

Introdução

Nas últimas décadas, autores vêm discutindo amplamente a importância da participação da família no cuidado ao paciente, apontando para a necessidade de atendê-la no contexto da hospitalização, com suporte da equipe de saúde, fundamentado em um modelo de cuidado que traga benefícios físicos e emocionais para ambos⁽¹⁻²⁾.

O Modelo do Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF) tem sido proposto como uma abordagem inovadora para o planejamento, prestação e avaliação de saúde, regido mutuamente pela parceria entre os prestadores de cuidados de saúde, pacientes e famílias. Pode ser aplicado a pacientes de todas as idades e praticado em qualquer estabelecimento de saúde⁽²⁻³⁾.

No contexto neonatal, estudos apontam que o CCPF está se tornando padrão de atendimento no mundo, em que a família é compreendida como fonte primária de força e apoio do recém-nascido (RN)⁽⁴⁻⁵⁾. Essa perspectiva de cuidado incorpora conceitos como o acesso irrestrito ao filho, o respeito, a informação, a escolha, flexibilidade de atendimento, autonomia dos sujeitos envolvidos, colaboração e apoio em todos os níveis de prestação de serviços⁽⁵⁾.

Os benefícios que têm sido demonstrados sobre o CCPF se referem à melhoria da saúde e bem-estar do RN e de sua família, traduzidos em: maior satisfação⁽⁶⁾, eficácia, acesso e comunicação⁽⁷⁾; diminuição do tempo de internação do RN e de reinternações⁽⁸⁾; redução do estresse parental e elevação da autoconfiança dos pais após a alta⁽⁹⁾; maior adesão ao cuidado canguru e cuidado desenvolvimental⁽¹⁰⁾; fortalecimento do vínculo RN e família, aumento na taxa de amamentação com melhores resultados da saúde mental em longo prazo e maior satisfação da equipe de saúde no cuidado⁽⁴⁾. No entanto, esses benefícios não apresentam fortes evidências para recomendações, justificando a necessidade de estudos clínicos.

Em unidades neonatais brasileiras existe uma constante reivindicação dos pais para participar do cuidado de seus filhos, aliado às dificuldades relacionais com que se deparam nas interações com a equipe multiprofissional, revelando que a filosofia do CCPF ainda não é uma realidade na maioria dessas instituições⁽¹¹⁾.

A promoção de mudança na cultura organizacional exige resignificação de crenças, valores e atitudes dos profissionais envolvidos⁽¹²⁾. Trata-se de um processo mais lento em ambientes de cuidados críticos, porque muitos profissionais que atuam nesse contexto são atraídos pela tecnologia dura (entendida como equipamentos), e o ritmo de atendimento é centrado na doença e não na tecnologia leve dos relacionamentos⁽³⁾.

Desta forma torna-se necessário que os profissionais ampliem o foco do cuidado, de uma abordagem centrada na doença para uma que inclua a família, contemplando os elementos essenciais do CCPF; modificando atitudes, crenças e valores profissionais que restringem o acesso e a participação da família nesse ambiente, reconhecendo a vulnerabilidade e o sofrimento da família, assim como suas potencialidades e seu papel central e permanente na vida da criança^(2,5).

Questiona-se se a implementação do Modelo do CCPF em unidade neonatal pode contribuir para uma mudança na cultura dos profissionais, evidenciada por percepção mais positiva da família e dos profissionais de saúde, quanto aos elementos centrais desse modelo de cuidado e se contribui para a redução do estresse parental.

O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da implementação do Modelo do Cuidado Centrado no Paciente e Família na percepção de pais e de profissionais de saúde e no estresse parental.

Método

Trata-se de um estudo quase experimental com grupos não equivalentes para avaliação dos efeitos da implementação do CCPF na percepção de pais; e com grupos equivalentes para a avaliação da percepção de profissionais de saúde.

O local da pesquisa foi uma unidade neonatal de um hospital universitário do município de São Paulo. Esta unidade é referência no atendimento a recém-nascidos de alto risco e malformados, conta com profissionais especializados, bem como recursos tecnológicos para atender às necessidades dessa população específica.

A amostra de pais foi constituída por 132 representantes de famílias, podendo ser pai ou mãe ou ambos, divididos em grupos independentes, sendo 66 na fase pré-intervenção e 66 pós-intervenção. Ressalta-se que no grupo de pais, a amostra não equivalente justificou-se pela rotatividade dos pacientes na unidade neonatal no período de coleta de dados, cuja variação foi de cinco meses.

A partir de uma população de 77 profissionais, a amostra consistiu de 57 membros da equipe de saúde.

O critério de inclusão adotado para os representantes de família foi ser pai ou mãe de um recém-nascido internado há, no mínimo, 72 horas. Para os profissionais de saúde, os critérios foram: ter nível superior e estar desenvolvendo atividades assistenciais há pelo menos um (1) ano na unidade.

Os critérios de exclusão foram pai ou mãe de recém-nascido em fase final de vida e profissionais da

equipe de saúde em férias ou afastamento no período da coleta de dados.

O projeto atendeu aos princípios da Resolução nº 466/12. Desta forma, o programa iniciou-se com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, processo Nº 042/11.

A intervenção: o Programa de Implementação do Modelo do Cuidado Centrado no Paciente e Família na Unidade Neonatal (PIMCCPF-UN).

O PIMCCPF-UN foi composto para conduzir a mudança na cultura organizacional, favorecendo a inclusão da família neste contexto. Para a sua execução foram utilizadas as fases da Teoria da Mudança Planejada⁽¹³⁾.

A primeira, denominada *de descongelamento*, foi conduzida com a pactuação da mudança com os coordenadores da unidade neonatal, seguida de uma palestra, envolvendo todos os profissionais da referida unidade (dois meses).

A segunda fase, *passagem para o novo*, constituiu-se da elaboração de um guia de melhores práticas com a família em unidade neonatal, contendo a filosofia e as diretrizes relacionadas às ações: (a) abertura da unidade aos pais nas 24 horas; (b) entrada de outros membros da família (Irmãos, avós e pessoas de significativas para os pais); (c) participação dos pais nos cuidados; (d) oferta de informação compartilhada; (e) acolhimento da família em situações de perdas e luto; (f) mediação de conflitos entre pais e equipe; (g) participação dos pais nas tomadas de decisão relativas aos cuidados do RN. Além da capacitação da equipe multiprofissional para o acolhimento da família na unidade neonatal contemplando os pressupostos da filosofia do CCPF que preconiza o atendimento individualizado, com respeito e valorização da perspectiva da família (três meses).

A última, denominada *fase de recongelamento*, foi realizada em dois momentos: (1) internalização do novo, quando o guia de melhores práticas com a família foi colocado em prática a partir de julho de 2013 e (2) avaliação do programa por meio de aplicação de instrumentos de medida, após três meses de sua implementação.

Coleta de dados

Para a avaliação do efeito da intervenção foram definidas como variáveis de estudo a percepção da família e da equipe sobre o CCPF e o nível de estresse parental.

A percepção do CCPF foi avaliada por meio da aplicação de dois instrumentos de medida, denominados Percepção do Cuidado Centrado na

Família-Pais (PCCF-P) versão brasileira e Percepção do Cuidado Centrado na Família-Equipe (PCCF-E) versão brasileira⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Compostos por 20 questões distribuídas em três domínios: respeito, colaboração e apoio. O domínio *respeito* inclui seis itens que reconhecem os direitos da família no hospital. O domínio, *colaboração*, reflete o reconhecimento do papel dos pais na parceria do cuidado do seu filho e compreende nove itens. O domínio, *suporte*, inclui cinco itens relativos a maneira como os profissionais da equipe de saúde oferecem suporte à família. As respostas para cada pergunta variam em escala do tipo *Likert* com quatro opções: nunca, algumas vezes, geralmente e sempre; com pontuação de 0 a 3⁽¹⁴⁾.

O nível de estresse parental foi medido pela escala *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)* adaptada a língua portuguesa brasileira⁽¹⁶⁾, composta de 26 itens distribuídos em três subescalas "sons e imagens", "aparência e comportamento do bebê" e "alteração do papel de pai/mãe". Os pais indicam em uma escala do tipo *Likert* que apresenta pontuação entre 1 e 5, se experimentaram estresse nos itens da escala. A pontuação "1" refere-se a não estressante, "2" um pouco estressante, "3" moderadamente estressante, "4" muito estressante e "5" extremamente estressante⁽¹⁶⁾.

A avaliação das respostas do instrumento *PSS:NICU* pode ser feita pela Métrica 1 ou o Nível de Ocorrência de Estresse que corresponde ao nível de estresse em que a situação ocorre; e pela Métrica 2 ou Nível Geral de Estresse, referente ao nível geral de estresse do ambiente⁽¹⁷⁾.

As variáveis relacionadas aos pais compreenderam perfil sociodemográfico, distância e tempo para chegar ao hospital e experiência com a internação da criança e apoio social. Quanto às relacionadas aos profissionais da equipe foram sexo, idade, nível educacional, unidade de atuação e titulação; e as neonatais foram tempo de internação, idade e diagnóstico.

Os dados foram coletados pré-intervenção e três meses pós-intervenção (implementação do PIMCCPF).

Análise dos dados

A análise das variáveis categóricas foi realizada por meio de frequências absoluta (n) e relativas (%), e as numéricas, por média, mediana, quartis e desvio-padrão. Para a análise da percepção do CCPF pelos pais e identificação da mudança no nível de estresse parental no período pré e pós-intervenção, foi utilizada a técnica estatística *Mann-Whitney*, por se tratar de grupos não equivalentes. Para a análise da percepção dos profissionais da equipe de saúde pré e pós-intervenção, foi usado o teste de *Wilcoxon*, por se

tratar de comparação entre os próprios participantes. As associações entre as variáveis demográficas e a percepção dos pais e profissionais de saúde sobre os itens dos PCCF-P e PCCF-E versão brasileira foram analisadas pelo *Teste Exato de Fisher*.

Resultados

Os pais apresentam características semelhantes na pré-intervenção e pós-intervenção, conforme apresentado na Tabela 1. Constata-se a predominância do gênero feminino e a faixa etária entre 31 a 45 anos, com ensino médio incompleto. Esses pais gastam em média de 1 e 2 horas para se deslocarem ao hospital. Observa-se que são famílias que possuem um filho sob cuidado parental e nunca tiveram experiência com internação de outras crianças no grupo familiar.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos pais dos recém-nascidos internados na unidade neonatal. São Paulo, SP, Brasil, 2013 (N=132)

Variáveis	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	n	%	n	%
Gênero				
Feminino	40	60,6	44	66,7
Masculino	26	39,4	22	33,3
Faixa Etária				
16 a 20 anos	8	12,1	7	10,6
21 a 25 anos	10	15,2	15	22,7
26 a 30 anos	16	24,2	16	24,2
31 a 45 anos	32	48,5	26	39,4
46 a 50 anos	0	0,0	2	3,0
Nível de Escolaridade				
Fundamental Incompleto	11	16,7	8	12,1
Fundamental Completo	12	18,2	6	9,1
Médio Incompleto	21	31,8	30	45,5
Médio Completo	6	9,1	8	12,1
Curso Técnico	2	3,0	1	1,5
Superior Incompleto	4	6,1	7	10,6
Superior Completo	9	13,6	6	9,1
Pós Graduação	1	1,5	0	0,0
Distância da casa ao hospital				
Próximo	6	9,1	3	4,5
Médio	4	6,1	3	4,5
Distante	56	84,8	60	90,9

Variáveis	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	n	%	n	%
Tempo para chegar ao hospital				
Menos de 30 minutos	8	12,1	6	9,1
30 minutos a 1 hora	23	34,8	15	22,7
1 a 2 horas	35	53,0	37	56,1
Mais de 2 horas	0	0,0	1	1,5
Quantidade de crianças sob cuidado				
Uma	32	48,5	25	37,9
Duas	19	28,8	26	39,4
Três	8	12,1	9	13,6
Quatro	5	7,6	6	9,1
Mais de 4 crianças	2	3,0	0	0,0
Suporte para o cuidado das crianças				
Sim	43	65,2	44	66,7
Não	23	34,8	22	33,3
Experiência prévia com hospitalização				
Sim	16	24,2	11	16,7
Não	50	75,8	55	83,3

Quanto aos profissionais, a maioria é do gênero feminino, com predominância de médicos e enfermeiros, ambos com título de especialista, na faixa etária entre 31 e 45 anos e mediana de tempo de trabalho com recém-nascidos de 7 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos profissionais da equipe de saúde da unidade neonatal. São Paulo, SP, Brasil, 2013 (N=57)

Variáveis	Pré-intervenção / Pós intervenção	
	n	%
Gênero		
Feminino	52	91,0
Masculino	5	8,7
Faixa Etária		
25 anos ou menos	3	5,2
26 a 30 anos	21	36,8
31 a 45 anos	26	45,6
46 a 50 anos	3	5,2
51 a 55 anos	2	3,5
Nível de Escolaridade		
Pós-graduação	50	87,7
Superior completo	7	12,2

(continua...)

Tabela 2 - *continuação*

Variáveis	Pré-intervenção / Pós intervenção	
	n	%
Tempo que trabalha com recém-nascido (Anos)		
Mínimo	1	
Mediana	7	
Máximo	25	
Profissão		
Médico	33	57,8
Enfermeiro	14	24,5
Fisioterapeuta	6	10,5
Fonoaudiólogo	2	3,5
Psicólogo	1	1,7
Assistente Social	1	1,7
Função		
Residente	12	21,0
Assistencial/Diarista	29	50,8
Plantonista	16	28,0
Titulação		
Especialista	37	64,9
Mestrado	10	17,5
Doutorado	3	5,2
Sem Titulação	7	12,2

O total de RN cujos pais participaram do estudo foi de 98, sendo 47 na pré-intervenção e 51 na pós-intervenção. Entre esses recém-nascidos houve quatro gemelares na fase pré-intervenção e dois na fase pós-intervenção. A maioria dos diagnósticos foi prematuridade, sendo 53,2% na fase pré-intervenção e 49,0% na fase pós-intervenção, seguido das anomalias congênitas com 38,3% na pré-intervenção e 29,8% na fase pós-intervenção. No momento da coleta de dados na fase pré-intervenção, a mediana do tempo de internação do recém-nascido foi de 10 dias, com mínimo de 3 e máximo de 120 dias; e na fase pós-intervenção de 14 dias, com mínimo de 3 e máximo de 180 dias.

As respostas relativas à percepção dos pais sobre o CCPF com a intervenção apresentaram um aumento dos escores médios para todos os domínios do PCCF-P e do PCCF-E versão brasileira (Figura 1), porém com uma elevação maior das respostas positivas para o domínio Colaboração (valor de escore médio 2,05 - pré-intervenção para 2,51 - pós-intervenção), que englobam questões relacionadas ao preparo da alta, fontes de ajuda, inclusão da família nas tomadas de decisão e no cuidado, informações compartilhadas, identificação do profissional responsável pelo cuidado do filho, compreensão das orientações recebidas e sentimento de alívio com as informações recebidas.

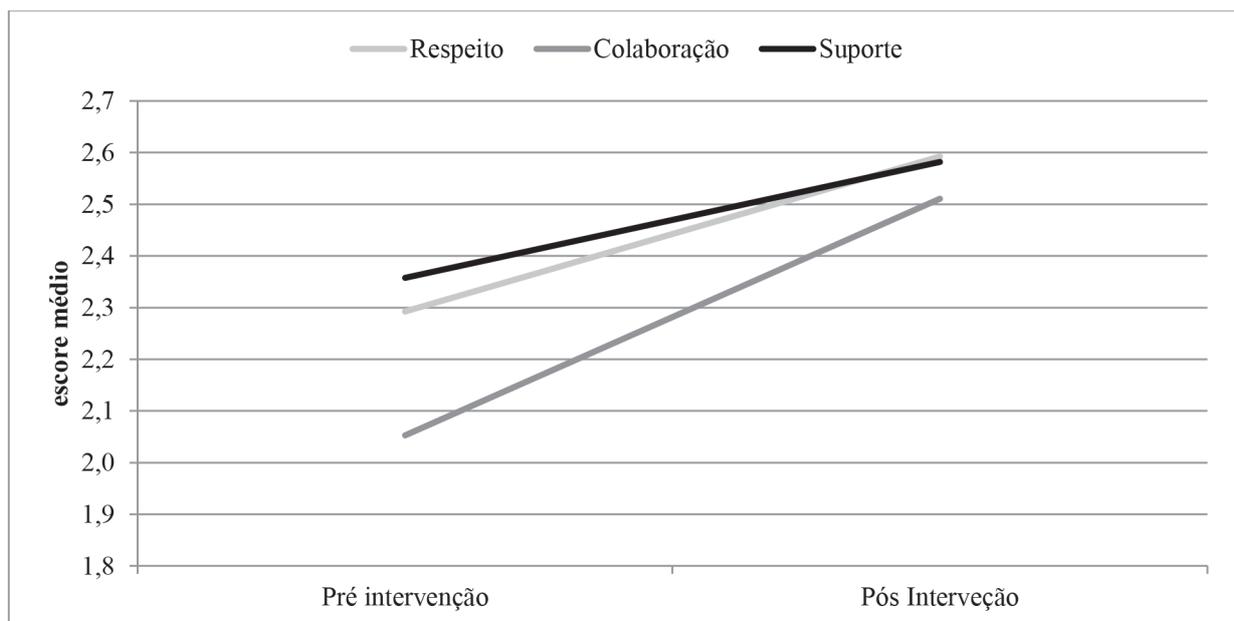


Figura 1 - Efeito da intervenção nos escores médios das respostas dos pais por domínios da Percepção do Cuidado Centrado na Família-Pais (PCCF-P) versão brasileira. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Ao analisar o efeito da intervenção PIMCCPF-UN na percepção dos pais, pós-intervenção, identificou-se que o escore no PCCF-P foi estatisticamente maior quando comparado ao momento pré-intervenção para o domínio Respeito nas questões: 3. *Eu consigo ficar com minha criança durante os procedimentos* ($p < 0,001$); e 5. *Eu me sinto como pai/mãe (ao invés de visita) quando venho ao hospital* ($p < 0,001$). No domínio Colaboração nas questões 7. *Sinto-me preparado para a alta/encaminhamento a outros serviços na comunidade para acompanhamento de minha criança após a alta* ($p = 0,013$); 9. *Quando estou em casa, sei para quem posso ligar, caso necessite de ajuda ou para me sentir seguro* ($p = 0,002$); 10. *A equipe inclui-me quando decisões sobre o cuidado de minha criança estão sendo tomadas* ($p = 0,005$); 11. *Recebo orientações em relação ao que preciso saber sobre o cuidado de minha criança* ($p = 0,006$); 12. *Eu sei o nome do médico responsável pelo cuidado de minha criança* ($p = 0,014$); 13. *Eu compreendo as orientações escritas que recebo* ($p = 0,049$), 14. *Minha família é incluída no cuidado de minha criança* ($p = 0,039$); e 15. *Sinto-me aliviado com as informações que recebo sobre minha criança* ($p < 0,001$). No domínio Suporte nas questões 18. *Eu vejo a mesma equipe cuidando de minha criança diariamente* ($p = 0,032$); e 19. *A equipe sabe quais são as pessoas que me oferecem suporte* ($p = 0,008$). Para as demais questões não foi possível comprovar mudança

no escore, quando comparados os momentos antes e depois da intervenção.

Quanto às respostas dos profissionais da equipe de saúde, foi identificada uma percepção mais positiva nos domínios Respeito (passando do escore médio de 2,04 para 2,13) e Suporte (de 1,95 para 2,08) com a intervenção (Figura 2). Assim, foi constatado pela análise estatística que existiu uma diferença significativa no domínio Respeito para acolhimento dos pais na chegada ao hospital ($p = 0,041$) e no domínio Suporte para compreensão da equipe em relação da vivência dos pais ($p = 0,05$).

Após a intervenção houve melhora de 30% na percepção dos profissionais da equipe de saúde em relação ao CCPF quanto à participação da família ampliada, a permanência dos pais durante procedimentos, inclusão da família no cuidado da criança e conhecimento da rede de suporte dos pais.

Quanto ao nível de ocorrência de estresse parental (Métrica 1) ficou evidenciado que foi estatisticamente menor (Menos estressante), comparado ao momento antes da intervenção na subescala Alteração do Papel de Pais, nos itens referentes à: separação do bebê ($p = 0,042$); não poder segurar o bebê ($p = 0,027$); e sentir-se sem condições de ajudar o seu bebê ($p = 0,010$). Porém, foi mais estressante nas questões relacionadas à Aparência e Comportamento, no item referente ao tamanho do bebê ($p = 0,038$).

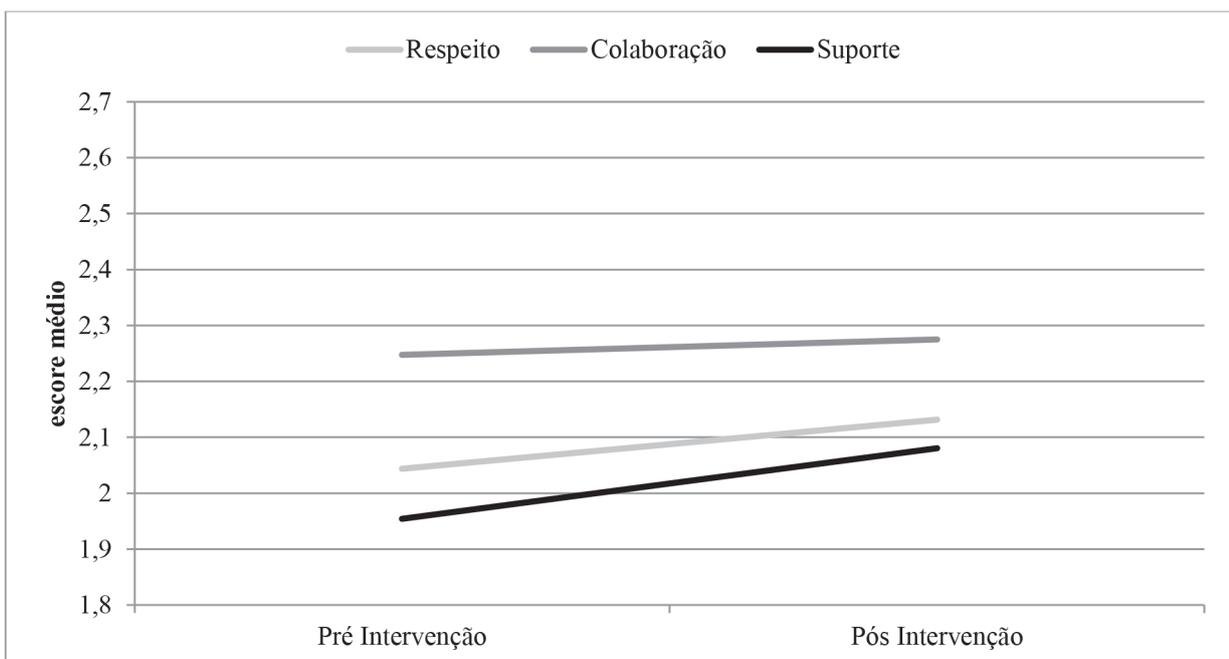


Figura 2 - Efeito da intervenção nos escores médios das respostas dos profissionais da equipe de saúde por domínios da Percepção do Cuidado Centrado na Família-Equipe (PCCF-E) versão brasileira. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Considerando o nível de estresse do ambiente (Métrica 2), o estresse parental antes da intervenção foi estatisticamente igual ao momento depois da intervenção para quase todas as questões da escala *PSS:NICU*, com exceção das questões referentes à Alteração do Papel de Pais, nos itens referentes a não poder segurar o bebê ($p=0,030$) e sentir-se sem condições de ajudar o seu bebê ($p=0,003$), demonstrando que ocorreu redução do estresse com a intervenção realizada.

O efeito do PIMCCPF-UN demonstrou redução dos escores médios do estresse parental nos domínios da escala *PSS:NICU*, evidenciando maior queda no domínio Alteração do Papel de Pais (4,2 para 3,8), o que representou uma diminuição do estresse de muito estressante na fase pré-intervenção para moderadamente estressante na fase pós-intervenção (Figura 3).

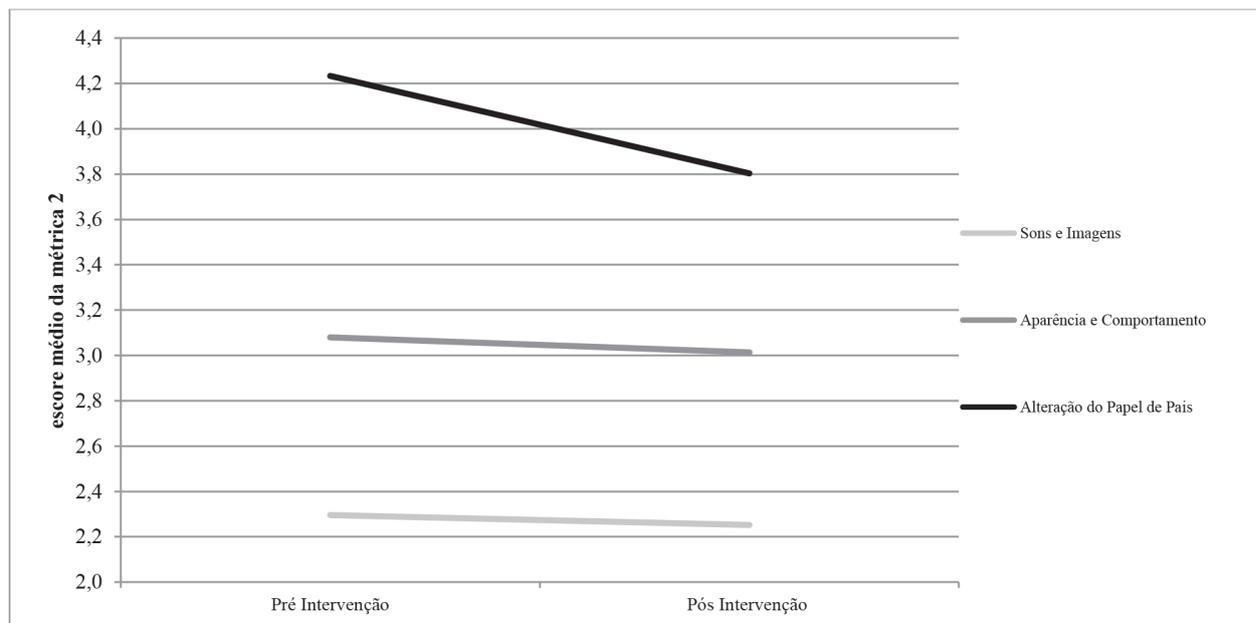


Figura 3 - Escore Médio de Estresse dos pais pela Métrica 2. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Discussão

O PIMCCPF-UN contribuiu para mudanças estatisticamente significantes na percepção mais positiva dos pais medida pelos três domínios do instrumento Percepção do Cuidado Centrado na Família-Pais (PCCF-P) versão brasileira: respeito, colaboração e suporte, corroborando ao evidenciado pelas autoras⁽¹⁷⁾ dos instrumentos, em que os pais também apresentaram escores significativamente mais altos em todos os domínios. Resultados semelhantes foram observados em um estudo de coorte sobre a efetividade de um programa de cuidado integrado com a família, envolvendo o preparo da família para cuidar do RN pós-alta hospitalar. Os autores identificaram melhora no relacionamento pais-profissionais provocado pela maior colaboração entre equipe-família⁽⁴⁾.

Estudos⁽¹⁸⁻²²⁾ relacionados ao cuidado centrado na família demonstram que os enfermeiros revelam conhecimento sobre os pressupostos que sustentam esse modelo de cuidado, mas referem que esse conhecimento ainda não está totalmente incorporado em sua prática⁽¹⁸⁻²⁰⁾; que ainda persistem dificuldades

para sua implementação, como pouca colaboração inter-profissional, falta de programas de educação permanente que abordem esta temática⁽²¹⁾ e barreiras estruturais do sistema de saúde para a prática colaborativa entre pais e profissionais, conforme preconizado pelo CCPF⁽²²⁾.

Embora tenha ocorrido uma melhora de 30% na percepção dos profissionais da equipe de saúde, com relação ao CCPF, ainda percebe-se nesta equipe uma resistência em relação à presença de outras pessoas que não sejam os pais, avós e irmãos. As resistências não são calculadas ou previstas estrategicamente, são reações simplesmente defensivas podendo se constituir em outras formas de crenças⁽²¹⁾.

Quando se institui novos saberes à prática de cuidado do RN, percebe-se um jogo de forças, na qual alguns profissionais defendem condutas antigas como o isolamento do RN e o cuidado focado na doença, enquanto outros lutam por novas práticas, isto é a abertura da unidade para a família, favorecendo o vínculo afetivo⁽²¹⁾.

Na perspectiva de enfermeiros neonatologistas é preciso maior preparo para implementação desse

modelo de cuidado na prática, por meio de educação permanente, com orientações e apoio contínuo da instituição⁽²²⁾. No entanto, pode-se ponderar que a intervenção realizada contribuiu para desencadear o processo de mudança na cultura organizacional, refletida por maior sensibilização da equipe multiprofissional quanto ao acolhimento dos pais na unidade e quanto à compreensão de suas vivências. A percepção positiva dos pais reforça essa afirmação, pois houve elevação da maioria dos escores médios pós-intervenção em todos os domínios do PCCF- E versão brasileira, com maior ênfase na colaboração.

Com a intervenção, o estresse parental na subescala Alteração de Papel de Pais manteve-se em níveis ainda moderadamente estressantes, em razão do afastamento do filho, da restrição à sua manipulação e impotência dos pais para ajudá-lo. Esses dados revelam que o estresse parental é multifatorial e que intervenções que empoderam os pais ajudam na construção da parentalidade em um espaço público, contribuindo para minimizar sua vulnerabilidade⁽²³⁾, definida pela perda de poder para proteger o filho.

Avaliações de programas de intervenção envolvendo família, em unidades neonatais, identificam diminuição do nível de estresse dos pais no período pós-intervenção⁽²⁴⁾; redução da ansiedade materna, por meio de um cuidado colaborativo⁽²⁵⁾; aumento da satisfação das mães com o atendimento prestado, além de exacerbar sentimentos parentais de bem-estar e aumentar a capacidade dos pais para a prestação de cuidados a seu bebê^(4,25).

Os resultados do presente estudo refletem uma avaliação inicial, a curto prazo, em que respostas dos pais mais positivas que as da equipe podem indicar que essa filosofia de cuidado está sendo incorporada aos poucos, sugerindo que a equipe precisa de um processo de educação permanente, para que ocorra uma mudança sólida na cultura desses profissionais.

Embora os resultados apontem melhoria da percepção dos pais e dos profissionais da equipe de saúde com o PIMCCPF-UN, o estudo limitou-se a duas medidas (estresse parental e percepção do CCPF pelos pais e profissionais da equipe de saúde).

Reforça-se a importância de dar continuidade à implementação, aperfeiçoando as intervenções e realizando estudos prospectivos que correlacionem o CCPF com variáveis neonatais, tais como: ganho ponderal do RN, tempo de internação, aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar e avaliação do desenvolvimento infantil pós-alta. Recomenda-se, também correlacionar o CCPF com variáveis dos pais, como: nível de satisfação, de ansiedade e autonomia; e

com variáveis da equipe como: satisfação com o cuidado prestado, nível de autoestima, entre outros aspectos relevantes.

Conclusão

Neste estudo constatou-se que houve melhora significativa na percepção dos pais em relação ao Cuidado Centrado no Paciente e Família, nas dimensões respeito, colaboração e suporte, na fase pós-intervenção. Os pais responderam mais positivamente sobre o cuidado centrado na família que os profissionais da equipe de saúde antes e após a intervenção.

Os profissionais da equipe de saúde após a intervenção apresentaram uma probabilidade acima de 30% na melhora de respostas positivas quanto à participação da família ampliada, a permanência dos pais durante procedimentos, inclusão da família no cuidado da criança e conhecimento da rede de suporte dos pais. Ademais houve melhora estatisticamente significativa na percepção dos profissionais da equipe de saúde na fase pós-intervenção, em relação ao acolhimento da família e maior compreensão da vivência dos pais com a hospitalização do filho na unidade neonatal.

O estresse parental apresentou redução após a intervenção, sendo estatisticamente significativa na subescala Alteração do Papel de Pais, quanto aos itens: "não poder segurar meu bebê quando quero" e "sentir-se sem condições de ajudar meu bebê durante esse tempo".

Concluiu-se que as intervenções do PIMCCPF-UN melhoraram a percepção de pais e de profissionais da equipe de saúde sobre o CCPF e contribuíram para a redução do estresse parental.

Referências

1. Barbosa MAM, Balieiro MMFG, Pettengill MAM. Cuidado Centrado na Família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(1):194-9.
2. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Matern Child Health J.* 2012;16(2):297-305.
3. Lee LA, Carter M, Stevenson SB, Harrison HA. Improving family-centered care practices in the NICU. *Neonatal Netw.* 2014;33(3):125-32.
4. O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, et al. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13 Suppl.1:S12.
5. Ramezani T, Hadian Shirazi Z, Sabet Sarvestani R, Moattari M. Family-Centered Care in Neonatal Intensive

- Care Unit: A Concept Analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2014;2(4):268-78.
6. Grzyb MJ, Coe H, Rühlend L, Dow K. Views of parents and health-care providers regarding parental presence at bedside rounds in a neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 2013;34:143-8.
 7. Bracht M, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: a parent education and support program. *Adv Neonatal*. 2013;13(2):115-26.
 8. Beheshtipoor N, Shaker Z, Edraki M, Razavi M, Zare N. The Effect of family-based empowerment program on the weight and length of hospital stay of preterm infants in the neonatal intensive care unit. *GMJ*. 2013;2(3):114-9.
 9. Chourasia N, P Surianarayanan, Bethou A, Bhat V. Stressors of NICU mothers and the effect of counseling-experience from a tertiary care teaching hospital, India. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013;26(6):616-8.
 10. Westrup B. Family-centered developmentally supportive care. *Neo Reviews*. 2014; 15(8): e325-e335.
 11. Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Martins CDA. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):46-53.
 12. Moretz JG, Abraham M. Implementing Patient-and Family-Centered Care: Part II-strategies and resources for success. *Pediatr Nurs*. 2012;38(2):106-9.
 13. Lewin K. *Field theory in social Science*. New York: Harper & Row; 1951.
 14. Silva TON. Adaptação transcultural do "Shields & Tanner Questionnaires" para a língua portuguesa brasileira. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo; 2013
 15. Silva TON, Alves LBO, Balieiro MMFG, Mandetta MA, Tanner A, Shields L. Adaptação transcultural de instrumentos de medida do cuidado centrado na família. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(2):107-12.
 16. Souza SR, Dupas G, Balieiro MMFG. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU).2012. *Acta Paul Enferm*.2012;25(2):171-6.
 17. Gill F, Pascoe E, Monterosso L, Young J, Burr C, Tanner A, et al. Parent and staff perceptions of Family-Centred Care in two Australian children's hospitals. *EJPCH*. 2014; 1(2):317-25.
 18. Smith J, Swallow V, Coyne I. Involving Parents in Managing Their Child's Long-Term Condition—A Concept Synthesis of Family-Centered Care and Partnership-in-Care. *J Pediatr Nurs*. 2015;30(1):143-59.
 19. Mary E, Winton G, Dicky T, O'Leary L, Lee SK, Karel O'Brien. Implementing Family-Integrated Care in the NICU: Educating Nurses. *Adv Neonatal*. 2013;13(5):335-40.
 20. Coyne I, Murphy M, Costello T, O'Neill C, Donnellan C. A survey of nurses' practices and perceptions of Family-Centered Care in Ireland. *JFN*. 2013;19(4):469-88.
 21. Costa R, Padilha MI. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). *Esc Anna Nery*. 2012;16 (2):247-54.
 22. Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Neonatal nurses' perspectives of family-centered care: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2012;21(17/18):2477-87.
 23. Turner M, Chur-Hansen A, Winefield H, Stanners M. The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale - Neonatal Intensive Care Unit. *Women Birth*. Epub ahead of print 5 may 2015.
 24. Mianaei SJ, Karahroudy FA, Rassouli M, Tafreshi MZ. The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety, and participation in NICU wards in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014;19(1):94-100.
 25. Estiri A, Zendehtalab H. Promotion of Family-Centered Care in Neonates Hospitalized in the NICU based on Health Belief Model. *IJN*. 2013;4(2):16-20.

Recebido: 18.2.2015

Aceito: 18.1.2016

Correspondência:

Flávia Simphronio Balbino
Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem
Departamento de Enfermagem Pediátrica Rua Napoleão de Barros, 754
Vila Clementino
CEP: 04.024-002, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: balbinoflavia@hotmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.