

A EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA NOS ÚLTIMOS TRINTA ANOS: DO MODELO CENTRADO NA DOENÇA AO MODELO CENTRADO NA CRIANÇA E FAMÍLIA
THE EVOLUTION OF NURSING CARE MODELS OF IN-HOSPITAL CHILDREN IN THE LAST 30 YEARS: FROM A DISEASE CENTERED MODEL TO A CHILD AND FAMILY CENTERED MODEL

Angela Rodrigues de Miranda¹, Amanda Rodrigues de Oliveira¹, Leticia Mitsui Toia¹, Hebe Karina de Oliveira Stucchi²

RESUMO

Objetivo: identificar a evolução dos modelos de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos trinta anos no Brasil. Metodologia: pesquisa descritiva, retrospectiva e comparativa por meio de pesquisa bibliográfica. Resultados: esta pesquisa evidenciou que há três modelos de enfermagem voltados à criança hospitalizada e que o ideal dentro do nosso contexto é o Modelo Centrado na Criança e sua Família. Conclusão: para haver a implantação do Modelo Centrado na Criança e sua Família é necessário que ocorra uma adequação dos serviços de saúde, das políticas públicas e da equipe de enfermagem.

Descritores: modelos de enfermagem; criança hospitalizada, enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

Aim: to identify the evolution of models of nursing for hospitalized children in the last thirty years in Brazil. Method: this is a descriptive, retrospective and comparative bibliographic research. Results: this research found that there are three models of nursing for hospitalized children and the ideal one in this context is the child and family centered model. Conclusion: for the implantation of a model centered in the children and their families an adequacy is necessary in the health services, in the public policy and with the nursing team.

Key-words: nursing models; hospitalized child; pediatric nursing.

INTRODUÇÃO

Durante os séculos 19 e 20, os hospitais sofreram mudanças significativas devido ao desenvolvimento da prática médica e da evolução da sociedade industrial moderna. Inicialmente, o objetivo era prevenir a transmissão de infecções, onde berçários e enfermarias de pediatria mantinham as crianças em isolamento, separando-as de sua família e do convívio social. Posteriormente, a internação contribuiu para a observação sistematizada de sinais e sintomas, provas funcionais de órgãos e aparelhos através de exames subsidiários, levando ao aperfeiçoamento dos procedimentos para o diagnóstico e a terapêutica. Em contrapartida, esta evolução foi afastando a mãe, familiares e profissionais de um envolvimento com a criança durante o tratamento médico. Seus conhecimentos e práticas eram ignorados pelo cientificismo da prática médica, instituído a partir do informe "Flexner", nos Estados Unidos, na década de 20.¹

A enfermagem desenvolveu-se a partir do modelo biomédico (que era centrado no mecanicismo e reducionismo da natureza humana), voltando sua prática prioritariamente para o indivíduo e suas necessidades, com enfoque em uma assistência

de caráter curativo. Apesar disso, tem demonstrado maior interesse, disposição e, de certa forma, facilidade em incorporar aspectos relacionados à subjetividade do ser humano em seu modelo próprio da sistematização da assistência, através do desenvolvimento e utilização de referenciais que possibilitem "ir além do modelo médico".²

Portanto, a enfermagem começa a aprender que assistir é muito mais que curar: é prevenir e cuidar, ainda que não ocorra a cura.³ Ao mesmo tempo em que a enfermagem foi se dando conta da impossibilidade de entender a saúde e a doença a partir de um modelo unicausal, ela também foi compreendendo que o comportamento humano, seja em situações de saúde ou de doença, é influenciado pelo contexto cultural, social e histórico, ao qual o indivíduo está inserido, surgindo, assim, a necessidade de uma aproximação com outras ciências, tais como, a antropologia, a sociologia, a psicologia, a história, entre outras.²

Assim como a enfermagem, a assistência à criança sofreu algumas transformações nas últimas décadas devido às pesquisas realizadas enfatizando o desenvolvimento biopsicossocial da criança. Ao fazer a retrospectiva do cuidado prestado à criança na área hospitalar, constata-se que tal cuidado era baseado na patologia. Com o passar dos anos, estudos mostraram que a criança é um ser dependente, munido de apego construído na figura materna, podendo ter prejuízos em seu desenvolvimento e crescimento provocados pelo isolamento que a patologia causa. Nesse momento ocorre uma mudança na abordagem do cuidado, que passa a considerar a inclusão da família no ambiente hospitalar.⁴

A abordagem ou modelos utilizados na assistência à criança podem ser divididos em: modelo centrado na doença da criança, modelo centrado na criança e modelo centrado na criança e sua família, ou utilizar modelos mistos.⁵

O modelo centrado na doença da criança tem como foco a criança com uma doença, sinal ou sintoma que necessita de cuidados profissionais. Nesta abordagem todo o esforço da equipe de saúde é concentrado na obtenção de dados referentes aos problemas de saúde da criança no diagnóstico acurado e na pronta instalação das medidas terapêuticas. A unidade de internação é caracterizada pela sua funcionalidade. A família ocupa uma posição periférica neste modelo e a comunicação entre equipe, criança e família tende a ser do tipo vertical, cabendo ao profissional de saúde informar a família quando e o que julgar necessário.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 1, p. 5 - 9, 2015

1. Acadêmica do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Professora do Depto. de Enfermagem - FCMS/PUC-SP

Recebido em 7/12/2012. Revisado em 1/3/2014. Aceito para publicação em 14/4/2014.

Contato: angel_rdm@hotmail.com

Dentro deste contexto interativo, a tomada de decisão é realmente centrada na equipe de saúde, mais especificamente na figura do médico. Além disso, neste modelo, a assistência está fundamentada em teorias predominantemente da física, química e biologia.⁶

O modelo centrado na criança tem como foco a unidade biopsicoespiritual da criança. Há ênfase na identificação de suas características individuais, no seu atual estágio de crescimento e desenvolvimento, seus hábitos e costumes. A família, geralmente a mãe ou a pessoa mais chegada à criança, é solicitada a fornecer todos os dados que auxiliam no melhor conhecimento desses aspectos. Neste modelo, um elemento da família é incentivado a permanecer na Unidade e a trazer parte do lar para o hospital. Por outro lado, a equipe procura, em todas as ocasiões, transmitir conhecimentos para que a família possa melhor cuidar da criança e do lar. A tomada de decisões passa a ser mais democrática em termos da equipe de saúde, onde cada profissional é visto como autoridade em sua própria área e seu conhecimento é importante para o bem-estar da criança. Embora a família geralmente não participe nas tomadas de decisões, os profissionais neste modelo procuram mantê-la atualizada e discutir com a mesma os resultados esperados. A hospitalização é considerada estressante e estimula-se a permanência do acompanhante na unidade e a participação da família nos cuidados.⁶

Para garantir à criança o Direito à vida e à Saúde, ocorre a promulgação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assegurando ainda que no plano ideal de proteção da criança e do adolescente através de políticas públicas, permitindo o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência.⁷

A partir da promulgação do ECA e da Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991, que instituiu o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), as políticas públicas romperam com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes, preservando os vínculos familiares e comunitários preconizados pelo ECA.

A manutenção dos vínculos familiares e comunitários - fundamentais para a estruturação das crianças e adolescentes como sujeitos e cidadãos - está diretamente relacionada ao investimento nas políticas públicas de atenção à família. As crianças e adolescentes não são fragmentadas e, portanto, devemos sempre pensar no seu atendimento humano integral, por meio de políticas públicas articuladas que visem a garantia da defesa dos direitos humanos.⁸

Dessa forma, o modelo centrado na criança e sua família tem como foco a criança inserida em uma família que está inserida em um determinado ambiente ecológico, socioeconômico e cultural. A internação é vista não apenas como um agravo psicológico à criança, mas também como possível trauma à família, que necessita de apoio da equipe de saúde. Outra característica que faz este modelo diferir dos demais é a ênfase dada à continuidade da assistência em nível domiciliar. As informações necessárias ao planejamento

assistencial, além daquelas do membro da família internado, referem-se à vida e composição familiar, seus recursos e dificuldades bem como aos aspectos relacionados com as dimensões socioculturais e econômicas da comunidade em que vive a família. Nesta abordagem a família ocupa uma posição central, os profissionais compartilham com ela a identificação dos problemas e recursos disponíveis e elaboram o plano de ação a partir de objetos definidos em conjunto. Este modelo é extremamente dinâmico, participativo e democrático, onde as decisões são tomadas por todos os membros e a responsabilidade é assumida igualmente pela equipe e família.⁶

MÉTODOS

Esta pesquisa bibliográfica foi desenvolvida a partir do modelo centrado na doença até o modelo centrado na criança e sua família, devido a todo o processo de desenvolvimento da criança e enfatizando os fatores externos relacionados ao meio ambiente, onde a criança se encontra e a forma como está sendo cuidada.

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo, retroativo e comparativo por meio de pesquisa bibliográfica desenvolvida no período de setembro de 2011 a setembro de 2012.

Para a elaboração desta pesquisa, consultaram-se as bases de dados LILACS, SCIELO e BIREME, através de uma pesquisa bibliográfica de artigos, monografias e livros em língua portuguesa do Brasil, publicados sobre a temática dos modelos de enfermagem à criança hospitalizada. Para isto, incluíram-se as publicações acerca do tema encontradas no período de 1979 a 2011.

Para fins deste estudo, foram consideradas as publicações relacionadas ao modelo de enfermagem à criança hospitalizada, utilizando como descritores “Enfermagem Pediátrica”, “Modelos de Enfermagem e “Criança Hospitalizada”. A escolha dos artigos foi realizada inicialmente mediante a leitura dos resumos, a fim de confirmar a temática proposta. Ao confirmá-la, realizou-se uma leitura detalhada do texto em sua íntegra para que pudéssemos realizar uma resenha e análise deste material.

OBJETIVO

Identificar a evolução histórica dos modelos de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos trinta anos no Brasil.

RESULTADOS

Visando atingir o objetivo desta pesquisa, o material bibliográfico foi agrupado conforme as temáticas previamente definidas. Após o levantamento bibliográfico e análise dos textos, fizemos a resenha de vinte e cinco artigos e dois livros. Consideramos para o desenvolvimento desta pesquisa quinze artigos e dois livros devido à similaridade de informações. A descrição dos mesmos está no Quadro 1:

AUTOR	ANO	TITULO	TEMÁTICA
Waechterv EH, Blake FG.	1979	Enfermagem pediátrica	Evolução histórica da enfermagem pediátrica
Trezza EMC, Trezza E	1985	Prejuízos emocionais à criança hospitalizada	Cuidado voltado à patologia da criança
Patricio ZM	1990	A prática de cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sociocultural.	Modelo de Enfermagem voltado à criança e sua família
Rocha SMM, Almeida MCP	1993	Origem da enfermagem pediatria moderna	Evolução Histórica da enfermagem pediátrica
Rocha SMM, Lima RAG, Scochi CGS	1997	Assistência integral à saúde da criança no Brasil: Implicações para o ensino e a prática de enfermagem pediátrica	Evolução Histórica da enfermagem pediátrica
Marcon SS, Elsen I	1999	A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família	Modelo de Enfermagem voltado à criança e sua família
Collet N, Oliveira BRG	1999	Criança hospitalizada: percepções das mães sobre o vínculo afetivo criança-família	Modelo de Enfermagem voltado à criança e sua família
Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS	1999	Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais	Modelo de Enfermagem voltado à criança e sua família
Marinho JA	2004	Enfermagem do Futuro	Evolução histórica da enfermagem pediátrica
Dias SMZ, Motta MGC	2004	Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada.	Visão da enfermagem quanto aos modelos de enfermagem
Schimitz EMR	2005	A enfermagem em pediatria e puericultura	Modelos e abordagens de enfermagem à criança hospitalizada
Brasil. Secretaria Especial de Direitos Humanos...	2006	Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária	Modelo de Enfermagem voltado à criança e sua família
Issi HB, Jacoby AMR, Lima ED, Wilsmann J, Mülle JD, Cachafeiro MEH, et al.	2007	Em foco a família: a construção de uma trajetória da enfermagem pediátrica do hospital de clínicas de Porto Alegre	Modelo de Enfermagem voltado à criança e sua família
Thomazine AM, Passos RS, Bay-Jr OGB, Collet N, Oliveira BRG	2008	Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico	Evolução histórica da enfermagem pediátrica
Góis JR	2009	Modelo de assistência à criança em unidades de internações pediátrica: perspectiva da enfermeira pediatra	Modelos e abordagens de enfermagem à criança hospitalizada
Collet N, Pimenta EAG	2009	Dimensão cuidadora da enfermagem e da assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem	Visão da enfermagem quanto aos modelos de enfermagem
Cruz AC, Angelo M	2011	Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos	Modelo de Enfermagem voltado à criança e sua família

Quadro 1. Descrição dos textos selecionados

DISCUSSÃO

O cuidado com a criança vem sofrendo transformações no decorrer do seu processo histórico, social, econômico e cultural.

Inicialmente, a criança era vista como um adulto em miniatura, não considerando suas peculiaridades e seu desenvolvimento biopsicossocial. Permeando os séculos 15 e 16, a criança era desvalorizada no seio familiar, pois, assim que atingisse a capacidade de sobreviver sem os cuidados maternos ou de sua ama, a mesma era inserida no mundo adulto.⁹

Em meados do século 17, com influência da Revolução Industrial e com o crescimento do Capitalismo, emergiu o conceito do “ser criança”. A partir desse momento, a criança passou a ser vista como mão de obra futura e, conseqüentemente, tornou-se mais valorizada no ambiente familiar e econômico. Isso fez com que o Estado atentasse aos índices epidemiológicos de nascimento e mortalidade infantis. Nessa época, os hospitais eram destinados a internações dos menos favorecidos e o cuidado à criança era realizado pela mãe ou por uma ama na residência.⁹

Ao final do século 18 surgem as instituições hospitalares como instrumento terapêutico, local de assistência aos pobres e isolamento do doente do convívio social, protegendo os indivíduos saudáveis do risco de doença. A preocupação dos profissionais da área da saúde estava apenas no corpo biológico enfermo, persistindo este conceito até meados do século 19.¹⁴

No século 19 inicia-se a reforma hospitalar, devido à necessidade de “purificar” os hospitais de seus efeitos nocivos, dessa forma, surgem os mecanismos disciplinares, as transformações no saber médico e o conceito do meio ambiente como fator de cuidado. A instituição hospitalar passa a ser um ambiente de vigilância ao doente, onde são feitos registros dos acontecimentos e tratamentos, efetivando a função terapêutica através do seu espaço. O médico assume a figura central no hospital e inicia-se a inversão das relações hierárquicas. Neste momento, a ênfase do cuidado era na doença e não no doente, sendo indiferente o fato de uma enfermidade atingir uma criança, um adulto ou um idoso.

Todas essas mudanças no regime hospitalar e nas comunidades trazem a necessidade de separar os pacientes por categoria ou grupos apropriados.^{10,14}

Na metade do século 19, o Dr. Abraham Jacobi trouxe da Alemanha para os Estados Unidos a especialização em enfermidades infantis, convencido de que a doença da infância era diferente da doença na fase adulta e, por isso, a necessidade de um estudo específico para as crianças e uma preparação especial dos indivíduos que delas cuidavam.¹⁰

A necessidade de uma formação especial para enfermeiras no cuidado à criança emergiu em paralelo ao desenvolvimento de serviços voltados para a mesma, como orfanatos, hospitais infantis e clínicas pediátricas em hospitais gerais.¹¹ Porém, a pediatria tornou-se parte integrante do currículo de enfermagem a partir do momento em que esta disciplina se estabeleceu nas escolas médicas.¹⁴

No Brasil, em 1923, surgiu o Departamento Materno-Infantil na Escola de Enfermagem Anna Néri, no Rio de Janeiro, e apenas em 1973 foi criado o curso de Especialização em Pediatria e Puericultura pela Escola Paulista de Enfermagem, atual Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).¹³

De acordo com essas mudanças curriculares e com os investimentos realizados nas últimas décadas em pesquisas nas áreas das ciências médicas, humanas e sociais houve a necessidade de estruturar diferentes perspectivas com relação à criança no processo saúde-doença que vem norteando o exercício da pediatria. Dessa forma, consolidaram-se três modelos de enfermagem à criança hospitalizada: o modelo centrado na patologia da criança, o modelo centrado na criança e o modelo centrado na criança e sua família.⁶

Inicialmente, o modelo mais encontrado era o patológico, onde o foco era direcionado à doença, envolvendo o isolamento do SER doente e a prevenção da transmissão da doença. Neste contexto, a criança, durante a internação, ficava inserida em um ambiente totalmente sem significado para ela e separada das pessoas com quem estava habituada a coexistir. Este modelo fundamentou-se em uma filosofia biologicista, ou seja, voltado para o diagnóstico e à cura, permanecendo predominante até meados do século 20.¹³

Neste período, a criança não era vista de maneira holística, ignoravam-se questões como crescimento/desenvolvimento, reações psicológicas infantis, educação, impacto emocional da enfermidade e da hospitalização para criança e para a família, assim como a importância da presença familiar.

A hospitalização na infância gerava alguns agravos, como déficit no desenvolvimento biopsicossocial e até uma regressão em seus conhecimentos e habilidades adquiridas previamente. Obviamente que esses distúrbios dependem de alguns determinantes como: faixa etária (de seis meses a seis anos), período de hospitalização, tempo de internação e vínculo entre a criança e o profissional de saúde.¹²

A partir da observação diária dos profissionais que trabalhavam diretamente com a criança, iniciou-se um movimento de melhoria do atendimento à criança hospitalizada, visando o desenvolvimento e o crescimento infantis saudáveis dentro do ambiente hospitalar.

Alguns aspectos contribuíram para este avanço: o desenvolvimento da Psicologia, o declínio das doenças infecciosas, a introdução da antibioticoterapia e tecnologias inovadoras, desvalorizando o conceito de distanciamento da criança de sua família durante a hospitalização.¹¹

Na década de 1940, surgiram estudos sobre as consequências do isolamento e do afastamento materno no

desenvolvimento das crianças, pois o interesse acerca da saúde psicológica da criança tornou-se importante, resultando em mudanças no modo de assisti-las.¹⁴

A partir desse momento surge um novo modelo mais humanístico que o anterior, centrado na criança como ser em crescimento e desenvolvimento, com a qual a equipe de saúde passa a se preocupar em relação à recuperação da saúde, às necessidades da criança, incluindo a mãe na rotina hospitalar e valorizando o cuidado afetivo.¹⁰

No Brasil, as enfermeiras passaram a valorizar essa questão e desenvolveram trabalhos relacionados à criança e à família, verificando a necessidade de recreação e permanência da mãe, adequando o ambiente hospitalar ao mais próximo do lar.¹⁴

A inserção da família no ambiente hospitalar é registrada após a metade do século 20, com o Relatório Platt, na Inglaterra. Este documento abordava os fatores subjetivos envolvidos na recuperação da saúde da criança além de apontar e favorecer estratégias humanísticas, como a permanência das mães durante a hospitalização dos seus filhos, a concessão aos pais de visitas abertas e a participação nos cuidados com a criança.^{9,15}

No Brasil, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ficou garantido o direito à permanência integral de um dos pais ou responsável durante todo o período de internação. Este acontecimento implicou no emprego do Alojamento Conjunto Pediátrico (ACP), que trouxe com ele a reorganização das unidades pediátricas e suas práticas. Em consequência da inserção do ACP há a necessidade de mudança na organização do processo de trabalho, o que exige do profissional da saúde um entendimento aguçado sobre as interações interpessoais.¹⁶

A partir desse momento, o cuidado à saúde não se limita apenas ao corpo biológico, mas estende-se ao apoio emocional, social e de desenvolvimento, com o objetivo de atender a criança e a família em sua totalidade.

Os membros da família passam a ser vistos como focos de cuidado em conjunto com a criança, pois é a família que está constantemente na vida da criança, promovendo saúde e prevenindo doenças, além de prestar os primeiros atendimentos a ela.⁹

O Modelo Centrado na Família favorece a integração entre os prestadores de cuidados e os receptores, os resultados alcançados beneficiam as melhorias nas práticas de saúde, nos custos do cuidado, na redução dos erros e na satisfação do paciente e família. Este modelo proporciona uma melhoria na segurança e qualidade do cuidado ao paciente.¹⁷

Os conceitos que norteiam o modelo visam preservar o respeito e a dignidade entre os profissionais e os familiares, a partilha de informações, a participação do paciente e sua família nas decisões sobre o processo de cuidado e a colaboração dos profissionais com as famílias no intuito de promover, implantar e planejar ações para a melhoria das políticas e programas de atendimento à criança.¹⁷

As vantagens deste modelo mostram que a criança e a família tornam-se mais participativas no período de internação e o ambiente hospitalar perde seu caráter hostil, tornando-se um local de tratamento e aprendizado, onde ocorre um envolvimento maior no cuidado, visando uma evolução do quadro clínico.

Apesar desses benefícios e pressupostos existirem há mais de vinte anos em algumas instituições, o ECA, isoladamente, não tem como garantir as condições mínimas de acolhimento e conforto para que os pais possam acompanhar ininterruptamente seus filhos durante o período de hospitalização.

Outra questão para se pensar é a deficiência de planejamento para colocar em prática essa medida, incluindo a capacitação profissional e a finalidade desse processo de trabalho, o binômio criança-família.⁹

Em nosso País, algumas instituições esboçam os princípios que regem o modelo centrado na criança e sua família e são praticados isoladamente por serviços de saúde e profissionais que se preocupam com a família, independente da política da unidade de trabalho.^{9,17}

Todos esses problemas refletem diretamente no enfoque dado à qualidade do atendimento, em que a presença dos pais passa a ser um incômodo em vez de ser vista como uma alternativa de cuidado.

Desta forma, para que este modelo seja efetivo, torna-se indispensável a parceria entre as políticas públicas de saúde, as instituições hospitalares e as instituições de ensino, para que haja um investimento maior na fundamentação teórica dos profissionais envolvidos neste processo, como também uma modificação em seu comportamento, transformando suas crenças e conhecimentos, resultando, assim, em uma prática mais adequada do planejamento, prestação e avaliação dos cuidados prestados à criança.¹⁷

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, inferimos que ocorreram importantes mudanças nos modelos de enfermagem nos últimos trinta anos. Considerando que a participação da família acelera o processo de cura, além de diminuir os riscos de danos psicológicos causados pela internação da criança, concluímos que o Modelo Centrado na Criança e sua Família seja o modelo ideal. Apesar das evoluções ocorridas e das evidências mostradas neste estudo, este modelo ainda não se disseminou em ampla escala em nosso País devido à dificuldade de empoderamento da família frente à hospitalização da criança, à estrutura física e organizacional de algumas instituições hospitalares e às políticas públicas de saúde, que desfavorecem em determinadas situações a aplicação deste modelo.

A adesão ao Modelo Centrado na Criança e sua Família poderá ser fortalecida à medida que os serviços de saúde estimularem a capacidade da família para atender as necessidades da criança, através do envolvimento familiar no planejamento dos cuidados, da adoção de políticas públicas e de mudanças institucionais que forneçam um suporte adequado a essas famílias no âmbito hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Rocha SMM, Lima RAG, Scochi CGS. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática de enfermagem pediátrica. *Saúde Soc.* 1997;6(1):25-52.
2. Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar: a necessidade de enxergar a família. *Fam Saúde Desenv.* 1999;1(1/2):21-6.
3. Patrício ZM. A prática de cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural [dissertação]. Florianópolis: UFSC; 1990.
4. Dias SMZ, Motta MGC. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. *Ciênc Cuidado Saúde.* 2004;3(1):41-54.
5. Góis JR. Modelo de assistência à criança em unidades de internações pediátricas: perspectiva da enfermeira pediatra [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2009. Mestrado em Enfermagem.
6. Schimitz EMR. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 169-74.
7. Collet N, Oliveira BRG. Criança hospitalizada: percepções das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. *Rev Latino-am. Enfermagem.* 1999;7(5):95-102.
8. Brasil. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária [Internet]. Brasília: CONANDA; CNAS; 2006. [acesso em 28 out. 2011]. Disponível em: <http://www.paulinia.sp.gov.br/viveremfamilia/pdf/plano.pdf>
9. Thomazine AM, Passos RS, Bay-Jr OG, Collet N, Oliveira BRG. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico. *Ciênc Cuid Saúde.* 2008;7(Supl 1):145-52.
10. Waechterv EH, Blake FG. *Enfermagem pediátrica.* 9ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979.
11. Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev Latino-am Enfermagem.* 1999;7(2):33-9.
12. Trezza EMC, Trezza E. Prejuízos emocionais à criança hospitalizada. *Rev Paul Pediatr.* 1985;7(1):181-3.
13. Marinho JA. *Enfermagem do futuro.* Rev Coren-SP. 2004;(53):7-8.
14. Rocha SMM, Almeida, MCP. Origem da enfermagem pediatria moderna. *Rev Esc Enferm. USP.* 1993;27(1):25-41.
15. Issi HB, Jacoby AMR, Lima ED, Wilsmann J, Mulle JD, Cachafeiro MEH, et al. Em foco a família: a construção de uma trajetória da enfermagem pediátrica do hospital de clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA.* 2007;27(2):39-42.
16. Collet N, Pimenta EAG. Dimensão cuidadora da enfermagem e da assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(3):622-9.
17. Cruz AC, Angelo M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Ciênc Cuid Saúde.* 2011;10(4):861-5.