de Orientação:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada família deve ser tratada com respeito.
Expectativas e Direitos da Família:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter sua dignidade e integridade mantidas durante todo o processo de prestação de cuidados; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ser apoiada nas decisões que tomar; ➤ Ter suas opiniões consultadas e ouvidas; ➤ Receber serviços individualizados.
Comportamento da Equipe de Saúde:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Respeitar os valores, desejos e prioridades da família; ➤ Aceitar e apoiar as decisões tomadas pela família; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ouvir e se comunicar com clareza.; ➤ Fornecer serviços flexíveis e individualizados. ➤ Aceitar a diversidade da família (cultural, socioeconômica, e características físicas); <ul style="list-style-type: none"> ➤ Acreditar e confiar nos pais.
Premissa III	
“O comportamento ideal da criança ocorre dentro de um contexto familiar e comunitário de apoio: a criança é afetada pelo estresse e enfrentamento de outros membros da família”	
Expectativas e Direitos da Família:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Levar em consideração suas necessidades e preocupações; ➤ Sentir-se bem-vinda e apoiada dentro do nível de participação que escolher.

Quadro 2 - Modelo de Cuidado Centrado Paciente e Família – Premissas (conclusão)

Comportamento da Equipe de Saúde:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ser sensível às necessidades psicossociais da família; ➤ Incentivar a participação de todos os membros da família; ➤ Respeitar o estilo de lidar com a criança de cada família, sem julgar; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Incentivar grupos de suporte familiar; ➤ Reconhecer e desenvolver os pontos fortes da família e da criança.
--	---

Fonte: Brasil(2020). Informações organizadas pela autora, (2023).

Quadro 3 - Modelo de Cuidado Centrado Paciente e Família - Elementos Chaves

Elementos Chave	
Respeito e Dignidade:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A opinião e ponto de vista da família é importante para o estabelecimento de condutas; ➤ As escolhas da família devem ser respeitadas.
Troca de Informação e Conhecimento:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O profissional de saúde compartilha conhecimentos sobre saúde e doença e a família compartilha suas experiências ao lidar com a criança, além dos valores e crenças cultivados em sua família; ➤ Esse compartilhamento de conhecimento leva ao desenvolvimento de objetivos mútuos por meio da tomada de decisão compartilhada.
Participação Empoderada e Decisão Compartilhada:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A parceria é um conceito básico do CCPF; ➤ Para tanto, é necessária uma comunicação clara e empática, além de escuta qualificada; ➤ A família sente que sua opinião é importante e bem recebida, desta forma, ela se sente empoderada e pronta para ser parceira <ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaboração e Engajamento; ➤ A família se sente parte do processo, pronta para colaborar e se envolver no tratamento da criança; ➤ Pronta também para emitir sua opinião, participar dos cuidados e tomar a decisão final quando necessário.

Fonte: Brasil (2020). Informações organizadas pela autora, (2023).

De maneira geral, conclui-se que o CCPF desempenha um novo formato de fornecer cuidados em que vai muito além da criança e seu familiar, mas sim, uma forma de promover cuidados para a saúde, garantindo o bem-estar do paciente e de seu familiar, refletindo assim em uma colaboração respeitosa com profissional de saúde.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS QUE MANTÊM CONEXÃO COM O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA (CCPF)

Neste capítulo, apresenta-se algumas das políticas públicas nacionais que incorporam elementos do CCPF. Essa exploração permitirá compreender de que maneira o CCPF pode ser traduzido em práticas concretas no âmbito das políticas públicas, promovendo uma abordagem mais holística e centrada nas necessidades dos pacientes e suas famílias em diversas esferas.

2.2.1 Política Nacional de Humanização (PNH)

A Política Nacional de Humanização (PNH) e o CCPF abordam uma questão marcante, pois ambos visam aprimorar a qualidade e a humanização dos serviços de saúde. A PNH, inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, busca transformar as práticas de saúde, promovendo o acolhimento, a integralidade e a valorização dos sujeitos envolvidos. A PNH existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (Brasil, 2003).

A PNH tem como propósitos: contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização existentes; desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas (Brasil, 2003).

Na prática, os resultados que a PNH busca são ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários; incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil; divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições. Bem como, redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; gestão participativa nos serviços (Brasil, 2003; Brasil, 2006).

Os princípios orientadores da PNH são: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários (Brasil, 2003).

O Acolhimento é um dos princípios fundamentais da PNH da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), destacando-se como uma prática essencial para a efetivação da humanização nos serviços de saúde. Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e

singular necessidade de saúde. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (Brasil, 2003).

O Humaniza SUS atua como uma estratégia de implementação da PNH. Ele busca concretizar os princípios e diretrizes da PNH no cotidiano dos serviços de saúde, estimulando práticas que fortaleçam a autonomia dos sujeitos e a participação coletiva (Brasil, 2003). Portanto, as contribuições do HumanizaSUS para o CCPF são notáveis, proporcionando diretrizes e práticas que promovem um ambiente de cuidado mais humano, centrado no paciente e na família.

2.2.2 Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru)

Uma política adicional que pode ser integrada ao enfoque do CCPF é o modelo de atenção humanizada voltado para o recém-nascido de baixo peso, amplamente reconhecido como o Método Canguru. Ao adotar o Método Canguru, não apenas se promove o bem-estar físico do recém-nascido, mas também se valoriza a participação ativa dos familiares, alinhando-se assim aos princípios fundamentais do CCPF. Este modelo não enfatiza apenas a assistência clínica, mas também integra a família como parte essencial do ambiente de cuidado, fortalecendo os laços e contribuindo para uma abordagem mais abrangente e humanizada na assistência neonatal (Brasil, 2017).

Idealizado inicialmente em Bogotá, na Colômbia, o método canguru buscava uma solução imediata para a superlotação das unidades neonatais nas quais muitas vezes se encontravam dois ou mais recém-nascidos em uma mesma incubadora. O método consistia em manter o prematuro após estabilização clínica, entre os seios maternos, em contato pele a pele, na posição supina, mantendo-o aquecido pelo calor de sua mãe, pelo maior tempo que fosse possível, o que possibilita a alta precoce devido ao uso das incubadoras por menor tempo e maior aproximação entre a díade (Brasil, 2013).

Nos países desenvolvidos, onde o método não tinha caráter substitutivo de recursos e havia disponibilidade de tecnologias direcionadas à atenção à saúde perinatal, o mesmo não trouxe impacto no aumento da sobrevivência dos neonatos. Porém foi observado êxito quanto ao aumento do vínculo entre mãe e bebê, maior confiança da família no manuseio dos cuidados ao RN de baixo peso e estímulo ao aleitamento materno (Filho *et al.*, 2008).

Pode-se observar que as abordagens de cuidado impostas apresentam variações de acordo com as particularidades e necessidades de cada nação, sendo notável a prevalência da posição canguru como característica comum. No contexto brasileiro, é essencial ressaltar que o Método Canguru foi adotado como fonte inspiradora para a concepção da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Introduzido como política pública de saúde em dezembro de 1999, o Método Canguru se desenvolve em três fases, fundamentando-se nos princípios do cuidado centrado na família, na redução de fatores estressantes para o recém-nascido, no estímulo ao aleitamento materno e na promoção do vínculo (Brasil, 2011).

No Brasil, conforme Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007 o método canguru é um modelo de assistência perinatal em melhorar a qualidade do cuidado, como por exemplo: a redução do tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; ele permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar (Brasil, 2007).

De maneira geral, o método Canguru, ao ser adotado como prática de referência, incorpora de maneira notável os princípios essenciais do CCPF. Ao priorizar o cuidado centrado na família, o Método Canguru reconhece a importância do apoio familiar no processo de recuperação do recém-nascido de baixo peso. A promoção do vínculo entre pais e bebês, a redução de estressores para o recém-nascido e o estímulo ao aleitamento materno refletem a abordagem holística inerente ao CCPF (Brasil, 2017; Brasil, 2020).

2.2.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

Ao abordar as políticas públicas destinadas ao público infantil, destaca-se a importância de focar no PNAISC. Essa política desempenha um papel central na promoção de uma visão abrangente e integrada para o cuidado à saúde das crianças. A PNAISC é uma estratégia governamental que busca promover uma abordagem abrangente e integrada para a saúde infantil no Brasil. Essa política é fundamentada em princípios que visam garantir o bem-estar físico, emocional e social das crianças, monitorando a importância de um cuidado que vá além dos aspectos puramente clínicos (Brasil, 2018).

A PNAISC foi instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. A PNAISC reúne um conjunto de ações programáticas e estratégias para o desenvolvimento da criança

em todas as etapas do ciclo de vida, somando-se às iniciativas e diretrizes das políticas públicas universais desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança (Brasil, 2015).

A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (Brasil, 2018).

A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: o direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; o acesso universal à saúde; a integralidade do cuidado; a equidade em saúde; um ambiente facilitador à vida; uma humanização da atenção; e gestão participativa e controle social (Brasil, 2015).

A PNAISC possui as seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças: gestão interfederativa das ações de saúde da criança; organização das ações e serviços na rede de atenção; promoção da saúde; fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; qualificação da força de trabalho do SUS; planejamento e desenvolvimento de ações; incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; monitoramento e avaliação e intersetorialidade (Brasil, 2015).

2.3 PARTICULARIDADES DA CRIANÇA E FAMÍLIA HOSPITALIZADA

No contexto hospitalar, as particularidades da criança e da família assumem um papel central, exigindo uma abordagem cuidadosa e personalizada. Este capítulo é dedicado à análise das nuances envolvidas nas dinâmicas de cuidado para crianças e suas famílias durante o período de hospitalização.

O cuidado prestado à criança, no decorrer da hospitalização, normalmente, é necessário uma mudança na observação assistencial realizada nas unidades de internação pediátricas. A prática do cuidar excede a criança hospitalizada, e abrange, a sua família, neste ambiente (Silveira, 2023). Dessa forma, a prática de cuidar nas unidades pediátricas transcende a dimensão individual da criança, incorporando uma abordagem mais holística que abraça a complexidade das relações familiares e busca promover não apenas a recuperação

física, mas também o bem-estar emocional e social de todos os envolvidos nesse processo delicado.

Ainda, para Silveira (2023) rotinas hospitalares, a insegurança daquilo que é diferente, a distância, geram sensações difíceis para a criança, e assim, se faz necessário que o profissional enfermeiro busque entender a convivência familiar e traçar intervenções que auxiliem durante a hospitalização da criança naquele momento vivenciado.

A experiência da hospitalização emerge como uma situação passível de influência no desenvolvimento e o bem-estar da criança submetida a internamentos e procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Durante o internamento, a criança se encontra distante de seu círculo familiar, imersa em um ambiente desconhecido, interagindo com indivíduos estranhos e sujeita a rotinas e procedimentos invasivos que tendem a ocasionar desconforto e dor (Esteves, 2015; Hockenberry, Winkelsteine Wilson, 2006).

As alterações de apetite, sono e humor; uma perda de peso; a diminuição das capacidades cognitivas e de concentração; o enfraquecimento das funções fisiológicas; perda de autoestima; o surgimento de fobias; A manifestação de ansiedade, medo, angústia, insegurança e desorientação são exemplos de diversas interações físicas e emocionais que podem ocorrer entre esses pacientes, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade tanto quanto de seus pais (Hockenberry, Winkelstein e Wilson, 2006).

Conforme indicado pelas evidências na área, a experiência de hospitalização tende a ser mais desafiadora durante a infância e na primeira fase pré-escolar, especialmente entre os seis meses e os quatro anos de idade. A maior intensidade das dificuldades nesses estágios de desenvolvimento está relacionada principalmente à maior imaturidade sociocognitiva e ao restrito conjunto de estratégias de enfrentamento disponíveis para lidar com as experiências vividas no ambiente hospitalar. Entre essas experiências, a separação dos pais e a submissão a procedimentos médicos destacam-se como as principais fontes de ameaça nas idades mais precoces (Barros, 1998; Hockenberry, Winkelsteine Wilson, 2006).

No contexto da hospitalização pediátrica, os pais desempenham um papel de extrema relevância, uma vez que seus sentimentos e reações exercem uma influência decisiva na adaptação psicossocial do filho internado. A participação ativa e contínua dos pais nesse processo impacta significativamente no tratamento e na recuperação da criança, liberando-se os benefícios dessa presença para a minimização ou eliminação dos efeitos negativos da hospitalização (Barros, 1998).

Ao considerar a família nesse contexto, é possível observar que, em muitos casos, a experiência desses pais é permeada por emoções como medo, apreensão, angústia e

sentimentos de inutilidade, impotência, ansiedade ou culpa. Essas reações podem ser desencadeadas por diversos fatores, como um quadro clínico indefinido, a busca tardia por ajuda médica, as possíveis sequelas da doença e/ou dos tratamentos na saúde e desenvolvimento do filho, ou mesmo o risco de vida envolvido (Barros, 1998; Hockenberry, Winkelstein e Wilson, 2006).

Em alguns pais, manifestações de desespero, confusão, desconfiança, cansaço e exaustão física e mental podem estar presentes, assim como sentimentos de solidão, sensação de "clausura" devido aos longos dias no hospital e à liberdade condicionada, privação de espaço, bens e rotinas, ou a falta de privacidade ao compartilhar espaços com pessoas desconhecidas. Esses elementos destacam a complexidade das emoções vivenciadas pelos pais durante a hospitalização de seus filhos. Nos casais com mais do que um filho, crescem, geralmente, as preocupações com os outros filhos. (Barros, 1998; Diaz-Caneja *et al.*, 2005)

Para minimizar as consequências de uma hospitalização infantil, considera-se que a presença dos familiares nos atendimentos pediátricos é de suma significância, sendo ela uma oportunidade para que os enfermeiros se aproximem, buscando envolver-se e dedicar-se a fim de criarem um relacionamento com as famílias. Dessa forma a enfermagem poderá compreender a dinâmica, estrutura e o contexto onde a criança está inserida, favorecendo o reconhecimento das necessidades familiares e suas prioridades, sendo essas, partes indispensáveis para a estruturação dos cuidados para com toda família, não somente voltado para as necessidades da criança (Fonseca *et al.*, 2020).

Em concordância com Cruz e Pedreira (2020) no enfoque do CCPF, a presença da família, por si só, é considerada insuficiente, uma vez que deve haver interações entre paciente, família e equipe, no sentido de compartilharem orientações e informações, participarem do cuidado e tomarem decisões compartilhadas. Dessa forma, para que o envolvimento e a participação da família seja efetiva é indispensável que se reconheça os membros da equipe responsáveis pela assistência da criança, que se receba informações claras e precisas, e sinta-se segura e confiante na equipe.

Contudo, no que diz respeito à hospitalização das instituições brasileiras, não há consenso sobre a forma de envolvimento e participação das famílias, sendo assim as famílias são submetidas muitas vezes a regras rígidas e a crenças dos profissionais que desconsideram a sua participação na assistência. Atitudes essas, dos profissionais com relação às famílias pela falta de clareza dos papéis e de diretrizes para envolver as famílias, em que podem vir a gerar insegurança, medo, insatisfação e dificuldades no relacionamento entre família e equipe,

podendo impactar de forma negativa na experiência da família e em estresse decorrente da hospitalização (Fonseca *et al.*, 2020).

2.4 CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE OS PAIS E A ENFERMAGEM

No âmbito do cuidado pediátrico, o capítulo "Cuidado Compartilhado entre os Pais e a Enfermagem" propõe explorar a dinâmica colaborativa entre os profissionais de enfermagem e os pais durante o processo de hospitalização. Esta colaboração não apenas ressalta a importância dos cuidadores familiares como parceiros essenciais no cuidado à criança, mas também destaca o papel relevante da equipe de enfermagem na facilitação, apoio e integração dos pais no ambiente hospitalar.

A promoção do cuidado compartilhado durante as hospitalizações tem recebido um estímulo crescente. Esta abordagem pode ser descrita pela concepção de um plano terapêutico que engloba tanto a família quanto a equipe de enfermagem, incentivando o desenvolvimento de habilidades e capacidades relacionadas à comunicação, acolhimento e diálogo. Dessa maneira, oferece oportunidades para que o membro da família assuma um papel de protagonista no processo de cuidado (Anjos *et al.*, 2019)

No Brasil, a preocupação com a permanência dos pais no hospital passou a se tornar mais efetiva após a promulgação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que regulamenta o ECA. Em seu Artigo 12, o mesmo dispõe que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (Brasil, 1990).

A inserção de um acompanhante e seu envolvimento no processo terapêutico torna fundamental a compreensão da dinâmica das relações entre os agentes que prestam o cuidado, pois aparecem questões não bem definidas na assistência à criança hospitalizada. É importante estar sempre atento às necessidades que vão sendo criadas nesse espaço e que envolvem a forma de organização das unidades pediátricas como um todo. A perspectiva de levar os pais para dentro do hospital traz consigo alterações nas relações de trabalho estabelecidas no ambiente hospitalar. Atualmente, reconhece-se a importância dos pais no hospital, contudo, mostra-se igualmente importante a discussão de sua participação no cuidado ao filho hospitalizado (Brasil, 2004b).

Frente ao cuidado compartilhado da criança entre a enfermagem e os pais no momento de internação, pode-se gerar meios para o desenvolvimento da criança a fim de gerar contextos buscando diminuir situações de desconforto. A enfermagem, além de desempenhar um papel de oportunizar condições convenientes para a presença da família, é também responsável pela organização do ambiente de cuidado (Silveira, 2023).

A abordagem personalizada à família, específica para uma escuta atenta que busca identificar suas principais queixas, é fundamental para humanizar o cuidado. Conforme delineado pela PNH, a humanização inicia-se ao valorizar os envolvidos, incluindo crianças, famílias e a equipe de saúde. O acolhimento, segundo essa política, destaca a importância da escuta atenta, do desenvolvimento da empatia, do oferecimento de apoio, da identificação das queixas e do estabelecimento de vínculos (Brasil, 2013; Brasil, 2003).

Os pais, quando inseridos juntamente com a enfermagem no cuidado à criança, passam a compreender de forma mais clara o quão favorável/benéfico isso se torna para a recuperação da criança. Sendo assim, para a assistência humanizada, o enfermeiro deve estimular um vínculo com a criança e seu familiar, tornando assim o ambiente mais receptivo. A enfermagem exerce uma importante responsabilidade, sendo a mesma quem passa a maior parte do tempo acompanhando a criança e mantendo contato com os pais e, sendo conseqüente pelos cuidados, dedicando-se para diminuir incômodos conseqüentes da internação (Silveira, 2023).

A literatura evidencia que a construção do cuidado compartilhado está em andamento, apresentando possíveis obstáculos à sua implementação, como a falta de comunicação e informação, experiências prévias de hospitalização e as orientações de vida da família. Portanto, o cuidado compartilhado deve ser entendido como a edificação de uma responsabilidade compartilhada, onde a enfermagem e a família colaboram de maneira a beneficiar a criança com suas características específicas. Isso envolve uma negociação de ações estratégicas com o objetivo de fornecer um cuidado integral e humanizado.

2.5 COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CONTEXTO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA (CCPF)

A comunicação terapêutica desempenha um papel fundamental no âmbito da saúde, sendo uma peça-chave para o estabelecimento de vínculos significativos entre profissionais de saúde e pacientes. Dentro do contexto do CCPF, essa ferramenta surge como um elo de

conexão. Este capítulo busca explorar o referencial teórico que sustenta a prática da comunicação terapêutica, examinando suas raízes conceituais, evolução ao longo do tempo e sua importância no contexto terapêutico.

É reconhecido que comunicação é a troca de informações e entendimento entre indivíduos, visando transmitir fatos, pensamentos e valores. Este processo humano envolve a emissão e recepção de mensagens, com dois meios distintos de transmissão: o verbal e o não-verbal. A comunicação verbal abrange a linguagem falada e escrita, enquanto os gestos, expressões corporais e o toque compõem a modalidade não-verbal (Martino, 2019).

A comunicação verbal constitui a essência das interações diárias, permitindo-nos atribuir significado a informações não explicitamente expressas e, assim, aprimorar nossa compreensão da realidade. Para profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, o conhecimento dos mecanismos de comunicação não apenas facilita a execução de suas responsabilidades, mas também aprimora os relacionamentos entre todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Ceron, 2023).

No contexto do CCPF a comunicação terapêutica desempenha um papel fundamental, essa uma abordagem que coloca o paciente e família no centro das decisões relacionadas à sua saúde, considerando seus valores, preferências e necessidades. Sabe-se que esse modelo de abordagem está fundamentado em teorias sistêmicas, as quais enfatizam a colaboração e a tomada de decisões compartilhadas (Ceron, 2023). A comunicação terapêutica serve como facilitadora desse processo, integrando as perspectivas do paciente e da família ao plano de cuidados.

O princípio da comunicação é composto por cinco eixos, em que de forma sucinta o primeiro deixa claro que não é possível não se comunicar, pois se está em constante contato, por meio do olhar, da forma de agir, expressar, etc. A segunda retrata que toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto relacional, a percepção de sutilezas na forma como o outro nos passar alguma mensagem, ou seja, o indivíduo expressa o “sim” “quando na verdade queria expor o “não”. Em seguida, a terceira, onde diz que a natureza da relação depende de sequências de comunicação prévias estabelecidas pelos comunicantes, isto é, as vivências apreendidas por cada um instigam na maneira como vão se comunicar um com o outro (Ceron, 2023).

Logo, o quarto princípio, diz que os seres humanos se comunicam tanto digital como analogicamente, isto é, forma comunicativa a partir dos conteúdos explícitos a partir da linguagem convencional podendo ser verbal ou gestual. Por fim, o quinto princípio, onde diz que toda troca comunicativa é simétrica ou complementar, na devida ordem, com base na

conformidade ou na distinção, ou melhor, a comunicação pode ser entendida frente a conceitos vindos da geometria e seus moldes (Ceron, 2023).

A comunicação efetiva é um dos desafios para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar, em que se trata de um dos protocolos de segurança para o paciente, assim como, uma meta a ser alcançada, buscando garantir uma assistência de qualidade, produzindo resultados, bem como, possibilitar um ambiente de trabalho harmonioso e uma assistência segura (Brasil, 2020).

A comunicação terapêutica, embora essencial, pode enfrentar diversas barreiras que prejudicam sua eficácia. Diversos elementos apresentados para a existência de obstáculos na comunicação, como carga excessiva de trabalho, ausência de privacidade, carência de capacitação, a presença de profissionais especializados na unidade, deficiência de pessoal, mesma diversidade de idiomas e, até mesmo, a duração e experiência profissional, os quais podem impactar a interação entre os profissionais (Witiski *et al.*, 2019).

A prática da comunicação terapêutica, embora fundamental, muitas vezes se depara com diversos obstáculos que comprometem sua eficácia, estudos que investigaram as barreiras que envolve a comunicação terapêutica evidenciam que a ausência de empatia por exemplo figura como uma barreira significativa nesse contexto, minando a conexão essencial entre profissionais de saúde e pacientes. Além disso, estigmas e preconceitos presentes podem moldar a maneira como os profissionais se comunicam, impactando qualidades de confiança e qualidade das interações (Carúset *al.*, 2021; Witiskiet *al.*, 2019).

Os mesmos autores afirmam que a complexidade da informação constitui outra barreira relevante, onde o uso de jargões médicos e explicações intrincadas pode obscurecer a compreensão do paciente, dificultando a assimilação efetiva das informações. Além disso, a ansiedade experimentada pelos pacientes em relação à sua condição de saúde surge como um desafio adicional, interferindo na capacidade de absorver as informações transmitidas durante uma interação terapêutica (Carúset *al.*, 2021; Witiskiet *al.*, 2019).

Assim, torna-se evidente que uma comunicação terapêutica bem-sucedida requer não apenas habilidades técnicas, mas também uma abordagem sensível e adaptativa para superar essas barreiras e estabelecer uma conexão eficaz entre profissionais de saúde e pacientes.

2.6 MYRA ESTRIN LEVINE: TEORIA HOLÍSTICA E DO MODELO DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

A teoria holística de MyraEstrin Levine representa uma contribuição significativa para o campo da enfermagem, destacando-se pela sua abordagem abrangente e integrativa no cuidado à saúde. Neste capítulo, exploraremos os princípios fundamentais da teoria de Levine, examinando como sua perspectiva holística influencia a prática e a filosofia de enfermagem.

A escolha da teoria de Myra Levine como suporte teórico justifica-se por algumas razões. Primeiro, Levine enfatiza a importância de entender e atender às necessidades individuais de cada paciente, garantindo que cada pessoa é única (Mcewen e Wills, 2016). Isso se alinha perfeitamente com a abordagem centrada no paciente, que visa personalizar o atendimento para atender às necessidades específicas de cada indivíduo. Além disso, a teoria de Levine destaca a importância da prevenção e da promoção da saúde, o que se encaixa bem com a ideia de cuidado centrado no paciente, que não se limita apenas ao tratamento de doenças, mas também se concentra em manter e melhorar o bem-estar geral do paciente. (Fiocruz, 2020)

No que diz respeito à biografia de MyraEstrin Levine, seu nascimento ocorreu em 1920, na cidade de Chicago, Illinois, sendo primogênita de três irmãos. Seu interesse pela enfermagem floresceu desde a infância, influenciado pelas hospitalizações frequentes de seu pai devido a problemas gastrointestinais. Na década de 60 surgiram as primeiras teorias de enfermagem procurando relacionar fatos e estabelecer as bases de uma ciência de enfermagem (Aguilar *et al.*, 2014).

Myra Levine obteve o diploma em enfermagem do Cook County SchoolofNursing, em Chicago, Illinois, em 1944; o grau de bacharel em ciência na Universityof Chicago, em 1949, e o mestrado em ciência de enfermagem da WaineStateUniversity, em Detroit, Michigan, em 1962. Ela ocupou inúmerasposiçõesclínicas e educacionais durante sua longa carreira. Publicou AnIntroductionto Clinical Nursing, em 1969. Desfrutou de uma carreira longa e produtiva, que incluiu um recorde notável de publicações. Ela morreu em 1996, aos 75 anos, deixando um legado de ensino, administração e conhecimento para a enfermagem (Mcewen e Wills, 2016).

De acordo com os estudiosos, as teorias de enfermagem centradas no processo interativo são situadas em um ponto intermediário entre aquelas derivadas das necessidades das décadas de 1950 e 1960, geralmente ancoradas filosoficamente na abordagem positivista, e os modelos de processos unitários, que se fundamentam na filosofia humanista. A teoria de Levine é classificada como grande teoria bem como baseada em processos interativos. Levine acredita que os humanos são seres holísticos que interagem e se adaptam às situações em que

se encontram. Os modelos de enfermagem que podem ser descritos como teorias do processo interativo incluem: o Modelo de conservação de Levine (Mcewen e Wills, 2016; Meffort, 1999).

Como mencionado na teoria holística, adota-se um modelo de conservação de energia, o qual foi empregado neste estudo como uma abordagem mais eficaz na aplicação dos conceitos teóricos. A noção de conservação está enraizada nas bases conceituais que antecedem as teorias e práticas desenvolvidas por vários enfermeiros ao longo do tempo (Meffort, 1999). O modelo associado a essa teoria aborda as interações entre enfermeiro e paciente, considerando uma perspectiva multifatorial que pode gerar efeitos previsíveis, utilizando a probabilidade como uma ferramenta para compreender a realidade.

Myra Levine classifica em sua teoria três conceitos que relacionados entre si poderão interferir positivamente ou não, no processo de saúde-doença do paciente, são eles: a adaptação, referindo-se a relação do indivíduo com o ambiente; a conservação que é consequente da adaptação ao meio, podendo provocar mudanças bio-psicológicas; e, a integridade sendo o comando sobre a própria vida e sua totalidade. Contudo, enxerga o ser humano de forma holística, o que implica aceitá-lo como um ser complexo (Pinto *et al.*, 2017).

O modelo teórico está estruturado em quatro princípios de conservação: o de conservação da energia; da integridade estrutural; da integridade pessoal e da integridade social do paciente. Levine propõe que as ações de enfermagem devem ser fundamentadas na preservação da integridade do paciente em todos os seus domínios. Nesse contexto, o enfermeiro é considerado parte do ambiente, contribuindo com um conjunto de habilidades, conhecimentos e compaixão para auxiliar cada paciente a superar os desafios ambientais e resolver problemas de maneira única. A eficácia dessas intervenções é avaliada pela manutenção da integridade do paciente, conforme destacado por Levine (Mcewen e Wills, 2016).

Para uma representação mais clara do modelo de conservação, apresentamos o diagrama proposto por Meffort (1999), fundamentado nos conceitos da teoria da estudiosa, o qual apresenta em sua estrutura a relação dos principais pressupostos e conceitos desse modelo.

Figura 1 - Diagrama conceitual do modelo de enfermagem de conservação de Levine, adaptado por Mefford, 1999



Fonte: Mefford (1999).

Na fase de análise e discussão de dados, na seção dedicada às suposições teóricas, além de ser uma exploração mais aprofundada dos conceitos específicos da teoria. Pretende-se estabelecer correlações significativas entre esses conceitos e a temática abordada no estudo, enriquecendo assim a compreensão e a contextualização dos resultados.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo serão apresentados os principais passos da metodologia que foram utilizados na elaboração desta pesquisa. Os procedimentos metodológicos correspondem a todo conjunto de tomada de decisões e ações quanto à escolha das técnicas de pesquisa e método para o desenvolvimento de um trabalho científico (Marconi e Lakatos, 2003).

3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

O presente estudo baseia-se em uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva que foi elaborada frente a uma abordagem qualitativa, com intuito principal compreender a percepção da equipe de enfermagem em relação ao CCPF e sua aplicação na prática assistencial.

Em concordância com Blogoslawski, Tibola e Weinrich (2016), a pesquisa de campo é formada por meio de coleta direta de informações no lugar e espaço definido para o estudo dos acontecimentos, bem como, requer a inserção de entrevistas, questionários, formulários e demais recursos.

A pesquisa qualitativa objetiva compreender o raciocínio interno de grupos, instituições frente a princípios culturais e concepções referente a história e assuntos específicos; conexões entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos, sociais e da realização de políticas públicas e sociais (Minayo, 2014).

A pesquisa exploratória visa examinar um assunto pouco abordado para oportunizar uma visão geral dos fatos. As pesquisas exploratórias possuem o intuito de fornecer e modificar conceitos e ideias com base em formulações de problemas; é conhecer intensamente o assunto que está sendo estudado. O pesquisador poderá criar hipóteses sobre o assunto, aumentando a compreensão sobre ele (Lozada e Nunes, 2019).

A pesquisa descritiva permite retratar metodicamente, acontecimentos e aspectos correntes em uma precisa população ou área de interesse, sendo assim, a pesquisa descritiva expõe, sistematicamente, fatos e peculiaridades presentes em uma estabelecida população ou área relevante, analisa ocorrências e eventos físicos e humanos sem que o explorador intervenha, munido de métodos de observação, registro, análise e correlação de fatos sem operá-los. Modo este, utilizado em especial, nas ciências humanas e sociais (Blogoslawski; Tobola; Wenrich, 2016).

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi conduzido nas unidades pediátricas de um hospital de médio porte localizado no interior de Santa Catarina. Esta instituição desempenha um papel de referência no atendimento à população pediátrica da região. Fornecendo serviços tanto pelo SUS quanto por meio de convênios e atendimento particular.

A instituição possui uma unidade pediátrica a qual conta com 30 leito que divide da seguinte maneira: Unidade de Internação Pediátrica com 10 leitos para tratamento clínico e cirúrgico; Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais está com 8 leitos modalidade convencional e 2 leitos modalidade canguru; além de 8 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 2 leitos de Unidade de Terapia Intensiva pediátrica.

Essa unidade é operada por uma equipe de enfermagem composta por 44 profissionais, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares, onde a maioria destes profissionais fazem rodízio entre as unidades citadas acima. Os pais têm acesso livre às unidades e podem acompanhar integralmente seus filhos.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população alvo deste estudo incluiu profissionais de enfermagem, abrangendo auxiliares, técnicos e enfermeiros, que desempenham funções diretas no atendimento em unidades pediátricas. Esses profissionais foram entrevistados ao longo dos meses de agosto e setembro de 2023.

A amostra foi composta por 20 profissionais que cumpriram os critérios de inclusão descritos abaixo.

Considerou-se critérios de inclusão: membros da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares) atuando há mais de um ano na assistência direta ao paciente pediátrico nas referidas unidades, e que aceitaram participar de forma livre e espontânea da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme (Anexo A).

Como critérios de exclusão, foram considerados os seguintes casos: colaboradores em período de férias, em licença médica, com menos de um ano de atuação na área de estudo,

bem como aqueles que foram realocados para outros setores durante o período de coleta de dados, e aqueles que optaram por não participar da pesquisa.

O encerramento da pesquisa deu-se pela saturação de dados. Conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008) determinam por saturação teórica a cessação de inclusão de novos participantes no momento em que os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa reincidência, não sendo considerado importante insistir na coleta de dados.

3.4 ENTRADA NO CAMPO

A pesquisa foi viabilizada após a apresentação do projeto ao representante legal da instituição, durante a qual foram devidamente delineados os objetivos específicos, a importância da pesquisa e sua relevância no contexto acadêmico. Após a instituição ter aprovado o projeto, o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí por meio da Plataforma Brasil, e recebendo a devida aprovação, sob o parecer de número 6.198.656 conforme documentado no (Anexo B).

Após a obtenção da autorização e permissão para o acesso à área de pesquisa, os objetivos do estudo foram compartilhados com a enfermeira encarregada da unidade, com o objetivo de apresentar o projeto e solicitar o espaço necessário para a realização da pesquisa.

A abordagem dos indivíduos foi conduzida de maneira individualizada, em um espaço reservado, de modo a não interferir em suas atividades de trabalho e no funcionamento da unidade.

Inicialmente, foi apresentado a cada entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme (Anexo A), no qual foram explicados o propósito da pesquisa e todos os detalhes relacionados a ela. Após a liberdade de participação e a respectiva assinatura do TCLE, o instrumento de coleta de dados, o roteiro de entrevista, conforme (Apêndice A), foi aplicado a cada participante.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA

A coleta de dados teve início após autorização do representante legal da instituição e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) como já mencionado anteriormente.

Após as devidas autorizações, os indivíduos foram convidados a fazer parte da pesquisa. Foram fornecidas explicações sobre o estudo e seus objetivos. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas cópias, sendo a segunda cópia entregue ao entrevistado, enquanto a primeira foi mantida pelo pesquisador, que a arquivará pelo período de cinco anos.

Com o objetivo de aprimorar a eficiência do uso de dados, as respostas foram capturadas por meio de um aparelho de celular, utilizando a função de gravação de voz, previamente a obtenção de autorização e a assinatura do Termo de Autorização Para Gravação de Voz. A pesquisadora procedeu à transcrição completa das respostas registradas por meio da gravação de voz. Após a conclusão desse processo, todas as gravações foram excluídas permanentemente. Foi garantido o anonimato tanto na transcrição quanto em relação a todas as informações obtidas de cada entrevistado. Além disso, os participantes foram concedidos com opção de recusa de gravação e participação na pesquisa, caso assim desejassem.

Ao conduzir a análise e interpretação dos dados, foi limitado o anonimato de cada entrevistado, garantindo assim a preservação de sua privacidade. Para fins de identificação, optou-se pelo uso de nomes de flores, como "ROSA" e "JASMIM". Cada entrevista teve uma duração média de aproximadamente 15 a 20 minutos. As entrevistas foram realizadas em diferentes horários e em dias distintos, com o suporte do enfermeiro responsável, abrangendo todos os turnos disponíveis.

Para a coleta de dados, empregou-se um roteiro de entrevista semiestruturado desenvolvido pela autora. Segundo Caires, Vicentini e Ferreira (2020) entende-se por entrevista semiestruturada como um método para a coleta de dados primários entre os participantes da pesquisa, em que concede conjugar a atuação do pesquisador/entrevistador, assim como, a expressão peculiar do entrevistado. Esse roteiro incluía informações básicas de caracterização e cinco perguntas abertas, conforme apresentado no Apêndice A. Essas perguntas abordaram questões relevantes ao tema da pesquisa.

Antes de obter as autorizações para a pesquisa, o roteiro de entrevista passou por um pré-teste. Três participantes, com características semelhantes à população-alvo, mas não envolvidos na pesquisa, responderam às perguntas. Esse processo permitiu a realização de ajustes e refinamentos no instrumento, garantindo sua validação.

A coleta de dados foi concluída com a participação de vinte entrevistados. O encerramento ocorreu quando se alcançou a saturação de dados, ou seja, quando as respostas obtidas foram consideradas suficientes para a categorização e análise dos dados.

Após o encerramento da entrevista, cada participante recebeu agradecimentos por ter concordado em participar da coleta de dados.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou os preceitos éticos determinados na resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 implementada pelo Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os testes e pesquisas realizadas com seres humanos e dos direitos que lhe são assegurados. Este estudo foi conduzido somente após receber a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da plataforma Brasil.

Segundo a Resolução 466/12 artigo II: de acordo com a resolução concretizada pelo Conselho Nacional de Saúde, onde detêm as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Sendo assim, determinam que devem ser esclarecidas todas as particularidades que serão abordadas na pesquisa, bem como, benefícios e riscos (Brasil, 2012).

Conforme a Resolução/CNS 466/12 artigo III:

Pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes. III. 1 - A eticidade da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida (Brasil, 2012).

A cada participante foi fornecido um documento, representado pelo termo de consentimento conforme descrito no Anexo A, ou qual foi assinado, desde que assim seja a autorização para sua participação no estudo. Salientava-se ainda que a participação no estudo era voluntária, e qualquer pessoa que não desejasse participar tinha o direito completo de recusa a qualquer momento durante a pesquisa. Vale ressaltar que os dados coletados serão armazenados por um período de cinco anos a partir da conclusão da pesquisa, sendo a pesquisadora responsável por sua preservação. É importante mencionar também que não há qualquer forma de compensação pela participação na pesquisa.

Estabelecem-se os riscos e benefícios, procurando garantir a prevalência dos benefícios sobre os riscos. No que se refere aos riscos, a pesquisa impôs um risco mínimo para os participantes, destacando especialmente o eventual desconforto ou constrangimento que os profissionais entrevistados puderam experimentar ao responder aos itens do formulário

de coleta de dados. Assim, fica claro que os participantes tinham a opção de interromper sua participação a qualquer momento durante o estudo.

Visando minimizar ao máximo qualquer risco, a coleta de dados ocorreu ocasionalmente em um ambiente privado, garantindo total confidencialidade e anonimato dos participantes. Além disso, seus nomes foram substituídos por pseudônimos. Destaca-se que a confidencialidade e o anonimato, tanto dos participantes quanto da instituição, foram preservados.

É relevante ressaltar que os participantes foram informados sobre a disponibilidade do Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP) na cidade de Rio do Sul como recurso de suporte emocional. No entanto, não foi necessário fazer uso desse serviço até o presente momento.

Dentre os benefícios deste estudo, é digna de nota a oportunidade de avaliar o conhecimento dos entrevistados sobre o cuidado centrado no paciente e na família, especialmente no contexto de crianças hospitalizadas. Além disso, buscou-se promover a disseminação da prática de cuidar como uma abordagem acessível e humanizada. Os resultados obtidos foram compartilhados com a equipe de saúde, proporcionando-lhes a capacidade de realização de intervenções pertinentes.

3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Inicialmente, as entrevistas foram minuciosamente organizadas de maneira sistemática em uma planilha eletrônica utilizando o Microsoft® Excel (2016) pela pesquisadora. A interpretação dos dados deu-se a partir da análise de conteúdo conforme proposta por Bardin (2016), alinhando-se com a literatura atual e vinculando-se à teoria holística de Myra E. Levine. Essa teoria orienta o cuidado como uma prática acessível, humanizada e essencial no contexto da saúde, destacando a visão holística do ser humano como um ser complexo.

Bardin propõe uma abordagem de análise de conteúdo que engloba três fases fundamentais:

- 1) Pré-Análise, ocorre a organização dos materiais a serem desenvolvidos, a formulação de hipóteses e objetivos, a escolha das unidades de análise (palavras, frases, temas, etc.) e o desenvolvimento de indicadores para as categorias de análise.

- 2) A Exploração do Material, o processo envolve a coincidência do material de acordo com as categorias previamente determinadas, a revisão constante para garantir a consistência

na consolidação e a identificação de novas categorias que podem surgir durante a análise. Por fim,

3) Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação, os dados são organizados e sistematizados, inferências e interpretações são realizadas a partir dos dados codificados, os resultados estão relacionados com os objetivos da pesquisa, culminando na elaboração do relatório final (Bardin, 2016; Caregnato e Mutti, 2006).

Essas fases incluem uma estrutura sistemática que permite uma compreensão mais aprofundada e estruturada do material científico.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base na pesquisa coletada e seguindo as diretrizes para análise de conteúdo recomendadas por Bardin (2016), a discussão é sustentada pela estrutura teórica da Teoria Holística de Myra E. Levine. Essa teoria orienta a prática do cuidado de forma acessível, humanizada e essencial no contexto da saúde, enfatizando uma visão holística do ser humano como uma entidade complexa.

A seguir apresenta-se a caracterização da amostra estudada e posteriormente as categorias de discussão.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PESQUISADOS

Durante os meses de agosto e setembro de 2023, procedeu-se à coleta de dados nas unidades pediátricas de um hospital médio porte do interior de Santa Catarina. Durante esse processo, identificaram-se os elementos da "equipe de enfermagem" que desempenham um papel direto na prática assistencial à criança, resultando na seleção de 20 participantes.

Os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) atuando diretamente na prática assistencial da referida unidade, ambos os sexos, encontravam-se trabalhando há mais de um ano nas unidades e terem aceito fazer parte da pesquisa constituíram a amostra deste estudo.

O gênero feminino representa mais da metade da força de trabalho total de saúde e assistência social. A Organização Mundial da Saúde (OMS) projeta um déficit de 18 milhões de profissionais de saúde até 2030, principalmente em países de baixa e média renda, e estima que enfermeiras e parteiras representem metade dessa escassez projetada (Cofen, 2019).

Após examinar a população deste estudo, notou-se que a maioria é composta por indivíduos do gênero feminino. Segundo a Fundação Getúlio Vargas (2023) observa-se que nos últimos 30 anos muitas mudanças ocorreram na sociedade e no mercado de trabalho brasileiro, contribuindo para uma maior inserção da mulher, mas as desigualdades de gênero ainda persistem.

Ainda, segundo o Cofen (2019) um relatório divulgado sobre liderança em Enfermagem e que propõe que a discriminação, bem como o preconceito e os estereótipos impossibilitam as oportunidades para enfermeiras desenvolverem competências, mantendo

dessa forma uma discrepância salarial entre homens e mulheres e resultam em tratamento desigual na força de trabalho da saúde entre mulheres e homens.

A percepção da enfermagem como uma profissão feminina e de amparo e a desvalorização do trabalho associada às mulheres foram citadas como barreiras para o avanço das mulheres na profissão e o status da enfermagem na força de trabalho em saúde (Cofen, 2019).

No que diz respeito à experiência profissional, a média de tempo de formação foi de 8 anos e 4 meses. O tempo de atuação na unidade foi de, em média, 4 anos e 8 meses.

Um estudo de Corrêa *et al* (2015) expressa que o tempo de trabalho dos profissionais de enfermagem são apontados como inferiores a oito anos e maiores ou iguais a oito anos.

Quanto à formação, a distribuição é a seguinte: 7 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem. Dentre os enfermeiros, 5 possuem especialização e a área de especialização é em UTI neonatal e pediátrica.

4.2 CATEGORIAS DE DISCUSSÃO

A análise e discussão dos dados deste estudo é desdobrada em três categorias de cada uma delas representando um aspecto essencial do tema de pesquisa. Cada categoria aborda um conjunto específico de resultados e direções, permitindo aprofundar em questões relevantes e identificar conexões significativas entre os dados.

A denominação das categorias apresenta-se a seguir:

1. Compreensão profissional do CCPF na assistência hospitalar pediátrica e sua aplicação na prestação de cuidados com foco no modelo de “Conservação”
2. Desafios na Implementação do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF): considerando a conservação da integridade
3. Estratégias para a Implementação do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) e para facilitar a adaptação.

É importante enfatizar que a análise e discussão dos dados serão fundamentadas na Teoria Holística de Myra Levine que enfatiza a conexão e a ligação entre as partes fragmentadas e o todo, utilizando o conhecimento humano das diferentes dimensões, como o corpo, a mente, o espírito, a enfermagem, o cliente e a família (Neto e Pagliuca, 2002). Essa abordagem é robusta e fundamentada, uma vez que incorpora todas as características

essenciais das Teorias de Enfermagem, por meio da interação entre seus conceitos de adaptação, conservação e integridade.

4.2.1 Compreensão profissional do CCPF na assistência hospitalar pediátrica e sua aplicação na prestação de cuidados com foco no Modelo de Conservação.

Esta categoria de pesquisa visa explorar as percepções e a visão dos profissionais de saúde que atuam diretamente com crianças hospitalizadas, no que diz respeito ao envolvimento e colaboração com as famílias. Enfatizando o entendimento da temática, bem como a importância.

A discussão abordará também a relação com o modelo de conservação de energia proposto por Myra Levine, baseado na teoria holística, onde o princípio central é a "Conservação". Isso envolve manter um equilíbrio adequado entre as ações de enfermagem e a participação do paciente, com instruções definidas como princípios de conservação (Petiprin, 2023).

No presente estudo, ao tentar significar o CCPF, os profissionais divergiram em seu entendimento, revelando um nível de familiaridade razoável com essa filosofia de cuidado, considerando os elementos-chaves, tais como inclusão, acolhimento, troca de informação e orientação.

De maneira geral os entrevistados resumem a temática a ações relacionadas à inclusão ao cuidado direto propriamente dito, como destacado por Rosa e Antúrio ambas técnicas em enfermagem:

Na minha opinião significa quando você inclui não só o paciente no ato do cuidado, mas também a família, pensando que aquele indivíduo apesar do sofrimento e da internação a família também sofre junto. (Técnica de Enfermagem Rosa – informação transcrita)¹

[...] explicar tudo que tá sendo feito com o filho deles, o motivo dos procedimentos e incluir eles naquilo que for possível que eles sejam incluídos, dentro das possibilidades de cada criança. (Técnica de Enfermagem Antúrio – informação transcrita)²

A inclusão da família no cuidado com pacientes pediátricos é um aspecto fundamental para o bem-estar e recuperação das crianças, respaldada por uma variedade de referências e diretrizes na área da saúde. Essa abordagem enfatiza seu papel essencial no processo de

¹Entrevista respondida por Rosa [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

²Entrevista respondida por Antúrio [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

tratamento e recuperação infantil, não se restringindo apenas aos aspectos técnicos do cuidado diário, mas abrangendo outras dimensões, como a comunicação e a participação nas decisões relacionadas ao cuidado (Brasil, 2023; Melo *et al.*, 2014).

A perspectiva de Myra Levine, que considera o ser humano em constante interação com seu ambiente, reforça a importância da inclusão da família no processo de cuidados de saúde. A família, como parte integrante do ambiente do paciente, desempenha um papel crucial na promoção da saúde e no bem-estar do indivíduo (Horta, 2005).

Todavia, alguns dos participantes estabelecem uma conexão entre o CCPF e o suporte à família, enfatizando a importância do diálogo e da explicação dos procedimentos durante o período de internação, conforme ilustrado na declaração a seguir.

Eu acho que é, agente além de prestar o cuidado para os bebês aqui, para as crianças, a gente também tem que ter uma atenção grande com a família, por que é o momento que a gente identifica, pelo menos aqui, que muitos deles estão muito fragilizados com a internação da criança, então seria também prestar este apoio psicológico e de conversa mesmo com a família, explicar tudo que tá sendo feito com o filho deles, o motivo dos procedimentos e incluir eles naquilo que for possível que eles sejam incluídos, dentro das possibilidades de cada criança. (Técnica de Enfermagem Antúrio– informação transcrita)³

No paciente os cuidados que a gente realiza diariamente com as rotinas e família eu acredito que seja todas as orientações que a gente dá, o apoio por parte da equipe multi, psicologia, da assistente social quando necessário. (Enfermeira Camélia– informação transcrita)⁴

As afirmações enfatizam a importância não apenas de prestar cuidados às crianças internadas, mas também de dar atenção à família. Destacam também a fragilidade que muitos pais experimentam quando seus filhos estão hospitalizados e argumentam que é importante oferecer apoio psicológico, comunicação clara sobre os procedimentos e a inclusão dos pais no processo, dentro das limitações impostas pela condição de cada criança. Essas exposições refletem uma abordagem centrada na família no contexto de cuidados de saúde pediátricos.

De acordo com Azêvedo, Júnior e Crepaldi (2017), no início da hospitalização de uma criança, o acolhimento e cuidado prestado pelos profissionais de saúde aos familiares são de grande importância para reduzir a ansiedade dos pais. Isso envolve as consequências da hospitalização para a criança e a família, como as mudanças nos hábitos familiares, a separação da mãe do lar e a preocupação com o filho doente.

A equipe de saúde deve desenvolver habilidades para oferecer uma assistência adequada às necessidades de cada família e criar um plano de tratamento para tornar a estadia

³Entrevista respondida por Antúrio [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

⁴Entrevista respondida por Camélia [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

da criança menos traumática. Continuando a correlação com a discussão anterior, seguem os relatos:

Eu acho que significa a equipe acolher o familiar, significa incluir em tudo porque é o pai e a mãe, são os pais da criança, são quem mais tem direito ali de estar junto com eles, então eles são praticamente mais importantes que a própria equipe, acredito que signifique incluir. (Técnica de Enfermagem Begônia– informação transcrita)⁵

É tudo que engloba o paciente dentro do hospital, desde a sua internação, cuidados básicos que ele tem aqui, é o tratamento e mesmo tem que entender o psicológico familiar, da onde está vindo essa família, se eles estão sentindo tudo que tá acontecendo e resgatar os traumas dessa criança, dentro do hospital e ter um amplo aspecto do que vai ser feito aqui dentro. (Técnica de Enfermagem Hortência– informação transcrita)⁶

A sentença expressa a perspectiva de que Begônia enfatiza a importância de acolher os familiares, especialmente os pais da criança, como parte integrante do processo de cuidado. Por outro lado, a declaração de Hortência destaca a importância de uma abordagem abrangente e holística no cuidado hospitalar. Esses depoimentos ressaltam pontos essenciais que são relevantes para a continuação da discussão e permitem estabelecer uma relação entre o entendimento dos profissionais com os princípios do CCPF.

As representações acima ressaltam a importância de considerar o bem-estar global do paciente e de sua família durante a hospitalização, garantindo que o cuidado vai além dos aspectos técnicos e médicos, incluindo aspectos emocionais e psicológicos. Tal referência vai de encontro com a premissa III do CCPF que aborda sobre o comportamento da equipe de saúde a qual deve ser sensível às necessidades psicossociais da família.

O conceito central da teoria que sustenta este estudo, com um foco especial na conservação de energia, enfatiza o papel do enfermeiro em direcionar suas ações para a preservação da integridade do paciente. Isso envolve compartilhar conhecimento e compaixão para auxiliar o paciente na abordagem de desafios e na resolução de problemas de acordo com suas próprias capacidades. A eficácia das intervenções está ligada à manutenção da integridade do paciente. Portanto, a enfermagem holística se baseia na ideia de cuidado completo, abrangendo as necessidades físicas, emocionais, sociais, econômicas e espirituais do indivíduo (Neto *et al.*, 2021).

O acolhimento nesse contexto representa o primeiro passo para atender às necessidades da família do paciente, humanizando a assistência e promovendo a integração.

⁵Entrevista respondida por Begônia [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

⁶Entrevista respondida por Hortência [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

Portanto o acolher torna-se o caminho a ser seguido, tendo como objetivo garantir que o paciente e família tenham seus direitos preservados.

O acolhimento é um componente integrante da Política Nacional de Humanização, cuja função é garantir que os cidadãos sejam atentamente ouvidos e recebidos de maneira adequada em todas as unidades da rede pública de saúde. Isso permite que eles possam esclarecer suas dúvidas, aliviar seus medos e preocupações por meio de um atendimento que atende às suas necessidades, garantindo, assim, o respeito aos seus direitos (Brasil, 2004a).

O relato a seguir aborda a questão da humanização, frequentemente mencionada em algumas das perguntas que discutem a compreensão do CCPF indo de encontro com preceitos da PNH:

Eu acho que significa o olhar mais humanizado, sem pensar muito na técnica e o que a gente aprende na escola, nos livros, um olhar mais voltado para família, pensar que a família nunca passou por isso, nunca esteve em um lugar como esse, a intenção deles não era estar aqui, o bebê ou a criança tinha que estar na casa, então para eles mesmo que seja uma coisa simples, ali os eletrodos no peitinho, eles já olham com olhar assustado, então acho que seria a gente pensar nesse lado da família para trazer um conforto maior para eles, apesar de não ser uma tarefa fácil no nosso dia a dia. (Enfermeira Copo de Leite – informação transcrita)⁷

O profissional destaca a importância de uma abordagem humanizada na área de cuidados de saúde, especialmente ao lidar com famílias que têm bebês ou crianças doentes. Isso envolve compreender as preocupações e necessidades da empatia, embora reconheça que não é uma tarefa fácil no cotidiano do trabalho.

Estudos realizados por Passos *et al* (2015) e Castro (2020), com objetivos semelhantes sobre a percepção dos enfermeiros em relação ao acolhimento familiar, concluíram que os enfermeiros registraram o acolhimento como uma intervenção eficaz, mas não se sentiram preparados para implementá-lo rotineiramente. Esses resultados sugerem que existem obstáculos, como falta de treinamento e recursos, que precisam ser superados para que o acolhimento familiar seja plenamente integrado na prática de cuidados de saúde.

A concepção de que a enfermagem desempenha um papel na conservação da energia do paciente está relacionada à necessidade de auxiliar as famílias na gestão do estresse e na manutenção de seu equilíbrio ao longo do processo de cuidados de saúde. Estratégias como comunicação e o acolhimento da família desempenham um papel fundamental na conservação da energia do paciente, uma vez que essas abordagens capacitam a família a fornecer o apoio necessário de forma mais eficaz.

⁷Entrevista respondida por Copo de Leite [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

Quando questionados sobre a percepção da importância do CCPF, foram fornecidos relatos repletos de exemplos que destacam a relevância dessa abordagem e sua conexão com uma recuperação mais rápida como evidência as falas abaixo:

O cuidado centrado do paciente e da família, no meu modo de ver é muito importante estar com os dois bem alinhado, porque não tem como a gente prestar atendimento a esse paciente sem ter o cuidado com a família, pois se a família está junto com a própria equipe e com esta criança bem alinhado, não tem como esse tratamento não dar certo, aí todas as coisas fluem, tudo dá certo, tudo funciona, até mesmo a melhora dessa criança é muito mais fácil. (Enfermeira Orquídea– informação transcrita)⁸

É muito importante, principalmente para a recuperação da criança no caso. (Técnica de Enfermagem Azaléia– informação transcrita)⁹

Ela é muito importante no processo de recuperação do paciente por que se o paciente tem uma família que apoia, que incentiva, esse processo de intervenção aqui no hospital ele é mais leve, não acaba sendo um sofrimento ou traumatizar o paciente. (Enfermeira Calêndula– informação transcrita)¹⁰

As falas enfatizam a importância fundamental da família no processo de recuperação do paciente, destacando que o apoio e incentivo da família são essenciais para tornar a intervenção no hospital mais suave e prevenir traumas no paciente. Isso reforça a necessidade de fornecer suporte emocional tanto às famílias quanto aos pacientes, como já mencionado.

As declarações vão de encontro com o princípio de conservação de energia proposto por Levine o que sustenta a ideia de que o indivíduo deve ser reconhecido como um ser social em constante interação com a sua família e o meio ao qual pertence. Assim, em situações de estresse conforme ocorre na internação, a presença de pessoas consideradas importantes tem, para a criança, caráter substancial no processo de cura e hospitalização (Moreira *et al.*, 2022).

Em resumo, destaca-se a importância da colaboração entre a equipe de saúde e a família para garantir um cuidado direcionado tanto para o paciente quanto para seus familiares, enfatizando a relevância da comunicação eficaz e do apoio familiar no tratamento. Isso reflete a aplicação do CCPF no contexto de cuidados de saúde infantil, mudando o sucesso do tratamento e a melhoria da saúde da criança.

Embora os participantes tenham conseguido conceituar o CCPF abarcando temas como, inclusão, acolhimento, empatia e comunicação, foi identificado uma lacuna em relação à participação empoderada da família. Por exemplo, a inclusão estava restrita aos cuidados

⁸Entrevista respondida por Orquídea [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

⁹Entrevista respondida por Azaléia [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

¹⁰Entrevista respondida por Calêndula [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

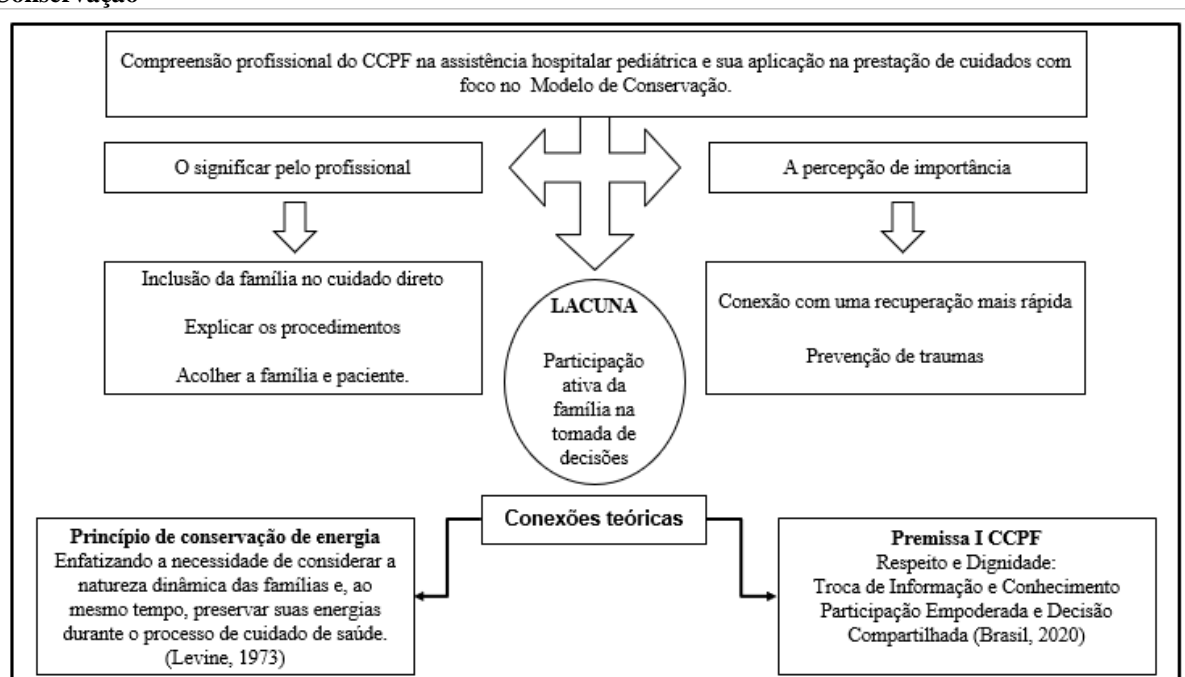
como mencionado anteriormente, sem evidenciar vínculo com a participação na tomada de decisões relativas ao tratamento ou à definição das prioridades de intervenção.

Quando uma família se sente empoderada e disposta a colaborar, ela se envolve e contribui no tratamento da criança, incluindo a tomada de decisões quando necessário. Nesse modelo, a expectativa é que a equipe de saúde encoraje a tomada de decisão dos pais em parceria com outros membros da equipe.

A respeito do princípio de conservação, pode-se concluir que ele é altamente relevante à temática em análise, enfatizando a necessidade de considerar a natureza dinâmica das famílias e, ao mesmo tempo, preservar suas energias durante o processo de cuidado de saúde. Esse princípio direciona a atenção para a importância de avaliar as respostas das famílias e dos pacientes, garantindo, assim, um atendimento mais eficaz e centrado nas necessidades individuais.

Para consolidar a análise da categoria discutida, apresenta-se um diagrama que centraliza a temática, destacando suas vertentes com base nos resultados da pesquisa e a síntese do suporte teórico proposto.

Figura 2 - Diagrama representativo síntese categoria de discussão: Compreensão profissional do CCPF na assistência hospitalar pediátrica e sua aplicação na prestação de cuidados com foco no Modelo de Conservação



Fonte: Informação organizada pela autora com base no modelo de CCPF. (Brasil, 2020;Levine, 1973).

4.2.2 Desafios na Implementação do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF): considerando a conservação da integridade

Neste segmento, objetiva-se identificar os principais obstáculos na implementação do CCPF, com base nas experiências profissionais relatadas. A discussão oferece a perspectiva pessoal do entrevistado em relação aos desafios que podem surgir ao implementar essa abordagem de cuidado. Utilizou-se uma pergunta aberta no instrumento de coleta de dados para permitir que os entrevistados compartilhassem suas opiniões e experiências sobre as dificuldades associadas a esse tema.

Analisando as declarações dos profissionais, destaca-se que um dos desafios na implementação do CCPF está relacionado à falta de comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde e a comunicação com os familiares. Alguns profissionais mencionam a importância de uma comunicação coesa, onde todos devem estar alinhados e falando a mesma língua, conforme ilustrado nos relatos a seguir:

Eu penso que teria dificultoso mesmo, dificuldade a questão da equipe de enfermagem assim porque eles deveriam falar todos a mesma língua e teria que ser assim tudo redondinho, de uma equipe, de um grupo para outro, de um período para o outro e todos tentar trabalhar engajados de um mesmo formato, uma mesma fala, não é um grupo falando uma coisa, outro grupo falando outra, acho que a grande dificuldade seria isso, porque a gente tem liberdade, o que cada um pode fazer é dar o seu melhor pra trazer essa família mas para gente, mais para o cuidado, mais para a criança, o cuidado num bem maior que é o tratamento e essa alta dessa criança o mais rápido possível, mas eu acho que seria isso, eu penso, na minha opinião seria mais a questão com os grupos de enfermagem, que eles deveriam trabalhar um inserido ao outro, em comum acordo, um turno com o outro, falando uma mesma língua realmente. (Enfermeira Orquídea– informação transcrita)¹¹

Às vezes, os pais, assim eles, no caso a família, às vezes eles acham que estão fazendo alguma coisa de errado pela falta de informação do profissional com a família, e tem aquele problema, as vezes eu falo uma coisa aí o outro profissional vem, não consegue falar mesma coisa, que o pai acaba tendo aquela divergência de informação e aí acontece, pode acontecer alguns atritos por causa disso. (Técnica de Enfermagem Azaléia– informação transcrita)¹²

As afirmações evidenciam um desafio frequente na área da saúde, que diz respeito à comunicação, abrangendo tanto a interação entre os profissionais de saúde quanto a comunicação dos profissionais com os pacientes e suas famílias. Isso pode resultar em problemas como desentendimentos e divergências potenciais na informação fornecida aos pais, ou que, por sua vez, pode criar confusão e atritos.

¹¹Entrevista respondida por Orquídea [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

¹²Entrevista respondida por Azaléia [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

A comunicação de forma efetiva é uma das principais metas internacionais para precaução de danos que são passíveis de serem evitados ao paciente, sendo este, um instrumento essencial para o cuidado. Sendo assim, a qualidade da comunicação na saúde se torna indispensável frente ao paciente, e na condição da hospitalização pediátrica, tendo consigo particularidades significativas que influenciam no processo, como o da compreensão da criança, a participação dos pais, processos estes que restauram a relevância da comunicação entre equipe, paciente e família (Biasibetti *et al.*, 2019).

Considerando as premissas preconizadas pelo modelo de CCPF um comportamento esperado da equipe refere-se “Ouvir e se comunicar com clareza”. Isso implica que os membros da equipe devem ser proficientes em ouvir atentamente e se expressar de forma adequada, assegurando uma troca eficaz de informações e uma comunicação que promova um entendimento mútuo. A capacidade de ouvir ativamente e transmitir mensagens com clareza é essencial para garantir que a equipe de saúde trabalhe de forma coordenada e que os pacientes recebam informações que sejam relevantes para tomar decisões sobre sua saúde (Brasil, 2020).

Nesse contexto, a adoção da comunicação terapêutica no cotidiano de trabalho pode ser extremamente benéfica. Implementar a escuta ativa expressa um interesse sincero e atenção enquanto pacientes e suas famílias compartilham suas vivências, preocupações e expectativas (Witiski *et al.*, 2019). Reconhecer e respeitar a autonomia do paciente e de sua família nas escolhas relacionadas ao tratamento e cuidado são práticas fundamentais. Ao incorporar essas abordagens de comunicação terapêutica, o profissional estará contribuindo para um ambiente de cuidado, fomentando uma colaboração eficaz.

A teoria de Myra Levine destaca a comunicação como uma ferramenta essencial na promoção da adaptação e na manutenção da integridade do paciente, garantindo que os enfermeiros compreendam e atendam às necessidades do paciente de maneira holística e individualizada.

Outro aspecto considerado como desafiador envolve a resistência manifestada pelos profissionais de saúde quando não levam em conta as particularidades individuais das famílias. Esse desafio se manifesta quando os profissionais não desejam adaptar suas abordagens de acordo com as necessidades específicas.

A maior dificuldade que eu vejo de aplicação é o próprio profissional, devido a algumas resistências de como às vezes por exemplo solicitam a família que participe mas aquela família não vai fazer do jeito que eu quero que seja feito, então algumas vezes você tem que entender que não é o jeito que você quer que seja realizada é o

melhor jeito que aquela criança vai se sentir. (Técnica de Enfermagem Rosa–informação transcrita)¹³

Eu acho que às vezes tem alguns técnicos mais resistente a arrumar os pais no processo logo no início, que as vezes que é agilizar rápido o processo ali, as crianças e a rotina e às vezes deixa o pai em segundo plano, não que não coloque não rotina mais talvez a mudar a cabeça, né de todos os profissionais com treinamento, educação continuada, alguma coisa para realmente mostrar que eles são importantes no processo desde o início e que se ele ficar calmo, tranquilo a recuperação é bem melhor. (Enfermeira Margarida– informação transcrita)¹⁴

Em resumo, a declaração de Rosa destaca a importância da flexibilidade, do respeito pelas exigências das famílias e da adaptação das práticas de cuidados de saúde para melhor atender às necessidades e ao conforto da criança. Isso enfatiza a importância de atitudes de colaboração na área de cuidados de saúde pediátricos.

A resistência manifestada pelos profissionais de saúde em relação ao CCPF pode derivar de diversas razões. Algumas possíveis causas dessa resistência incluem: uma mudança significativa no paradigma tradicional de cuidado, o que pode gerar desconforto ou resistência entre profissionais acostumados a abordagens mais centradas no profissional de saúde. A falta de compreensão sobre como implementar efetivamente essa abordagem. A cultura organizacional mais tradicional, onde a resistência ao CCPF é resultado de normas determinadas ao longo do tempo. A perda de controle sobre o processo de cuidado, especialmente se estiverem acostumados a assumir uma posição mais central na tomada de decisões. Atitudes arraigadas e preconceitos em relação a certos grupos de pacientes ou famílias podem contribuir para a resistência (Cruz e Pedreira, 2020).

Superar a resistência requer esforços educacionais, treinamento contínuo, engajamento da liderança e uma abordagem gradual na implementação do CCPF. É importante abordar as preocupações específicas dos profissionais e demonstrar os benefícios tangíveis dessa abordagem para construir uma cultura de cuidado mais centrada no paciente e na família.

Outra observação realizada pela enfermeira Margarida sugere que alguns técnicos podem resistir a envolver os pais no processo desde o início, priorizando a agilidade no procedimento em detrimento da inclusão efetiva dos pais. A questão levantada é que, ao focar apenas nas crianças e na rotina, os pais acabam em segundo plano, o que pode afetar a percepção de importância deles no processo de cuidado. A profissional ainda sugere que por meio de treinamento e educação continuada, os profissionais possam compreender a

¹³Entrevista respondida por Rosa [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

¹⁴Entrevista respondida por Margarida [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

relevância da participação dos pais desde o início, destacando que a tranquilidade e o envolvimento deles são significativos para uma recuperação mais eficaz.

A premissa II do modelo de CCPF afirma que as famílias são diferentes e únicas e a expectativa da família é ter suas opiniões consultadas e ouvidas. Cada família possui uma história, valores, importância e necessidades únicas que devem ser respeitadas e consideradas na prestação de cuidados de saúde. Em conformidade, a teoria de Levine enfatiza a importância de uma abordagem holística na assistência de enfermagem, considerando não apenas as necessidades clínicas, mas também as necessidades emocionais, psicológicas e sociais dos pacientes. (Brasil, 2020; McEwen e Wills, 2016).

O estudo de Malepe, Havenga e Mabusela (2022) expressa que apesar das vantagens do CCPF no ambiente pediátrico, sua aplicação durante a hospitalização ainda é restrita. Muitos são os desafios e barreiras com a implementação desse modelo de cuidado, como por exemplo a comunicação como já mencionado, assim como recursos físicos, limitações ambientais e omissão de suporte político para o comprometimento dos familiares que restringem o profissional a implementar o cuidado. Ressalta-se que este estudo abordou apenas a comunicação, sem mencionar os demais aspectos.

Em contrapartida, além da resistência apresentada entre algumas pessoas de saúde, também foi apontado que a resistência por parte dos pais e familiares pode representar um desafio significativo no contexto dos cuidados de saúde. Os entrevistados destacaram que essa resistência muitas vezes está relacionada a questões de natureza social e emocional que podem influenciar a dinâmica do tratamento e a alteração do bem-estar das crianças. Os relatos a seguir estão em consonância com o tema.

Às vezes a gente tem alguma resistência dos pais, às vezes faz não são tão presentes como a gente gostaria que fosse, então acho que isso é uma barreira e acaba às vezes até mesmo dificultando o processo de recuperação desse paciente. (Enfermeira Calêndula – informação transcrita)¹⁵

Dificuldade, talvez o tempo do familiar de poder ficar junto, e geralmente fica ou a mãe ou uma avó, talvez essa é uma dificuldade que sempre cai para um familiar só, centrar tudo naquele familiar. Eu acho que essa é a dificuldade e aquela outra questão que eu falei, quando o familiar não quer, às vezes aí tem que chamar serviço social e tudo gera um pouco de conflito, mas a dificuldade para centrar o modelo paciente e família, acredito que é isso porque nem sempre consegue vir a família num todo para cuidar do paciente, sempre cai ou para mãe ou para o pai, às vezes o pai tem que sair do trabalho para poder ficar, isso é bem difícil, ainda a gente está

¹⁵Entrevista respondida por Calêndula [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

em uma sociedade que não deixa, ou é a mãe ou é a mãe, é bem difícil do pai poder sair pra cuidar. (Enfermeira Amor Perfeito– informação transcrita)¹⁶

Essas relações a questões sociais podem abranger uma variedade de preocupações, como falta de compreensão sobre o diagnóstico e tratamento, barreiras culturais ou linguísticas que dificultam a comunicação com a equipe de saúde, dificuldades econômicas que impactam o acesso aos cuidados médicos, entre outras. Além disso, a ansiedade, o medo ou a falta de informações adequadas por parte dos pais e familiares podem levar a uma relutância em seguir as orientações médicas ou em se envolvidos no processo de tratamento.

O contexto do CCPF é direcionado ao compartilhamento de informações, bem como, colaboração familiar, na dignidade, respeito e na implantação, em que se centra nas práticas e percepções, na medição e no impacto. Por fim, sua prática e investigação desse modelo de cuidado estão em um processo inicial nos países em desenvolvimento, ou seja, uma compreensão limitada sobre o âmbito das práticas, às necessidades dos familiares e das crianças (Phiri, Chan e Wong, 2020).

A abordagem da questão sociocultural persistiu sendo mencionada como um desafio significativo a ser enfrentado, uma vez que a influência cultural muitas vezes acaba impondo limitações no processo. A diversidade cultural é uma realidade que atravessa as esferas da assistência médica e, por vezes, pode criar barreiras à compreensão mútua e ao acesso aos cuidados de saúde adequados.

Eu acho que é a questão cultural, porque todos os pais assustam com picada, com enfermeira, com hospital e aí quando realmente chega o momento que realmente precisa a criança já está atormentada por causa da questão cultural. (Técnica de Enfermagem Lírio– informação transcrita)¹⁷

A gente tem, assim, tem poucos pais que, algum, é diferente aqui, todo mundo tem uma cultura, todo mundo tem os problemas fora daqui e às vezes tem mais criança em casa e não é só o bebê que está internado aqui, às vezes a gente tem um pouco de dificuldade por parte, eu percebo mais, é difícil a gente ter mais que não querem ficar próximo e tal, alguns por algum motivo social, alguns talvez alguma mãe depressiva, mas acho que é só isso assim que acaba às vezes atrapalhando mas daí já entra aquela questão da pergunta um que a gente tem a equipe multi que às vezes consegue auxiliar neste processo. (Enfermeira Camélia– informação transcrita)¹⁸

O respeito e a sensibilidade em relação às diferenças culturais são essenciais para a prestação de cuidados práticos e inclusivos. Os valores, importância e práticas culturais de pacientes e suas famílias desempenham um papel fundamental em suas decisões de saúde e na

¹⁶Entrevista respondida por Amor Perfeito [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

¹⁷Entrevista respondida por Lírio [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

¹⁸Entrevista respondida por Camélia [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

maneira como encaram o tratamento. Ignorar ou desconsiderar essas diferenças pode resultar em problemas como a falta de adesão ao tratamento (Farias *et al.*, 2021).

Foi evidenciado, através das declarações dos participantes, que um desafio adicional no processo de cuidado é a ansiedade experimentada pelos familiares ao se depararem com a internação de seus filhos em uma unidade hospitalar, testemunhando-os em uma condição de extrema vulnerabilidade e fragilidade.

As dificuldades, eu digo porque eu trabalho ali com os bebês, assim, eu vejo que é o medo, essa é uma das maiores dificuldades da mãe e do pai, o medo de pegar o bebê no colo, o medo de seu lá, trocar uma fralda, muitas vezes são mães e pais de primeira viagem, tem aquele medo, acho que essa é uma das maiores dificuldades, é o medo do contato físico em si com o bebê. (Auxiliar de Enfermagem Jasmin–informação transcrita)¹⁹

Coisas que atrapalham às vezes é o medo dos pais, tem pai que é muito inseguro e tem pai que chega e fala que nem quer colocar a mão dentro da incubadora por que tem medo de passar alguma coisa para criança ou olha todo aquele monte de fio conectado, tem medo de encostar, o medo dos pais atrapalha um pouco e as vezes da situação da gravidade da criança, por que como aqui é uma UTI, vai ter muita criança grave, é difícil as criancinhas que pode ir pro colo com facilidade, então essa questão da gravidade acaba atrapalhando um pouco o contato dos pais também. (Enfermeira Copo de Leite– informação transcrita)²⁰

Contudo, segundo Tsutumiet *al.*, (2022) a atenção e o cuidado também devem ser guiados para a família do paciente, e nesse contexto olhar da equipe de enfermagem e devem ir além, e basear-se no olhar integral e humanizado a esses familiares angustiados e preocupados com seus filhos mediante a situação crítica de uma internação.

A experiência dos pais, em muitos casos é marcada pelo sentimento de medo, apreensão, angústia de inutilidade, impotência, ansiedade ou até mesmo culpa, os quais muitas vezes são desencadeados por um recurso tardio à ajuda médica; das possibilidades de algumas sequelas da doença e/ou dos tratamentos, ao bem-estar do filho; ou do risco de vida da criança (Rodrigues, Fernandes e Marques, 2020).

O papel do enfermeiro na adaptação do paciente, à luz das ideias de Levine, está intrinsecamente vinculado à compreensão do indivíduo como um ser social em interação constante com sua família e ambiente. Diante da perspectiva de Levine, que destaca a importância da presença de familiares significativos em momentos de estresse, o enfermeiro desempenha um papel relevante para facilitar e promover essa interação. Garantir a participação ativa da família no processo de cura e hospitalização torna-se uma extensão do cuidado integral, onde o enfermeiro atua como um facilitador dessa conexão. Assim, o

¹⁹Entrevista respondida por Jasmin [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

²⁰Entrevista respondida por Copo de Leite [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

enfermeiro desempenha um papel de especialização na criação de um ambiente de cuidado que permite e incorpora a importância da interação social e familiar para a adaptação e recuperação do paciente (Moreira *et al.*, 2022).

Tendo em vista que o intuito foi identificar os principais obstáculos encontrados na implementação do cuidado, embasado nas experiências profissionais dos entrevistados, onde um dos desafios encontrados foi a falta de comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde e a comunicação com os familiares. Sendo assim, é evidente a importância de uma comunicação efetiva, onde todos estão alinhados e falam a mesma língua. Contudo, outro desafio exposto pelos participantes envolva resistência manifestada pelos próprios profissionais de saúde quando não levam em conta as particularidades individuais das famílias, bem como a questão sociocultural em que acabam muitas vezes limitando o indivíduo a ser mais participativo frente ao cuidado.

Estudos realizados por Malepe, Havenga e Mabusela (2022) e Lloyd, Elkins e Lesley (2018) corroboram que barreiras ao estabelecimento do CCPF abrangem diversas dimensões, incluindo aspectos interpessoais, ambientais e gerenciais dentro do ambiente hospitalar onde as crianças receberam cuidados e tratamento. Portanto, fica evidente a necessidade de melhoria desse processo, abordando questões relacionadas à dinâmica da relação entre enfermeiros e cuidadores principais, à estrutura das enfermarias e à revisão das políticas e diretrizes atuais.

Considerando as dificuldades mencionadas, conclui-se que podem ter implicações significativas na integridade estrutural pessoal e social do paciente e família. Para Levine, a intervenção de enfermagem é baseada na conservação da integridade pessoal individual (Mcewen e Wills, 2016). Ao abordar esses desafios, é possível mitigar os impactos na integridade estrutural pessoal e social no contexto do CCPF, promovendo uma abordagem mais abrangente que atende às necessidades físicas, emocionais e sociais do paciente e de sua família.

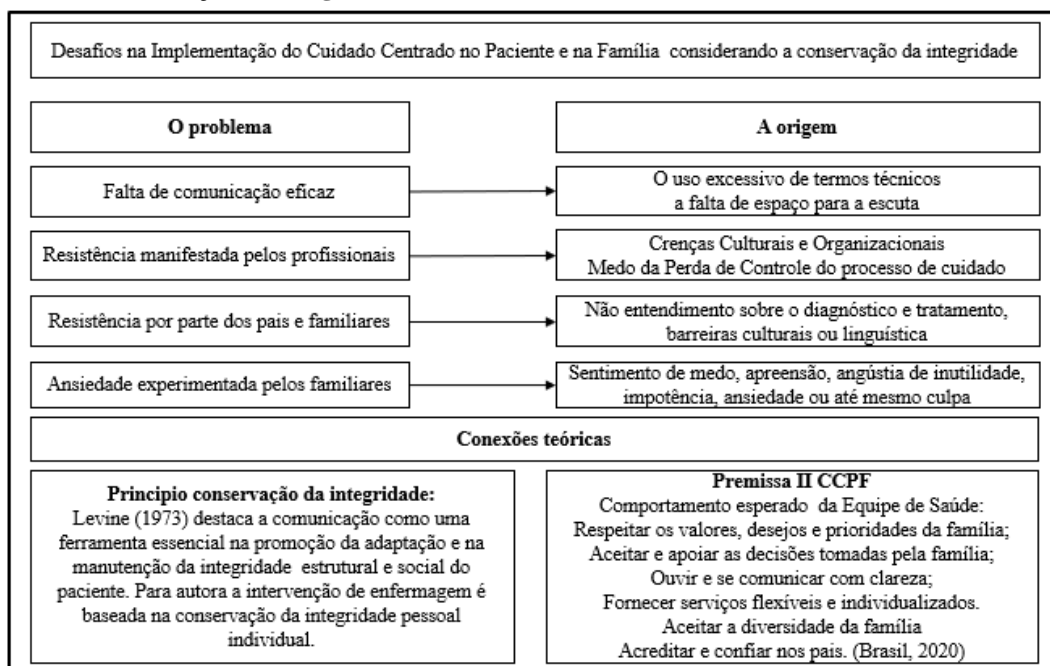
Apesar dos participantes terem expresso todos esses desafios que são encontrados diante da implementação do modelo do CCPF, se faz necessário ter a compreensão daqueles que não foram mencionados pelos mesmos, de que existem ainda a falta de profissionais, em que muitas vezes gera a sobrecarga profissional, assim como a falta de apoio e incentivo aos mesmos.

Um estudo de Duarte, Glanzner e Pereira (2018) destaca que as peculiaridades do trabalho nunca atendem o contexto frente ao profissional. Onde dessa forma a sobrecarga de

trabalho acaba interferindo a aproximação entre a equipe, pois há pouco espaço para discussão sobre o trabalho e o profissional.

Com o intuito de consolidar a análise da categoria em discussão, é apresentado um diagrama que centraliza a temática, delineando suas vertentes com base nos resultados da pesquisa, juntamente com a síntese do suporte teórico proposto.

Figura 3 - Desafios na Implementação do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF): considerando a conservação da integridade



Fonte: Brasil (2020); Levine (1973). Informação organizada pela autora com base no modelo de CCPF.

4.2.3 Estratégias para a Implementação do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) e para facilitar a adaptação.

À medida que a abordagem do CCPF ganha reconhecimento como uma prática de qualidade, torna-se essencial explorar as estratégias que podem ser adotadas para assegurar sua implementação. Nesta seção, apresentam-se as principais estratégias, diretrizes e melhores práticas que podem ser empregadas por profissionais de saúde.

Ao analisar as contribuições dos participantes, fica evidente que, embora de forma singela, estão sendo adotadas algumas estratégias para implementar o CCPF. A literatura enfatiza que a adoção de abordagens centradas no paciente e na família não se limita a um mero conceito teórico, mas representa um processo dinâmico que se molda de acordo com as experiências e necessidades do ambiente de cuidados de saúde. Nesse contexto, é

responsabilidade do profissional de saúde identificar e implementar estratégias facilitadoras desse processo (Malepe, Havenga e Mabusela 2022; Lloyd, Elkins e Lesley, 2018).

Não que se refere às estratégias, os profissionais enfatizaram o acolhimento como uma abordagem facilitadora, como indicado no relato a seguir:

A minha forma de trazer é sempre aconselhando e acolhendo eles, que eles não vão a machucar criança, que todos os equipamentos que estão na criança a maioria é indolor, os que eu passo pra eles o que mais tem que ter cuidado que é no caso de punção e sondagem, são os procedimentos mais dolorosos e nos que não são dolorosos eles podem atuar, que é a troca de fralda, segurar o bebê o bebê, dar a mão para o bebê, nessa parte, assim a criança se sente mais segura. (Técnica de Enfermagem Lírio– informação transcrita)²¹

Assim, normalmente a criança logo quando chega é sempre realizado o acolhimento, chega o pai ali que nem eu expliquei, a gente diz não lavou a mão, pode tocar pode acariciar, pode abrir a incubadora, eles fazem bastante perguntas, eu tento explicar tudo, os equipamentos, deixar mais seguro e no segundo momento chega a mãe, a gente diz que o bebê está estável, a gente já pede para trocar a fralda e depois tem todo um processo com aleitamento materno que é um vínculo que a gente sempre tenta fazer estratégias para mãe querer amamentar e tal e é no dia a dia, cada um tem uma forma de falar, de dizer com carinho assim para eles ajudar. (Enfermeira Margarida– informação transcrita)²²

Ao analisar as contribuições dos participantes, fica evidente que, embora de forma empírica, estão sendo adotadas algumas estratégias para implementar o CCPF. Ao considerarem aconselhar e acolher os profissionais demonstram atitude empática, o que é fundamental para estabelecer uma relação de confiança. Ao prestar esclarecimentos sobre os procedimentos pode reduzir a ansiedade e o medo dos pais e familiares.

De acordo com algumas pesquisas, o CCPF confirma a necessidade de acolher e tratar as famílias com respeito e dignidade. Além disso, ele confirma que as famílias desejam fazer parte da vida do bebê, mesmo quando não estão em casa, no espaço de sua vida privada, para exercer sua função parental que legitima sua responsabilidade para com seu mais novo membro. Humanizar, nesse contexto, significa valorizar todos os envolvidos, incluindo a criança, a família e a equipe de saúde. Isso é alcançado por meio de um acolhimento que enfatiza a escuta atenta, o desenvolvimento da empatia, o oferecimento de apoio, o estabelecimento de vínculos e a identificação das preocupações (Nichols, 2013; Phiri, Chan e Wong, 2020; Azêvedo, Júnior e Crepaldi, 2017).

Em um contexto contínuo, a promoção do vínculo também foi mencionada como uma abordagem associada à implementação do CCPF. É notável, com base nas contribuições dos

²¹Entrevista respondida por Lírio [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

²²Entrevista respondida por Margarida [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

participantes, que a estratégia empregada envolve constantemente facilitar o vínculo, superando possíveis barreiras e envolvendo os pais nos cuidados básicos. Isso é particularmente importante, uma vez que muitos familiares podem sentir-se intimidados. Portanto, os profissionais devem priorizar o estabelecimento de contato e vínculo entre a criança e os pais.

[...] a gente tenta priorizar o contato, o vínculo mãe e filho, pai e filho, no momento da internação, só que tem todo um aspecto para incluir a mãe nos cuidados, então a gente tem uma hora certa para mãe estar interagindo com a criança, no momento certo e na hora que ela se sente segura, gente prioriza ela fazer os cuidados de higiene pessoais da criança, troca de fralda, alimentação e os cuidados, fica da mãe precisando de necessidade que a gente vê que ela não dá conta a gente auxilia. (Técnica de Enfermagem Hortência– informação transcrita)²³

Sempre, sempre eu incluo o pai e a mãe junto para facilitar o vínculo, desde uma troca, desde um curativo de um coto umbilical, em uma troca de fraldas, se a mãe está tirando o leite o pai está ali, vai trocando, vai arrumando, de tiver alguma dúvida vai poder tirar com a gente e assim ajudando em tudo. (Técnica de Enfermagem Amarílis– informação transcrita)²⁴

Além disso, os participantes mencionam a comunicação efetiva como uma forma de estratégia para incluir a família no cuidado à criança, em que relatam gostar de conversar com os familiares, buscando estar sempre explicando/orientando todo procedimento a ser realizado. De acordo com Ferreira *et al* (2019) a comunicação efetiva também está relacionada à percepção, por parte da criança e dos familiares, de que estão recebendo a atenção necessária e dá credibilidade às rotinas hospitalares. Abaixo os relatos dos participantes:

Aqui na pediatria a gente gosta bastante de conversar com os pais, explicar tudo o que está sendo feito na criança, como que vai ser feito antes do procedimento, enfim, que eu acho que isso é bem importante e às vezes a gente puxa realmente os pais nessa questão do cuidado, por exemplo, quando é uma criança com sonda, a gente sabe que a criança vai pra casa, a gente já vai auxiliando a mãe e antes de ela ser liberada de alta, ela já vai sair daqui sabendo lidar com sonda, com traqueostomia com essas questões que ela vai precisar ainda destes cuidados em casa, então a gente ensina ela, deixa ela fazer com nossa supervisão para que quando ela saia daqui ela saia preparada. (Enfermeiro Cravo– informação transcrita)²⁵

Nessa parte assim, de quando chegar, que pode tocar, que pode conversar, não ficar com medo. A gente entende que no começo é difícil dele se adaptar aquele novo ambiente, mas que é importante porque tem muitos que não toca, que não quer, em um primeiro momento às vezes a gente entende, porque primeira vez ali, mas depois a gente estimula bastante isso, estimula botar no colo quando pode, faz o canguru ali, que é importante pela pele, ele sentir o cheiro da mãe, o cheiro do pai e sempre

²³Entrevista respondida por Hortência [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

²⁴Entrevista respondida por Amarílis [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

²⁵Entrevista respondida por Cravo [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

que puder, deixar eles o mais próximo possível. (Técnica de Enfermagem Bromélia– informação transcrita)²⁶

A literatura confirma que a equipe de enfermagem em uma unidade pediátrica dedica esforços para estabelecer comunicação com crianças e suas famílias, a fim de construir vínculos. Isso é essencial para direcionar os cuidados à criança e promover a satisfação do enfermeiro, contribuindo para a formação de vínculos seguros. Os estudos também apontaram que os enfermeiros tiveram experiências positivas ao usar a comunicação como meio de construir vínculos, aumentar o desconforto e envolver os familiares no cuidado à criança, além de auxiliar nos procedimentos (Azevedo, Júnior e Crepaldi, 2017; Biasibettia, Hoffmann, Rodrigues e Rocha, 2019).

Vale destacar que os profissionais estão atentos à importância de explicar os procedimentos, facilitando a participação dos pais e a construção de um vínculo sólido. A importância de explicar procedimentos aos pais é uma prática fundamental em diversos campos profissionais, especialmente na área da saúde, educação e assistência social. Isso fortalece os pais, tornando-os parceiros ativos na tomada de decisões sobre a saúde, educação ou outros aspectos do desenvolvimento de seus filhos. Eles se tornam mais conscientes das opções disponíveis e podem contribuir com suas perspectivas e preferências (Gomes *et al.*, 2015).

Proporcional as demais falas, temos participantes da pesquisa que relatam como estratégia para incluir a família no cuidado o suporte multiprofissional como uma forma de auxílio na interação do familiar com o paciente e equipe, bem como, a fim de evitar a sobrecarga. Sabe-se que muitos familiares possuem uma realidade difícil fora do contexto hospitalar, onde é necessário acionar a equipe multiprofissional.

[...] Então, é como eu falei na outra pergunta, a estratégia para incluir a família quando a não quer esse cuidado, a gente procura o serviço social e a psicologia que ajuda a gente a enfermagem com isso, e muito difícil da família não cuidar mesmo, não vir cuidar, mas quando precisa a gente tem o serviço de serviço social, psicologia que ajuda a gente para estar interagindo a família e paciente e aqui na pediatria a gente tem agora a visita liberada pro pai, aí ele fica das 9 horas às 8 horas da noite, só que a gente pede para entrar, visitar e sair, mas de qualquer maneira ele tem esse livre acesso o dia todo porque se tiver trabalhando não consegue vir, ele vem no horário que ele pode, aí sempre tem, a gente sempre está remanejando assim, vendo um jeito de ele poder vir e estar junto a família inteira. A gente sempre procura ver com esse lado humanizado e sempre há conversa entre a enfermagem/enfermeira que fica de manhã, que fica a tarde, à noite, a gente procura se comunicar para poder deixar a família junto o maior tempo possível. (Enfermeira Amor Perfeito– informação transcrita)²⁷

²⁶Entrevista respondida por Bromélia [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

²⁷Entrevista respondida por Amor Perfeito [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

A colaboração entre diversas áreas da saúde desempenha um papel vital no contexto do CCPF. Essa colaboração garante a cooperação e a uniformidade dos cuidados prestados, resultando em uma experiência de assistência mais integrada e eficaz para o paciente. Essa abordagem interdisciplinar envolve uma sinergia entre profissionais de saúde de diferentes especialidades, garantindo que o tratamento seja abrangente e aborde todas as necessidades do paciente.

O estudo de Agreli, Peduzzi e Silva (2016) expressa que a atenção quando centrada no paciente estabelece níveis indispensáveis para uma parceria interprofissional, sendo este um constituinte de grande relevância para o trabalho em equipe, ainda, ligada à humanização, sobretudo ao âmbito relacional, de interações entre profissionais e pacientes.

É evidente que as estratégias empregadas demonstram sua importância e eficácia, embora seja notável que algumas possíveis estratégias não tenham sido mencionadas. Isso pode ser atribuído à falta de conhecimento ou à possível ausência de informações sobre essas abordagens essenciais. Reconhecer e incorporar essas estratégias ausentes pode aprimorar ainda mais o sucesso e a eficácia das iniciativas em questão, garantindo uma abordagem completa e abrangente para atingir os objetivos propostos. Uma das estratégias não abordadas inclui o estímulo aos pais para que atuem como defensores de sua própria saúde, capacitando os pacientes a fazer perguntas, buscar informações e tomar decisões bem fundamentadas sobre seu tratamento.

De acordo com o estudo de Sousa e Mendes (2019) a comunicação é indispensável para o entendimento dos interesses do paciente, bem como, a compreensão frente à sua doença e às sugestões do tratamento; adaptação das decisões ao paciente e às suas habilidades. Ainda, o paciente que detém o conhecimento sobre seu tratamento, que interage e discute suas possíveis consequências, na doença estará, com certeza, mais preparado não só para o seguir, como também para identificar complicações, gerando assim uma segurança ao paciente e seu familiar.

Para Beserra, Santos e Matos (2018) o envolvimento dos pais no processo de cuidar pode influenciar positivamente tanto no procedimento, bem como, nos recursos disponíveis no para o tratamento da criança. Propiciando assim, um cuidado vasto, que beneficia a criança com sentimentos positivos de modo que, esse cuidado, revela-se uma peculiaridade.

Um estudo similar de Alves (2019) expressa que uma escuta promove um olhar diferenciado para as famílias estabelecendo vínculos objetivando a identificação das demandas que apresentam para que possam intervir de maneira resolutiva. Acreditam que

incorporam o CCPF por meio de ações como: conversar com a família, preparar para a alta identificando possíveis dificuldades e ajudando a superar a hospitalização.

Analisando as falas, percebe-se que os profissionais retratam o acolhimento como uma abordagem facilitadora, onde é visto como uma forma de criar vínculos e laços com esses familiares e pacientes. Foi observado alguns discursos em que os profissionais mencionam a importância de uma comunicação efetiva, como uma forma de estratégia para trazer os familiares para perto, uma forma de incluí-los no cuidado à criança hospitalizada, pois mesmo os entrevistados compreendendo a família como essencial durante a hospitalização da criança e sendo considerada sua base. Outra estratégia mencionada foi o suporte da equipe multiprofissional, em que muitas vezes é solicitado auxílio na interação entre equipe, família e criança.

Uma abordagem adicional sutilmente mencionada foi o método canguru, conforme expresso na declaração a seguir.

[...] A gente entende que no começo é difícil dele se adaptar aquele novo ambiente, mas que é importante porque tem muitos que não toca, que não quer, em um primeiro momento às vezes a gente entende, porque primeira vez ali, mas depois a gente estimula bastante isso, estimula botar no colo quando pode, faz o canguru ali, que é importante pele a pele. (Técnica de Enfermagem Bromélia- informação transcrita)²⁸

A abordagem de estimular o contato pele a pele, através do método canguru, é mencionada como uma prática significativa. Essa estratégia é vista como uma maneira de superar a resistência inicial e promover uma adaptação mais positiva. O profissional destacou a importância de estimular a interação tátil, como colocar o paciente no colo e praticar o método canguru, programando os benefícios dessa prática para a saúde emocional e física do paciente.

O método canguru está intrinsecamente relacionado ao modelo de CCPF, pois ambos reúnem o princípio fundamental da importância da família no cuidado ao paciente. O método canguru é uma abordagem inovadora de cuidados neonatais, especialmente para bebês prematuros, que envolve a participação ativa dos pais no cuidado de seus filhos, promovendo o contato pele a pele e fortalecendo os vínculos familiares (Brasil, 2017).

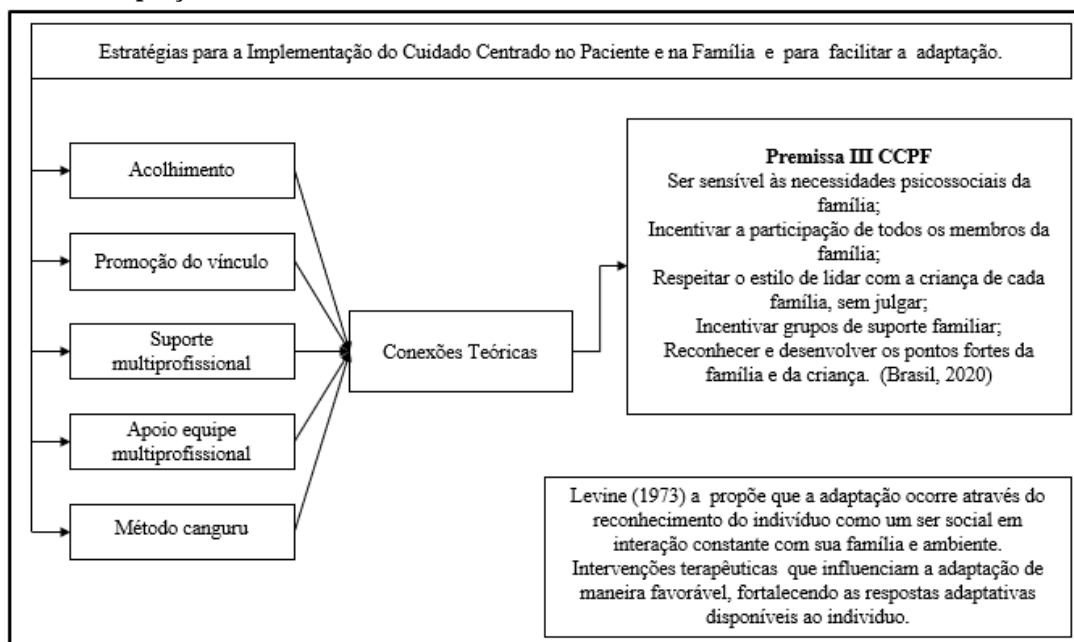
Ao aplicar os conceitos de Levine no CCPF, a autora propõe que a adaptação ocorre através do reconhecimento do indivíduo como um ser social em interação constante com sua família e ambiente. Para Levine, a presença e o suporte dos familiares desempenham um

²⁸Entrevista respondida por Bromélia [set., 2023]. Entrevistadora: Daiane Stringari Giovanella. Rio do Sul, 2023.

papel significativo durante momentos de estresse, contribuindo positivamente para o processo de adaptação na hospitalização.

Para solidificar a análise da categoria em foco, é fornecido um diagrama que concentra a temática, delineando suas vertentes com base nos resultados da pesquisa, além de resumir o suporte teórico proposto.

Figura 4 - Estratégias para a Implementação do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) e para facilitar a adaptação



Fonte: Brasil (2020); Levine (1973). Informação organizada pela autora com base no modelo de CCPF.

4.3 SUPOSIÇÕES TEÓRICAS

Dada a complexidade de integrar os conceitos teóricos à temática abordada, optou-se por criar um capítulo específico. A intenção é evidenciar seus principais pressupostos, conceitos e relações do modelo proposto pela teórica.

Na perspectiva do modelo de Conservação de Myra Levine, a hospitalização da criança é considerada uma situação que impacta tanto o ambiente interno quanto o externo. Em relação aos dos quatro princípios de conservação (conservação de energia, integridade estrutural, pessoal e social, uma vez que o ocorre uma ameaça a autora considera como “perturbação da totalidade”. A teórica também abordou a ideia de “conservação da totalidade”, na qual a enfermagem desempenha um papel fundamental ao se envolver no processo. Essa conservação é resultado da adaptação e envolve uma intervenção da enfermagem, juntamente com a participação ativa do paciente, para manter um equilíbrio seguro (Levine, 1989).

Para Levine (1973) ambiente interno entendido como “hemeorrese” que em definição significa transformação ou desequilíbrio causado por mudanças significativas no ambiente, resultando em desequilíbrios que só podem ser corrigidos por meio de reforma ou reestruturação. Em resumo, a hospitalização pode aumentar consideravelmente o gasto de

energia em crianças devido ao estresse e desconforto do ambiente hospitalar. A exposição a procedimentos médicos e mudanças na rotina pode afetar a integridade estrutural. O ambiente interno, na teoria de Levine, focaliza componentes internos do corpo do paciente.

Quanto ao ambiente externo Levine (1973) divide em perceptível, operacional e conceitual. A seguir define-se as categorias conforme pressupostos da autora:

Em relação ao “ambiente externo perceptível” refere-se ao ambiente imediato e visível do paciente, incluindo elementos físicos e sociais que podem influenciar sua experiência durante a hospitalização. A exemplo, a configuração física do quarto hospitalar, a presença de familiares, a interação com profissionais de saúde e até mesmo aspectos culturais do ambiente ao redor.

Já o “ambiente externo operacional e conceitual” é interpretado como a dimensão externa e prática do ambiente que influencia a operação e a implementação dos cuidados de enfermagem. Isso pode incluir fatores como políticas de saúde, sistemas de saúde, protocolos institucionais, recursos disponíveis e outros elementos práticos do ambiente de cuidado.

A compreensão do ambiente interno e externo é fundamental para os enfermeiros que aplicam o Modelo de Conservação de Levine, pois ajuda a considerar não apenas os aspectos físicos e fisiológicos, mas também os aspectos psicossociais e culturais que podem impactar a saúde e o bem-estar do paciente.

O modelo de Levine é construído principalmente em torno dos quatro princípios de conservação: “o princípio da conservação da energia; o princípio da conservação da integridade estrutural; o princípio da conservação da integridade pessoal e o princípio da conservação da integridade social” (Levine, 1990, p. 331). A seguir discute-se os princípios de conservação atrelado à hospitalização infantil e ao CCPE.

Conservação de Energia: durante a hospitalização, as crianças podem enfrentar mudanças significativas em suas rotinas e experimentar estresse, o que pode alterar sua energia física e emocional. A conservação de energia é um ponto central na teoria de Levine (1990), os profissionais de enfermagem, ao considerarem a hospitalização infantil, devem buscar maneiras de minimizar o gasto de energia, promover a preservação adequada e adotar procedimentos para preservar a energia vital da criança.

Integridade Estrutural: considerando a hospitalização infantil, os procedimentos médicos e condições de saúde podem impactar a integridade física das crianças. Para Levine (1990) a preservação da integridade estrutural é essencial em sua teoria. Os cuidados devem ser adaptados para minimizar os danos, promover a cicatrização e garantir a estabilidade estrutural.

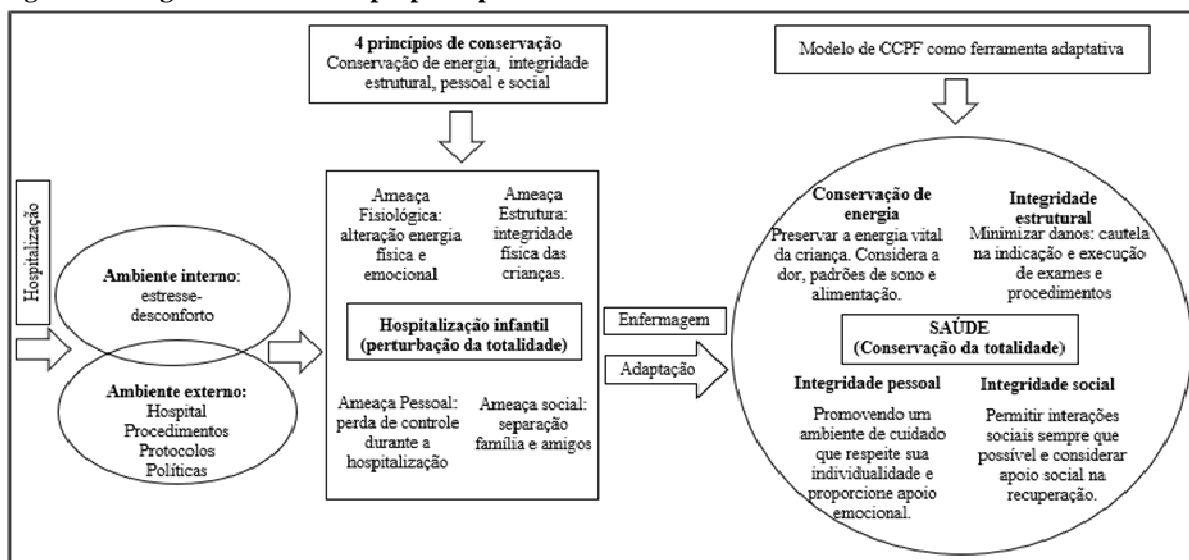
Integridade Pessoal: as crianças podem se sentir vulneráveis, ansiosas e com perda de controle durante a hospitalização, afetando sua integridade pessoal. Levine (1990) destaca a importância da integridade pessoal, e que os profissionais de enfermagem devem abordar as necessidades emocionais, promovendo um ambiente de cuidado que respeite sua individualidade e proporcione apoio emocional.

Integridade Social: a separação de família e amigos pode impactar a integridade social da criança durante a hospitalização. Para Levine (1990) a enfermagem, ao considerar a integridade social, deve facilitar a presença da família, permitir interações sociais sempre que possível e considerar apoio social na recuperação.

A abordagem do CCPF na hospitalização confirma a importância da família como parte integrante do cuidado. Ao aplicar a teoria de Levine, a enfermagem pode envolver a família na adaptação do ambiente de cuidado, promovendo a comunicação, entendendo as necessidades familiares e integrando a família no planejamento do cuidado. A teoria fornece uma base conceitual para adaptação dos cuidados considerando a conservação de energia, integridade estrutural, integridade pessoal e social. A seguir, é apresentado um diagrama conceitual que representa a teoria neste contexto, conforme mostrado na Figura 5.

Apresenta-se o diagrama proposto por Mefford (1999) com base na teoria de Levine:

Figura 5 - Diagrama Conceitual proposto por Mefford



Fonte: (Mefford, 1999). Informações organizadas pela autora, (2023).

Ao abordar a adaptação, a teoria descreve que quando um desafio surge no ambiente externo, é imperativo que o indivíduo seja capaz de estabilizar esse ambiente para manter sua saúde (Levine, 1991). Ela caracterizou a adaptação como um processo no qual os indivíduos se ajustam aos ambientes em que vivem (Levine, 1990).

O ato de enfermagem ocorre em interface entre o ambiente interno e o ambiente externo do paciente (Levine 1973), com o enfermeiro utilizando habilidades e conhecimentos de enfermagem para criar um ambiente no processo de adaptação possa ocorrer com maior grau, considerando os quatro princípios orientadores da conservação (Levine, 1966 e 1973).

Em resumo, a teoria de conservação em enfermagem de Levine pode ser integrada a uma abordagem CCPF no contexto da hospitalização infantil, fornecendo uma base conceitual para adaptar os cuidados durante a hospitalização infantil, considerando a conservação de energia, integridade estrutural, integridade pessoal e social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a perspectiva do cuidado em saúde vem tendo uma transição considerável, de forma especial quando trata-se do contexto pediátrico. Nessa circunstância de melhoria, eleva-se a relevância do CCPF como sendo uma perspectiva inovadora e fundamental.

Este estudo propôs compreender a percepção da equipe de enfermagem em relação ao CCPF e sua aplicação na prática assistencial, evidenciando sua aplicação e prática específica em unidades pediátricas. Ainda, ao se deparar com o cuidado de crianças hospitalizadas, encontra-se com o ser humano e toda uma história de família, que muitas vezes se encontra em estado de vulnerabilidade social, física e emocional, necessitando do profissional não apenas de conhecimento acerca da doença, como também empatia frente à sua particularidade.

Sendo assim, emerge uma distância entre a realidade da família e do paciente e o profissional de saúde. Certamente os profissionais defrontam-se com adversidades em formar o padrão do CCPF frente a filosofia de cuidado exigida na prática assistencial. Perante esse contexto, mostrou-se a pesquisa em relação ao entendimento real dos profissionais sobre a temática. Em consideração a isso, o estudo está pautado em compreender a percepção da equipe de enfermagem em relação ao CCPF e sua aplicação na prática assistencial.

Verificou-se que os participantes conseguiram conceituar o CCPF englobando proposições como, inclusão, acolhimento, empatia e comunicação, contudo, foi detectada uma lacuna no que se refere à participação da família, onde a inclusão encontra-se limitada aos cuidados, não demonstrando ligação com o envolvimento na tomada de decisões frente ao tratamento ou no sentido no que se refere a prioridades de intervenção.

Em relação aos desafios na implementação do CCPF foi destaque a falta de comunicação eficaz, resistência manifestada pelos próprios profissionais, bem como por parte do familiar, além da ansiedade sentida pelos pais.

Sobre as estratégias para implementação do CCPF os profissionais evidenciaram o acolhimento, como sendo uma abordagem facilitadora, a fim de criar vínculos e laços com esses familiares e pacientes. Ainda, trouxeram a comunicação efetiva, como uma estratégia para conduzir os familiares mais próximos do cuidado à criança hospitalizada. Outro método mencionado foi o auxílio da equipe multiprofissional, na interação da criança, em que muitas

vezes se faz necessário, dando suporte para a equipe, família e criança. O método canguru também foi mencionado, como método que estimula a interação pele a pele.

Sobre a aplicabilidade da teoria Myra Levine e seu modelo de conservação ficou evidente que a enfermagem pode envolver a família na adaptação do ambiente de cuidado, buscando propiciar a comunicação, entendendo as necessidades da família e incluindo-os na estruturação do cuidado. Ainda, a teoria proporciona um suporte teórico para adaptação dos cuidados tendo em conta a conservação de energia, integridade estrutural, integridade pessoal e social.

Em relação à contribuição para o conhecimento destaca-se que o trabalho contribuiu de forma significativa, pois buscou a compreensão da percepção dos profissionais acerca do CCPF, bem como reconhecer a importância da inserção da família nos cuidados à criança hospitalizada na visão do profissional; a identificar as e dificuldades encontradas para implementar o modelo e verificar as estratégias para a implementação do mesmo.

A partir deste estudo, se faz necessário a continuidade de pesquisas acerca do tema abordado, devido a sua relevância e importância da aplicação do modelo no contexto da hospitalização infantil; visto que se refere ao reconhecimento do indivíduo como um todo em interação constante com sua família, bem como fortalecimento de uma comunicação efetiva entre o profissional, família e o paciente.

Conclui-se que apesar de existir lacunas frente ao CCPF como foi possível observar, os profissionais mostraram ter a compreensão do conceito, bem como, os desafios enfrentados e fazer o uso de estratégias para acolher essa criança e sua família em momentos de vulnerabilidade. Dessa forma, foi possível observar que o modelo auxilia no tratamento da criança durante a hospitalização de modo a trazer benefícios para a saúde e bem-estar da criança hospitalizada.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, Heloise Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. **Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa.** Patientcentredcare in interprofessionalcollaborativepractice, 2016. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWKsZGzrQqT4tDryCXC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 out. 2023.
- AGUIAR, Elaine Borges de Aguiar et al. **MyraEstrin Levine: teoria holística.** Unisuam, 2014. Disponível em:<<https://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/cadernosunisuam/article/view/932/586>>. Acesso em: 17 jun. 2023.
- ALMEIDA, Sivaldo Quirino de; FERNANDES, Rosa Áurea Quintela; SANTOS, Maiara Rodrigues dos; ALVES, Francine da Costa; RODRIGUES, Meline Rossetto Kron. **Intervenções para a prática do cuidado centrado na criança e família.** **RevRecien. SP**, 2023. Disponível em:<<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/756/78>>. Acesso em: 30 out. 2023.
- ALVES, Tayna Bezerra. **Cuidado centrado na família de crianças em condição crônica: perspectivas de enfermeiros e famílias nos diferentes contextos de atenção à saúde.** Faculdade de Ciências da Saúde Curso de Bacharelado em Enfermagem, Brasília, 2019. Disponível em:<https://bdm.unb.br/bitstream/10483/24430/1/2019_TaynaBezerraAlves_tcc.pdf>. Acesso em: 26 out. 2023.
- ANJOS, Cristineide dos; SANTO, Fatima Helena do Espirito; SILVA, Liliane Faria da; SOUZA, Sonia Regina de; PINTO, Cecilia Maria Izidoro; PAIVA, Eny Dórea. A permanência da família no centro de terapia intensiva pediátrica oncológica: percepção da enfermagem. **Rev Min Enferm.** 2019. Disponível em:<<https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/1180.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2023.
- AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE - ACSQHC. **Nationalsafetyandqualityhealthservice standards.** Sidney, 2012. Disponível em:<<https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/NSQHS-Standards-Sept-2012.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2023.
- AZÊVEDO, Adriano Valério dos Santos; JÚNIOR, Antônio Carlos Lançoni; CREPALDI, Maria Aparecida. **Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa.** Florianópolis, 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/hQ7XwnCP9Sr8Q7cfsDxb4TM/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 set. 2023.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Almedina Brasil, 2016. Disponível em:<<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2023.
- BARROS, L. **As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo.** *Análise Psicológica*, Lisboa, v.16, n.1, p.11-28, 1998. Disponível em:<<https://core.ac.uk/reader/95049190>> Acesso em: 21 set. 2023

BESERRA, Lúgia Celli Marques; SANTOS, Clodoaldo Vieira dos; MATOS, Suellen Duarte de Oliveira. **A importância da família na hospitalização infantil**: uma visão da equipe de enfermagem - relato de experiência. Universidade Federal de Campina Grande, 2018.

Disponível

em:<https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2018/TRABALHO_EV108_MD1_SA4_ID301_25042018212701.pdf>. Acesso em: 26 out. 2023.

BIASIBETTIA, Cecília; HOFFMANNA, Leticia Maria; RODRIGUES, Fernanda Araújo; Wiliam Wegnera; ROCHA, Patrícia Kuerten. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rngen/a/dQdbGSgdxYBtXphLXsr5khv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 out. 2023.

BLOGOSLAWSKI, Ilson Paulo Ramos; TIBOLA, Naiara Gracia; WEINRICH, Vaniele. **Caderno metodológico**: orientações para elaboração de trabalhos acadêmicos. Rio do Sul, SC, 2016. Disponível em:<<https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/siteunidavi/2016/9/Caderno+Metodo%20%20B3gico+2016+online.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA**. Brasília, 1990. Disponível em:<<https://www.gov.br/mdh/pt-br/search?SearchableText=Estatuto%20da%20Crian%20e%20do%20Adolescente>>. Acesso em: 31 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS**. Brasília, 2003. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o,entre%20gestores%20trabalhadores%20e%20usu%C3%A1rios>>. Acesso em: 29 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. 2 ed. Brasília, 2004a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2004b. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/crianca-hospitalizada-mae-e-enfermagem-compartilhando-o-cuidado/>>. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf> Acesso em: 31 out. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.683, de 12 de julho de 2007**. Norma de orientação para a implantação do método canguru. Brasília, 2007. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em: 06 abr. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual técnico método canguru**. Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº3930, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a política nacional de atenção hospitalar (PNHOSP) no âmbito do sistema único de saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da rede de atenção à saúde (RAS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> Acesso em: 26 out. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 31 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido: método canguru**. Brasília, 3ed. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf>. Acesso em 27 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da criança: orientações para implementação**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Comunicação efetiva para a segurança do paciente**. HEBSERH, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/aceso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Comunicaoefetivaparaaseguranadopaciente.pdf/view>>. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz. **Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. cuidado centrado na família (CCF)**. 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/cuidado-centrado-na-familia-ccf/#:~:text=O%20Cuidado%20Centrado%20na%20Fam%C3%ADlia,decis%C3%B5es%20de%20cuidados%20em%20sa%C3%BAde.>>>. Acesso em: 23 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Teorias de enfermagem: relevância para a prática profissional na atualidade**. Editora Inovar, 1 ed, 2021. Disponível em:<<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/642889/3/Livro%20-%20Teorias%20de%20enfermagem%20relev%C3%A2ncia%20para%20a%20pr%C3%A1tica%20profissional%20na%20atualidade.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2023.

CAIRES, Iago da Silva; VICENTINI, Fernanda Bergamini; FERREIRA, Janise Braga Barros. A construção de roteiros de entrevista a partir do referencial dos determinantes sociais da saúde: enfoque sobre a população jovem que vive em aglomerados subnormais. **Cadernos Saúde Coletiva**. São Paulo, 2020. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/8wRkgMfqM7LTyn8VQWfyJZb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 maio. 2023.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CARÚS, Carolina Sityá; VIEIRA, André Guirland; BOTTON, Letícia ThomasiJahnke; SCHUBERT, Claudio; FAGUNDES, Maria Anobes Bonet Grespan. Barreiras para comunicação eficaz em saúde. **Research, Society andDevelopment**, v. 10, n. 7, e10810716218, 2021. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/352494603_Barreiras_para_comunicacao_eficaz_em_saude> Acesso em 16 out. 2023

CASTRO, Roana Stéphanie da Silva. **Acolhimento da família em unidade de terapia intensiva neonatal (Utin): revisão sistemática qualitativa**. Brasília, 2020. Disponível em:<https://bdm.unb.br/bitstream/10483/29463/1/2020_RoanaStephanieDaSilvaCastro_tcc.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

CERON, Mariane. **Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa**. Módulo Psicossocial, UNASUS, 2023. Disponível em:<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf>. Acesso em: 30 out. 2023.

Conselho Federal de Enfermagem – Cofen. **Obstáculos relacionados ao gênero enfraquecem trabalho de enfermeiras**. 2019. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/obstaculos-relacionados-ao-genero-fortalecem-potencial-de-enfermeiras-diz-pesquisa/#:~:text=Um%20relat%C3%B3rio%20divulgado%20ontem%20sobre,de%20trabalho%20da%20sa%C3%BAde%20entre>> Acesso em: 16 out. 2023

CORRÊA, Alana Reis et al. As práticas do cuidado centrado na família na perspectiva do enfermeiro da unidade neonatal. **Esc. Anna Nery**, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/53L6zFkj38Ldd5CgL9rW4Db/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 16 mar. 2023.

CRUZ, Andréia Cascaes; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. **Cuidado centrado no paciente e família e segurança do paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente**. São Paulo, 2020. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/mk8PrbvG7bZ696PkRBvHXcK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 abr. 2023.

DIAZ-CANEJA, A. et al. **A child's admission to hospital: a qualitative study examining the experiences of parents.** *Intensive Care Medicine*, Bruxelas, v. 31, p. 1248-1254, 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16021417/>> Acesso em: 30 out. 2023

DUARTE, M.L.C; GLANZNER, C.H.; PEREIRA, L.P. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm.** 2018;39:e2017-0255. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0255.>> Acesso e:, 07 out. 2023

ESTEVES, C. H. F. **Contributos dos doutores palhaços da operação nariz vermelho para a qualidade da adaptação e do desenvolvimento em contexto pediátrico:** o olhar da criança e seus pais. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) – Instituto de Educação, Universidade do Minho, Braga, 2015.

FERREIRA, Lucas Batista; OLIVEIRA, Jonas Sâmia Albuquerque de; GONÇALVES, Rafaella Guilherme; ELIAS, Tatiana Maria Nóbrega; MEDEIROS, Soraya Maria de; MORORÓ, Deborah Dinorah de Sá. Cuidar de enfermagem às famílias de crianças e adolescentes hospitalizados. **Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**, Recife: UFPE,2019. Disponível em:<[file:///C:/Users/Jean/Downloads/Cuidar_de_enfermagem_as_familias_de_crianças_e_adolecentes%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jean/Downloads/Cuidar_de_enfermagem_as_familias_de_crianças_e_adolecentes%20(1).pdf)>. Acesso em: 07 out. 2023.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva; MARTINS, Maria Manuela Ferreira da Silva. Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. **CiencCuidSaude**, 2010. Disponível em:<<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12559/6651>>. Acesso em: 07 set. 2023.

FILHO, Fernando Lamy; SILVA, Antônio Augusto Moura da; LAMY, Zeni Carvalho; GOMES, Maria Auxiliadora Sousa Mendes; MOREIRA, Maria Elizabeth Lopes. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. Avaliação do método canguru no Brasil. **Jornal de Pediatria**, 2008. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/jped/a/99XgXrBYMYMkYLmtPzqHvWr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 out. 2023.

FONSECA, Simone Alves da et al. **Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (Utin):** experiências de enfermeiras. Hospital Universitário de Brasília, 2020. Disponível em:<<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n2/2393-6606-ech-9-02-170.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2023.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde:** contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 jun. 2023.

FRAMPTON, Susan et al. **Cuidado Centrado no Paciente Guia de Melhoria**. Planetree, Inc. e PickerInstitute, 2008. Disponível em:<file:///C:/Users/Jean/Downloads/Patient-Centered-Care-Improvement-Guide-10.10.08%20(1).pdf>. Acesso em: 07 set. 2023.

GOMES, Giovana Calcagno; XAVIER, DaianiModerne; PINTANEL, Aline Campelo; FARIAS, Dóris Helena Ribeiro; LUNARDI, Valéria Lerch; AQUINO, Deise Ribeiro. Significados atribuídos por familiares na pediatria acerca de suas interações com os profissionais da enfermagem. **RevEscEnferm USP**, 2015. Disponível em:<file:///C:/Users/Jean/Downloads/108416-Article%20Text-193391-1-10-20151211%20(2).pdf>. Acesso em: 26 out. 2023.

HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN, M. L.; WILSON, D. (Ed.). **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Mosby Elsevier, 2006. p. 30-54.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. Editora Pedagógica e Universitária, São Paulo, 2005.

LEVINE, M. E. **Introductiontopatient-centerednurs- ingcare**. (ReprintedfromLevine'sconservation model, p. 237–259, 1973.

LEVINE, M. E. **The conservationprinciplesofnursing**: Twenty years later. In J. P. Riehl-Siska (Ed.), *Conceptu- al models for nursingpractice* (3rd ed., pp. 325–337). Norwalk, CT: Appleton& Lange, 1989.

LEVINE, M. E. **Conservationandintegrity**. In M. E. Parker (Ed.), *Nursingtheories in practice* (pp. 189–201). New York: National League for Nursing Press, 1990.

LEVINE, M. E. **The conservationprinciples**: a model for health. In K. M. Schaefer & J. B. Pond (Eds.), *Levine'sconservation model: a framework for nursingpractice* (pp. 1–11). Philadelphia: Davis, 1991.

LLOYD, Bradley; ELKINS, Mark; LESLEY, Innes. *Barriersandenablersofpatientandfamilycentredcare in an Australian acutecaralianacutecare hospital: P e hospital: Perspectivespectivesofhealth managers es ofhealth managers*. **Patient Experience Journal**, 2018. Disponível em:<https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1270&context=journal>. Acesso em: 26 out. 2023.

LOZADA, Gisele; NUNES, Karina S. **Metodologia científica**. Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788595029576. Disponível em:<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595029576/>. Acesso em: 27 mai. 2023.

MALEPE, Tsholofelo C.; HAVENGA, Yolanda; MABUSELA, Paulina D. *Barrierstofamily-centredcareofhospitalisedchildrenat a hospital in Gauteng*. **Health SA Gesondeid**, 2022. Disponível em:<https://hsag.co.za/index.php/hsag/article/view/1786/pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível

em:<https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view>. Acesso em: 27 mai. 2023.

MARTINO, Luiz Claudio. Sobre o conceito de comunicação: ontologia, história e teoria. **Revista de Epistemologias da Comunicação**, 2019. Disponível em:<<https://revistas.unisinos.br/index.php/questoes/article/view/19768/pdf>>. Acesso em: 30 out. 2023.

MCEWEN, Melanie; WILSS, Evelyn M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2016.

MEFFORD, Linda C. A theory of health promotion for preterm infants based on Levine's conservation model of nursing. **Nursing Science Quarterly**, 2004. Disponível em:<<file:///C:/Users/Jean/Downloads/levine%20prematuros.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2023.

MELO, Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de et al. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2014. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/x53PC8fzKRGntGjkMfKZBZt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24 set. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo, 2014. Disponível em:<<https://livrogratuitosja.com/wp-content/uploads/2022/04/O-DESAFIO-DO-CONHECIMENTO-ATUALIZADO.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2023

MOREIRA, Déborah Albuquerque Alves et al. Assistência de enfermagem ao paciente com sepse: análise à luz do modelo conceitual de Myra Levine. **Escola Anna Nery**, 2022. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ean/a/WRrpcQr3fZCKKZNYpgt93xy/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 set. 2023.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **The NHS Plan** - A plan for investment. A plan for reform. Norwich: The Stationery Office, jul. 2000. 144p. Disponível em:<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/+/www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4002960>. Acesso em: 24 out. 2023

NATIONAL HEALTH SERVICE. **Health and Social Care Act**. Norwich, 2012. Disponível em:<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga_20120007_en.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2023

NETO, Carleone Vieira dos Santos et al. A teoria holística de Myra Levine aplicada a um paciente portador de úlcera venosa crônica: um relato de caso. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, 2021. Disponível em:<<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/40104/pdf>>. Acesso em: 23 set. 2023.

NETO, David Lopes; PAGLIUCA, Lorita Marlina Freitag. Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. **Revista Latino-am Enfermagem**, 2002. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/mLRX6CzRxWgJjHqhKhNzYtL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 out. 2023.

NICHOLS, Andrew. Sustainablefamilycentredcare in the neonatal unit.**Journalof Neonatal Nursing**, 2013. Disponível em:<[file:///C:/Users/Jean/Downloads/j.jnn.2012.11.005%20%2024%2010%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jean/Downloads/j.jnn.2012.11.005%20%2024%2010%20(1).pdf)>. Acesso em: 26 out. 2023.

PASSOS, Silvia da Silva Santos et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva.**Revenferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuertj/article/view/6259/13776>>. Acesso em: 16 out. 2023.

PETIPRIN, Alice. MyraEstrin Levine - teórica de enfermagem.**Nursing-Theory Org**, 2023. Disponível em:<<https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Myra-Estrine-Levine.php>>. Acesso em: 05 out. 2023.

PHIRI, Patrick G. M. C.; CHAN, Carmen W. H.; WONG, C. L. The Scopeof Family-CentredCarePractices, andtheFacilitatorsandBarrierstoImplementationof Family-CentredCare for HospitalisedChildrenandtheirFamilies in Developing Countries: AnIntegrative Review. **National Library of Medicine**, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32629368/>>. Acesso em: 24 out. 2023.

PICKER INSTITUTE. **Patient-centered-careimprovementguide**. 2008. Disponível em: <<http://patient-centeredcare.org/>>. Acesso em: 21 ago. 2023.

PINTO, Anaísa Cristina et al. **Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana**. V. 28, Suppl.1 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/pp/a/FRWqBZnFGkVMthgnTSHQYk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 17 jun. 2023.

PROQUALIS. **Centro colaborador para a qualidade do cuidado e segurança do paciente**. Qualidade de serviços de saúde no SUS: relatório final. 2013. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.net/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20Qualisus%2016%20DEZ_2013.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

RODRIGUES, Joana Isabel Barbosa; FERNANDES, Susana Margarida Gonçalves Caires; MARQUES, Goreti Filipa dos Santos. **Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas**. Saúde Soc. São Paulo, 2020. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TynT8xkCD3swkkgWy6kFFwP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 out. 2023.

ROMANOW, R. **Building onvalues:the future ofhealthcare in canada**. 356f, 2002 Disponível em: <<https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2023

SALES, Daniella Carvalho et al. Atuação da enfermagem na saúde da criança. **BrazilianJournalofSurgeryand Clinical Research – BJSCR**, 2022. Disponível em:<https://www.mastereditora.com.br/periodico/20221125_115104.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2023.

SILVEIRA, Jennifer da Silva. **O cuidado compartilhado entre a família e a equipe de enfermagem à criança hospitalizada**. Netsaber, 2023. Disponível em: <https://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_74024/artigo_sobre_o-cuidado-compartilhado-entre-a-familia-e-a-equipe-de-enfermagem-a-crianca-hospitalizada>. Acesso em: 31 out. 2023.


SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras**. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2019. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2023.

TSUTUMI, Walter Massahiro et al. Cuidado de enfermagem à criança com foco no cuidado centrado na família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, PR, 2022. Disponível em: <<file:///C:/Users/Jean/Downloads/11773-Artigo-136068-1-10-20230102.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2023.

WITISKI, M. et al. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. **CiencCuidSaude**, Curitiba – PR, 2019. Disponível em: <www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. Acesso em: 25 abr. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

	<p>ROTEIRO DE ENTREVISTA Acadêmica: Daiane Stringari Giovanella Professora Orientadora: Joice Teresinha Morgenstern</p>
<p>Este instrumento de coleta de dados faz parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado ao curso de Enfermagem do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), instituído como: O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA E SUA PRÁTICA EM UNIDADES PEDIÁTRICAS.</p>	

IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA
Flor:
INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO
Sexo: () Masculino () Feminino
Profissão:
Tempo de Formação:
Especialização:
Tempo de Atuação na Unidade:

CONHECIMENTO ACERCA DO TEMA
1- Em suas palavras, o que significa Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF)?
2- Como você percebe a participação da família no cuidado à criança hospitalizada?
3- Você utiliza alguma estratégia para incluir a família nos cuidados? se sim, qual?
4- Você considera importante a inclusão/participação da família/paciente nos cuidados? Porque?
5- Na sua opinião quais são as dificuldades para aplicar o modelo Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF)?

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE ESCLARECIDO



**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO
ALTO VALE DO ITAJAÍ**

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA E SUA PRÁTICA EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____ residente e domiciliado

_____,
portador da Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em
____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa **O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA E SUA PRÁTICA EM UNIDADES PEDIÁTRICAS**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. Compreender a percepção da equipe de enfermagem em relação ao Cuidado Centrado no Paciente e Família e sua aplicação na prática assistencial.

- 2.A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará o cuidado com a saúde da criança que vem sendo amplamente argumentado nos regimentos das políticas públicas nacionais e internacionais da atenção à saúde destes pacientes buscando dessa forma orientar a assistência a fim de ser apresentada de maneira integral e resolutive. É sabido que o Cuidado Centrado no Paciente e Família é uma filosofia que reconhece a importância do grupo familiar nos cuidados de saúde de seus membros, estudos apontam que a família e paciente atendidos nesta perspectiva de cuidado, tornam-se mais competentes em relação ao cuidado, conseguem fazer perguntas à equipe de saúde e sente-se mais confiantes em relação à mesma, o que contribui para minimizar sua ansiedade. Contudo faz-se necessário ainda promover ações inclusivas para participação da família no planejamento e prestação de cuidados ao paciente. Percebe-se que existe dificuldade por parte dos profissionais de saúde o entendimento dessa filosofia de cuidado, tornando viável e necessário o estudo acerca da compreensão da importância dessa dinâmica.
- 3.Participação da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: membros da equipe e enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares) que estejam atuando há mais de um ano na assistência direta ao paciente pediátrico e que aceitem participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- 4.Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de: coleta de dados será realizada utilizando-se roteiro de entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora, em serão áudio gravadas, transcritas e após a pesquisa descartadas. O referido instrumento passou por um pré-teste, onde três participantes com perfil semelhante responderam à pesquisa, o que permitiu a pesquisadora aprimorar o instrumento. A pesquisadora irá apresentar e explicar ao participante o roteiro da entrevista e este responderá a próprio punho, a pesquisadora se fará presente o tempo todo da pesquisa para sanar possíveis dúvidas do participante, as pesquisas serão identificadas com nome de flores como ROSA, JASMIM e assim sucessivamente. Ao término, agradece-se a participação de cada sujeito de pesquisa.
- 5.A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso, se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. Para minimizar o risco a coleta de dados será individualizada, em ambiente privativo, e serão preservados o sigilo e anonimato dos participantes. Seus nomes serão identificados com nome de flores como ROSA, JASMIM e assim sucessivamente, e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua

integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis

6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios a: enquanto benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de avaliar o conhecimento dos entrevistados acerca do cuidado centrado no paciente e família no contexto da criança hospitalizada. Além disso, espera-se disseminar a arte do cuidar como uma prática acessível e humanizada. Os resultados deste estudo poderão contribuir para: espera-se que com esse trabalho a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares) detenham um olhar mais atento frente ao cuidado com o paciente e família a fim de reconhecerem esse cuidado como uma forma de segurança da criança. Que eles tragam esses familiares para “perto” de forma a auxiliarem de maneira positiva no tratamento do paciente.
7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir à vontade para continuar. A pesquisadora se compromete a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde na Clínica de Psicologia do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), no município de Rio do Sul, em Santa Catarina, caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da entrevista.
8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Joice Teresinha Morgenstern, responsável pela pesquisa no telefone (47) 3531-6000 ou no endereço Rua Guilherme Gemballa, n13, Jardim América, Rio do Sul - SC.
9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: Joice Teresinha Morgenstern, e-mail: joicemorg@unidavi.edu.br; (47) 3531-6000 e Daiane Stringari Giovanella, e-mail: daiane.stringari@unidavi.edu.br; (47) 99674-9757.
10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem-estar físico.

- 12.**As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
- 13.**Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa os resultados serão expostos por meio de banners na mostra acadêmica de enfermagem do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI e na banca de Trabalho de Conclusão de Curso.
- 14.**Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, _____ de _____ de 2023.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Joice Teresinha Morgenstern – Enfermeira–Coren/SC. Endereço para contato: Rua: Guilherme Gemballa, n13 - Jardim América, Rio do Sul – SC. Telefone para contato: (47) 3531-6000; E-mail: joicemorg@unidavi.edu.br.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531- 6026. etica@unidavi.edu.br.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA E SUA PRÁTICA EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

Pesquisador: Joice Morgenstern

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71024123.9.0000.5676

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.198.656

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. A pesquisa será realizada nas unidades de internação pediátrica e neonatal. Em que pretende-se abordar cerca de 30 membros da equipe que serão os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares) atuantes nos setores acima mencionados. A análise de dados dar-se-á por meio de análise de conteúdo conforme Laurence Bardin, bem como a teoria holística de Myra Estrin Levine. Estima-se 20 participantes de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Compreender a percepção da equipe de enfermagem em relação ao CCPF e sua aplicação na prática assistencial.

Objetivos Específicos:

Reconhecer a importância da inserção da família nos cuidados à criança hospitalizada na visão do profissional;

Identificar as dificuldades encontradas para implementar a estratégia CCPF;

Verificar possíveis estratégias para a implementação efetiva CCPF;

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6026

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 6.198.656

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes, devendo-se considerar o risco de aborrecimento ou constrangimento dos profissionais entrevistados ao responder os itens do formulário de coleta de dados. Para minimizar o risco a coleta de dados será individualizada, em ambiente privativo, e serão preservados o sigilo e anonimato dos participantes. havendo necessidade, os entrevistados podem ser encaminhados para atendimento no NEAP.

Benefícios:

Enquanto benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de avaliar o conhecimento dos entrevistados acerca do cuidado centrado no paciente e família no contexto da criança hospitalizada. Além disso, espera-se disseminar a arte do cuidar como uma prática acessível e humanizada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo trata de temática atual, que oportuniza o entendimento do processo de cuidar de crianças hospitalizadas, sem relegar a participação dos pais ou responsáveis. Permite a discussão das práticas assistenciais fomentando a implementação de mudanças no processo de cuidar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados dentro dos preceitos éticos.

Recomendações:

Sugere-se a publicação dos resultados ao final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do Exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do Exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 6.198.656

Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2169746.pdf	03/07/2023 18:52:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC_Comite.pdf	03/07/2023 18:24:16	Daiane Stringari Giovanna	Aceito
Outros	termo_de_autorizacao_para_gravacao_de_voz.pdf	03/07/2023 18:23:59	Daiane Stringari Giovanna	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_anuencia.pdf	03/07/2023 18:23:22	Daiane Stringari Giovanna	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TermoDePesquisaEnvolvendoSereshumanos.pdf	28/06/2023 16:59:32	Daiane Stringari Giovanna	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_da_equipe_de_pesquisa.pdf	28/06/2023 16:59:09	Daiane Stringari Giovanna	Aceito
Outros	AutorizacaoNEAP.pdf	28/06/2023 16:58:31	Daiane Stringari Giovanna	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Daiane_Comite.pdf	28/06/2023 16:57:19	Daiane Stringari Giovanna	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	28/06/2023 16:56:41	Daiane Stringari Giovanna	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/06/2023 16:56:19	Daiane Stringari Giovanna	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	28/06/2023 16:54:37	Daiane Stringari Giovanna	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI



Continuação do Parecer: 6.198.656

RIO DO SUL, 25 de Julho de 2023

Assinado por:
JOSIE BUDAG MATSUDA
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br