



Organização do trabalho de Enfermagem diante da inserção dos cuidados familiares com a criança hospitalizada

Organization of Nursing work regarding the integration of family care for hospitalized children

Organización del trabajo de Enfermería delante de la inclusión de la atención familiar al niño hospitalizado

Janaína Lopes da Silva¹, Emelyne Gabrielly de Oliveira Santos¹, Cintia Capistrano Teixeira Rocha¹, Cecília Nogueira Valença¹, Osvaldo de Góes Bay Júnior¹

Objetivo: discutir a organização do trabalho do técnico de Enfermagem na interface com os cuidados dos familiares com a criança hospitalizada e identificar sua percepção acerca da inserção deste familiar no cuidado com essa criança. **Métodos:** estudo descritivo-exploratório com abordagem do tipo qualitativa, realizado em unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário com seis técnicos de Enfermagem, por meio de entrevista semiestruturada. **Resultados:** os profissionais perceberam a importância da presença do familiar para recuperação da criança. No entanto, cuidados básicos, que antes eram desenvolvidos pela Enfermagem, acabaram delegados ao acompanhante, sendo o cuidado ao binômio criança-família esquecido pelo profissional. **Conclusão:** os técnicos de Enfermagem reconhecem os benefícios e as dificuldades da presença do acompanhante no entanto, percebe-se que houve falta de preparo dos profissionais, quando se considerou o binômio criança-família durante a internação hospitalar.

Descritores: Trabalho; Cuidados de Enfermagem; Criança Hospitalizada.

Objective: to discuss the organization of Nursing technician's work in the interface of the care of family members of hospitalized children and to identify their perception of the insertion of family in caring for this child. **Methods:** this is an exploratory descriptive study with a qualitative approach, undertaken in the pediatric inpatient unit of a university hospital with six Nursing technicians, through semi-structured interviews. **Results:** professionals realized the importance of the family's presence for the child's recovery; however, in basic care which was previously developed by Nursing, they were eventually delegated to be companions, with care for the child-family binomial forgotten by the professional. **Conclusion:** nursing technicians recognize the benefits and difficulties of the presence of a companion. However, it is perceived that there was a lack of professional preparation when considering the binomial of child-family during hospitalization.

Descriptors: Work; Nursing Care; Child, Hospitalized.

Objetivo: discutir la organización del trabajo técnico de Enfermería en la interfaz con la atención de familiares al niño hospitalizado e identificar su percepción acerca de la inclusión de esto familiar en la atención a ese niño. **Métodos:** estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado en unidad de hospitalización pediátrica de un hospital universitario, con seis técnicos de Enfermería, a través de entrevista semiestruturada. **Resultados:** los profesionales percibieron la importancia de la presencia familiar para recuperación del niño. Sin embargo, la atención básica, que antes fuera desarrollada por la Enfermería fue delegada al acompañante, siendo la atención al binomio niño-familia olvidada por el profesional. **Conclusión:** los técnicos de Enfermería reconocieron los beneficios y las dificultades de la presencia del acompañante, pero, se percibió falta de capacitación del personal, al considerar el binomio niño-familia durante la hospitalización.

Descritores: Trabajo; Atención de Enfermería; Niño Hospitalizado.

¹ Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz, RN, Brasil.

Autor correspondente: Cintia Capistrano Teixeira Rocha
Rua Lago na Pedra, 968, Pitimbu, CEP: 59068-600, Natal, RN, Brasil. E-mail: cintiarocha_4@hotmail.com

Introdução

A assistência à criança hospitalizada, no transcorrer de sua história, especialmente, a partir de fins do século XIX, vem sofrendo transformações significativas desde a prática médica clínica, individualizada, com abordagem meramente microbiológica até a proposta do alojamento conjunto pediátrico, tendo como foco da assistência o binômio criança-família⁽¹⁾.

Essas mudanças foram determinadas, sobretudo, pela organização social, pelo valor e significado que a sociedade atribuiu à criança em cada momento histórico, pelo modo de produção, pelo desenvolvimento da medicina e pela incorporação das ciências humanas e sociais na formação dos profissionais de saúde⁽¹⁾.

A permanência de um membro da família ou responsável de importância para a criança em período integral no ambiente hospitalar e sua participação no cuidado têm desencadeado novas formas de organização do trabalho na assistência à criança hospitalizada. Nessa perspectiva, torna-se necessário dirigir o olhar para a família como objeto do cuidado, em um processo de produção de relações e intervenções, para além do atendimento clínico⁽¹⁻²⁾.

Diante dessa preocupação com a efetivação da inserção dos pais na assistência à criança hospitalizada, o Brasil, em 13 de julho de 1990, promulgou a Lei 8.069, que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente, garantindo a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente em ambiente hospitalar⁽³⁾.

A permanência em tempo integral dos pais, especialmente das mães, trouxe benefícios para o processo de recuperação da saúde do filho hospitalizado. Acredita-se que a criança, por ter ao seu lado alguém de sua confiança, absorve todos os sentimentos trazidos, como amor, segurança, autoconfiança e tranquilidade, os quais influenciam diretamente na resposta satisfatória desta à doença, encurtando o tempo de internação⁽³⁻⁵⁾.

No entanto, apesar dos benefícios para a população infantil, essa inserção em ambiente hospitalar também gerou inúmeras dificuldades para os familiares, a saber: medo da doença e do desconhecido; sentimento de culpa, insegurança e ausência de controle sobre o ambiente hospitalar; pessoas, rotinas, procedimentos e equipamentos; medo de perder o afeto de seu filho; mudança de rotina de vida e de atendimento das necessidades da criança; problemas financeiros, sociais e afetivos vinculados à doença; e padrões comportamentais solicitados aos pais, diferentes dos habituais^(3,6).

A permanência familiar em tempo integral garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente determinou ainda alterações na organização do trabalho da equipe de saúde. Isso porque os familiares passaram a atuar como agentes no processo de trabalho do cuidar. No entanto, ao se implantar a lei, não se considerou em que condições se daria essa convivência entre pais e profissionais⁽¹⁾.

Além das dificuldades e alterações citadas, problemas como a inadequação da área física para a acomodação e alimentação, número insuficiente de profissionais, falta de preparo para assistir a família, e ansiedade e estresse do familiar dificultam a interação criança/equipe/família⁽²⁾.

A Enfermagem, especificamente, não tem contemplado a família na perspectiva do cuidado, incluindo-a apenas quando se apresenta algum problema de saúde, além de muitas vezes delegar à família ações de cuidados específicos no ambiente hospitalar, sem orientação nem acompanhamento, o que contribui para a diminuição da qualidade da assistência⁽³⁾.

Apesar do foco do trabalho da Enfermagem ser centrado na criança e sua doença, em pediatria, tem-se tentado buscar a mudança desse foco para o centrado na família. Nessa perspectiva, a família passa a ser considerada a unidade primária do cuidado. Essa concepção não desconsidera toda a sistematização construída até o momento, mas amplia o foco do trabalho^(1,2,5).

Nesse contexto, este estudo teve como objeti-

vos discutir a organização de trabalho do técnico de Enfermagem diante dos cuidados dos familiares com a criança hospitalizada e identificar sua percepção acerca da inserção do familiar no cuidado com essa criança.

Método

Estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, que buscou compreender dimensões consideradas profundas e significativas, não podendo ser aprisionadas nas variáveis da abordagem quantitativa⁽⁷⁾.

Para a coleta de dados empíricos, utilizou-se a técnica da entrevista semiestruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, podendo o entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada⁽⁷⁾.

A pesquisa foi realizada em uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário, na cidade de Santa Cruz-RN, no mês de outubro de 2013.

Os critérios de seleção dos sujeitos da pesquisa foram: profissionais da equipe de Enfermagem que atuavam há mais de 1 ano na unidade em estudo e em conformidade com a escala de plantão. O critério de exclusão foi o desejo de se retirar do estudo ou não apresentar-se disponível para realização da entrevista. Nove profissionais de nível médio atuavam na unidade de internação pediátrica, mas seis profissionais técnicos de Enfermagem participaram do estudo.

Com o propósito de caracterizar os entrevistados da pesquisa, foram coletados dados referentes a sexo, idade, estado civil, tempo de formação, pós-graduação, cursos de capacitação, experiência profissional em saúde da criança, tempo de experiência profissional no local em estudo e vínculo profissional fora do campo de estudo. Para as informações coletadas, foi realizada análise estatística descritiva com definição das frequências absolutas e percentuais.

A entrevista foi gravada com auxílio de um equipamento de MP3 e contou com as seguintes

perguntas abertas: “Fale um pouco sobre como você organiza seu trabalho no cuidado com as crianças hospitalizadas?”; “Você poderia falar sobre as ações voltadas para o cuidado com as crianças hospitalizadas?”; “Sobre a dinâmica do cotidiano do ‘fazer’, qual a sua percepção sobre a inclusão do cuidador (família) no processo de cuidar da criança hospitalizada?”. Essas entrevistas foram realizadas individualmente, no local de trabalho, por assim proporcionarem um maior contato com a realidade da prática assistencial dos sujeitos do estudo.

Para a determinação do número de participantes, utilizou-se o critério de saturação dos dados, ou seja, quando os dados se tornaram repetitivos, encerrou-se a coleta.

A análise dos dados teve como base teórica a Análise de Conteúdo, que corresponde a um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens⁽⁸⁾.

A análise temática se deu em três grandes etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos; e interpretação. A primeira etapa foi composta pela organização dos dados, por meio da leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de hipóteses, além de contribuir para determinar as unidades de registros e de conceitos, categorização e os conceitos teóricos que norteiam a análise. Na segunda etapa, foi contemplada a exploração do material, no intuito de identificar o núcleo de compreensão do texto, representado por categorias e subcategorias. Na última fase, houve a interpretação dos dados.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o anonimato dos participantes, foi utilizada a letra E, que significou “Entrevistado”, numerada de acordo com a sequência de realização das entrevistas (E1-E6).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética

em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí/Universidade Federal do Rio Grande do Norte e aprovado sob o número de parecer 352.844.

Resultados

Todos os seis profissionais técnicos de Enfermagem entrevistados, atuantes na pediatria, eram do sexo feminino. A menor idade encontrada foi 24 anos, e a maior, 58 anos.

Com relação ao estado civil, 50% eram casadas e 50% solteiras. Constatou-se que 50% apresentavam mais de 30 anos de tempo de formação, 67% possuíam cursos de capacitação, porém nenhuma cursara pós-graduação.

A experiência profissional em saúde da criança variou de 1 ano a 35 anos e 5 meses, sendo que 67% apresentaram mais de 20 anos de experiência nessa área. Quando questionadas sobre o tempo de experiência profissional no local do estudo, 50% relataram possuir mais de 30 anos de exercício na instituição. A maioria dos entrevistados (84%) possuía apenas a instituição do local do estudo como vínculo profissional.

A realidade atual da inserção familiar no cuidado com a criança hospitalizada pôde ser observada quando houve o questionamento aos sujeitos da pesquisa sobre a inserção do familiar. Os entrevistados demonstraram que a presença do acompanhante no processo de hospitalização detinha um significado positivo para a recuperação da saúde da criança. *...quando a família se faz presente, a criança se sente mais segura, pois é uma pessoa que está lá, ajudando, falando uma palavra de carinho, de apoio... (E3). com a presença do familiar, a criança se recupera mais rápido, pois tem o apoio da mãe, o carinho. É um negócio diferente, é muito bom... (E4). A presença do familiar melhora muito o ambiente de trabalho, pois diminui o nosso trabalho no cuidado com a criança... (E5). eu acho muito importante isso, muito, muito mesmo, pois a criança sente presente uma segurança ao seu lado (E6).*

Percebeu-se que a presença do acompanhante influenciou diretamente na organização do trabalho da equipe de Enfermagem, tornando-se mais evidente quando alguns dos profissionais entrevistados relata-

ram como era o trabalho antes da presença do acompanhante em tempo integral. *... antes à noite era somente uma técnica de Enfermagem para fazer tudo, trocar o bebê, dar banho, dar mamadeira, administrar medicamentos. Era um sofrimento muito grande, pois a mãe vinha toda ansiosa preocupada em saber se estávamos maltratando sua criança... (E4). ... antes era tudo muito difícil, porque na pediatria, quando os acompanhantes não ficavam, fazíamos tudo, dávamos a alimentação do bebê, o banho do bebê, trocávamos o bebê, a fralda, todo o cuidado era com o técnico de Enfermagem ou com o auxiliar de Enfermagem (E1). ... quando a família chegava, tinha que estar tudo bem arrumado. Tomávamos conta de tudo, tudo era responsabilidade nossa... (E5).*

A Enfermagem, na ausência do acompanhante em tempo integral, realizava os cuidados com uma rotina própria, com momentos de sobrecarga de trabalho e sem apresentar uma boa comunicação/relação com os acompanhantes durante o internamento das crianças. Quando, então, ocorreu a obrigatoriedade da presença do acompanhante, essa nova dinâmica de trabalho foi reorganizada, e a nova interface possibilitou a constituição de momentos de dificuldades e conflitos nas relações. *... eu acho que tem que existir várias regras na pediatria, tem que ficar estampada para todos os acompanhantes, para que tomem ciência, pois eles desacatam muito o profissional, eles deveriam ser bem cientes disso... a todo o momento você só faz o bem e não é reconhecido, aí realmente ficam difíceis as relações... (E2). O acompanhante é a pedra no sapato da Enfermagem... não tem uma boa reciprocidade, isso atrapalha muito (E5). ... temos muitos problemas com os acompanhantes, às vezes eles não compreendem nossas ações. Quando realizamos algum procedimento na criança, eles acham que estamos machucando, maltratando... muitas vezes essas agressões são com palavras e físicas... (E1).*

Era preciso ter a compreensão de que, além do cuidado com a criança, tornava-se imprescindível o cuidado com a família, de modo que suas necessidades também fossem atendidas. *...o banho quem faz é o familiar, é raro a gente ajudar, é muito difícil; a compressa quem faz é o familiar... uma nebulização a gente coloca, mas não segura, pede para que ele segure... (E2). ... nas nebulizações elas quem fazem, compressa a gente entrega e elas quem fazem, o banho é com elas. (E4). A mãe dá o banho, segura a compressa, segura o termômetro, segura a nebulização (E5).*

Houve também um conflito entre o que era

atribuição do acompanhante e o que era da equipe de Enfermagem. Para muitos profissionais, a presença do acompanhante no cuidado com a criança hospitalizada estava correlacionada ao desempenho de atividades que eram privativas da Enfermagem, como a supervisão de terminos de infusões endovenosas, fechamento do gotejamento do soro, sinalização de horários de medicações e, muitas vezes, a administração das mesmas. *A mãe é quem coloca o termômetro da criança... medicação via oral, quem dá geralmente é a mãe...* (E3). *... acabou o soro eles vêm e avisam... tipo assim uma compressa, não é a gente que vai lá colocar... aí às vezes a gente fica só entregando a medicação e elas dão em seguida, mas são elas quem dão...* (E2). *... olhe mãe você observe que quando tiver terminando a medicação a senhora vai ali chamar a gente, avise...* (E1).

Durante as entrevistas, ficou evidente a falta de comunicação entre o profissional técnico e o familiar, o que trouxe como consequência conflitos entre esses elementos. Na maioria das vezes, parte da comunicação necessária para um bom relacionamento foi delegada a outros profissionais, como enfermeiros, psicólogos e/ou assistentes sociais. *Tem muitos familiares que complicam, outros lhe ajudam. Infelizmente, a gente tem isso, quando complica é para toda equipe, todo mundo sente a dificuldade: a nutrição sente dificuldade, a psicologia sente, todos sentem, mas, quando existe essa dificuldade de relacionamento nós chamamos as enfermeiras ou os psicólogos ou assistentes sociais* (E2).

Discussão

No Brasil, em 1990, houve a criação de programas voltados para a criança e o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, dando início ao cumprimento dos direitos legais desse grupo. Com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado pela Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, a criança passa a ter direitos fundamentais como saúde, alimentação, proteção, educação, esporte, lazer e cultura, além da família e a permanência de um acompanhante, em período integral, durante toda a hospitalização infantil⁽⁹⁾.

Nesse contexto, a família passou a ser considerada um fator de suma importância para a amenização

de efeitos negativos ocasionados pela dor, pelo medo e pela insegurança provenientes da experiência da internação hospitalar⁽¹⁾.

Para os profissionais entrevistados, a presença desse familiar se tornou importante para a recuperação da criança. Entretanto, percebeu-se que, além do aspecto afetivo e da segurança, existiu o processo de delegação de algumas ações para esses familiares, em que muitos dos cuidados básicos, que antes eram desenvolvidos pela Enfermagem, acabaram sendo exercidos pelos acompanhantes.

Partindo de uma visão integral do processo de trabalho em Enfermagem, compreende-se que a família é um membro indissociável no processo de saúde. A presença da família, durante a hospitalização, é de suma importância, sendo a inserção do acompanhante na unidade de internação pediátrica um quesito incontestável⁽¹⁰⁾.

Essa inclusão da família em tempo integral, no ambiente hospitalar, e sua participação no cuidado com a criança têm desencadeado novas formas de organizar a assistência à criança hospitalizada, tornando essencial a ampliação do foco da assistência, que antes era restrito à criança isoladamente, estendendo a atenção da Enfermagem para a família e os demais cuidadores.

A formação da maioria dos profissionais técnicos em Enfermagem da presente amostra entrevistada esteve centralizada na época em que a supremacia do modelo assistencial médico-privatista se destacava nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde.

Neste estudo, o conflito vivenciado entre os técnicos de Enfermagem e os acompanhantes era contínuo, além de haver precariedade no cuidado voltado para o binômio paciente-familiar. Esses conflitos prejudicaram a qualidade da assistência prestada pela Enfermagem, já que geravam insegurança e disputa de "poder", por parte dos acompanhantes, quanto aos cuidados prestados à criança, pela Enfermagem. Na relação estabelecida entre a equipe de Enfermagem e o familiar que acompanha a criança, surgem conflitos de relacionamentos, manifestando relações de poder durante todo o processo de hospitalização⁽¹¹⁾.

Observa-se que os profissionais, ao compreenderem a importância do vínculo da criança com a família e o quanto isso ajuda no processo terapêutico da criança hospitalizada, sentem-se mais livres da demanda de trabalho. No entanto, na realização desses cuidados desenvolvidos por profissionais/familiares, ainda há delegação de tarefas sem que haja acompanhamento e/ou orientação adequada, evidenciando, com isso, uma possível falta de responsabilização dos profissionais, no que diz respeito a determinados cuidados de Enfermagem.

Assim, a equipe de Enfermagem tem que inserir o familiar no cuidado com a criança, para que ocorra o compartilhamento do mesmo, proporcionando espaços de escutas qualificadas, e para que seja possível estabelecer o diálogo entre os pares envolvidos, minimizar os conflitos e negociar os cuidados.

Quando os pares envolvidos no cuidado com a criança hospitalizada não têm a compreensão da divisão e da negociação desses cuidados, o atendimento ao paciente e a sua recuperação acabam dificultados. Percebe-se que a inclusão do familiar acompanhante no processo do cuidar limita-se exclusivamente a executar tarefas que lhe são delegadas, ou seja, o profissional deixa de realizar os cuidados e impõe que o acompanhante os execute, sem que haja um olhar para as necessidades desse cuidador⁽¹²⁾.

Em pesquisa sobre relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil, relata-se que não foi percebida a presença de negociação entre as mães e as enfermeiras em relação aos cuidados a serem prestados à criança, durante seu período de hospitalização⁽¹³⁾.

Muitas vezes, não há o esclarecimento, por exemplo, dos procedimentos que são realizados nas crianças, por parte dos profissionais, e esse fato gera mais angústia no familiar, sendo somado à modificação da rotina deles, devido à hospitalização. Isso, entre outros causadores de sofrimento e conflitos nos acompanhantes, acarreta um sentimento de impotência e sensação de dependência com relação às decisões a serem tomadas sobre as crianças⁽¹⁴⁾.

Os relatos demonstram que os acompanhan-

tes realizaram procedimentos que eram privativos da equipe de Enfermagem, porém o profissional, ao delegar cuidados que são de Enfermagem para o acompanhante, sem que haja qualquer supervisão por parte do profissional, ignorando a infração cometida, infringe o Código de Ética da Enfermagem, e a equipe corre o risco de sofrer penalidades, pois qualquer alteração no desempenho do cuidado delegado será de sua total responsabilidade.

A equipe de Enfermagem, muitas vezes, assume a posição de detentora do saber, não se organizando para integrar o acompanhante à assistência à criança hospitalizada. Essa imposição de afazeres para a família gera conflitos de relacionamento entre eles e os profissionais, pois o familiar nem sempre respeita essa disciplina.

Os conflitos se estabelecem, na maioria das vezes, com os profissionais de Enfermagem, tendo em vista que eles são os que possuem maior contato com a família e a criança hospitalizada. Tais conflitos são gerados, sobretudo, pela falta de diálogo e pelo despreparo em lidar com a dor e o sofrimento da criança e de sua família.

A comunicação trata-se de um exercício a ser efetivado no cotidiano das tarefas como profissionais de saúde, bem como no cotidiano enquanto seres humanos, o que se torna um exercício diário para encontrar as palavras certas e o gesto apropriado⁽¹⁵⁾.

É nesse contexto de comunicação inadequada, relações de poder, dúvidas e diferentes percepções por parte dos técnicos de Enfermagem que se desenvolveu o cuidar da criança hospitalizada, em que, por um lado, houve aceitação do familiar no espaço de trabalho em saúde, quando se referiu à contribuição na melhoria da criança; por outro lado, sua permanência nesse ambiente desencadeou conflitos e divisão de trabalho, que, muitas das vezes, não eram realizados de maneira negociada.

Considerações finais

Neste estudo, na organização do trabalho dos técnicos de Enfermagem na assistência à criança, a

família, por mais que estivesse inserida no cuidado prestado, ainda não estava incluída como um sujeito ativo desse processo do cuidar, sendo, por muitas vezes, percebida como um obstáculo, que dificulta o trabalho do profissional.

Os resultados encontrados evidenciaram uma falta de preparo dos profissionais quando se trata do binômio criança-família durante a internação hospitalar. Faltaram a eles noções de como trabalhar com as necessidades do binômio, além da dificuldade em estabelecer processos de diálogos afetivos, o que resulta em comportamentos de resistência e confronto, trazendo à tona manifestações de poder por parte dos profissionais da equipe de Enfermagem.

Colaborações

Silva JL e Bay Júnior OG contribuíram com a concepção, coleta de dados do campo, análise e interpretação dos dados, além da revisão final do artigo. Santos EGO, Rocha CCT e Valença CN contribuíram com a concepção e redação do artigo. Bay Júnior OG, Rocha CCT e Valença CN participaram da aprovação da versão final do artigo a ser publicada.

Referências

1. Gomes GC, Erdmann AL, Busanello J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(1):143-7.
2. Quirino DD, Collet N, Neves AFG. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(2):300-6.
3. Santos AMR, Amorim NMA, Braga CH, Lima FDM, Macedo EMA, Lima CF. The experiences of relatives of children hospitalized in an emergency care service. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):473-9.
4. Gomes GC, Pintanel AC, Strasburg AC, Erdmann AL. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(1):64-9.
5. Lapa DF, Souza TV. Scholars' perception about hospitalization: contributions for nursing care. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(4):811-7.
6. Molina RCM, Marcon SS. Psychological suffering interfering in the maternal desire of taking care of child hospitalized in the pediatric intensive care unit. *Online Braz J Nurs*. [Internet] 2009 [cited 2015 Apr. 10]; 8(3):1-11. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2590/568>
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2008.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
9. Marques JFS, Santos HA. A criança como unidade de cuidado e campo de investigação da enfermagem. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR* [Internet] 2012 [citado 2015 apr. 10]; 37(2):81-6. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/view/4559/2747>
10. Souza LD, Gomes GC, Silva MRS, Santos CP, Silva BT. A família na unidade de pediatria: Percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora. *Cienc Enferm*. 2011; 17(2):87-95.
11. Squassante ND, Alvim NAT. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1):11-7.
12. Facio BC, Matsuda LM, Higarashi IH. Internação conjunta pediátrica: compreendendo a negociação enfermeiro-acompanhante. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013 [citado 2015 apr. 10]; 15(2):447-53. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a18.pdf
13. Lima AS, Silva VKBA, Collet N, Reichert APS, Oliveira BRG. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(4):700-8.
14. Silveira RA, Oliveira ICS. O cotidiano do familiar/acompanhante junto da criança com doença oncológica durante a hospitalização. *Rev Rene*. 2011; 12(3):532-9.
15. Milbrath VM, Siqueira HCH, Motta MGC, Amestoy SC. Comunicação entre a equipe de saúde e a família da criança com asfixia perinatal grave. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(4):726-34.