

CAMINHOS PARA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA¹

[Ways for the assistance for the hospitalized child]

Neusa Collet*
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira**

RESUMO: O objetivo do estudo é refletir a respeito de estratégias de humanização na assistência à criança hospitalizada. Buscamos desenvolver caminhos para a humanização por meio da participação familiar no cuidado, da permanência dos pais durante o período de hospitalização da criança, da inserção de cuidados de recreação, da instalação de *playground* e solários, do uso da técnica de brinquedo terapêutico e da troca de uniformes brancos padrão hospitalar por roupas coloridas de motivos infantis. Esta reflexão pretende suscitar uma reavaliação da prática profissional de enfermagem no cotidiano da assistência à criança hospitalizada, com o intuito de transformar a realidade das crianças nas unidades de internação pediátricas.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem pediátrica, Criança hospitalizada, Relações familiares.

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a humanização no atendimento de enfermagem em Pediatria, principalmente no tocante à criança hospitalizada, tem levado a reflexões a respeito das normas hospitalares rígidas e inflexíveis que se baseiam apenas na questão de contaminação do ambiente hospitalar, numa visão de prevenção das causas das doenças.

Paralelamente, observa-se que a psicologia avançou na compreensão dos distúrbios psicológicos da criança, evidenciando que o distanciamento ou ausência dos pais em épocas importantes da vida da criança interferem na gênese desses distúrbios, independentemente se eles são precoces ou tardios.

Sabemos que os fatores que causam as doenças não são apenas de dimensão biológica, mas também psicológica

e social, os quais têm seu eixo principal na privação do afeto e na miséria em que se encontram as mais baixas camadas sociais da população. Estes fatores podem ser evidenciados na desigualdade da distribuição de renda, nos elevados índices de desemprego, nos índices de morbimortalidade infantil, nas péssimas condições de moradia e acesso aos bens e serviços, entre eles a assistência à saúde e educação.

Somando-se a isso, as instituições hospitalares, até pouco tempo, restringiam o horário de visitas dos pais às crianças internadas e não permitiam sua permanência em período integral, salvo em casos específicos. A internação é um momento de *stress* para a criança e a família, que pode ser aliviado se existe alguém em quem ela confia a seu lado e se a instituição leva em consideração o contexto bio-sócio-cultural do núcleo familiar.

Assim, a hospitalização de crianças, entre outros problemas, acarreta riscos de transtornos emocionais e de conduta, conhecidos sob o nome de hospitalismo, que Spitz (1979) descreveu como o conjunto de regressões graves que podem ser observadas quando os lactentes são colocados, no segundo semestre de vida, em hospitais ou creches. Essas regressões são sobre o comportamento psico-motor e intuitivo-afetivo que aumenta a suscetibilidade às diversas infecções.

Já no século XVIII, em 1777, Armstrong apud Lisboa (1973), criador de um dos primeiros dispensários ingleses para crianças declarava *se separais uma criança de seus pais ou de sua nutriz, vós imediatamente lhe rompeis o coração*.

No século XIX (1860) Forster apud Lisboa (1973), enfatizava a necessidade de recreação para crianças hospitalizadas e que os cuidados a elas dispensados fossem individualizados.

No século XX (1920) Spense apud Lisboa (1973) diz: *quando uma criança pequena fica doente, ela e a mãe têm uma necessidade particular uma da outra e não devem, dentro do possível, ser separadas, particularmente quando aquela é hospitalizada*.

A maioria dos estudos realizados sobre a problemática da hospitalização da criança refere-se aos transtornos físicos, emocionais e sociais que a separação pode acarretar à criança e à família.

¹ Trabalho apresentado no VI Colóquio Panamericano de Investigação em Enfermagem realizado em Ribeirão Preto – SP de 19 a 22 de maio de 1998.

* Enfermeira, docente da disciplina de Enfermagem Materno Infantil II (Pediatria) do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, mestre em Enfermagem Fundamental, doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

** Enfermeira, docente da disciplina de Enfermagem Materno Infantil II (Pediatria) do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, especialista em Enfermagem do Trabalho e em Enfermagem em Saúde Pública, Mestre em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Alguns autores indicam que, quanto maior é o período da separação mãe-filho, maiores e mais graves serão seus efeitos para a criança, podendo ocorrer um atraso no seu desenvolvimento social e intelectual. A causa atribuída a esses transtornos foi a falta de amor materno, determinada pela privação da presença da mãe (Spitz, 1979; Bowlby, 1993; Lima, 1996).

A privação materna foi definida por Spitz (1979) como a insuficiência de interação entre a criança e a figura materna. Este autor esclarece que isso ocorre quando o lactente ou criança pequena vive em instituição ou no hospital onde não dispõe de um substituto para a mãe, onde recebe cuidados maternos insuficientes e, por conseguinte, tem escassa oportunidade para manter cuidados recíprocos com a figura materna.

A segurança e o desenvolvimento da criança dependem da família, e essa segurança estará severamente ameaçada se houver interrupção no processo normal da relação afetiva entre ambos.

Quando a criança encontra-se entre 0-4 anos e a hospitalização é necessária, a situação se agrava, conforme estudos realizados por Bowlby (1993). O autor salienta que nesta faixa etária, a privação materna pode gerar distúrbios de comportamento durante a permanência da criança no hospital, pois esta passa por vários estágios de ansiedade e, ao deixar o hospital, apresenta sérias dificuldades de adaptação ao ambiente familiar.

Em nosso cotidiano, observamos algumas manifestações em crianças hospitalizadas sem o acompanhamento da mãe, como: inapetência, perda de peso, agressividade, desejo incontrolável de fugir, dependência e falta de receptividade orgânica ao tratamento. Por outro lado, observamos que crianças que tiveram a companhia de seus pais durante a hospitalização apresentaram melhor adaptação ao ambiente hospitalar, melhor aceitação e resposta à terapêutica e recuperação mais rápida. Não tivemos a oportunidade de acompanhar os ganhos sociais e emocionais decorrentes disso, mas concordamos com os autores já citados acerca dos benefícios advindos desta prática.

Salientamos que a hospitalização da criança é, na maioria das vezes, uma experiência traumática em razão das agressões decorrentes do ambiente hostil, de pessoas desconhecidas e de procedimentos que causam dor e sofrimento. Considerando que a doença em si já é uma agressão, a criança nesta fase torna-se mais vulnerável às alterações emocionais. Acreditamos que isto pode ser amenizado com estratégias de humanização da assistência à saúde da criança e da família no interior do hospital, bem como nos serviços ambulatoriais. Neste trabalho, entretanto, nos deteremos a discutir a perspectiva da assistência

hospitalar por ser este nosso tema de eleição. Utilizamos o termo estratégias de humanização por estarmos discutindo apenas alguns dos caminhos possíveis, e termos consciência de que somente elas não resolverão os problemas decorrentes da hospitalização infantil, mas que precisamos criar novos modos de atender à criança, buscando intervir na realidade para tentarmos reduzir ao máximo os efeitos físicos, emocionais e sociais relacionados à internação hospitalar.

Os mecanismos sociais de adoecimento da criança deveriam ser alvo de preocupação e discussão mais objetiva por parte de toda sociedade civil, pois caso contrário, continuaremos a tentar resolver sempre as conseqüências destes determinantes históricos sem mudarmos os rumos da história. Devido a limites também sociais, faz-se necessário neste trabalho uma delimitação do tema em estudo. Para tanto, nosso objetivo é fazer uma reflexão da nossa experiência profissional acerca de algumas estratégias que contribuíram, no nosso entender, para a redução dos efeitos da hospitalização infantil. Essas estratégias também têm seus limites e encontram-se vinculadas às possibilidades de atuação no ambiente hospitalar, não dando conta de abarcar as questões sociais mais amplas e nem das relações que vão se conformando neste processo.

2 ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA

Uma das medidas de humanização na assistência à criança hospitalizada, é a introdução dos pais ou responsáveis na instituição, durante o período de hospitalização, que vem ocorrendo no Brasil, por meio da implantação de programas que recebem diferentes denominações, a saber, “pais participantes”, “mãe acompanhante”, “alojamento conjunto pediátrico”, entre outras, cujo objetivo é a permanência de um acompanhante para a criança em período integral durante a internação hospitalar.

Estes programas consistem em que os familiares das crianças internadas, seja a mãe, o pai ou outro familiar significativo para a criança, possam estar acompanhando-a no período de internação hospitalar com o objetivo de facilitar este processo, tanto para a instituição como para as próprias crianças. Neste sentido, a mãe poderia estar atenta às intercorrências na evolução e na identificação das necessidades da criança, bem como participar da decisão da maneira mais adequada para atendê-la. Esta é uma forma de inserção da família na assistência à criança que implica, necessariamente, na interação desta com a equipe de saúde, como co-partícipe, na tomada de decisões e não apenas como elemento participativo da assistência,

respeitando suas especificidades e particularidades. Vale ressaltar que esta é uma perspectiva de projeto terapêutico da qual somos adeptas e que vem sendo discutida por autores como Schmitz (1989), Brown & Ritchie (1990), Darbyshire (1994), Coyne (1995), Lima (1996), Angelo (1997), Rocha et al. (1997), Anders (1999).

Em relação ao filho, essa mãe vai estar servindo de apoio psicológico e emocional numa situação de tensão, pois nessas situações, a mãe é a pessoa em quem a criança confia e que poderá estar minimizando os sofrimentos pelos quais está passando em virtude da doença. Neste mesmo processo, a família, por sua vez, necessita dos cuidados da equipe de saúde em função dos transtornos na dinâmica familiar, psicológicos, financeiros, entre outros, a que está sujeita.

Com a Constituição de 1988, o Brasil avançou na humanização do conceito da criança, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que entre outras coisas, garante o direito à saúde e à internação hospitalar com o acompanhamento dos familiares. Em 13 de julho de 1990, acompanhando o movimento nacional de democratização e participação da sociedade, foi promulgada a Lei nº 8.069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. No capítulo I, trata do Direito à Vida e à Saúde, assegurando, ainda que no plano ideal, a proteção à criança e ao adolescente através de políticas sociais públicas, que permitam o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência. No artigo 12, coloca que os *estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente* (Brasil, 1990).

Quando o hospital não permite a presença das mães permanentemente junto à criança, descumprindo a legislação, impossibilita a família de acompanhar seu filho e cria um problema social e afetivo para a criança e a sociedade, uma vez que a ausência da mãe rompe o contato afetivo que dá segurança à criança que, futuramente, poderá vir a ter problemas de relacionamento social (Kaloustian, 1994).

Hoje, sabe-se que a internação é um momento de *stress* para a criança, que pode ser aliviado se existe alguém em quem ela confia ao seu lado. A tendência atual é de prestar uma assistência integral à criança, ainda que mal definida na teoria e na prática, pode ser entendida como olhar a criança em sua totalidade, um ser em crescimento e desenvolvimento, que pertence a uma família, portanto, seus membros devem ser incluídos na assistência. Um ser cujo processo saúde-doença é determinado socialmente, isto é, pertence a um grupo social que o caracteriza (Lima, 1996).

Com a humanização da assistência no hospital objetiva-se dar apoio psicológico à criança internada,

diminuir o tempo de internação, reduzir o número de reinternações, compartilhar conhecimentos e orientações com as mães durante o tempo de permanência no hospital. Com isso pretende-se preservar a indissolubilidade do binômio mãe-filho, reduzir o custo da internação, aumentar o calor afetivo e a colaboração da equipe de saúde, criando-se um vínculo entre as mães, o hospital e a comunidade (Rocha, 1995).

A humanização da assistência requer um preparo maior da equipe de saúde hospitalar, não mais podendo ficar a cargo de um único profissional, como no modelo anterior, onde a figura centralizadora do poder na atenção à saúde era o profissional médico. O processo de trabalho é beneficiado com uma equipe multiprofissional, que compreende o médico, o enfermeiro, o nutricionista, o psicólogo, o fisioterapeuta, que com seus conhecimentos específicos, dividem a assistência e agilizam o tratamento. Em contrapartida, aumenta a divisão social e técnica do trabalho trazendo conflitos e dificuldades na interação. A enfermagem, neste processo de construção e reconstrução das instituições de proteção à criança e ao adolescente, tem estado presente nos serviços de saúde, na comunidade e na sociedade (Oliveira, 1997).

Ainda objetivando a humanização da assistência à criança hospitalizada, a recreação aparece como medida importante para aliviar o *stress* causado pelo período de permanência no hospital, que aliado ao sofrimento físico e psíquico ocasionado pela doença, pode trazer sérios transtornos ao desenvolvimento da criança.

A criança hospitalizada freqüentemente está inquieta e ansiosa, padece da doença e encontra-se num ambiente novo e estranho, em que na maioria das vezes, não estava preparada para permanecer, tendo uma vaga idéia do motivo de sua internação. Quanto menor a criança, maior o desconhecimento acerca de sua situação. Sem noção de tempo, não entende que sua estadia tem duração. Para ela, o que não acontece imediatamente, jamais ocorrerá (Lindquist, 1993).

A recreação deve ser desenvolvida em todas as unidades de internação pediátricas, necessitando de algumas condições básicas para o seu desenvolvimento, com a presença de profissional habilitado para tal, com formação para o ensino de primeiro grau, a fim de desenvolver atividades recreativas e educacionais.

Na atenção à criança sadia, a brincadeira será apresentada de acordo com a sua idade, podendo ser adaptada às suas dificuldades, como por exemplo, membros imobilizados, incapacidade de ficar em pé, entre outras, com o objetivo de descontrair o cotidiano de dor e sofrimento pelo qual a criança está passando. A hospitalização e a doença não se constituem em fatores impeditivos para o desenvolvimento

de atividades lúdicas com a criança, pois como coloca Lindquist (1993), *o brincar está para a criança assim como o trabalho está para o adulto*. Durante as atividades recreativas, pode-se acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças hospitalizadas. Durante as brincadeiras, existe a possibilidade de expressão e verbalização de seus anseios e necessidades, tanto em relação ao seu bem-estar físico quanto emocional. É importante para a equipe de saúde reconhecer a capacidade da criança de se exprimir através das atividades de recreação.

Para a criança em idade escolar, a hospitalização traz ainda a angústia de se ausentar do convívio escolar. Quando o ambiente hospitalar proporciona a manutenção das atividades escolares, há uma tendência em diminuir a preocupação da criança em relação as mesmas, bem como o temor de deixar de aprender enquanto seus colegas de escola estão mantendo suas atividades normais.

Tão importante quanto as atividades recreativas no interior do espaço físico da unidade pediátrica, são as no espaço aberto com exposição ao sol. As atividades físicas desenvolvidas em *playgrounds* proporcionam à criança momentos de lazer que também assumem um caráter terapêutico, possibilitando exercitar o corpo em brinquedos como: balanço, roda-roda, escorregador, labirinto e outros. O exercício físico promove um processo mais acelerado da evolução da melhora da criança, principalmente nas afecções respiratórias. As atividades recreativas, de uma maneira geral, estimulam a socialização da criança, o desenvolvimento cognitivo e motor. Assim, como diz Lindquist (1993) *se uma criança se sente descontraída e feliz, sua permanência no hospital não será somente muito mais fácil, mas também seu desenvolvimento e cura serão favorecidos*.

Todas as brincadeiras devem ser monitoradas e orientadas para evitar riscos de acidentes no espaço físico e nos brinquedos, não só pela mãe ou acompanhante da criança, como também pelos profissionais da instituição contratados para este fim. É importante que as brincadeiras sejam desenvolvidas de acordo com a idade das crianças.

Acreditamos ser fundamental que os *playgrounds* sejam em espaço aberto, de fácil acesso, a fim de que possa ser estimulada a exposição das crianças ao sol em horários recomendados, também para promover o mecanismo de absorção da vitamina D no organismo, especialmente no caso das crianças com longa permanência no hospital.

Pensamos que o uso do *playground* não deva ser restrito em função da doença, podendo-se adaptar os brinquedos às necessidades das crianças, como no caso dos balanços onde podem ser colocados ganchos para pendurar os frascos de soro das crianças com tratamento endovenoso. Mesmo as crianças com impossibilidade de usufruírem dos brinquedos em função de restrições

terapêuticas, podem ser levadas ao solário para desfrutarem de momentos de interação com as demais crianças, bem como tomarem sol.

Cabe à equipe de saúde, incluindo a mãe na prestação de cuidados a seu filho, avaliar a possibilidade da criança de freqüentar o solário orientando para a realização de atividades de acordo com sua condição, explicitando os motivos dos limites, naquele momento, da participação mais efetiva da criança nas brincadeiras.

Ainda como atividade de estimulação, recreação e terapêutica à criança hospitalizada, pode ser desenvolvida a técnica de brinquedo terapêutico que consiste em desenvolver brincadeiras utilizando material comum no ambiente hospitalar em situações simuladas de procedimentos vivenciados pela criança durante o tratamento, com o objetivo de minimizar seu sofrimento em função da terapêutica instituída.

Esta técnica é utilizada no sentido de trabalhar as necessidades afetivas e emocionais da criança, ajudando no enfrentamento de situações de *stress* decorrentes da hospitalização, e a lidar com suas preocupações e temores, ao mesmo tempo, auxiliando a equipe a perceber as necessidades e sentimentos da criança em relação às questões que envolvem sua permanência no hospital, possibilitando a comunicação.

O material que pode ser utilizado para o desenvolvimento desta técnica vai depender do objetivo a ser alcançado naquele momento com uma determinada criança, como prepará-la para um procedimento ou cirurgia. Este material é composto por bonecos representando uma família e a equipe de saúde, e por sucata da unidade como seringas, agulhas, frascos de soro, equipos, ataduras, de acordo com a idade da criança, e também material pedagógico e brinquedos domésticos. Estes brinquedos representam os materiais com os quais a criança entra em contato no decorrer de seu tratamento e servirão de veículo para que a mesma expresse suas angústias, medos, dores, alegrias e necessidades (Collet & Rocha, 1996).

A criança deverá ser estimulada a usar de sua criatividade para expressar seus sentimentos e suas emoções relacionadas às experiências pelas quais têm passado no convívio com a doença e o tratamento.

O local mais adequado para o desenvolvimento da técnica do brinquedo terapêutico é aquele onde a criança pode estar, seja numa brinquedoteca, sala de recreação, leito ou qualquer outro lugar em que a criança sinta-se à vontade para exteriorizar seus sentimentos.

Outro aspecto que consideramos importante para buscarmos proporcionar um ambiente mais acolhedor e agradável à criança durante o período de internamento hospitalar é a troca dos uniformes brancos padrão por

roupas coloridas e de motivos infantis. Trabalhos têm sido realizados demonstrando que a cor branca padrão utilizada nos uniformes dos agentes da equipe de saúde nos hospitais tem influência no comportamento e comunicação da criança com a equipe de saúde (Livingston, 1995). Esta padronização faz com que a criança reaja negativamente à simples aproximação de um membro da equipe, demonstrando reações de medo, inquietação e rejeição à terapêutica necessária para sua recuperação.

Quando uma criança é internada, o ambiente que lhe é estranho a assusta, pois há pessoas diferentes, ruídos estranhos e uma dinâmica de funcionamento desconhecida. Estes aspectos podem desencadear na criança uma série de sentimentos que geram angústia e pavor frente a uma situação totalmente nova para ela. As crianças nem sempre conseguem expressar claramente suas necessidades e medos. A instituição e a equipe de saúde precisam estar preparadas para compreender a criança e buscar dar respostas a estas necessidades e medos.

Esta compreensão inclui modificar o ambiente da unidade de internação, ou seja, além da implementação da área física com acomodações adequadas para o acompanhante e a criança, com instalação de solário e ambiente para recreação, a substituição da rigidez da cor branca para os uniformes. Crianças sentem-se melhor em ambientes alegres e coloridos, o que também ajuda na estimulação psicomotora. Um ambiente sem essas características pode deixá-las mais inseguras e desconfiadas nas relações que irão estabelecer no período de sua estadia no hospital.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta reflexão pretendemos suscitar uma reavaliação da prática da equipe de saúde no cotidiano da assistência à criança hospitalizada, com o intuito de transformar o ambiente hospitalar das unidades de internação pediátricas em locais mais acolhedores e aconchegantes, mais alegres, adequados às necessidades da criança, que permitam a estimulação da mesma e o convívio entre família, crianças e equipe de saúde, ou seja, um ambiente com caracterizações infantis.

Vemos a possibilidade de estar atendendo a estas novas necessidades geradas no interior do ambiente hospitalar, a partir da permanência de um acompanhante em período integral durante a hospitalização da criança, com o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar de parceria, sem eliminar a competência técnica individual, cujo objetivo é dar conta de atender as carências deste ser que cuidamos, a criança, e sua família. Só um trabalho integrado desta equipe poderá levar à conformação de uma nova dinâmica de relações de trabalho que busquem este objetivo comum.

Assim sendo, os cotidianos serão construídos baseados na cooperação e as ações interprofissionais serão por si só interdependentes e complementares, exigindo que sejam atendidas e/ou transformadas em sua dimensão coletiva (Lopes, 1995).

Nesta dinâmica, as relações que vão sendo estabelecidas são conflituosas e surgem situações complexas a serem enfrentadas, apontando para mudanças mais amplas e coerentes na nova dinâmica do processo de trabalho. Salientamos ser esta uma questão bastante complexa que requer novos estudos, mais aprofundados, no sentido de vislumbrar caminhos que apontem a interdependência do cuidado no cotidiano da prática assistencial. Nisso se constitui o dever histórico do complexo das relações que envolvem “os modos” de assistir a criança hospitalizada.

Acreditamos que nesta reflexão da nossa prática profissional apontamos alguns dos possíveis caminhos da busca de humanização desta assistência.

ABSTRACT: The aim of this study is reflection about humanization strategies in attendance of the in-patient child. Based on this premise, we search to develop ways for humanization strategies through family participation in care, parents' permanence with the child during the hospitalization; the insertion of amusing care; the installation of playgrounds and solaria; of the usage of the technique therapeutic toy; and from the hospital standard white uniforms for colored clothes of infant characteristic. This reflection intends to rouse a revaluation of the nursing professional practice in patient child of the assistance to the quotidian, in order to transform the children's reality in Pediatric Hospital in-patient units.

KEY WORDS: Nursing; Child hospitalized; Family relations.

REFERÊNCIAS

- 1 ANDERS, J.C. **A família na assistência à criança e ao adolescente submetidos ao transplante de medula óssea – TMO: a fase pós-TMO.** Ribeirão Preto, 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- 2 ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem.** São Paulo, 1997. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 3 BOWLBY, J. Angústia e separação: revisão da literatura. In: **Separação: angústia e raiva.** 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993. Apêndice I, p. 389-411.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília, 1990.
- 5 BROWN, J.; RITCHIE, J.A. Nurses' perceptions of parent and nurses roles in caring for hospitalized children. **Children's health care**, v.19, n.1, p. 28-36, 1990.
- 6 COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. **Transformações no ensino das técnicas em enfermagem pediátrica.** Goiânia: AB Editora, 1996.

- 7 COYNE, I.T. Parental participation in care: a critical review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.21, p. 716-722, 1995.
- 8 DARBYSHIRE, P. **Living with a sick child in hospital**: the experiences of parents and nurses. London: Chapman & Hall, 1994.
- 9 KALOUSTIAN, S. M. (Org) *et al.*; UNICEF **Família brasileira**: a base de tudo. São Paulo: Cortez, 1994.
- 10 LINDQUIST, I. **A criança no hospital**: a terapia pelo brinquedo. São Paulo: Scritta, 1993.
- 11 LIMA, R. A. G. **Criança hospitalizada**: a construção da assistência integral. Ribeirão Preto, 1996. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo.
- 12 LISBOA, A. M. J. Programa de hospitalização conjunta mãe-filho. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 191-194, 1973.
- 13 LIVINGSTON, M. Uniformes em pediatria: as preferências dos pais e crianças. **Nursing – Rev. Téc. de Enfermagem**. Lisboa, n.95, p. 25-31, 1995.
- 14 LOPES, M. J. M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V. R. *et al* (Org) **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 15 OLIVEIRA, B. R. G. de **Hospitalização da criança**: o vínculo afetivo criança-família. Cascavel, 1997, 86 p. Monografia (Especialização) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
- 16 ROCHA, S. M. M. A criança na sociedade brasileira: educar, prevenir, cuidar. In: CONGRESSO PAULISTA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA, 1, 1995, São Paulo. **Anais**. São Paulo: UNIFESP. 1995, p. 3-7.
- 17 _____ et al. Assistência integral à saúde da criança e do adolescente no Brasil: implicações para o ensino e a prática de enfermagem pediátrica. **Saúde e Sociedade**, v.6, n.1, p. 25-52, 1997.
- 18 SCHMITZ, E.M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 1989.
- 19 SPITZ, R. A. Doenças de carência afetiva do bebê. In: **O primeiro ano de vida**. 7.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1979. cap. 14, p. 119-212.

Endereço do autor:

Rua Paraná, 2059 - ap. 152
85802-840 - Cascavel - Paraná
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE