



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

IVENIZE PAMELLA AMORIM BATISTA

**CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA: Um novo modelo de
Assistência da Enfermagem para as Crianças Hospitalizadas**

Itaituba, PA

2019



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

IVENIZE PAMELLA AMORIM BATISTA

**CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA: Um novo modelo de
Assistência da Enfermagem para as Crianças Hospitalizadas**

Itaituba, PA

2019

IVENIZE PAMELLA AMORIM BATISTA

**CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA: Um novo modelo de
Assistência da Enfermagem para as Crianças Hospitalizadas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Mestranda Rosângela de Aguiar
Rodrigues

Itaituba, PA

2019

IVENIZE PAMELLA AMORIM BATISTA

**CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA: Um novo modelo de
Assistência da Enfermagem para as Crianças Hospitalizadas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Mestranda Rosângela de Aguiar
Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Enf.^a Mestranda Rosângela de Aguiar Rodrigues

Avaliador: _____ Nota: _____

Avaliador: _____ Nota: _____

Resultado: _____

Data: ____ de ____ de 2019.

*À **Deus** por ter me fortalecido nas horas de desespero e me dado força, para que a desistência não se tornasse maior que minhas vontades.*

AGRADECIMENTOS

Após essa longa jornada, enfim, consigo ver a chegada dessa trajetória. Ao decorrer do curso, muitos foram aqueles que criticaram, assim como os que incentivaram e estiveram ao meu lado em todos os momentos. Hoje, tenho a oportunidade de agradecê-los da maneira devida.

Deus esteve ao meu lado e me deu força, ânimo e crença para não desistir e continuar lutando por este meu sonho e objetivo de vida. A Ele eu devo minha gratidão.

Quero agradecer minha Mãe **Maria do Carmo**, por nunca ter desacreditado, por não ter medido esforços para permitir que esta etapa fosse concluída, pelo incentivo, apoio, paciência, por ter tapado os ouvidos para os que só criticavam e torciam contra, por ter sido meu refúgio quando tudo parecia desmoronar, por abdicar de todas suas vontades e sonhos para que eu pudesse concluir qualquer que fosse a minha escolha, pelo apoio incondicional, por se dispor a ajudar no que fosse ou não, possível. Sou e sempre serei eternamente grata por tudo o que já fez por mim. Eu amo você!

A minha Orientadora Rosangela **de Aguiar Rodrigues**, seus ensinamentos têm ultrapassado os limites do profissional: conduta, caráter e exemplo. Neste curso eu aprendi muito mais que ser uma enfermeira, e a senhora é uma das grandes responsáveis disso. Não tenho palavras para descrever a minha gratidão!

A minha melhor amiga/ irmã **Gisele Oliveira**, por esta sempre ao meu lado me apoiando e ouvindo meus choros de cansaço e desespero, porém sempre me dando o ombro amigo, sou grato por tudo.

Ao meu irmão **Vergílio Amorim**, que sempre ia levar uma janta nas madrugadas cansativas de estágios.

E a coordenadora do CREAS local onde eu trabalho **Dr^a. Paula Moreira**, por ser paciente e compreensiva pelas vezes que eu saia cedo, ou ate mesmo atrasada, devido os estágios, obrigada **Dr^a Paula Moreira**.

Ao meu padraсто **Genivan Felinto**, por às vezes no seu horário de almoço me buscava e me deixava, nos encontros de TCC, nos estágios, aulas, trabalho, por me socorrer financeiramente sempre e sem cobrar juros, são eternamente por você ter feito o papel de pai, aliás, lhe considero um pai.

Ao meu pai **Ivanildo**, que mesmo ausente e apesar de tudo, você faz parte dessa minha vitória.

A minha Tia **Vaneide Amorim**, aprendi muitas técnicas na área da enfermagem com a senhora, afinal você tem mais de 30 anos na aérea da saúde, obrigada tia.

Aos meus colegas que a faculdade me deu, ao quarteto inseparável, **Júnior Leal, Natalia Ranieri e Joab Melo**, obrigada amigos vocês são essenciais na minha vida.

Ao **Dr. Jossehan Frota**, por todas às vezes ter puxado minha orelha por está conversando muito com o Júnior e ter me mudado de lugar sempre que necessário, obrigado Dr. Por todo apoio e atenção durante o curso, aprendi muito com o senhor.

Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa e para a **Ivenize Pâmella** que sou hoje.

"Que todo o meu ser louve ao Senhor, e que eu não esqueça nenhuma das suas bênçãos!" Salmos 103: 2.

*Coragem é a resistência ao medo, domínio do medo,
e não a ausência do medo.*

“Pudd’nhead Wilson”

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 –	Elementos estruturais do cuidado centrado na família.....	16
Quadro 02 –	Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação, autor e título da obra.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

CCF	-	Cuidado Centrado na Família
COREN	-	Conselho Regional de Enfermagem
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	-	Ministério da Saúde
ONG	-	Organização Não Governamental
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde

RESUMO

O Cuidado Centrado na Família é uma importante prática onde é reconhecida a importância da família na participação do planejamento das ações pelos enfermeiros nos cuidados com a criança hospitalizada. A família, portanto, é considerada fundamental, pois a mesma exerce influências no restabelecimento da saúde da criança. Esse modelo de assistência no cuidado centrado na criança e na família, ainda é recente e quase não é encontrada nas instituições hospitalares. Dentro desse contexto, é possível imaginar que durante a internação de uma criança no hospital, serão muitas as situações que a própria viverá no setor por ser o hospital um ambiente desconhecido e inóspito para ela podendo a mesma sentir medo, ansiedade e a sentir necessidades tanto física, social ou afetiva diferente da que está habituada a sentir. Daí surge o seguinte questionamento: no que o Cuidado Centrado na Família poderá contribuir no contexto da criança hospitalizada? Esse estudo tem como objetivo geral refletir sobre a assistência de enfermagem realizada com a criança hospitalizada à luz dos ensinamentos do Cuidado Centrado na Família (CCF), e como objetivos específicos conceituar e citar os benefícios do Cuidado Centrado na Família (CCF), descrever os fatores que dificultam a interação entre o enfermeiro e o acompanhante explicar com base no Cuidado Centrado na Família de que forma a família podem ser incluída no tratamento e restabelecimento da saúde da criança hospitalizada. O método de pesquisa científica abordado neste estudo foi de revisão bibliográfica de natureza descritiva. Diante das discussões delineadas pelos autores nessa pesquisa, nos dias de hoje é reconhecida a importância da presença dos pais no hospital. Outro ponto que mereceu destaque é que como os enfermeiros são os responsáveis pela organização do ambiente de cuidado no hospital e a família está fragilizada pela internação hospitalar de seus filhos, dentro do foco do CCF essa realidade muda, a família então, se integra ao processo de cuidado da criança. E por fim, entender a visão dos acompanhantes acerca do cuidado de enfermagem pode contribuir para a prestação de um cuidado mais humanizado e que atenda às necessidades dos clientes. Estudos no sentido de identificar essas necessidades são válidos, a fim de propor intervenções que possam superá-las e direcionar as ações da equipe de saúde.

Palavras-Chave: Cuidado Centrado na Família. Criança. Enfermagem.

ABSTRACT

Family-Centered Care is an important practice in which the importance of the family in the participation of the planning of actions by the nurses in the care of the hospitalized child is recognized. The family, therefore, is considered fundamental, since it exerts influences in the restoration of the health of the child. And this should be considered by the nursing professional as an integral part of the care. This model of child and family-centered care is still recent and is hardly found in hospital institutions. In this perspective, hospitalization is faced not only as a psychological harm to the child, but also to the family, which requires support by health professionals. Within this context, it is possible to imagine that during the hospitalization of a child in the hospital, there will be many situations that the hospital itself will live in because the hospital is an unknown and inhospitable environment for it, being able to feel fear, anxiety and feel needs both physical, social, or emotional state other than the one she is accustomed to feeling. The hospital for her is a very negative experience causing her discomfort and the fear of death, besides generating her much suffering, since she is deprived of practicing actions of her daily life like walking, playing, eating, etc. Hence the following question: what can Family Centered Care contribute to the context of the hospitalized child? The main objective of this study is to reflect on the nursing care performed with the hospitalized child in the light of Family Centered Care (CCF) teaching, and as specific objectives to conceptualize and cite the benefits of Family Centered Care) describe the factors that hinder the interaction between the nurse and the caregiver explaining based on Family Centered Care in what way the family can be included in the treatment and restoration of the hospitalized child's health. The method of scientific research addressed in this study was a bibliographic review of a descriptive nature. In the light of the researched, knowledge was brought about in terms of care within the Family Centered Care method. In this way, we believe that this work brings contributions to those who may be interested.

Key Words: Family Centered Care. Child. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	14
2.1 CONTEXTOS HISTÓRICOS DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA (CCF).....	14
2.2 IMPLANTAÇÕES DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA.....	15
2.3 ASSISTENCIA HUMANIZADA A CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	18
2.3.1 A Família da Criança Hospitalizada.....	22
2.4 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA FAMÍLIA COM AS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS.....	25
3 METODOLOGIA.....	29
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	29
3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES	29
3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS	30
3.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	31
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
3.6 CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	31
3.7 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	31
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	32
4.1 CONTRIBUIÇÕES DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA.....	33
4.2 ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NA CRIANÇA HOSPITALIZADA NO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA.....	34
4.3 FATORES QUE DIFICULTAM A INTERAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E O ACOMPANHANTE.....	35
4.4 BENEFÍCIOS DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA (CCF).....	37
4.5 A FAMÍLIA INSERIDA NO TRATAMENTO E RESTABELECIMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	38
5 CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

Em meados de 1969, obtive a construção do termo cuidado centrado na família, com o objetivo de qualificar a assistência de enfermagem prestada à criança no hospital pela percepção dos pacientes e seus familiares diante de suas necessidades de saúde (PACHECO *et al.*, 2013).

O Cuidado Centrando na Família é uma importante prática onde é reconhecida a importância da família na participação do planejamento das ações pelos enfermeiros nos cuidados com a criança hospitalizada. A família, portanto, é considerada fundamental, pois a mesma exerce influências no restabelecimento da saúde da criança. E essa deve ser considerada pelo profissional de enfermagem parte integrante da assistência (PINTO *et al.*, 2010).

Esse modelo de assistência no cuidado centrado na criança e na família, ainda é recente e quase não é encontrada nas instituições hospitalares, nesta perspectiva a internação é enfrentada não apenas como um agravo psicológico para a criança, mas também para a família, que necessita de apoio pelos profissionais de saúde (MOLINA *et al.*, 2007).

Dentro desse contexto, é possível imaginar que durante a internação de uma criança no hospital, serão muitas as situações que a própria viverá no setor por ser o hospital um ambiente desconhecido e inóspito para ela podendo a mesma sentir medo, ansiedade e a sentir necessidades tanto física, social ou afetiva diferente da que está habituada a sentir. O hospital para ela é uma experiência muito negativa causando-lhe desconforto e o medo da morte, além de gerar a ela muito sofrimento, pois é privada de praticar ações do seu dia a dia como passear, brincar, comer, etc (MOLINA *et al.*, 2007).

Somando a essas questões, Torquato *et al.* (2014), informam que há uma infraestrutura inadequada nas instituições, como falta de recursos materiais e até mesmo o próprio despreparo por parte dos profissionais envolvidos com a internação da criança, e isso acaba alcançando o acompanhante, que na maioria das vezes é a família, que quando não bem esclarecida sobre as circunstâncias, acaba tornando a situação ainda mais traumática para os envolvidos.

Daí surge o seguinte questionamento: no que o Cuidado Centrando na Família poderá contribuir no contexto da criança hospitalizada?

Pensando nessas considerações, esse estudo tem como objetivo geral refletir sobre a assistência de enfermagem realizada com a criança hospitalizada à luz dos

ensinos do Cuidado Centrado na Família (CCF), e como objetivos específicos conceituar e citar os benefícios do Cuidado Centrado na Família (CCF), descrever os fatores que dificultam a interação entre o enfermeiro e o acompanhante explicar com base no Cuidado Centrado na Família de que forma a família podem ser incluída no tratamento e restabelecimento da saúde da criança hospitalizada.

Nesse contexto a assistência de enfermagem a crianças hospitalizadas, é assunto a ser analisado, pois o setor de pediatria, nos dias de hoje é grande o número de criança hospitalizada, então se faz necessário criar um ambiente agradável, pois a hospitalização de uma criança causa um grande conflito tanto para ela como para a família, devido às modificações na rotina diária, pois ela se depara com um ambiente estranho.

De forma geral, pode – se analisar que durante a assistência de enfermagem a criança hospitalizada, são realizados muitos procedimentos invasivos, no qual se tornam dolorosos para a criança, e os enfermeiros não estão incluindo a família no cuidado. Surgiu então, a ideia da implantação do cuidado centrado na família (CCF) através da necessidade da agilidade das visitas se do acompanhamento da criança pelo seu familiar, pois não havia organização entre os familiares para sua inclusão nos cuidados. Esta implantação tem o propósito de incluir a família na assistência à criança, para garantir o seu cuidado pós-hospitalar (PACHECO *et al.*, 2013).

No entanto, o Cuidado Centrado na Família tem representado um desafio para a área da enfermagem. A justificativa da presente abordagem é porque percebemos que essa prática não é adotada nas instituições hospitalares ou muitas vezes é sequer conhecida, daí surgiu o desejo de pesquisar sobre a temática, acreditando que através das informações coletadas será possível propiciar reflexões para o enfermeiro, no intuito de aproximá-lo e sensibilizá-lo a pensarem na família como parte integrante do cuidado, e para que haja mudanças de paradigmas referentes a uma prática ainda pouco aplicada.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONTEXTOS HISTÓRICOS DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA (CCF)

Na pesquisa de Pacheco *et al.* (2013), diz que o Cuidado Centrado na Família (CCF) teve seu início por volta de 1969, com a finalidade de determinar a qualidade do cuidado prestado no hospital, numa avaliação feita pelos próprios paciente e suas famílias, discutindo a autonomia dos mesmos pelas suas próprias necessidades. No início o termo era medicina centrada no paciente, mas que com o passar dos anos, foi evoluindo para cuidado centrado no paciente, e em 1990 foi inserido o termo família, para que pudesse descrever melhor essa abordagem.

Segundo Pinto *et al.* (2010), o objetivo principal no Cuidado Centrado na Família (CCF), é de promover a saúde e o bem-estar das pessoas e da família e restaurar seu controle e dignidade. As ações não se baseiam apenas ao corpo físico, mas deve ter o apoio emocional e social, pois estes são considerados elementos do cuidado à saúde. Apesar de o assunto ser centrado na família, é importante ressaltar que o cuidado não extingue a competência individual de cada membro em relação à tomada de decisão de sua própria saúde.

No entanto, Barbosa; Balieiro e Pettengill (2012) ressaltam que o CCF, reconhece a importância da família no cuidado, e deve ser assegurada a eles a participação de todos no planejamento das ações e revelando uma nova forma de cuidar para que a própria família entenda seus problemas. A equipe de saúde deve estar aberta e atenta, respeitando as individualidades de cada um, pois este é um fator decisivo (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012)

As internações, as vivências, crenças e diferentes situações que a família enfrenta é um desafio que o profissional precisa dispor de conhecimento acerca dessa temática, envolvendo a adaptação das famílias a diferentes situações (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012).

Nesse contexto, o cuidar centrado na família é, portanto, imprescindível no método de assistência integral e humanizado em saúde e deve analisar cada membro da família em sua singularidade. Cabe, portanto, ao profissional de saúde, promover maior conscientização do acompanhante diante da realidade em que vive no hospital e conservar o vínculo entre família/criança. Pois este vínculo torna-se frágil em diferentes momentos ao longo da internação (HAYAKAWA; MARCON; HIGARASH, 2009).

2.2 IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA (CCF)

Segundo Molina *et al.* (2007), o modelo de cuidado centrado na criança e na família, ainda é recente e quase não é encontrado nas instituições hospitalares, nesta perspectiva a internação é enfrentada não apenas como um agravo psicológico para a criança, mas também para a família, que necessita de apoio pelos profissionais de saúde.

De forma geral, pode-se analisar que a assistência de enfermagem a criança hospitalizada, é realizado muitos procedimentos invasivos, no qual se tornam dolorosos para a criança, e os enfermeiros não estavam incluindo a família no cuidado, onde não havia a relação entre criança-família (PACHECO *et al.*, 2013).

Surgiu então, a ideia da implantação do cuidado centrado na família (CCF) através da necessidade da agilidade das visitas se do acompanhamento da criança pelo seu familiar, pois não havia organização entre os familiares para sua inclusão nos cuidados. Esta implantação tem o propósito de incluir a família na assistência à criança, para garantir o seu cuidado pós-hospitalar (PACHECO *et al.*, 2013).

Para Pacheco *et al.* (2013), uma das estratégias para implementação do CCF seria a parceria da família com a equipe de enfermagem, suscitando uma relação de confiança como principal instrumento de cuidado.

Corroborando com as palavras do autor acima Cruz e Angelo (2011) dizem que para se ter uma implantação do cuidado centrado na família com sucesso é necessário que os enfermeiros tenham atitudes e disponibilização de recursos, além de compartilhar o cuidado que está sendo realizado com a criança para a família, e não esquecendo de incluí-las aos cuidados.

É importante também que o enfermeiro tenha dedicação e um bom relacionamento com a família, para que o profissional de saúde tenha uma visão ampla dos problemas e necessidades nos quais a família da criança se encontra, facilitando o desenvolvimento de um adequado plano de cuidado para a criança e seus familiares (PACHECO *et al.*, 2013).

Pois diante deste estudo, os enfermeiros reconheceram que na internação hospitalar da criança, a equipe de enfermagem pode colocar em pratica a concepção do cuidado com o familiar, incluindo-os em suas decisões e suas formas de cuidados. A partir desse conhecimento sobre o CCF, é admissível adequar o cuidado de enfermagem ao binômio família/criança, ajudar o familiar a compreender

o seu papel de cuidador, e construir uma relação de harmonia dentro da unidade de pediatria (PACHECO *et al.*, 2013).

O autor ainda completa que para a implantação do CCF em relação a formação profissional, é necessário a reorganização em sua prática, precisando assim valorizar o cuidado em cada situação particular e respeito a suas demandas de cuidados, provocando em um novo olhar no trabalho de enfermagem pediátrica que só poderá ocorrer através do vínculo entre profissionais e família, na expectativa de integralidade e harmonia no cuidado a criança (PACHECO *et al.*, 2013).

No entanto, Barbosa; Balieiro e Pettengill (2012) ressaltam que o CCF, reconhece a importância da família no cuidado, e deve ser assegurada a eles a participação de todos no planejamento das ações e revelando uma nova forma de cuidar para que a própria família entenda seus problemas. A equipe de saúde deve estar aberta e atenta, respeitando as individualidades de cada um, pois este é um fator decisivo.

As internações, as vivências, crenças e diferentes situações que a família enfrenta é um desafio que o profissional precisa dispor de conhecimento acerca dessa temática, envolvendo a adaptação das famílias a diferentes situações (BARBOSA; BALIEIRO E PETTENGILL, 2012)

Os autores citados descrevem que na literatura há oito elementos estruturais, e que os mesmos são considerados fundamentais quando se busca tratar dessa prática de cuidado à prática clínica, sendo os mesmos explicados nos capítulos do Quadro 01, a seguir.

Quadro 01 - Elementos Estruturais do Cuidado Centrado na Família.

Reconhecimento da família como constante na vida da criança	O enfermeiro deve reconhecer a importância da família como base para o crescimento e desenvolvimento da criança, o profissional deve responder todas as dúvidas da família em relação ao tratamento do filho, reconhecendo que a família tem direito de obter explicações claras e completa a respeito do diagnóstico e cuidados de seu filho.
Facilitar a colaboração entre pais e profissionais nos cuidados de saúde da	O profissional de saúde precisa estar sempre ao lado da família, ouvindo-a sobre seus medos, dúvidas e necessidades, respeitando seus limites,

criança	crenças e valores. No entanto, deve haver orientações da forma de cuidado tanto dentro do hospital como em sua casa para que não possa surgir nenhuma dúvida ou dificuldades nos cuidados
Permitir o compartilhamento contínuo, com os pais, de informação imparcial e completa sobre o cuidado do filho	O relacionamento entre profissionais de saúde e a família são elementos fundamentais, pois o profissional deve compartilhar informações sobre a saúde da criança de forma que a família a entenda, para que tenha a oportunidade de se incluir aos cuidados
Prever a implantação de políticas apropriadas e de programas que promovam apoio emocional e financeiro para as necessidades da família.	A família necessita de um apoio social qualificado com programas de prevenções que possam suprir suas capacidades, proporcionando um incentivo na melhoria da qualidade de vida dessa família. Pois conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a criança tem o direito a proteção, a vida e saúde mediante a efetivação de políticas sociais, que possam permitir seu nascimento, crescimento e desenvolvimento em condições dignas, além de um atendimento especializado e recursos para seu tratamento.
Reconhecer as forças da família, respeitando sua individualidade e maneira de cuidar	A família deve ser respeitada em suas individualidades, e em suas condições próprias, surgindo assim o papel do enfermeiro no sentido de ajudá-los a reconhecer suas próprias forças e competências. Este processo define-se como uma reestruturação do núcleo familiar, pois a partir do instante em que a família recebe o diagnóstico da doença do seu filho, eles passam a vivenciar uma mudança em suas vidas e no seu cotidiano, apresentando fragilidade diante da realidade.
Compreender a	O profissional de enfermagem precisa ter

necessidade de desenvolvimento da criança, do adolescente e da família nos diferentes sistemas de prestação de cuidado em saúde.	discernimento em identificar as necessidades da criança e da família de diferentes formas e situações. No estudo aponta que há uma carência em relação a falta de compromisso e envolvimento na parte dos profissionais com as necessidades da criança e da família.
Encorajar e facilitar o apoio entre as famílias	Diante da doença em que a criança se encontra a família vivencia dificuldades em níveis sociais, psicológicos financeiros, necessitando de um acesso a rede de suporte social em sua comunidade. Compete ao profissional o encorajamento e facilitar o encaminhamento da família a instituições competentes com grupos de famílias que vivenciam situações similares.
Garantir um sistema de cuidado em saúde flexível e acessível, de acordo com a necessidade de cada família.	A família precisa de um sistema de saúde que possa suprir com suas necessidades, para isso os profissionais de saúde precisa ir à luta por um sistema desse tipo para favorecer a inclusão da criança que tenha alguma deficiência e sua família. Entretanto, dependendo da situação da criança, a família precisa arcar financeiramente com as despesas da doença do seu filho, pois o sistema de saúde público na maioria das vezes, não atende a algumas demandas nos quais a família de baixa renda precisa.

Fonte: Barbosa; Balieiro e Pettengill (2012).

2.3 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA A CRIANÇA HOSPITALIZADA

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, humanizar “é tornar humano, dar condição ou forma humana; é tornar mais adaptado aos seres humanos; tornar compreensivo, bondoso, sociável”.

Na área da saúde e especificamente da enfermagem, toda a pessoa humana é sujeito de direitos e deveres, expressos na Declaração Universal dos Direitos

Humanos, proclamados pelas Nações Unidas e garantidos pela Constituição da República Portuguesa. Segundo França (2003), podemos verificar que esta declaração favorece a manutenção de um ambiente saudável, tanto a nível social como moral, e ainda, em última instância, a uma consciência ecológica, ao chamar a si o respeito pela vida humana à face da Terra, com dignidade.

A humanização vem sendo abordada na atualidade com crescente relevância, trazendo discussões significativas para a retomada dos valores éticos e morais, que devem permear a atuação dos profissionais que lidam diretamente com a pessoa humana. Para os trabalhadores da saúde, é indispensável um ambiente de trabalho onde a harmonia com as atividades realizadas e o entendimento com o cliente seja efetivo, pois sem condições humanas dignas para o desempenho da função e assistência adequada ao cliente, não há como garantir um serviço de qualidade (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2011), o Sistema de Saúde torna-se eficaz diante da qualidade do relacionamento humano estabelecido entre os profissionais e os usuários no processo de atendimento hospitalar. O que motivou a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que vem obtendo uma repercussão tão extraordinária, agregando esforços de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde por todo o País. É preciso reforçar essa discussão, contribuindo para relembrar a necessidade do agir humanizado, revendo as virtudes humanas que naturalmente podem fluir de cada indivíduo se este for exercitado.

De acordo com Ceccim e Carvalho (2009, p.12), a criança que permanece longos períodos internada ou que retorna muitas vezes ao hospital é a que mais sofre com a influência do meio hospitalar, porém é a que mais contribui para os estudos de humanização, com sua percepção dos espaços e das interferências médicas sobre seu corpo.

Segundo Masetti (2003), a humanização nas instituições de saúde aplicada com o trabalho artístico dos Doutores da Alegria construiu, ao longo de anos, uma parceria bem sucedida entre artistas e profissionais de saúde, estimulando alterações importantes em relação às crianças hospitalizadas: mudança positiva no comportamento, maior colaboração com exames e tratamentos, melhora na comunicação, diminuição de ansiedade com a internação e eventuais intervenções

cirúrgicas, foram alguns dos efeitos relatados pelas crianças, pais e profissionais de saúde.

Para Winkeltein (2006), a criança quando fica doente exibe dificuldades emocionais para o enfrentamento do processo de hospitalização, sendo esta uma das primeiras crises que enfrentam. Elas são vulneráveis a essas crises apresentam uma mudança de estado comum de saúde e da rotina familiar e têm uma dificuldade para lidar com os fatores de estresse.

Corroborando com as palavras do autor acima citado, Quirino; Collet e Neves (2010) dizem que a hospitalização para a criança se torna muito estressante, pois muda toda a rotina do seu cotidiano. A família tem seu papel importante para a recuperação de seu filho, pois a criança se sente mais protegida na companhia de seus pais e a família passa a ser cuidada também pela equipe de saúde para que juntos trabalhem nos cuidados a criança.

Os principais fatores de estresse, abordados nas pesquisas de Winkeltein (2006), durante a internação da criança no hospital são: a perda de controle, as lesões corporais e a dor e suas reações mudam de acordo com o seu desenvolvimento, por várias razões quer seja pelas suas experiências pregressas com a patologia, pela gravidade da doença, pelo sistema de apoio disponível e entre outros fatores.

Para Einloft e Zen (1996), além dos fatores de estresse vividos pela criança, há também o sofrimento psicológico, que pode ser manifestado por vários sentimentos como o medo, o nervosismo, ansiedade, insegurança, tristeza, solidão, preocupação e constrangimento. A amplitude desses sentimentos pode variar, desde um estado suave até um estado intenso, de difícil controle por parte da pessoa que os sente.

Nesse contexto a autora explica que o medo é manifestado através da própria verbalização da criança, no momento dos procedimentos dolorosos, que causa dor no corpo, contudo esse medo pode ser amenizado quando este estiver ao lado de sua família. O sentimento de ansiedade também pode ser visto pela criança quando esta se encontra frente ao desconhecido: o hospital, as pessoas desconhecidas, o imaginário de ficar sozinha (SANTOS, 2012).

Esse sentimento é visto pelo nervosismo da mesma, a tristeza está relacionada pela ausência dos pais, a saudade dos irmãos, dos amigos e a falta de

liberdade para brincar; o sentimento de constrangimento, ou vergonha é sentindo nos exames físicos que são submetidos (SANTOS, 2012).

Santos (2012) reafirma que a criança é muito sensível e doente então se torna mais fragilizada ainda, pois para ela é um lugar estranho, e diferente do que vive em seu dia-a-dia, indica certo medo e insegurança por estar em um lugar desconhecido e ao lado de pessoas estranhas.

Sendo assim, Gomes *et al.* (2013), torna-se difícil a adaptação da criança no hospital, pois esta precisa ter suas limitações, antes tinha liberdade para brincadeiras, agora com a internação sua prioridade é a cura, e a criança já não apresenta disponibilidade para o brincar pois qualquer descuido ou queda pode agravar seu quadro clínico.

Nesse contexto, a assistência humanizada segundo Torquato *et al.* (2013) significa tratar o próximo da forma como gostaria de ser tratado, não apenas chegar ao hospital e fazer somente seu trabalho, pois trabalhar com criança precisa ter cautela, conhecer a doença, ter paciência, dar atenção e ter um bom relacionamento com a família.

Assim, existem alguns procedimentos que ocorrem dentro do hospital como, por exemplo, a inalação que por fazer barulho e a criança se sentir incomodada pode causar traumas decorrentes da hospitalização infantil e que também podem ser amenizados se, a equipe de enfermagem fazer um cuidado humanizado que seja necessário para a compreensão da criança para que possa se sentir bem (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008).

Por isso, nas palavras de Magnabosco; Tonelli e Souza (2008) é de extrema importância o preparo do profissional de enfermagem na abordagem a criança, para que alguns procedimentos não sejam dolorosos, e que compreenda os sentimentos da criança, a intensidade das dores, para que seja amenizado o estresse, principalmente nos procedimentos que são invasivos que causam um trauma maior a criança.

Para Braga (2013), trabalhar com criança faz com que o enfermeiro adquira mais experiências, e reconhecer que a família permaneça ao lado de seu filho durante a internação causa melhora no emocional da criança e principalmente quando os deixam brincar, nesse ponto a autora diz que o uso do brinquedo diminui o estresse, pois faz parte do desenvolvimento infantil, além disso, deve-se levar em consideração que cada criança tem o direito de sonhar e expor sua imaginação.

Por outro ângulo, Marques (2011), explica que a maioria das vezes pelo fato das crianças vivenciarem os sofrimentos físicos na unidade hospitalar, elas não conseguem expressar seus desejos e necessidades, e isso resulta em um mal-estar psicológico. Portanto, há a necessidade importância de reconhecer sua capacidade de se revelarem através de atividades lúdicas.

Estas atividades, também reforçadas por Jansen; Santos e Favero (2010) ajudam na qualidade de cuidado prestado na unidade de pediatria, sendo elas estimuladas ou executadas pelos enfermeiros, portanto é preciso que tenham recursos humanos, materiais e incentivo por meio de capacitação para agir de forma cuidadosa no cuidado prestado a criança, sob sua responsabilidade.

Diferente de um adulto, como contextualiza Gomes e Erdmann (2005) a criança não entende o motivo pela qual está internada.

Com relação às reações da criança frente a sua hospitalização, o autor ainda enfatiza a importância de haver uma humanização no ambiente hospitalar, sendo uma forma de colaboração para tornar a internação mais humana, que seria a inclusão da família no cuidado a criança, pois sabe-se que a presença da família nesse momento delicado ajuda para uma melhor adaptação dentro da unidade pediátrica, diminuindo a aflição da criança em sentir-se abandonada pelos outros integrantes da sua família e sem falar que beneficia a relação de amizade com a equipe de saúde (GOMES; ERDMANN, 2005).

Ponte *et al.* (2015), corroborando com o contexto, diz que para que a criança sinta-se confortada no hospital é preciso que a equipe de enfermagem possa dar uma assistência humanizada, atenção, o diálogo, esclarecimento dos procedimentos que serão realizados, o acolhimento para as crianças e família, isso são atribuições para o conforto no período de internação.

2.3.1 A família da criança hospitalizada

Segundo Viana *et al.* (2011), é um grupo de indivíduos, podendo ser de dois ou mais pessoas, cuja associação é caracterizada por termos peculiares, que podem ou não estar ligados por laços de sangue ou de lei, mas que trabalham de maneira a se apreciarem uma família.

Portanto, quando há necessidade de um dos indivíduos se hospitalizarem, causa um grande impacto para a família e, mais ainda para a criança, começando pela mudança de sua rotina diária, o sofrimento devido a patologia da criança, é uma

situação difícil que gera muita responsabilidade e que a equipe de saúde precisa ajudar o acompanhante da criança (RUMOR; BOEHS, 2013).

De acordo com Marques *et al.* (2014) o acompanhamento dos pais no hospital faz com que a criança se sinta segura tendo ao lado alguém que já conhece e pode facilitar na recuperação da doença de forma rápida, pois para a criança a doença pode abalar seu psicológico e ela precisa do total apoio dos pais, a presença da família traz benefícios para a equipe de enfermagem, pois facilita para que seja feito os cuidados necessários a criança.

Além do psicológico da criança ser afetado, Gomes *et al.* (2013) diz que para os pais a internação também gera grande impacto emocional tanto no aspecto físico como no psicológico, dificultando assim sua adaptação no hospital e o apoio à criança para o enfrentamento da doença. Deste modo é importante que essa família tenha um apoio social durante a internação de seu filho para que sinta-se preparado em cuidar de si e da criança.

Na tentativa de explicar o exposto, Einloft e Zen (1996), diz que na maioria das vezes a doença de um filho gera sentimento de culpa para os pais, por achar que não cuidaram de forma correta da criança, fazendo com que se tornem agressivos com os enfermeiros em querer a melhora de seu filho rapidamente. O que os enfermeiros percebem durante a internação é o medo que os pais têm de perder seu filho, gerando assim reações como uma negatividade, ansiedade, agressividade, pois mesmo sendo uma família bem estruturada, os mesmos também sofrem com a situação da criança.

Sendo assim, a criança doente passa a ser prioridade na família por necessitar de cuidados imediatos, e isso acaba gerando mudança em sua rotina, e alguns membros da família são abandonados, os serviços domésticos, pois os pais se ausentam de casa para cuidar da criança no hospital (MELO; MARCON; UCHIMURA, 2010).

Outra mudança que a família passa é apontada por Santos *et al.* (2013) é que além de cuidar do sofrimento do filho hospitalizado, ainda não tem com quem deixar seus outros filhos em casa, pois não é sempre que um membro da família quer assumir esse papel para cuidar deles, e seus filhos acabam ficando sob os cuidados de vizinhos, conhecidos, amigos e/ou até mesmo sozinhos.

Por essas e outras é que durante a internação de seu filho, a família passa por situações estressantes, desencadeando assim sofrimentos. Esses fatores

iniciam desde os procedimentos que são realizados na criança, também a estrutura física do hospital que não oferece um conforto necessário aos acompanhantes e o distanciamento com os enfermeiros durante a prestação da assistência. (MEDRADO, WHITAKER, 2012).

Além dessas situações Hayakawa; Marcon e Higarashi (2009), tratam ainda que ocorre o desgaste físico, familiar, social e emocional com a permanência dos pais junto a seu filho doente, ao invés de se revezarem com os outros membros da família, pois tinha receio de que em sua ausência poderia ocorrer o quadro de piora ou perda de seu filho.

Nesse contexto, é muito importante a presença dos pais, pois com sua presença a criança se sente mais protegida e aberta para expressar outras dores que esteja sentindo, pois tem crianças que quando o enfermeiro pergunta se está sentindo alguma dor ela não responde ou não distingue e isso dificulta o trabalho do enfermeiro. Já para os pais a criança indica o local onde sente dor, e através dos pais a equipe de enfermagem pode colher as informações sobre a doença da criança para que seja feito os primeiros cuidados. (BRASSOLATTI; VERÍSSIMO, 2013).

O termo família é identificado em muitas formas diferentes, é conceituado de acordo com a própria estrutura de referência do indivíduo, seu julgamento de valores ou a disciplina. Não existe uma definição universal de família; uma família é o que um indivíduo considera que ela seja. (WINKELTEIN, 2006).

Nas palavras de Pinto *et al.* (2010), de acordo com a história, a enfermagem é uma das profissões da área saúde que mais convive com a família, ainda quando os pacientes eram atendidos dentro de suas casas. Florence Nightingale já ressaltava a valor da família e do meio ambiente doméstico no cuidado ao doente. Esta condição tem motivado as pesquisas científicas, a propagação da literatura científica várias temáticas correlacionadas a vivência da equipe de enfermagem com a família, sem provocar mudanças na prática assistencial do mesmo.

A autora ainda diz:

"A família é considerada um elemento fundamental no cuidado de seus membros e o isolamento social é um fator de risco, em especial para os indivíduos mais dependentes como os muito jovens, os mais velhos e aqueles com doença crônica. Assim, é recomendado que os profissionais incentivem a continuidade da ligação natural que existe entre a maioria dos pacientes e suas famílias e sua rede de apoio. Por acreditar que a família exerce influência sobre a saúde do paciente, essa filosofia

assistencial a inclui como parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado". (PINTO *et al.*, 2010, p. 133).

Continuando com suas palavras, ocorreu um avanço na Enfermagem Pediátrica quando a família passou a ser incluída nos cuidados da criança. O CCF foi definido como uma forma de planejamento para cuidar tanto da criança como da família, na qual todos os membros pudessem ser reconhecidos como foco de cuidado, e não apenas a criança (PINTO *et al.*, 2010).

Nesse contexto é essencial que a criança e a família ao chegarem ao hospital sejam acolhidas pela equipe de enfermagem, pois o acolhimento gera confiança. O enfermeiro deve fazer com que o paciente fique à vontade, apresente uma boa interação, e através da conversa consiga colher as informações que precisa sobre a doença, e não apenas fazer interrogatórios para que a família não se sinta impressionada (SANTOS, 2012).

Durante a hospitalização da criança o sofrimento da família só é amenizado quando há uma melhora no estado de saúde da criança e de outras que estão ali presentes, e também sua participação nos cuidados, quando observam a dedicação da equipe de enfermagem em ajudar, pois os simples detalhes do dia-a-dia colaboram para a recuperação da criança (GOMES *et al.*, 2014).

Alguns profissionais buscam da melhor forma acolher a família, porém procuram evitar aproximações maiores ou envolvimento emocional com os pais, no sentido de proteger-se contra o sofrimento gerado pela doença da criança, pois sabemos que, a família apresenta dificuldades em lidar com situações dolorosas principalmente ao receber uma má notícia de seu filho (MOLINA *et al.*, 2007).

2.4 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA FAMÍLIA COM A CRIANÇA HOSPITALIZADA

Segundo Soares e Leventhal (2008), algumas das dificuldades enfrentadas pelos pais são a falta de informações e orientações quanto aos procedimentos realizados e tratamentos, pois suas dúvidas não são devidamente esclarecidas e acaba provocando ansiedade e confronto entre a família e o enfermeiro pela falta de comunicação.

O autor citado ainda descreve que outra dificuldade que a família enfrenta é a mudança de rotina e precisam fazer com que a criança possa se acostumar no ambiente hospitalar, pois a criança depara-se com situações em que as deixam

agitadas e nervosas, causando-lhes transtornos e dificuldades para dormir (SOARES; LEVENTHAL, 2008).

E diante de tal realidade Gomes *et al.* (2013) afirma que os familiares acham difícil fazer com que a criança possa se adaptar ao hospital, pois o ambiente apresenta-se como diferente para a criança e logo a família percebe seu estranhamento, pois ela fica distante das pessoas com quem convive, sente saudades de casa, precisa adquirir novos hábitos em relação ao comer, dormir, horários estabelecidos no hospital e higienização.

Outros fatores de dificuldade enfrentada pela família com criança hospitalizada, segundo Silva *et al.* (2010) é que devido à internação de seu filho, causa um distanciamento dos outros membros da família, porque na maioria das vezes a mãe permanece no hospital por tempo integral e em sua casa deixa o esposo cuidando dos outros filhos (SILVA *et al.*, 2010).

A autora também enfatiza a falta de transporte que faz com que o marido não vá visitá-los no hospital e essa distância provoca alterações na relação familiar e principalmente na vida conjugal do casal quando o homem não reconhece a situação que estão vivenciando e não entende o fato da mãe não estar presente em casa (SILVA *et al.*, 2010).

Quando uma criança fica doente e é hospitalizada, toda a família é afetada. A hospitalização da criança é uma situação de crise emocional para ela, como já foi mencionado nos tópicos acima, e para a sua família. Mesmo sendo estruturada, a família sofre e adocece com esse acontecimento, quase sempre inesperado. Sentimentos como sensação de perda, culpa, ansiedade, medo, depressão, frustração, negatividade e agressividade são observados como reações da família. (EINLOFT *et al.*, 2006).

O sentimento de culpa é notado quando os familiares se sentem responsabilizados pela doença da criança, associando a ela situações anteriores. A sensação de perda e o medo de perder o filho são aspectos que comumente todos os pais apresentam em uma internação, pois a quebra da rotina e a distância provocam estas sensações principalmente quando os pais são super protetores (EINLOFT *et al.*, 2006).

A ansiedade pode estar relacionada com a progressão da doença e aos tipos de procedimentos médicos executados. Comumente a ansiedade também está relacionada com o trauma e a dor imputados a criança. O sentimento frustração

está relacionado à falta de informações sobre os procedimentos, ao desconhecimento das normas e rotinas hospitalares, a uma sensação de serem indesejados pela equipe ou ao medo de fazer perguntas (WINKELTEIN, 2006).

A depressão geralmente é observada quando as mães repetidamente comentam sobre sua exaustão física e mental depois de todos os outros integrantes da família já se adaptaram à crise. Além de ser um estágio inevitável, pois em todos os casos de uma perda próxima este sentimento está presente (EINLOFT *et al.*, 2006; WINKELTEIN, 2006).

Para Thompson e Ashwill (2006), os pais podem, inicialmente, sentirem-se culpados, abandonados e ansiosos. Muitas vezes, culpam-se pela enfermidade do filho, por não terem reconhecido os sintomas iniciais da doença em domicílio ou pela demora do encaminhado ao hospital para a realização do tratamento.

Este autor também refere que os outros filhos também podem ser afetados pela hospitalização de um membro da família. Eles podem apresentar sentimentos de raiva, ressentimento, ciúme e culpa. Repentinamente o foco das atenções fica dirigido para o enfermo, e os outros podem sentir-se negligenciados. As rotinas de casa e os papéis dos familiares ficam modificados, os membros da família separam-se e nem todos recebem atenção suficiente.

Para Winkeltein (2006), os irmãos sentem solidão, medo, preocupação, além de raiva, ressentimento, ciúme e culpa durante a internação do seu irmão ou irmã doente e esses efeitos são geralmente porque percebiam que os pais os tratavam de maneira diferente em comparação com o período anterior à hospitalização do (a) irmão(ã), recebiam pouca informação sobre o(a) irmão(ã) doente, foram cuidados fora do seu ambiente familiar por pessoas que não eram parentes – vizinhos e amigos - ou eram mais novos e estavam passando por processo de transformação, necessitando de atenção.

No contexto da hospitalização pediátrica é indispensável que a equipe de saúde realize o diagnóstico das situações que corroboram para intensificar o sofrimento do acompanhante e, em resposta a esses diagnósticos, desenvolva intervenções que ajudem amenizar o sofrimento dessas pessoas. Para isso, eles precisam se dispor a ouvi-las, compreendendo e respeitando as singularidades de cada uma (WINKELTEIN, 2006).

Considerando o papel da academia na formação profissional, talvez um dos caminhos nessa direção sejam os cursos de graduação na área da saúde começar

ou passarem a enfatizar a necessidade de assistência também à família, oportunizando aos graduandos trabalhar com essa clientela, de modo à introjetar esses valores em sua prática profissional (WINKELTEIN, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo baseou-se em uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, por meio de uma pesquisa bibliográfica. Para Vieira (2015), o qualitativo está na interpretação da realidade e não em sua quantificação. Se a intenção do pesquisador é investigar algo mais subjetivo, como determinada opinião sobre algo e a motivação para essa opinião, esta é uma investigação qualitativa, já que não se trata da coleta de dados quantificáveis, mas sim de aspectos individuais do pesquisado.

O estudo descritivo propende observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Procura então descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua inclusão e conexão com outros, sua natureza e características. O estudo inclui: artigos, teses, dissertações, monografias, livros e manuscritos. Com base em todo material revisado procura-se fazer uma discussão entre os autores, avaliando os pontos positivos e negativos para chegar a um resultado final.

O estudo de revisão bibliográfica de acordo com Gil (1999) é uma revisão rigorosa da literatura de materiais já publicados, como artigos científicos e livros, este tipo de pesquisa, permite uma cobertura mais ampla do fenômeno a ser estudado.

Assim após a escolha do tema, para podermos realizar uma boa revisão um dos primeiros passos a serem definidos é uma questão adequada (formulação do problema), bem formulada e clara, dessa forma esta pesquisa buscou refletir sobre a assistência de enfermagem realizada com a criança hospitalizada à luz dos ensinamentos do Cuidado Centrado na Família (CCF).

3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES

Para darmos resposta a nossa questão, foram inicialmente identificadas as fontes capazes de dar resposta à solução do problema em questão. Foi realizada uma busca por artigos e trabalhos acadêmicos mais atuais, além de teses, periódicos, visando encontrar o maior número de informação possível para o embasamento teórico deste trabalho.

Os termos de busca utilizados para essa pesquisa foram: “família”, “criança e enfermagem.” O processo envolveu uma ampla revisão da literatura a fim de

identificar os estudos que avaliassem a comunicação como processo terapêutico em enfermagem.

Para isso foram pesquisados artigos de várias bases de dados, optando por utilizar as bases de dados *Scielo* e *Lilacs*, Google acadêmico, por entender que foram nessas bases onde mais se encontrou temas relevantes ao assunto abordado, às pesquisadas foram feitas entre os meses de setembro de 2017 a outubro de 2018.

3.3 ANÁLISES DOS TEXTOS

Em um estudo de revisão bibliográfica é necessário se certificar de que o material que está sendo utilizado é de fonte fidedigna, assim se faz necessário a apreciação crítica para analisar a qualidade dos artigos, para dessa forma decidir se os resultados destes artigos são relevantes ou não (GIL, 1999). Para a leitura crítica do material se sugere que se inicie por uma leitura exploratória, seguida de uma leitura seletiva, para que então se realize uma leitura analítica e finalmente uma leitura interpretativa (GIL, 2010).

A tarefa de análise implica, em um primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. Em um segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado (GIL, 2010).

As referências bibliográficas de todos os estudos pesquisados e considerados relevantes para o trabalho em questão foram examinadas detalhadamente os autores foram todos mencionados de acordo com as informações retiradas dos artigos, mediante a necessidade de esclarecimento dos dados. Os títulos e resumos depois de selecionados foram avaliados pela orientadora para verificar a relevância do estudo para esta revisão. Os estudos considerados relevantes foram avaliados em comum acordo com orientadora e acadêmica a fim de discutir a inclusão ou exclusão nesta revisão.

3.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Gil (2010) refere que após o fichamento do material selecionado e antes da redação do relatório se faz necessário a organização das principais ideias obtidas de

modo a atender aos objetivos do estudo. Assim, durante a leitura minuciosa do material selecionado, foram produzidas as categorias de análise.

Foram identificadas as seguintes categorias: Contribuições do Cuidado Centrado na Família; Assistência de Enfermagem a Criança Hospitalizada no Cuidado Centrado na Família; Fatores que Dificultam a Interação entre o Enfermeiro e o acompanhante; Benefícios do Cuidado Centrado na Família (CCF).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

De forma a atender os preceitos éticos de um estudo de referência bibliográfica, todos os autores utilizados nesta pesquisa foram minuciosamente referenciados no corpo do texto e na lista de referências, respeitando a lei de direitos autorais.

3.6 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Dos artigos científicos selecionados, após leitura dos mesmos foi feito um fichamento com os materiais, com os que mais iriam contribuir para o trabalho sobre cuidado centrado na família, focando em pesquisas com a temática “Dificuldades enfrentadas pelos familiares no cuidado com a criança” e “Assistência humanizada a criança hospitalizada”.

3.7 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídos artigos que não atenderam as expectativas do estudo no qual fugiram do tema ou não estavam atualizados.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Fizeram parte da amostra discursiva do presente estudo 21 artigos que foram analisados minuciosamente, sendo estes expostos no Quadro 02.

Quadro 02 – Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação, autor e título da obra.

ANO	AUTOR	TÍTULO DA OBRA
2006	Barros	Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa.
2009	Amorim	Atuação do Enfermeiro no Cuidado Centrado
2011	Carvalho <i>et al.</i>	Comunicação equipe e família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização.
2002	Rocha	O significado da interação das profissionais de enfermagem na pediatria.
2002	Rego	Atuação do Enfermeiro na Pediatria.
2010	Gualda	A Influência do Lúdico no Ambiente Hospitalar Infantil.
2005	Schmitz	O uso do Brinquedo Terapêutico pelos acadêmicos de Enfermagem no Cuidado à Criança hospitalizada.
2012	JWolkmar	História da Pedagogia Hospitalar no Brasil.
2007	Brasil	A Família na Unidade de Pediatria: Percepções da Equipe de Enfermagem acerca da Dimensão Cuidadora.
2011	Gomes	A Assistência de Enfermagem na Pediatria
2010	Lima	Cuidado da Família em Pediatria: Vivência de Enfermeiros em um Hospital Universitário.
2012	Silva	A Humanização na Interação Enfermeiro/Paciente.
2008	Marques; Melo	O cuidador ao cuidador Familiar.
2010	Lindquist	Cuidado da família em pediatria.
2010	Tannure	Sistematização da assistência de enfermagem

2002	Campestrini	Envolvimentos dos Profissionais de Saúde no Cuidar.
2013	Silva <i>et al.</i>	A Relação entre a Equipe de Enfermagem e o Acompanhante da Criança Hospitalizada: Facilidades e Dificuldades
2010	Martucheli	O Cuidado Compartilhado entre a Família e a Enfermagem à Criança no Hospital: uma perspectiva para a sua humanização.
2005	Santos	Cuidado Centrado na Família em Unidades Emergenciais: percepção de enfermeiros e médicos brasileiros.
2015	Brasil	Desconhecimento dos profissionais de saúde acerca do CCF
2005	Schimitz	Possibilidades e limitações para a implementação do CCF nas UPA.

A amostra discursiva foi dividida em quatro tópicos, que apresentar um relato bibliográfico, sobre o cuidado centrado na família. Dentro dessa análise, e discussão teórica, foi analisado a visão dos autores sobre o referido assunto, podendo contrastar as ideias de que são várias as ações do enfermeiro no que diz respeito aos cuidados centrado na família e assistência de enfermagem na pediatria.

4.4 CONTRIBUIÇÕES DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

De acordo com Rocha (2002), o termo cuidado centrado no paciente e família surgiu devido à compreensão de que a família é considerada um elemento fundamental no cuidado de seus membros e o isolamento social é um fator de risco, em especial para os indivíduos mais dependentes como os muito jovens, os mais velhos e aqueles com doença crônica.

Assim, para o autor acima citado, uma das contribuições para aplicar esse cuidado centrado na família, é o incentivo dos profissionais pela continuidade da ligação natural que existe entre a maioria dos pacientes e suas famílias e sua rede de apoio. Por acreditar que a família exerce influência sobre a saúde do paciente,

essa filosofia assistencial a inclui como parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado.

Corroborando com o exposto Pinto (2010), ainda acrescenta que o cuidar da família também é responsabilidade e compromisso moral da enfermagem, já que estão diretamente envolvidos na prática assistencial, cabe a esta avaliar o momento de intervir, em ambiente favorável, junto aos familiares para favorecer o compartilhamento de conhecimentos, habilidades e recursos, tornando ambos parceiros competentes em suas atribuições, gerando autonomia e poder acerca de suas decisões.

Outras contribuições são apontadas por Rocha (2002), onde o mesmo teoricamente explana alguns dos pressupostos centrais do cuidado centrado na família: dignidade e respeito.

Os profissionais de saúde ouvem e respeitam as escolhas e perspectivas do paciente e da família; informação compartilhada: os profissionais de saúde comunicam e dividem as informações úteis de maneira completa e imparcial com os pacientes e a família; no qual recebem informações, no momento oportuno, a fim de efetivar sua participação no cuidado e na tomada de decisão; participação: pacientes e famílias são encorajados e apoiados a participarem do cuidado e da tomada de decisão.

4.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CRIANÇA HOSPITALIZADA NO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

Segundo Mota (2013), no ambiente hospitalar, verificamos que o uso de equipamentos sofisticados faz com que o profissional tenha dificuldades de ver o paciente na sua complexidade, valorizando muito a patologia ou o distúrbio fisiológico que o mesmo apresenta.

Assim, na Unidade de Pediatria, muitas vezes, a criança é fragmentada em órgãos ou em patologias, sendo até mesmo apontada, por alguns profissionais, pelo número de seu leito, totalmente desqualificada e expurgada de sua identidade e de sua cidadania, ou seja, nesse sentido faz uma assistência curativa e não de cuidados.

Para Gualda (2010), a visão curativista existente nas instituições hospitalares, a eficiência do enfermeiro é avaliada pela capacidade técnica e pela destreza nos procedimentos. Esses fatores favorecem a impessoalidade nas

relações do cuidado, que se restringe, muitas vezes, ao mero cumprimento de tarefas rotineiras e à obediência ao modelo de atendimento à saúde existente, tornando o ser humano objeto da assistência.

Explicando sobre cuidados de enfermagem Souza (2010) diz que o sistema de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde se constitui numa arena de espetáculos de compreensão inesgotável. O sistema organizacional de cuidado de enfermagem na sua diversidade e pluralidade “configura facetas, perpassadas por visões e vivências”. Assim, verificamos que os profissionais precisam estar abertos às necessidades de cuidado das crianças com as quais interage no seu cotidiano de trabalho.

Para Lewis e Wolkmar (2012), os profissionais da enfermagem, estão vivenciando um momento de transição na busca por sua identidade profissional na Unidade de Pediatria. O cuidar à criança em suas interações apresenta-se como algo relativamente novo para a enfermagem. Na abordagem de cuidado centrado na criança e sua família, ainda pouco praticada, o cliente se apresenta como a criança hospitalizada e também a sua família.

Lima (2006) afirma que o papel da enfermagem, além de executar técnicas e procedimentos, inclui assessoramento às famílias em suas dúvidas, apoio às suas iniciativas e, constante, estímulo às suas práticas de cuidado.

Para Barbosa (2012) a enfermagem, como profissão interativa, precisa repensar seus valores e suas atitudes na relação com a criança e com a própria equipe multiprofissional. Seu poder sobre as crianças e suas famílias deve ser menos hierárquico, e sua postura menos passiva, em relação ao modelo de atendimento à saúde existente. A criança precisa que a enfermagem exercite suas habilidades de ouvir, tocar, compreender e conhecer o universo do ser criança, durante a sua hospitalização.

4.6 FATORES QUE DIFICULTAM A INTERAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E O ACOMPANHANTE

Meltzer (2009) diz que as relações interpessoais entre familiares de crianças hospitalizadas e equipe de saúde apresentam diferenças, a depender de situações específicas e do profissional de saúde.

Mariano (2011) corrobora que os médicos e enfermeiros são menos propensos a se envolverem quando a criança e sua família são percebidas na

condição de “difíceis de estabelecer contato”. O envolvimento ocorre quando a criança e sua família são consideradas colaborativas, o que possibilita identificar as questões emocionais e psicossociais.

Para Pinto (2009) por outro lado, os enfermeiros consultam um colega quando necessitam de auxílio referente às questões de saúde mental do paciente/família, enquanto que o médico encaminha para o psicólogo ou psiquiatra. Estes resultados indicam que os profissionais de saúde precisam participar de capacitações para desenvolver o manejo diante das relações estabelecidas com os pacientes e familiares.

Goes (2009) afirma que é possível que o paciente/ família considerado de difícil contato esteja vivenciando um período de ansiedade ou conflito decorrente da hospitalização, o entendimento deste aspecto possibilita que os profissionais de saúde utilizem o acolhimento.

Lima (2010) diz que as relações que as enfermeiras estabelecem com as famílias de crianças hospitalizadas estão voltadas para a transmissão de informações básicas sobre os cuidados no ambiente hospitalar.

Gomes (2011) corrobora que no primeiro contato, o propósito é coletar dados sobre o estado geral da criança, as enfermeiras reconhecem a importância da presença das mães e as angústias que são apresentadas, mas não existe uma preparação destas profissionais para um acolhimento especializado, e nem a inclusão da família no processo de cuidado da criança.

Murta e Guimarães, (2007) afirmam que o enfrentamento pode ser conceituado como esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, usados para dirigir processos específicos internos e/ou externos, que são avaliados como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa. Como o enfrentamento é um processo que ocorre na interação da pessoa com seu ambiente, um mesmo indivíduo pode adotar diferentes estratégias de enfrentamento em situações diferentes a depender dos recursos individuais e ambientais disponíveis.

Para Santos (2000) as diferenças entre crenças, valores e símbolos/conceitos da família e equipe de enfermagem podem ser fatores geradores de atritos, devendo assim existir o estabelecimento de uma relação de respeito às singularidades. Para tanto, é necessário que se construa um vínculo

pautado no diálogo, negociação e trocas, de modo a minimizar sofrimentos e conflitos.

4.7 BENEFÍCIOS DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA (CCF)

De acordo com Motta (2009) os benefícios do cuidado centrado na família são vistos como um fator positivo, pois mediante o plano de cuidados traçado pela equipe de enfermagem, assegura para a família um planejamento melhor como unidade de equipe, na qual todos os membros sejam reconhecidos como foco do cuidado e não somente a criança.

O brincar, também foi referido em pesquisas de Jansen; Santos e Favero (2010), como benefícios, para amenizar o estresse da criança internada. Dizendo também que o uso do brinquedo é fundamental na vida de uma criança, principalmente no ambiente hospitalar e são através das atividades lúcidas que a criança passa a viver em mundo mágico, onde ela cria suas imaginações e vai além do mundo real, vivendo em um mundo faz de contas.

E por meio destas, a criança tem a oportunidade de descobrir coisas novas, raciocinar, ser perseverante em lutar e enfrentar seus problemas e passa a distinguir o que é perder e ganhar, pois sabe que a cada dia haverá novas oportunidades para ganhar.

Sendo assim, para Jansen; Santos e Favero (2010), o como recurso facilitador da intervenção de enfermagem, têm-se o brinquedo. Brincar é algo fundamental e de extrema importância na vida de uma criança e é preciso que o enfermeiro reconheça essa necessidade, incorporando essa prática no cuidado diário à criança hospitalizada.

Segundo Machado (2007), os benefícios do cuidar da enfermagem possuem na sua amplitude uma característica humanística ao promover a continuidade da espécie humana saudavelmente humanizada inserindo-se no contexto da liberdade e da autonomia, contribuindo como suporte para viver bem, promovendo condições para uma vida saudável, em benefício do bem comum, cooperando na saúde ou na recuperação da criança.

De acordo com Lindquist (2010), as crianças em situação de hospitalização, não formam um grupo homogêneo de pessoas, da mesma idade e com os mesmos antecedentes, por isso, não pode ser aplicado a elas um sistema rígido de regras. Trazer a criança para atividades de brincar pode ajudá-la a se sentir melhor no

meio de tantas circunstâncias desfavoráveis. Ao brincar, a criança doente, que, em geral, tem um retrocesso em seu desenvolvimento, é estimulada e retoma o impacto vital recuperando-se mental e fisicamente, além de readquirir a autoconfiança, consegue comunicar-se e cria coragem para ultrapassar a adversidade.

O lúdico é uma forma de diversão, descanso, desenvolvimento educativo e um meio auxiliar na prevenção e/ou reabilitação de doenças (SANTOS 2001). Para ter um desenvolvimento saudável, a criança necessita de uma estimulação organizada, adequada e acessível.

Guimarães (2014) afirma que quando se explora e brinca, a criança incrementa seu repertório comportamental e experimenta diferentes respostas de ajustamento ao seu meio. Considerando que mesmo estando hospitalizada, a criança deve ter preservado os seus direitos a brincar e a estimulação, faz-se necessário não apenas o desenvolvimento de tecnologia comportamental adequada à situação hospitalar, mas também a inclusão do psicólogo na equipe de saúde.

De acordo com Camon (2003), quando as crianças manipulam brinquedos e criam situações parecidas com as que estão vivenciando, elas conseguem aliviar o sofrimento causado pela hospitalização. Para ele, nesse contexto, crianças não brincam por brincar, pois mesmo que não consigam expressar seus sentimentos ou exprimir algum conteúdo mais expressivo durante o jogo, o fato de poder brincar, mexer com os brinquedos, sair do quarto e se sentir apoiado, traz um grande alívio, dando condições para que a criança aja por si.

4.8A FAMÍLIA INSERIDA NO TRATAMENTO E RESTABELECIMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

De acordo com Winkelstein (2006), Na enfermagem pediátrica, o Cuidado Centrado na Família é uma filosofia que além de cuidar da criança também reconhece a sua família como unidade de cuidado. Tal definição considera a família como constante na vida da criança e a unidade básica de saúde na qual a criança receberá os cuidados de promoção à saúde e prevenção de doenças, além dos primeiros atendimentos.

Para Ribeiro (2007), a família por sua vez inserida dentro desse plano de cuidados, é reconhecida na colaboração entre pais e profissionais em todos os

níveis de cuidado à saúde; respeitar e valorizar a diversidade cultural, racial, étnica e socioeconômica da família; reconhecer as forças e individualidade da família, respeitando os diferentes métodos de enfrentamento.

Além de, compartilhar informação imparcial e continuamente com a família; responder às necessidades de desenvolvimento da criança e da família; adotar políticas de práticas que fornecem apoio emocional e financeiro para família; planejar um cuidado flexível, culturalmente competente e que responda às necessidades da família; encorajar e facilitar o suporte familiar e da rede apoio (RIBEIRO, 2007).

Para Batista (2014) houve um avanço na Enfermagem Pediátrica ao incluírem a família como unidade do cuidado no que, sabe-se também que cada enfermeiro traz consigo seu próprio conceito sobre família além de valores e crenças que influenciam direta ou indiretamente sua aceitação em compartilhar com a família o ambiente hospitalar que antes era destinado apenas à equipe e que diante deste contexto, pode gerar momentos conflitantes na unidade pediátrica.

Acredita-se que no cuidado com a criança a parceria entre a família e o corpo de enfermagem seja vista como instrumento para humanizar e institucionalizar o cuidar. A ampliação do cuidar do paciente também para a família humaniza o atendimento e estabelece vínculos pessoais, contribuindo com a efetivação de um tratamento integral e mais personalizado. Lima *et al* (2010) traz essa concepção de que a inserção da família no ambiente hospitalar tem contribuído com novas formas de organizar o cuidado e a assistência de enfermagem, integralizando a família e a criança como um todo.

Mukami e Campos (2011) lembram que o enfermeiro deve prestar cuidado emocional não somente para a criança, mas também para a família, é natural que o cuidado prestado pela equipe multidisciplinar seja direcionado ao paciente, enquanto o enfermeiro é o profissional que estará mais próximo à família e a criança.

Para Hayakawa; Marcon e Waidman (2009), cuidar da família da criança internada não significa somente inserir a família nos cuidados a criança, mas oferecer também suporte psicossocial.

Xavier *et al.* (2014) explica que a família que está cuidando da criança pode apresentar incapacidade, dependência e insegurança diante de algumas situações

durante o internamento. A família deve cuidar, respeitando as normas da instituição e é onde sua liberdade de decisão e ação é prejudicada afetando psicologicamente.

A internação da criança leva a família a ter sentimentos de vulnerabilidade, pois sua autonomia é prejudicada, além disso, a possibilidade de morte da criança também traz impactos sobre as relações com a equipe hospitalar (CÔA; MANDETTA, 2011).

Por esses motivos relacionados é que se mostra evidente que a família cuidadora da criança também necessita de cuidados e atenção. Gomes *et al.* (2013) lembra que é necessário amparar a família para que a mesma possa oferecer o apoio necessário a criança promovendo o cuidado humanizado.

Pinto *et al.* (2005) apontam que na rede de apoio, a família também procura satisfazer suas necessidades de informação para compreender a situação, averiguar a causa, diagnóstico e prognóstico da doença e sua responsabilidade quanto ao evento. Outro estudo também comprovou que o nível de satisfação familiar é proporcional ao tempo permitido para que eles resolvam suas dúvidas perante a equipe médica, sendo que as famílias consideram a comunicação tão ou mais importante que medidas clínicas (MCDONAGH, 2004 apud NEVES *et al.*, 2009).

5 CONCLUSÃO

A hospitalização, além de ser um evento gerador de estresse para a criança e seu familiar/ acompanhante, também pode envolver aspectos mais amplos associados à gravidade da doença, à negligência do cuidador ou à cautela e negligência dos serviços médicos.

O cuidado humano à criança em situação de internação hospitalar é uma prerrogativa a ser propiciada por todos os profissionais da saúde comprometidos com a qualidade do cuidado que presta. A característica de ser humano manifesta-se na sua interação com os outros e nas suas relações de cuidado

Hoje, reconhece-se a importância da permanência dos pais no hospital. O envolvimento destes no cuidado à criança hospitalizada trouxe muitas mudanças na organização das unidades pediátricas. Esta reorganização do ambiente hospitalar tem requerido uma mudança no foco da assistência, passando de centrado na criança para centrado, também, na família. O que vemos, no entanto, é que, em geral, a relação entre famílias e enfermagem tem se mostrado bastante conflituosa, na prática.

O hospital, hoje, ainda ocupa uma posição central, responsabilizando-se por tarefas complexas, mas é, também, um local de tensões, conflitos, disputas e negociações. Assim, a enfermagem caminha na busca de referenciais que a instrumentalize para o trabalho com as crianças em uma perspectiva de cuidado mais coletiva que inclua também as famílias. O destaque ao cuidado humano parece refletir a revalorização de uma prática social e política mais comprometida e com maior impacto na vida em sociedade.

Ao cuidar, o ser que cuida e o que é cuidado se expressam. Cuidar de famílias de forma humanizada em uma situação de internação hospitalar da criança apresenta-se como uma importante estratégia de instrumentalização desta para o seu papel de cuidadora. A capacidade de cuidar está na raiz do ser humano, na capacidade de expressar seus sentimentos possibilitando aos cuidadores sua autorealização em plenitude com os outros.

A reconstrução de novas relações entre os profissionais da saúde e as famílias das crianças internadas no hospital será possível a partir da construção de uma nova consciência de que o exercício do cuidado compartilhado pode ser uma coisa positiva, quando nos impulsiona no sentido de construirmos com o outro e de crescermos juntos, cada um dando a sua contribuição para este crescimento.

Como os profissionais de saúde são os responsáveis pela organização do ambiente de cuidado no hospital e a família encontrasse fragilizada, pela internação hospitalar de seus filhos, esta, na maioria das vezes, fica a mercê das decisões dos profissionais. Compete, então, a nós tomarmos a iniciativa de integrá-las ao processo de cuidado da criança na unidade de internação hospitalar. Torna-se necessária a busca por relações menos conflitantes e mais efetivas, no sentido de se propiciar um cuidado mais qualificado, sensível e humano.

Quando a criança necessita ser internada as rotinas familiares são alteradas, todas as decisões exclusivas da família, passam a ser compartilhada com pessoas de fora do seu convívio. A criança por sua vez encontra-se em um ambiente hostil, sendo submetidas a procedimentos dolorosos, bem como, passa a conviver com pessoas diferentes.

Esse entendimento é fundamental para que a enfermagem estabeleça uma aproximação baseada na atenção afetuosa, na confiança e no diálogo. A equipe de enfermagem dedica-se inteiramente a prestar assistência à criança que é o foco de sua atenção, no entanto, a família e acompanhante passam por alterações psicossociais muitas vezes incompreendidas pela equipe em um primeiro momento que devem ser assistidas mutuamente no atendimento ao paciente.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, S. F. **Indo além do assistir: cuidando e compreendendo a experiência com clientes internados em UTI** [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. 325 f, 1995.
- CAMON, V. A. A. **Psicologia no hospital**. 2ª Ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.
- ELSEN, I. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: SCHIMITZ, E. M. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; p. 169 – 79, 2000.
- ERDMANN, A. L. O sistema de cuidados em enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Texto e Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 52 – 69, 1998.
- FIGUEIRA, S. A.; FERREIRA, B. D. N. L.; CERQUEIRA, D. P. H.; COELHO, M. R. N.; ALVES, M. L. O cuidado e a comunicação: interação entre enfermeiros e familiares de usuários em uma unidade de terapia intensiva adulto. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, 2012.
- GÓES, F. G. B.; CAVA, A. M. L. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. **REE.**, v. 11, n. 4, p. 942 – 95, 2009.
- GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. **RevBrasEnferm.**, v. 63, n. 1, p. 84 – 90, 2010.
- GUALDA, D. M. R. O significado do processo do parto no contexto do conceito de saúde reprodutiva. In: CIANCARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. **Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**. São Paulo: Ícone; p. 145, 1998.
- GUIMARÃES, Suely Sales. A hospitalização na infância. Universidade de Brasília. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v. 4, n. 2, p. 102-112.
- LEWIS M.; WOLKMAR, F. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; p. 508, 1993.

LIMA, A. S.; SILVA, V. K. B. A.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S.; OLIVEIRA, B. R. G. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 700 – 708, 2010.

LIMA, R. A. G. **Criança hospitalizada: a construção da assistência integral** [tese de Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 260 f, 1996.

MARIANO, L. R. A.; BACKES, D. S.; ILHA, S.; NICOLA, G. D. O.; FREITAS, H. M. B.; FERREIRA, C. L. L. Significado da internação hospitalar pediátrica na perspectiva de profissionais e familiares. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 511 – 516, 2011.

MELTZER, L. J.; STEINMILLER, E.; SIMMS, S.; GROSSMAN, M.; LI, Y. Staff engagement during complex pediatric medical care: the role of patient, family, and treatment variables. **Patient Education**, v. 74, n. 1, p. 77 – 83, 2009.

MOTTA, M. G. C. **O ser doente no triplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais** [tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1997. 210 p.

OLIVEIRA, S. S. G. O Lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 1, p. 1 – 13, 2003.

PINTO, J. P.; RIBEIRO, C. A.; PETTENGILL, M. M.; BALIEIRO, M. M. F. G. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 132 – 5, 2010.

PINTO, M. C. M.; CAMATA, D. G.; OLIVEIRA, A. C.; DALGE, D. P.; PAES, A. T. Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. **Einstein**, v. 7, n. 1, p. 18 – 23, 2009.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e a abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 5, 2002.

RODRIGUES, R. P. (org.). **Brincalhão: uma brinquedoteca itinerante**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

SHILDES, L.; PRATT, J.; HUNTER, J. Family centered care: review of qualitative studies. **Clinical Nursing**. n. 15, p. 1317- 23, 2006.

SOARES, M. R; Z. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. Universidade Estadual de Londrina. **Revista Estudos de Psicologia**, PUC Campinas, v. 18, n. 2, p. 64 – 69, mai. – ago., 2001.

SOUZA, A. I. J. **Cuidando de famílias em uma unidade de internação onco hematológica pediátrica a partir do referencial de Jean Watson** [monografia de Especialização em Enfermagem na Saúde da Família]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999. 92 f.

WINKELSTEIN, M. L. Perspectiva da enfermagem pediátrica. In: Honckenberry MJ. Wong **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; p.1 – 21, 2006.