

Ana Carla Souza Cordeiro

Anna Luiza Costa Paiva

**CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DA CRIANÇA E NA REABILITAÇÃO INFANTIL NO BRASIL**

uma revisão narrativa

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

2018

Ana Carla Souza Cordeiro

Anna Luiza Costa Paiva

**CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DA CRIANÇA E NA REABILITAÇÃO INFANTIL NO BRASIL**

uma revisão narrativa

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Gontijo

Co-orientadora: Rachel de Carvalho Ferreira

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

2018

RESUMO

Introdução: O modelo de saúde centrado no complexo médico hospitalar requer reestruturação devido à necessidade de humanizar o cuidado e proporcionar autonomia para o paciente em um cenário desfavorável do sistema de saúde brasileiro. Nesse contexto, a presente revisão narrativa teve como objetivos verificar os resultados de como o Cuidado Centrada na Família (CCF) é realizada nos três níveis da assistência à saúde e na reabilitação da criança no Brasil, os benefícios do modelo CCF, assim como os obstáculos e barreiras para sua implementação na realidade brasileira. **Método:** Revisão narrativa a partir de uma busca em banco de dados e cruzamento de referências. **Resultados:** Pode-se observar que nenhum serviço nos três níveis de assistência de saúde brasileiro apresentou todos os princípios teóricos pré-estabelecidos pelo CCF. Quanto aos benefícios do modelo, obstáculos e barreiras para sua implementação, observa-se que o modelo CCF é capaz de estreitar os vínculos entre a família, a criança e a equipe multiprofissional, no entanto, fatores como o nível socioeconômico da população e a estrutura física dos ambientes de saúde brasileiros contribuem para dificuldade da implementação do modelo CCF. Pode-se também verificar que os profissionais da equipe de saúde multiprofissional no Brasil conhecem superficialmente os princípios teóricos do CCF, o que pode reduzir a abrangência da abordagem nos setores de saúde. Especificamente no contexto da criança, os profissionais reconhecem prontamente a importância da família no cuidado e são mais receptivos diante das propostas do Cuidado Centrado na Família. **Conclusão:** O CCF é um modelo que traz benefícios para família, criança e profissionais da saúde, no entanto é uma prática de cuidado que requer tempo e investimento para sua implementação. É possível estabelecê-lo na prática clínica no Brasil, no entanto é necessário suprir algumas lacunas ainda existentes, como a insciência dos profissionais e a infraestrutura ineficaz. No contexto, da reabilitação é necessária a realização de mais estudos e difusão do CCF.

ABSTRACT

Introduction: The health model centered on the hospital medical complex requires restructuring due to the need to humanize the care and provide autonomy for the patient in the unfavorable scenario of the Brazilian health system. In this context, the present narrative review had as objectives to verify the results of how family-centered practice (CCF) is carried out in the three levels of health care and child rehabilitation in Brazil, the benefits of the CCF model as well as obstacles and barriers for its implementation in the Brazilian reality. **Method:** Narrative review from a database search and cross-referencing. **Results:** It can be observed that no service in the three levels of Brazilian health care presented all the theoretical principles pre-established by the CCF. As for the benefits of the model, obstacles and barriers to its implementation, it is observed that the CCF model is able to strengthen the bonds between the family, child and the professional team, however factors such as the socioeconomic level of the population and the physical structure of the Brazilian health environments contribute to the difficulty of implementing the CCF model. It can also be verified that the professionals of the Brazilian health team know superficially the theoretical principles of the CCF, which can reduce the scope of the approach in the health sectors. Specifically in the context of the child, practitioners readily recognize the importance of the family in caregiving and are more receptive to Family-Centered Care proposals. **Conclusion:** CCF is a model that brings benefits to family, child and health professionals; however, it is a practice of care that requires time and investment for its implementation. It is possible to establish it in clinical practice in Brazil, however it is necessary to fill in some gaps still existing, such as the inscience of professionals and inefficient infrastructure. In the context of rehabilitation, further studies and diffusion of CCF are required.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA.....	9
2.1. ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	9
2.2. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	9
3. RESULTADOS.....	10
4. DISCUSSÃO	15
5. CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde foi, por muitos anos, centrado na doença, com práticas curativas, altamente especializadas e fragmentadas. O atendimento, o tratamento e todo o curso das intervenções eram voltadas ao complexo médico-hospitalar (MENDES,1996). No século XX, houve um movimento que culminou em transformações políticas, sociais e científicas na sociedade, e o cuidado com a saúde não foi uma exceção. Diante disso, as pessoas passaram a ter maior acesso a informação, e a expectativa em relação à oferta do serviço aumentou, bem como a expectativa de vida, o que demanda melhor desenvolvimento e organização do serviço de saúde. Por conseguinte, houve a necessidade de modificar a forma com a qual os pacientes eram atendidos e tratados no sistema de saúde. Um novo tipo de proposta de atendimento começou a ser discutido e implementado, uma assistência centrada no cliente e na família. O início da teoria do Cuidado Centrado na Família (CCF) surgiu quando Carl Rogers começou a direcionar o cuidado para as necessidades do cliente no cenário da psiquiatria há 70 anos, ao adotar um método no qual o terapeuta trata o indivíduo como um todo, respeita a sua capacidade e o seu direito de autonomia. Em meados dos anos 60, a ideia de Rogers foi introduzida pela *Association For the Care of Children* (Associação do Cuidado da Criança), onde foi evidenciada a importância da família na saúde da criança. Nos Estados Unidos em 1986, foi garantido às famílias das crianças com necessidades especiais o direito legal de compor a equipe de cuidado. E, por conseguinte, a transição do serviço centrado na doença para um serviço direcionado ao cuidado do cliente proporcionou um aumento da percepção da humanização ao trazer o paciente e suas necessidades para o centro da abordagem (BAMM; ROSENBAUM, 2008).

O CCF é uma abordagem que enfatiza a importância da inserção da família no planejamento do tratamento, de forma que haja abertura para o diálogo e maior interação entre os familiares e a equipe multiprofissional, visando sempre respeitar os anseios do paciente. Esse método proporciona benefícios para os pacientes, para a família e para a equipe de saúde. Aplica-se aos pacientes de todas as idades, podendo ser praticado em qualquer ambiente de saúde (PALOKAS *et al.*, 2015). O CCF inclui três elementos chaves que norteiam essa prática. Tais elementos são descritos como sendo a ênfase nos pontos fortes e não nos déficits de cada

paciente, participação na tomada de decisão do tratamento e controle dos recursos desejados e, o desenvolvimento de uma relação de colaboração entre familiares e profissionais (WILKINS *et al.*, 2010)(ESPE-SHERWINDT, 2008). Considerando a reabilitação infantil, *The CanChild Center for Childhood Disability Research* descreve a abordagem centrado na família como sendo uma abordagem capaz de fornecer os serviços de saúde com foco nos interesses da família. Dessa forma, os pais assumem a posição de especialistas dos próprios filhos, um vínculo entre os profissionais e toda a família da criança é consolidado e o sistema apoia a tomada de decisões da família acerca do atendimento dos seus filhos (BAMM; ROSENBAUM, 2008). Definir uma abordagem centrada na família parte do pressuposto que o profissional reconheça que o paciente e sua família são fundamentais para proporcionar o apoio ao ente, para otimizar o cuidado durante todo o processo (BARRETO *et al.*, 2017), desde a avaliação até a conduta terapêutica final, passando pela elaboração dos objetivos do tratamento.

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, surgiu a necessidade de aproximar os profissionais dos pacientes, inserir o cliente dentro do cuidado de forma mais ativa e modernizar a rede de cuidado, haja vista a disponibilidade de informação e o interesse da população (ANDRADE *et al.*, 2005). Tendo em vista a constante busca pela melhoria dos serviços de atenção à saúde e analisando as propostas estabelecidas pelo CCF bem como os seus benefícios documentados, acredita-se que a adoção dessa abordagem seja capaz de suprir algumas lacunas existentes como a insciência dos profissionais e a infraestrutura ineficaz no cuidado com a saúde da criança realizado no Brasil. O modelo possibilita a redução de erros e processos médicos, proporciona maior satisfação para o paciente, para a sua família e para o profissional, e possibilita que familiares e pacientes se tornem mais seguros para realização do autocuidado, transferências e tomada de decisão a respeito do quadro de saúde. Diante de todos esses benefícios, é possível gerar menores custos e melhores resultados no cuidado em saúde (CRUZ; ANGELO, 2011).

Considerando a situação da saúde no Brasil dentro do modelo vigente e a proposta de cuidado almejada segundo os princípios do CCF, o objetivo da presente revisão narrativa é verificar os resultados de como o Cuidado Centrado na Família é realizado nos três níveis da assistência à saúde no Brasil e os benefícios do modelo,

os obstáculos e as barreiras para sua implementação. Além disso, é pretendido verificar se esse modelo na prática brasileira condiz com os princípios teóricos pré-estabelecidos pelo CCF.

2 METODOLOGIA

2.1 Estratégia de busca

Dois examinadores fizeram a busca dos possíveis estudos de forma independente nas bases de dados do PubMed, Scielo, Lilacs e Google Scholar. A busca foi realizada de fevereiro de 2017 a fevereiro de 2018. Foram utilizadas as palavras chave com combinações dos termos %family centered care+, %family+, %child+, %Cuidado centrado na família+. Foram selecionados artigos em português, espanhol e inglês. Não houve restrição quanto à data de publicação dos artigos nas bases de dados, exceto no Google Scholar, cujas publicações selecionadas foram a partir de 2010, devido a predileção de publicações mais recentes. Além disso, foram inclusos artigos a partir de buscas baseadas nas referências encontradas nos artigos de base e em outras publicações que pudesse embasar o raciocínio presente neste e complementar as teorias e evidências relacionadas ao tema.

2.2 Critérios de seleção

Foram incluídos os artigos que retratavam o cuidado centrado na família exclusivamente na realidade brasileira e/ou no contexto da criança brasileira e/ou na reabilitação no Brasil

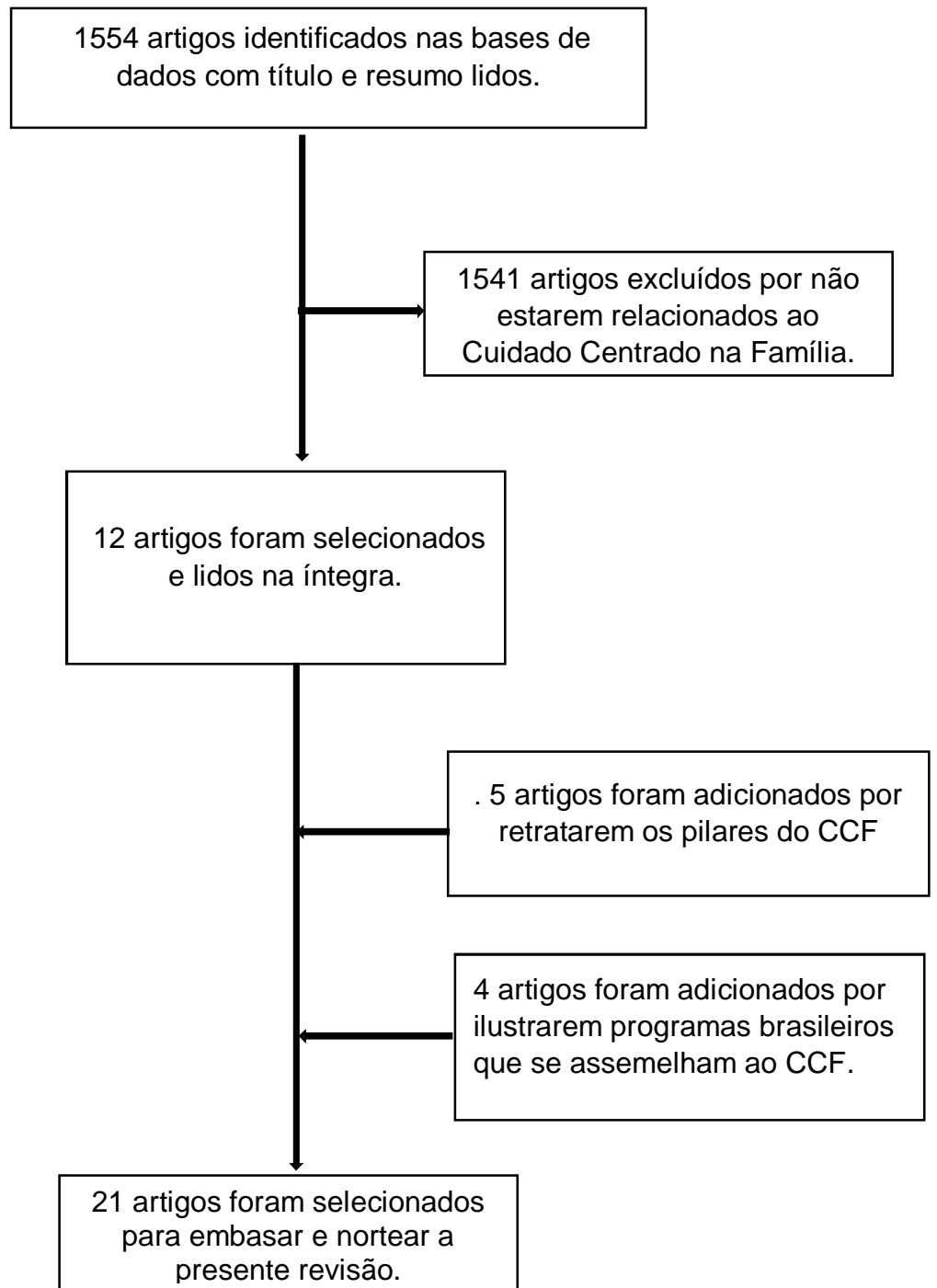
Foram excluídos artigos por não discorrerem como assunto principal a abordagem do CCF ou possuírem amostra específica distinta da população alvo.

3 RESULTADOS

Foram encontrados 1554 artigos na busca direta nas bases de dados que foram então selecionados primeiramente pelo título e resumo como potencialmente relevantes. Foram excluídos 1541 artigos por não discorrerem como assunto principal a abordagem do CCF, não se adequarem à realidade brasileira ou possuírem amostra específica distinta da população alvo. Finalmente, 12 artigos foram selecionados para este estudo. Além das publicações selecionados na busca, foram identificados 9 artigos pela busca de referências e estes foram adicionados.

Os artigos nacionais são importantes por abordarem práticas do cuidado realizadas no Brasil e que, até então, são as que mais se assemelham às propostas do CCF. É relevante adicioná-los, ainda que não sejam a proposta ideal do CCF, porque eles ilustram a realidade brasileira e evidenciam a mudança na atenção à saúde. A bibliografia estrangeira, no entanto, fornece dados e pesquisas de realidades que já implementaram o CCF de acordo com seus pilares, além de ter sido fundamental para embasar o estudo inicial sobre o Cuidado Centrado na Família. Por meio desta, foi possível encontrar informações sobre a origem, os princípios e o desenvolvimento do CCF.

Dos artigos lidos, 23,8% (n=5) aborda especificamente o conceito e os princípios do Cuidado Centrado na Família, 28,57% (n=6) aborda a realidade da equipe da enfermagem no contexto brasileiro, 47,61% (n=10) retratam especificamente o cuidado com a criança, 14,28% (n=3) tratam diretamente da reabilitação e 19,04% (n=4) relatam sobre políticas de saúde brasileira. É importante ressaltar que um mesmo artigo pode ter sido enquadrado em mais de um tópico, pois abrange múltiplos assuntos. No Quadro-1 estão descritos detalhadamente apenas os 12 artigos selecionados a partir das bases de dados de acordo com os critérios de inclusão.

Fluxograma 1 É Representação da estratégia de busca.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 1 Descrição dos artigos selecionados na revisão

TÍTULO	AUTORES/ANO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
Cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais.	Sampaio AA, Zonta JB, Ferreira FY, Okido ACC. 2017	Identificar a percepção dos profissionais em relação ao cuidado centrado na família.	A percepção dos profissionais entrevistados acerca do CCF evidenciou uma visão distante sobre a integração entre família e paciente dentro cuidado.
Cuidado Centrado na Família em unidades emergenciais: percepção de enfermeiros e médicos brasileiros.	Barreto MS, Arruda GO, Garcia-Vivar C, Marcon SS. 2017	Conhecer a percepção de médicos e enfermeiros atuantes em Unidades de Pronto Atendimento sobre o CCF.	A maioria dos entrevistados desconhecia o CCF, apesar de ter a ideia de que é uma prática de cuidado que valoriza a presença e a inserção da família.
Adaptação transcultural de instrumentos de medida do cuidado centrado na família	Silva TO, Alves LB, Balieiro MM, Mandetta MA, Tanner A, Shields L. 2015	Realizar a adaptação transcultural para a língua portuguesa brasileira de dois instrumentos de medida do CCF, um para pais e outro para profissionais da equipe de saúde.	Os instrumentos adaptados para a cultura brasileira, apresentaram confiabilidade, estabilidade e boa consistência interna com potencial para ser utilizado na prática clínica pediátrica.
Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada	Pacheco STA, Rodrigues MRD, Dionísio MCR, Machado ACC, Coutinho KAA, Gomes APR 2013	Revisar a literatura sobre o reconhecimento pela enfermagem da importância do CCF, no contexto da criança hospitalizada.	O CCF qualifica a assistência à criança hospitalizada e sua implantação requer instrumentalização e sensibilização dos profissionais desde a sua formação.

TÍTULO	AUTORES/ANO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
Cuidado Centrado na Família em Pediatria: Redefinindo relacionamentos	Cruz AC, Angelo M. 2011	Apresentar e desencadear reflexões acerca do CCF na pediatria e demonstrar que esse modelo assistencial pode ser aplicado na prática da enfermagem.	O modelo proposto pelo CCF não vai de encontro ao realizado na prática brasileira tradicionalmente, o que dificulta sua implementação. O CCF demanda uma mudança de orientação dos serviços de saúde e de comportamento dos profissionais brasileiros.
Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica	Pinto JP, Ribeiro CA, MM Pettengill, Balieiro MMFG. 2010	Descrever a origem do termo cuidado centrado na família, refletir sobre a sua relação com a enfermagem e sobre a sua aplicação na pediatria.	Para atender à proposta do CCF, há necessidade de ampliar a inclusão e atualização dos conteúdos referentes à família nos cursos de graduação e nos serviços de educação continuada
O enfermeiro de terapia intensiva e o Cuidado Centrado na Família: uma proposta de sensibilização	Dezorzi, L.W.; Camponogara, S.; Vieira, D.F.V.B. 2002	Sensibilizar os enfermeiros de uma UTI sobre a importância de planejar o cuidado ao cliente crítico em parceria com ele e sua família, com a meta de ampliar a humanização.	O estudo demonstrou a possibilidade da classe de enfermagem disposta à transformação.
Prática centrada no cliente na reabilitação: definição, instrumentos e desafios	Vaz DV, Jubilini LG, Queiroz LC. 2017	Identificar os fundamentos e registrar os resultados da PCC, descrever os instrumentos e as principais dificuldades e benefícios da PCC.	A PCC é uma abordagem clínica colaborativa e empoderadora do paciente, que o reconhece no centro do processo decisório, aumentando a adequação do cuidado.

TÍTULO	AUTORES/ANO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
Cuidado Centrado na Família no contexto da criança com deficiência e sua família: Uma análise reflexiva	Barbosa, MAM; Balieiro, MMFG; Pettengill, MAM. 2012	Realizar uma reflexão teórico-filosófica sobre a perspectiva do CCF e a prática da equipe de saúde no cuidado à criança deficiente e sua família.	O CCF revela-se como perspectiva persistente a ser utilizada, pois promove o empoderamento da família da criança com deficiência.
Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada	Gomes, GC; Erdmann, AL; Busanello, J. 2010	Apresentar uma discussão acerca da inserção da família no cuidado à criança hospitalizada	Atender às necessidades da família e elaborar estratégias para melhor fazê-lo, contribui para proporcionar para a criança um cuidado de melhor qualidade e mais efetivo.
As práticas do cuidado centrado na família na perspectiva do enfermeiro da unidade neonatal	Corrêa, AR; Andrade, AC; Manzo, BF; Couto, DL; Duarte, ED. 2015	Apreender as práticas do CCF no cuidado do recém-nascido hospitalizado que têm sido incorporadas pelos enfermeiros.	A aplicabilidade do CCF é erroneamente compreendida, e retrata o despreparo dos profissionais em lidar com a família como corresponsável no processo de saúde doença da criança hospitalizada.
A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal	Molina, RCM; Fonseca EL; Waidman, MAP; Marcon, SS. 2009	Compreender como as famílias percebem a própria presença na UTI pediátrica, e a sua aceitação por parte dos profissionais de saúde.	Novos estudos deverão ser realizados junto à família da criança hospitalizada, com o intuito de valorizar suas expectativas e opinião quanto à oportunidade de permanecer junto ao filho durante a internação

Fonte: Elaborado pelas autoras.

4 DISCUSSÃO

Essa revisão narrativa teve como um dos objetivos verificar os resultados de como o Cuidado Centrado na Família é realizado na assistência à saúde nos três níveis de assistência a saúde e na reabilitação da criança no Brasil. Nenhum serviço de saúde brasileiro apresentou todos os princípios teóricos pré-estabelecidos pelo CCF, no entanto pode-se observar que existem alguns serviços que se aproximam a essa prática.

Na atenção básica, o programa de saúde pública que mais se aproximam dos ideais do cuidado centrado na família e no paciente é o Programa de Saúde da Família (PSF). PSF teve início em 1991 quando o Ministério da Saúde implementou o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna no Brasil, principalmente nas regiões norte e nordeste. Após o sucesso da implementação do PACS, o Ministério da Saúde percebeu a relevância dos agentes de saúde dentro das comunidades, bem como a importância da família como unidade de ação programática da saúde. O programa então passou a ser referência de promoção, prevenção e recuperação da saúde em território nacional (ROSA; LABATE, 2005).

No âmbito hospitalar, a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso . Método Canguru (AHRNBP-MC) merece destaque no cenário brasileiro e também se aproxima das práticas do CCF. Criada em 1978 na Colômbia, na circunstância de superlotação de recém-nascidos de baixo peso e elevada taxa de mortalidade por infecção cruzada aliada à falta de recursos tecnológicos, foi normatizada em 1999 pelo Ministério da Saúde brasileiro. Diferentemente da Colômbia, no Brasil, o método surgiu como uma alternativa para uma mudança institucional na busca de atenção à saúde centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família (BRASIL, 2001; AHRNBP, HENNING *et al.*, 2010)

Segundo Henning (2010), a AHRNBP-MC preconiza a importância da orientação e participação da família nos cuidados do recém-nascido dentro do ambiente hospitalar. A permanência da mãe dentro da unidade de internação é assegurada, o que favorece o contato pele a pele entre mãe e bebê

melhorando o prognóstico do recém-nascido de baixo peso. Além disso, a AHRNBP-MC é responsável por reconhecer gestantes que serão potencialmente mães de recém-nascidos de baixo peso, e orientá-las previamente sobre os cuidados a serem tomados. Convém também, observar a evolução motora e psicológica do recém-nascido, bem como identificar a necessidade de um acompanhamento especializado (HENNING *et al.*, 2010).

A implementação do PSF, na assistência básica, e do AHRNBP-MC, na assistência hospitalar, evidenciam a preocupação em promover o cuidado mais humanizado e que inclua de uma forma mais efetiva a família no contexto do cuidado com a saúde da população brasileira. No entanto, como mencionado anteriormente, estes não são modelos assistencialistas fidedignos a todos os princípios do CCF. Neste caso, apesar da atenção ser voltada para a família e suas necessidades, as famílias não são constantemente ouvidas dentro das suas particularidades, ao invés disso são atendidas dentro do protocolo assistencial já pré-estabelecido.

No âmbito ambulatorial e de reabilitação da criança no Brasil, a Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação apresenta um modelo mais humanizado e que se aproxima a abordagem da CCF. Na reabilitação infantil, é primordial que os pais e demais familiares disponham de conhecimento e oportunidade de discutir com o fisioterapeuta sobre os desfechos da intervenção do seu filho, bem como opinar acerca do tratamento a ser utilizado objetivando sempre o melhor para a criança e sua família. Dentre os princípios gerais instituídos pela Rede SARAH de Hospitais, os que mais se assemelham aos preconizados pelo CCF são os de: ~~%~~ entender o ser humano como sujeito da ação e não como objeto sobre o qual se aplicam técnicas+; ~~%~~ trabalhar para que cada pessoa seja tratada com base no seu potencial e não nas suas dificuldades+; ~~%~~ transformar cada pessoa em agente de sua própria saúde+. No cuidado da criança, foram descritos 5 fundamentos específicos. São eles: ~~%~~ criar um programa individualizado apropriado ao estágio de desenvolvimento específico da criança, que seja lúdico, usando materiais simples e integrando atividades de diferentes especialidades em uma mesma tarefa para facilitar a aprendizagem+; ~~%~~ desenvolver um programa fundamentado em objetivos viáveis e realistas, baseado no prognóstico motor, neuropsicológico e na capacidade de comunicação de cada criança+; ~~%~~ garantir a integração da família, da criança e

dos membros da equipe de reabilitação; contextualizar o programa do desenvolvimento e integrar a criança ou o adolescente à comunidade; dar suporte à família com grupos de apoio e reuniões informativas sobre o problema da criança+(WILLADINO; JUNIOR, 2000).

Desde o início do tratamento da criança na Rede SARAH de Hospitais, as mães participam de modo efetivo dos atendimentos. Elas são instruídas a respeito das atividades propostas, do planejamento dos atendimentos e recebem uma preparação sobre o cuidado com seu filho. É ofertado para as mães dos pacientes uma cartilha com os exercícios domiciliares que podem ser realizados com a criança, com imagens e textos claros e de fácil compreensão. Além disso, a mãe realiza diversas atividades juntamente com o terapeuta, o que proporciona troca de conhecimento e instrução sobre a condição de saúde e prognóstico da criança. Isso possibilita o esclarecimento de possíveis dúvidas sobre o manuseio da criança e agrega segurança, tanto para a mãe no momento de realizar o exercício sem supervisão, quanto para a criança ao ser manuseada. Cabe ressaltar que apesar de ser um modelo que se aproxima ao Cuidado Centrado na Família, não há pretensão de seguir os princípios teóricos do CCF.

Decorrida a análise dos artigos, percebe-se que uma quantidade considerável se refere exclusivamente à prática da enfermagem. Isso pode ser atribuído ao fato de que os profissionais da enfermagem possuem enraizado na história da profissão o contato com os familiares, visto que, a princípio, o atendimento era domiciliar, juntamente com a família (PINTO, 2009). Além disso, atualmente o corpo de conhecimento familiar dos profissionais da enfermagem, vem crescendo o que estimula a elaboração de estudos acerca do tema do cuidado centrado na família (BARBIERI-FIGUEIREDO, 2015). Ainda que uma parcela dos enfermeiros tenha relatado desconhecer o Cuidado Centrado na Família como um método de abordagem do paciente, é fato que, usualmente, dentro da equipe de saúde, são os profissionais da enfermagem que possuem mais contato com a família do paciente. Reiteradamente, são atribuídos aos enfermeiros cuidados mais íntimos e que requerem auxílio da família, o que favorece a aproximação entre eles. Esse fator também reflete na aceitação da implementação do CCF quando comparados aos demais profissionais, visto que o enfermeiro aceita melhor a presença do familiar e

reconhece com mais facilidade a sua presença no ambiente hospitalar. Além disso, dentro da estrutura de saúde do Brasil, os profissionais que estão em maior quantidade dentro das equipes são os enfermeiros (BARRETO *et al.*, 2017).

Essa revisão narrativa também teve como objetivo verificar os benefícios da CCF, os obstáculos e barreiras para sua implementação na realidade brasileira. Como benefícios da CCF, pode-se verificar que a abordagem estimula o conhecimento e o respeito das influências socioculturais do paciente e de sua família, bem como explora suas qualidades e força como grupo familiar (MCALVIN; CAREW-LYONS, 2014). Trata-se de um modelo capaz de estreitar os vínculos entre a família, a criança e a equipe multiprofissional, embasados no respeito, na empatia e na veracidade (SILVA TON *et al.*, 2015). Essas atitudes possibilitam melhor relação entre a oferta de informações por parte da equipe e a receptividade da família (MCALVIN; CAREW-LYONS, 2014). Estudos realizados na França mostraram que os familiares que acompanharam alguns procedimentos, como a manobra de ressuscitação cardiorrespiratória, demonstraram repercussões psicológicas positivas, bem como reduziram as críticas negativas diante da atuação dos profissionais no procedimento. Ademais, observou-se também melhora na recuperação do luto complicado no período de um ano (JABRE *et al.*, 2013).

No estudo realizado por Litchfield e MacDaugall (2002), fisioterapeutas listaram diversos benefícios diante da prática do CCF. O ganho de confiança da parentela, o estreitamento das relações entre o profissional e a família e o maior envolvimento e interesse do familiar na abordagem terapêutica foram os primeiros a serem elencados. A facilidade de estabelecer metas também foi um benefício apontado pela equipe de fisioterapeutas entrevistados. As metas, dentro da conduta fisioterapêutica, atuam como objetivos na escala de prioridade a serem alcançados. Quando estabelecidas juntamente com a família, podem ser alcançados melhores resultados, em virtude de serem os indivíduos mais próximos do paciente e compreenderem o que é mais importante para ele.

Outro benefício abordado pela equipe de saúde, considerando o grau de dificuldade que algumas famílias enfrentam com os deslocamentos, é o fato da família permanecer alojada nas dependências do hospital. Permanecer no

hospital por um tempo mais prolongado, dentro de alojamentos preparados para recebê-los, gera um conforto para os familiares e permite que a carga estressante que recai sobre eles seja menor. A família do paciente se sentindo acolhida, segura e bem preparada para lidar com o doente, apesar de toda a fragilidade que uma internação impõe, faz com que o convívio com a equipe seja harmonioso e promissor. Além disso, a estadia da família dentro do ambiente hospitalar possibilita a divisão de tarefas e responsabilidades que envolvem o cuidado do ente, o que gera maior eficácia da abordagem terapêutica. Ademais, a oportunidade de visualizar a dinâmica da família e contatar com mais indivíduos que estão inseridos no contexto da criança, auxilia a compreensão de todas as características que a abrangem (família, contexto socioeconômico, influências culturais). Essas particularidades quando inseridas no cuidado, garantem que o atendimento seja voltado exclusivamente para aquele paciente, dentro do melhor que a equipe multiprofissional pode oferecer. Inteirar-se globalmente acerca da criança, proporciona de maneira favorável a melhor compreensão das suas necessidades psicomotoras e da demanda afetiva dos familiares (COLLET, 1995).

O CCF proporciona maior satisfação, autonomia e segurança para o cliente, para a família e para a equipe de saúde (JOHNSON *et al.*, 2009). A confiança e a satisfação são grandes influenciadores na execução do trabalho profissional, as quais refletem na redução dos erros durante os procedimentos, como já documentado na literatura. A presença da família e o acompanhamento contínuo também favorece a redução das falhas, pois diminui a negligência ocasionada pela sobrecarga de trabalho segundo enfermeiros do estudo realizado por Corrêa e colaboradores (2015). A redução dos erros implica em menor tempo de internação e reduz a probabilidade da reinternação (BALBINO *et al.*, 2016) (BEHESHTIPOOR *et al.*, 2013). Com a diminuição no número de dias hospitalizados, os hospitais terão maior liberação de leitos e capacidade de rotatividade, além da redução de procedimentos desnecessários, o que contribui para o corte de gastos, ambos correspondentes a problemas graves de saúde pública no Brasil. Conjuntamente, há a diminuição da necessidade de cuidados institucionais, como os de longa permanência, dado que, a presença da família de modo

integral e efetivo durante os cuidados com o ente, acarreta em melhoria do desempenho e segurança na tutela deste (ELSEN, 2000)

Apesar de todos os benefícios descritos, dentro da literatura encontrada são retratados obstáculos e barreiras para implementação dessa prática de forma efetiva e integral. No estudo realizado por Litchfield e Macdougall (2002) os fisioterapeutas que trabalham embasados pelos princípios do CCF alegaram receio em perder a credibilidade profissional tanto em relação à família quanto a outros fisioterapeutas. A respeito da família, o dilema está na apreensão ao delegar grande parte do poder de decisão a esta, de forma que o profissional de saúde fique à margem dos desfechos do tratamento. No que concerne à insegurança diante de outros profissionais, o obstáculo é a descaracterização da imagem do profissional da saúde que usualmente é visto como grande responsável por todos os fatores que permeiam os cuidados com a saúde. Logo, aquele que opta por realizar o cuidado centrado na família pode ser visto como um profissional menos capacitado para lidar com as atribuições impostas pela profissão ao abrir mão de algumas responsabilidades a favor da família. A insegurança vivenciada pelos profissionais de saúde pode estar atribuída ao despreparo e à insciência diante dessa abordagem (BAMM; ROSENBAUM, 2008).

Ainda na perspectiva dos profissionais de saúde, a falta de conhecimentos dos pais acerca das complicações e do prognóstico das patologias pode dificultar o funcionamento do CCF. Diante das peculiaridades de cada patologia, é necessário um embasamento teórico para nortear as escolhas mais adequadas e traçar objetivos mais concretos (BARRETO *et al.*, 2017). A confluência entre os papéis desempenhados pelos profissionais de saúde e da família em prol do bem-estar do paciente, pode resultar em embate, visto que, ao contrário dos familiares, os profissionais da saúde possuem bagagem teórica. Desconhecer o prognóstico e as limitações de cada patologia, pode gerar dificuldade em estabelecer os objetivos, visto que os anseios da parentela frequentemente extrapolam os limites impostos pela doença. Para minimizar a insciência dos familiares acerca da patologia, é fundamental que a equipe multiprofissional informe a família e o paciente sobre a doença em todos os seus aspectos, de uma forma completa e clara.

Na realidade brasileira, os profissionais limitaram o CCF à humanização do cuidado, que consideraram meramente a garantia da presença dos pais em unidades de CTI (SAMPAIO *et al.*, 2017) e que atribuíram à família unicamente a mão de obra dos cuidados mais simples da criança (PACHECO *et al.*, 2013). Em suma, restringiram a abordagem a somente uma característica que compõe o modelo. Os profissionais são extremamente técnicos, competitivos e vistos como detentores do conhecimento e norteadores da intervenção (CORRÊA *et al.*, 2015). A preparação para a inclusão da família no cuidado não é eficiente e os profissionais tampouco sabem a real importância de tal inclusão. Para modificar essa mentalidade e esse comportamento, seria eficiente a realização de cursos de reciclagem capazes de expor e esclarecer os princípios do CCF. Isso se faz necessário, visto que, grande parte dos profissionais relataram carência em uma formação com foco no paciente e na humanização do cuidado (PACHECO *et al.*, 2013).

Ainda no contexto brasileiro, o espaço físico atual, os elevados fluxo e rotatividade de pacientes e o perfil sociocultural da população atendida nos hospitais brasileiros, foram apontados como empecilho para a prática do CCF (BARRETO *et al.*, 2017). Em termos de estrutura física, os espaços destinados aos serviços de saúde geralmente são limitados quanto às dimensões e quanto ao número de leitos disponíveis. Na conjuntura brasileira, a demanda é muito maior do que a capacidade ideal de acomodação dos pacientes. Sendo assim, os serviços de saúde lidam com a superlotação, a rotatividade elevada, e a escassez de recursos, o que na maioria das vezes, inviabiliza alocar os familiares dentro desse contexto. Além disso, acomodar a família dos pacientes gera um custo adicional para as instituições governamentais, já que a permanência dos entes envolve maior gasto com alimentação, requer maior espaço físico e uma estrutura capaz de proporcionar conforto e bem-estar para todos os envolvidos. Sendo assim, seria necessária uma reformulação dos planos de recursos destinados à saúde, para que ocorra uma transformação estrutural, organizativa e formativa em todo sistema de saúde. No entanto, a longo prazo, a redução do tempo de internação do doente implicará em uma cascata de benefícios tais como a minimização dos impactos psicológicos e a redução do número de reinternações. Sendo assim, provavelmente, os custos seriam amenizados e seria obtida uma relação custo benefício favorável. No

entanto, estudos com esse propósito serão necessários para verificar tais benefícios.

Um outro fator limitante para a eficácia do CCF é o perfil socioeconômico e cultural da população brasileira (BARRETO *et al.*, 2017). Destarte, evidencia-se ainda mais a necessidade das campanhas de conscientização sobre saúde e investimento na educação da população brasileira, para que assim, os brasileiros sejam capazes de assumir o próprio cuidado e tomar decisões sensatas acerca da saúde dos seus familiares. A percepção da família no envolvimento do cuidado com o doente depende de vários fatores, dentre eles, o papel desempenhado pela pessoa doente, as implicações que o impacto da doença causa na parentela e o modo como a família se organiza durante o período da doença. Diante disso, podem surgir diferentes tipos de percepção acerca do CCF, algumas famílias sentem-se mais tranquilas quando podem permanecer junto ao filho, pois reconhecem que sua presença, seu apoio e carinho são essenciais para a recuperação da criança. Entretanto, outras famílias ainda acreditam que a permanência junto ao filho em ambientes como UTI pode ser maléfica, pois frequentemente eles não se sentem emocionalmente equilibrados e podem transmitir medo e insegurança, interferindo negativamente na recuperação da criança. Portanto, a particularidade do enfrentamento familiar pode atuar como uma barreira ao fornecer mais resistência à implementação de um cuidado que objetiva mais independência (MOLINA *et al.*, 2009)

5 CONCLUSÃO

A prática do cuidado centrada no cliente e na família traz benefícios para os pacientes, para os familiares e para a equipe hospitalar. Atualmente, o Brasil passa por uma situação crítica na saúde diante da falta de recursos financeiros e da superlotação dos hospitais associada à baixa rotatividade. Mesmo diante desse cenário, é perceptível que o país tem buscado alternativas em um cuidado mais humanizado, haja vista a implementação do PSF, do Método Mãe Canguru e do Método SARAH de Reabilitação, sendo este referência no cuidado da criança no contexto da reabilitação que nomeadamente trouxeram bons resultados desde a sua adoção, ainda que não atendam aos princípios do Cuidado Centrado na Família.

A partir da leitura dos artigos selecionados, principalmente aqueles que trouxeram especificamente a opinião dos profissionais de saúde, percebe-se que a maioria dos profissionais possui um conhecimento superficial e dedutivo acerca do Cuidado Centrado na Família. Os profissionais, em sua maioria, reconhecem a necessidade da família dentro do ambiente hospitalar e estabelecem uma ligação com o cuidado humanizado. Diante dos princípios do CCF abordados, fica evidente que essa modalidade de cuidado precisa ser melhor esclarecida a nível teórico e prático.

Na literatura estrangeira é possível perceber que o cuidado centrado na família está consolidado e os profissionais apresentam pontos de vista diferentes dos relatados pelos profissionais brasileiros. Isso pode estar relacionado ao fato de que nesses países o CCF já está sendo praticado há mais tempo e sua teoria está integralmente difundida, além de fatores socioeconômicos. Sendo assim, os profissionais de saúde se sentem mais familiarizados e confiantes diante desse tipo de abordagem.

Portanto para implementar o Cuidado Centrado na Família no Brasil, é necessário a mudança de paradigmas em todos os níveis de atenção à saúde e dentro das famílias. Essa mudança requer investimento financeiro em infraestrutura e educação, tanto para os profissionais ligados à rede de saúde quanto para os familiares e pacientes. Modificar uma estrutura historicamente consolidada requer tempo dos envolvidos e demanda estudo e organização.

O CCF possibilita além do cuidado mais humanizado, seguro e eficiente,

a redução do tempo de internação do doente, o que implica em uma cascata de benefícios como a redução do impacto psicológico e das reinternações. Além disso, permite que a equipe de saúde compartilhe a responsabilidade e o cuidado entre o profissional e os principais interessados que são o cliente e sua família. É dada ao familiar a capacidade de decidir de forma consciente e autônoma e é atribuída à equipe a função de atender aos objetivos da família e os conduzir acerca das opções. O trabalho dividido entre os profissionais da equipe multiprofissional e os familiares torna mais eficiente a tomada de decisões ao garantir a capacitação e habilidade ao familiar no cuidado.

Especificamente para os fisioterapeutas, o CCF proporciona uma aproximação ainda maior com a família. É extremamente importante para o paciente ter suas metas alcançadas dentro da própria funcionalidade. Um cuidado mais humanizado e individualizado, dentro do que o CCF propõe, facilita a explanação dos objetivos trazidos pelo paciente, possibilita o diálogo com o terapeuta de uma forma mais clara, aumenta a auto eficácia da família durante o cuidado e torna as condutas mais coesas aumentando o sucesso da intervenção.

Portanto, o CCF pode ser uma solução para suprir algumas lacunas existentes na saúde no Brasil. O modelo possui potencial para elevar a qualidade do serviço prestado à população e ao mesmo tempo reduzir a carga e o estresse do ambiente de trabalho. Por ser uma abordagem pouco conhecida, é necessário que mais estudos que retratem a realidade brasileira sejam executados, para que o conhecimento teórico seja melhor difundido e aos poucos a prática seja implementada dentro dos ambientes de saúde, mediante preparação destes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. C. R; BEZERRA, I. C. D. H; CUNHA. B. L. O. M. O programa de saúde da família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiro. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-349, mar. 20.

BAMM, E. L; ROSENBAUM, P. Family-centered theory: Origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.89, n.8, p.1618. 1624, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.12.034>>

BALBINO. F.S; BALIEIRO, M.M; MANDETTA, M.A. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. **Rev LatinoAm Enfermagem.**, v.24, n.1, e2753, 2016. doi: [http:// dx.doi.org/10.1186/1676-1875-24-1-2753](http://dx.doi.org/10.1186/1676-1875-24-1-2753)

BARBIERI-FIGUEIREDO, Maria do Céu Aguiar. Cuidados centrados na família: do discurso à prática. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo , v. 28, n. 6, p. 3-4, Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500083>.

BARRETO, M. S. *et al.* Family centered care in emergency departments: perception of brazilian nurses and doctors. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.1-7, fev. 2017. GN1 Genesis Network.

BEHESHTIPOOR, N; *et al.* The effect of family-based empowerment program on the weight and length of hospital stay of preterm infants in the neonatal intensive care unit. **Galen Med J** [Internet]. v.2, n.3, p.114-9, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normatização do método Mãe-Canguru**. Brasília: MS, 2001.

COLLET, N. **Transformações no ensino das técnicas em enfermagem pediátrica** [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1995.

CORRÊA, Allana Reis *et al.* The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.629-634, dez. 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150084>.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, 2011.

DEZORZI, L, W; CAMPONOGARA, S; VIEIRA, D, F, V, B. O enfermeiro de terapia intensiva e o cuidado centrado na família : uma proposta de sensibilização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 84-102, jan. 2002.

ELSEN, I. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. *In*: SCHIMITZ EM. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 169-79.

ESPE-SHERWINDT, M. Family-centred practice: Collaboration, competency

and evidence. **Support for Learning**, v. 23, n. 3, p. 136. 143, 2008.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2005.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L.; BUSANELLO, J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado da criança hospitalizada. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 143. 147, 2010.

HENNIG, M. A. S; GOMES, M, A, S, M; MORSCH, D, S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 835-852, 2010 .

JABRE P; *et al.* Family presence during cardiopulmonary resuscitation. **N Engl J Med** [Internet]. v.368, n.11, p.1008-18, 2013. doi: 10.1056/NEJMoa1203366

JOHNSON, B, H; ABRAHAM, M, R; SHELTON, T, L. Patient-and Family-Centered Care: Partnerships for Quality and Safety. **NC Med J**. v.70, n.2, p.125-30, 2009.

LITCHFIELD, R.; MACDOUGALL, C. Professional issues for physiotherapists in family-centred and community-based settings. **Australian Journal of Physiotherapy**, v. 48, n. 2, p. 105. 112, 2002.

MCALVIN, S, S; CAREW, L, A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. **Am J Crit Care** [Internet]. v.23, n.6, p.477-85, 2014. doi: 10.4037/ ajcc2014922.

MOLINA, R. C. M. *et al.* A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 630. 638, 2009.

PALOKAS, J. M. *et al.* Institute for family-centered care 7900. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 26, n. 4, p. 421. 427, 2015.

PACHECO, S, T, A. *et al.* Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada [Family-centered care: nursing application in the context of the hospitalized child]. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 106-112, jun. 2013.

PINTO, J, P; *et al.* Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 132-135, Feb. 2010.

ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027. 1034, 2005.

ROSENBAUM, P., KING, S., LAW, M., KING, G., & EVANS, J. Family-Centred Service, a conceptual framework and research review. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v.18, n.1, p.1. 20, 1998.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. **Nossos princípios**. Disponível em: <<http://www.sarah.br/a-rede-sarah/nossos-principios/>>. Acesso

em: 20 abr. 2017.

SAMPAIO, A. A. *et al.* Cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais. **Revista Rene**, São paulo, v. 18, n. 4, p. 515-520, jul./ago. 20

SILVA, T; *et al.* Shields L. Cross-cultural adaptation of an instrument to measure the family-centered care. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.2, p.107-12, 2015.

VAZ D, V, *et al.* Prática Centrada na Reabilitação. **Revista de Terapia Ocupacional USP**, São Paulo. v.28, n.1, p.1-6, 2017.

WILKINS, A. *et al.* Evaluation of the processes of family-centred care for young children with intellectual disability in Western Australia. **Child: Care, Health and Development**, v. 36, n. 5, p. 709. 718, 2010.

WILLADINO, L, B; JUNIOR, A, C, Paz. **Método SARAH reabilitação baseada na família e no contexto da criança com lesão cerebral**. [S.l.]: SANTOS, 2000.

