

Diagnósticos e intervenções de enfermagem em famílias de crianças hospitalizadas

Nursing diagnoses and interventions in families of hospitalized children

Diagnósticos y intervenciones de enfermería en familias de niños hospitalizados

Leidiane Ferreira Santos^I; Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira^{II};
Selma Rodrigues Alves Montefusco^{III}; Maria Alves Barbosa^{IV}

RESUMO

Objetivo: identificar os principais diagnósticos de enfermagem (DE) em famílias de crianças hospitalizadas e descrever as intervenções de enfermagem (IE) em um grupo de apoio aos pais e familiares (GRAPF) dessas crianças. **Método:** pesquisa descritiva, de abordagem quantiqualitativa, realizada na unidade de internação pediátrica de um hospital universitário, localizado em Goiânia, Goiás, Brasil. Os dados foram coletados de fevereiro a julho/2010, por meio de gravação e transcrição de 12 encontros do GRAPF. Pesquisa aprovada por Comitê de Ética, protocolo 153/2009. **Resultados:** foram identificados os DE padrão de sono prejudicado, manutenção do lar prejudicada, conhecimento deficiente, comunicação verbal prejudicada, risco de baixa autoestima situacional, paternidade ou maternidade prejudicada, tensão do papel de cuidador, processos familiares interrompidos, interação social prejudicada, síndrome do estresse por mudança, sentimento de impotência e medo e conforto prejudicado; e duas IE, aumento da socialização e educação para saúde. **Conclusão:** famílias de crianças hospitalizadas precisam receber informações e suporte emocional dos profissionais de saúde. **Palavras-chave:** Enfermagem; enfermagem familiar; diagnóstico de enfermagem; criança hospitalizada.

ABSTRACT

Objective: to identify the main nursing diagnoses (ND) in families of hospitalized children and describe nursing interventions (NI) in a support group for parents and relatives (SGPR). **Method:** this quantitative and qualitative descriptive study, conducted in the pediatric ward of a teaching hospital in Goiânia, Goiás, Brazil, collected data from February to July 2010, by recording and transcribing 12 meetings of a SGPR. The study was approved by the ethics committee (Protocol 153/2009). **Results:** The NDs identified were: impaired sleep pattern; impaired housekeeping; lack of knowledge; impaired verbal communication; risk of low situational self-esteem; mothering or fathering impaired; caregiver role strain; family processes interrupted; impaired social interaction; change-related stress syndrome; and feelings of helplessness, fear and discomfort; and two NIs: increased socialization; and education for health. **Conclusion:** Families of hospitalized children need to receive information and emotional support from health personnel.

Keywords: Nursing; family health; nursing diagnosis; hospitalized child.

RESUMEN

Objetivo: identificar los principales diagnósticos de enfermería (DE) en las familias de niños hospitalizados y describir las intervenciones de Enfermería (IE) en un grupo de apoyo a los padres y familias (GRAPF) de estos niños. **Método:** investigación descriptiva, de enfoque cuantitativo, llevada a cabo en la unidad de internación pediátrica de un hospital universitario localizado en Goiânia, Goiás, Brasil. Los datos se recolectaron de febrero a julio de 2010, a través de grabación y transcripción de 12 reuniones de GRAPF. Investigación aprobada por el Comité de Ética, 153/2009. **Resultados:** se han identificado los DE patrón de sueño perjudicado, mantenimiento de la casa perjudicada, conocimiento deficiente, comunicación verbal perjudicada, riesgo de baja autoestima situacional, paternidad o maternidad perjudicada, tensión del rol del cuidador, procesos familiares interrumpidos, interacción social perjudicada, síndrome del estrés ocasionado por el cambio, sentimientos de impotencia y miedo y comodidad perjudicada; y dos IE: aumento de la socialización y educación para la salud. **Conclusión:** las familias de niños hospitalizados deben recibir información y apoyo emocional de los profesionales de la salud. **Palabras clave:** Enfermería; enfermería de la familia; diagnóstico de enfermería; niño hospitalizado.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas ampliou-se o número de pesquisas^V que abordam o tema famílias e o surgimento e cronificação de doenças, corroborando melhor compreensão de que é complexa a experiência de ter e de conviver com ente querido enfermo¹.

Na área pediátrica, percebe-se que a hospitalização da criança interfere significativamente na dinâmica

familiar, na saúde física e mental e na manutenção da rede social das pessoas envolvidas nesse processo^{2,3}.

Todavia, autores sugerem que muitos profissionais de saúde ainda não incluem as famílias nos planos de trabalho e realizam assistência fragmentada e biologicista, em que o único objetivo é o controle da doença. Nem sempre são considerados os aspectos psicossociais e culturais

^IEnfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade Federal do Tocantins. Palmas, Brasil. E-mail: leidienesantos@uft.edu.br.

^{II}Enfermeira. Doutora. Professora Titular, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Brasil. E-mail: lizete@fen.ufg.br.

^{III}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Brasil. E-mail: sramontefusco@gmail.com.

^{IV}Enfermeira. Doutora. Professora Titular, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Brasil. E-mail: maria.malves@gmail.com.

^VPesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa em Enfermagem na Gestão, Desenvolvimento de Pessoas e da Tecnologia de Grupo no Contexto do Trabalho em Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás.

envolvidos no processo de cuidar e há prejuízo na comunicação e interação entre famílias e equipe de saúde^{4,5}.

Destaca-se que, embora seja comum e frequente, o sofrimento das famílias não deve ser considerado algo normal e esperado no contexto hospitalar. Assim, é necessário que os profissionais de saúde reflitam sobre a prática e sintam-se inquietos e incomodados com essa situação, ao ponto de se verem compelidos a implementar estratégias de cuidado direcionadas à inclusão das famílias, de modo a contribuir para minimizar possíveis traumas e reduzir fontes de sofrimento, ansiedade e estresse^{6,7}.

Nesse sentido, estudos com famílias podem contribuir para qualificar e humanizar a assistência prestada pelos profissionais de saúde e são fundamentais para produzir evidências que, de alguma maneira, possibilitem mudanças na maneira de perceber e atender as necessidades das famílias e das crianças hospitalizadas^{8,9}.

Além disso, conhecer as demandas de cuidado permite, à equipe de saúde, implementar intervenções que qualificam e humanizam a assistência às famílias, ajudando-as a superar fontes de angústia e estresse, e possibilitando a transformação da prática profissional de modo a evitar a fragmentação do cuidado^{4,10}.

Assim, objetivou-se identificar os principais diagnósticos de enfermagem (DE) em famílias de crianças hospitalizadas e descrever as intervenções de enfermagem (IE) em um grupo de apoio aos pais e familiares (GRAPF) dessas crianças.

DE e IE fazem parte do processo de enfermagem (PE), estratégia organizada em cinco etapas correlacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber, coleta de dados, DE, planejamento, implementação e avaliação¹¹. O PE corrobora a qualidade das informações obtidas e o uso de pensamento crítico e raciocínio clínico, favorecendo atendimento satisfatório e eficiência a assistência de enfermagem^{12,13}. Dessa maneira, os resultados desta pesquisa podem colaborar para dar visibilidade à assistência às famílias e às atividades capazes de contribuir para tornar o cuidado integral e humanizado, no ambiente hospitalar.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, realizada na unidade de internação pediátrica (UIP) de um hospital escola de alta complexidade, localizado em Goiânia, Goiás, Brasil, no período de fevereiro a julho de 2010. A UIP em questão possui dois blocos de internações, a clínica pediátrica (CP) e a unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). A CP possui 20 leitos, em média 12 de ocupação diária. A UTIN tem 10 leitos destinados ao cuidado de recém-nascidos graves e, quase sempre, com ocupação total.

Para coleta de dados foram gravados, em mídia digital, os depoimentos de 12 encontros de um grupo de apoio aos pais e familiares (GRAPF) das crianças hospi-

talizadas na UIP. Ao final de cada encontro, as gravações eram transcritas por duas pesquisadoras, enfermeiras coordenadoras do GRAPF, e analisadas com o objetivo de identificar os DE, segundo taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA I)*¹⁴, e planejar as IE a serem implementadas no grupo, conforme a taxonomia da *Nursing Interventions Classification (NIC)*¹⁵.

Destaca-se que a coleta de dados, a análise de conteúdo do material, a identificação dos DE e a seleção e implementação das IE foram sustentadas pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, em que a enfermagem é concebida como ciência e arte que deve respeitar e manter a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano, realizar ações preventivas, curativas e de reabilitação, e reconhecer o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade e participante ativo no seu processo de autocuidado¹⁶.

Para identificar os DE, as coordenadoras do GRAPF realizaram o raciocínio diagnóstico, que é gradual, interativo e intuitivo. É válido destacar que o reconhecimento das evidências, a geração mental dos possíveis diagnósticos, a comparação das evidências, a coleta de dados do cliente focalizada e a validação dos diagnósticos fizeram parte desse processo, conforme recomenda literatura especializada¹⁶⁻¹⁸.

Os DE da NANDA I estão distribuído em 13 domínios, a saber: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, auto-percepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento. Eles representam julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade às necessidades de saúde. Os DE proporcionam as bases para a seleção de IE e para o alcance de resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis¹⁴.

Em resposta aos DE identificados, foram planejadas e implementadas IE no GRAPF. Entende-se por IE ações que, baseadas em julgamento e conhecimento clínico, são realizadas para intensificar os resultados do paciente/cliente. Incluem tanto a assistência direta como a indireta, as assistências voltadas para indivíduos, famílias e comunidade¹⁵.

Na NIC estão validadas e codificadas 514 intervenções direcionadas aos DE da NANDA I, e mais de 12 mil atividades. As intervenções estão agrupadas em 30 classes e nos domínios fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família, sistema de saúde e comunidade¹⁵.

Nesta pesquisa, a seleção e implementação das IE foram realizadas pelas coordenadoras do GRAPF e foram supervisionadas por duas enfermeiras, uma especialista em dinâmica de grupo e outra com experiência na atenção a familiares de pessoas internadas em unidade de terapia intensiva, de modo a favorecer que as atividades desenvolvidas no GRAPF respeitassem o movimento

grupais e atendessem, efetivamente, às demandas das famílias, conforme recomenda literatura especializada¹⁹⁻²¹.

Ao total, 34 familiares aceitaram fazer parte da pesquisa e atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e pertencer à família de uma criança hospitalizada na UIP investigada, no período da coleta de dados. O número de sujeitos em cada sessão variou de três a sete, com média de quatro por encontro. Os participantes foram, principalmente, mães (23; 67,6%), tios (5; 14,7%), avós (4; 11,8%) e pais (2; 5,9%) das crianças.

Para garantir o sigilo quanto à identidade e evitar exposição e constrangimento, na apresentação dos resultados os familiares foram identificados pela letra F e sistema alfa numérico, e pela letra G acompanhada do número do encontro no qual o familiar esteve presente.

Para apresentação dos resultados, os DE identificados e seus respectivos domínios foram sustentados por depoimentos das famílias que participaram do GRAPF, e para as IE selecionadas foram descritas as atividades desenvolvidas no GRAPF.

Essa pesquisa foi elaborada e desenvolvida seguindo as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa Humana (protocolo nº 153/2009).

RESULTADOS

Os principais DE identificados nas falas das famílias que participaram do GRAPF foram: padrão de sono prejudicado; manutenção do lar prejudicada; conhecimento deficiente; comunicação verbal prejudicada; risco de baixa autoestima situacional; paternidade ou maternidade prejudicada; tensão do papel de cuidador; interação social prejudicada; síndrome do estresse por mudança; sentimento de impotência; medo e conforto prejudicado. Eles evidenciam as necessidades de cuidados das famílias no contexto da hospitalização pediátrica e como as condutas da equipe de saúde podem influenciar, positiva ou negativamente, as experiências das famílias e crianças. Ver Figura 1.

Domínio	Diagnóstico de enfermagem	Depoimentos dos familiares do GRAPF
Atividade e repouso	1. Padrão de sono prejudicado	1. [...] é bom dormir. Eu não estou conseguindo dormir, aqui, neste hospital. (F22G6)
	2. Manutenção do lar prejudicada	2. Realmente bagunçou tudo. A gente estava construindo e teve que parar com a construção [...]. Sempre me liga [esposa] e fala: 'oh, você está fazendo muita falta aqui, aqui está muito bagunçado e eu não consigo organizar direito.' Eu já perdi tudo. (F22G9)
Percepção / cognição	3. Conhecimento deficiente	3. Ele não gosta nem que eu [...] no neném. Diz que até com a luva eu vou passar bactéria pra ele. (F7G2)
	4. Comunicação verbal prejudicada	4. Para mim o maior peso para eles [profissionais de saúde] saber de alguma coisa e não comentar, não contar para a gente! [...] Os resultados dos exames, eles não me dizem! Ai eu fico assim, 'será que é alguma coisa grave?'. Eles sabem e não passam para gente. Então, a gente fica angustiada, sem saber o quê que está acontecendo. (F9G12)
Autopercepção	5. Risco de baixa autoestima situacional	5. E, às vezes eu fico, assim, pensando que eu tenho culpa sabe. Igual eu falei para o médico 'se meu menino nasceu com esse problema, eu seria culpada? (F28G11)
Papéis e relacionamentos	6. Paternidade ou maternidade prejudicada	6. O pai do neném abandonou-me. Raiva, estou sentindo raiva demais dele. Porque eu o procurei para me ajudar, e ele não quer saber. (F31P2)
	7. Tensão do papel de cuidador	7. E tem dia que eu me sinto sobrecarregada [choro]. Igual hoje, eu sai daqui, fui trabalhar, minha tia veio e ficou com ela. Ai eu cheguei, já de tardezinha. Não dormi à noite. Trabalhei até uma hora e tem dia que a minha vontade é dormir. Dormir e não acordar mais. Essa é a minha vontade. Eu queria um remédio para eu dormir três dias, dia e noite, sem pensar em nada, sem ter preocupação com nada. (F25G9)
	8. Processos familiares interrompidos	8. [...] enquanto eu estava, aqui, minha mãe faleceu. Foi muito triste. [...] eu deixei de estar me casando. Eu deixei de participar do meu próprio casamento. (F18G6)
Enfrentamento/ tolerância ao estresse	9. Interação social prejudicada	9. A gente fica, assim, longe de casa, e a gente fica com vontade de conversar com os amigos, com os parentes, desabafar. Esses dias eu catei meu celular, liguei para o meu marido, liguei para minha cunhada e chorei: 'eu quero sair daqui, eu quero ir embora.' (F22G8)
	10. Síndrome do estresse por mudança	10. [...] é horrível. Dá uma angústia. Só de chegar na porta da UTI meu coração já começa a disparar. Dá uma angústia, uma vontade de voltar para casa, porque é muito triste, é horrível. (F7G1)
	11. Sentimento de impotência	11. Porque não é fácil a gente ver o filho da gente sendo furado toda hora, ela chora, sabe; ela pede socorro: 'socorro mamãe, socorro'. Eu sei que é para o bem dela, mas não é fácil. Não está sendo fácil [choro] (F25G10).
Conforto	12. Medo	12. [...] então você lida com uma coisa é o medo. Você não tem aquela, você tem esperança e ao mesmo tempo não tem. Você vive num buraco, sei lá, [...]. Sem preenchimento. Ao mesmo tempo que você diz eu vou conseguir, de repente você desfalece [choro]. (F26G9)
	13. Conforto prejudicado	13. [...] acho que as cadeiras poderiam ser diferentes. As cadeiras poderiam ser melhores. (F29G7)

FIGURA 1: Diagnósticos de enfermagem e respectivos domínios, identificados nos depoimentos dos familiares que participaram do GRAPF. Goiânia, Goiás, Brasil, 2015.

Aqui, em respostas aos DE, foram selecionadas duas IE, aumento da socialização e educação para saúde. Para a primeira IE, foram implementadas atividades direcionadas ao compartilhamento de experiências, demonstração de sentimentos e aumento da comunicação. Para a segunda IE, foram realizadas

orientações relacionadas, principalmente, aos itens: dinâmica familiar, horários de visitas, processo fisiopatológico, restrições dietéticas, rotinas da unidade hospitalar e prevenção de infecção, vacinas e a importância do vínculo afetivo entre família e criança. Ver Figura 2.

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem e descrição das atividades implementadas no GRAPP
Comunicação verbal prejudicada Interação social prejudicada Risco de baixo auto estima situacional	Aumento da socialização Para compartilhamento de experiências, demonstração de sentimentos e aumento da comunicação, foram utilizados recortes de revista com figuras de pessoas em diferentes situações; tiras de cartolina branca e colorida; carinhas desenhadas em papel branco, representando diversos sentimentos; lápis para colorir; giz de cera; pincéis atômicos; sucata; atividades lúdicas.
Tensão do papel de cuidador Padrão de sono prejudicado Conforto prejudicado Manutenção do lar prejudicada	Educação para Saúde Orientações em relação a dinâmica familiar: reforçamos a importância do compartilhamento do cuidado entre os membros da família. Orientações em relação ao horário de visitas: fortalecimento de redes de apoio.
Conhecimento deficiente Sentimento de impotência Síndrome do estresse por mudança Medo	Educação para Saúde Compartilhamento de informações relacionadas a processo fisiopatológico, restrições dietéticas, rotinas da unidade hospitalar, prevenção de infecção hospitalar, vacinas, entre outros. Realizado fortalecimento da coesão grupal por meio de feedbacks positivos.
Processos familiares interrompidos	Educação para Saúde Orientações em relação ao horário de visitas: fortalecimento de redes de apoio.
Paternidade ou maternidade prejudicada	Educação para Saúde Compartilhamento de informações relacionadas à importância de se construir vínculo com a criança. Incentivo a estabelecer vínculo/contato com a criança.

FIGURA 2: Intervenções de enfermagem e descrição das atividades implementadas no grupo de apoio aos pais e familiares (GRAPP) em respostas aos diagnósticos de enfermagem. Goiânia(GO), Brasil, 2015.

DISCUSSÃO

O ser humano, como parte integrante do universo, está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço, e suas necessidades básicas precisam ser atendidas para o pleno alcance do bem-estar¹⁶.

Nessa perspectiva, enfatiza-se que famílias apresentam demandas de cuidado, impostas pelo processo de doença e hospitalização da criança, especialmente relacionadas a aspectos fisiológicos³ e a suporte psicossocial⁷.

Os longos períodos de internação da criança; o repouso prejudicado em decorrência da preocupação, das responsabilidades assumidas nesse processo, dos ruídos causados por outros familiares e pela equipe de saúde; as dificuldades financeiras; a cobrança quanto ao cuidado à criança, mesmo quando o familiar não tem condições para fazê-lo; a preocupação com o risco de a criança adquirir infecção hospitalar e com as possíveis sequelas decorrentes dos procedimentos e da própria doença; e a falta de conhecimento sobre os cuidados necessários e específicos para a criança, são exemplos de fatores que produzem desgaste físico e emocional à família^{6,7}.

Os DE tensão do papel de cuidador, comunicação verbal prejudicada, processos familiares interrompidos e

manutenção do lar prejudicada podem ser identificados em familiares de sujeitos hospitalizados para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis²⁰. Esses achados corroboram os DE identificados neste estudo e demonstram os reflexos da hospitalização para a família.

Nota-se, assim, a importância de os profissionais de saúde considerarem as demandas dessas pessoas e as incluírem no plano assistencial^{1,10}, haja vista que necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto e podem, inclusive, levar ao surgimento de doenças¹⁶.

Sugere-se como intervenções direcionadas ao atendimento humanizado das famílias, no contexto da hospitalização pediátrica, a comunicação terapêutica, a escuta qualificada, as atividades de socialização e de educação e promoção da saúde⁵.

Entretanto, pesquisas atuais evidenciam que as equipes de saúde ainda enfrentam dificuldades para lidar e cuidar dessas pessoas no contexto hospitalar^{6,21,22}. Muitos profissionais ainda não conseguem apreender a importância e o significado do cuidado à família e a relevância das mudanças geradas pela inserção dela no cuidado e na hospitalização, tampouco conseguem reorganizar seu processo de trabalho fren-

te à ampliação de seu objeto de cuidado. Ao mesmo tempo, nota-se uma prática que corrobora modelo biomédico, centrada em procedimentos e pautada no controle e poder, o que leva a uma assistência técnica e fragmentada²¹.

Outrossim, a falta de aproximação e interação entre profissionais e família faz com que ela, mesmo vivenciando momentos de insatisfação, se anule e se sujeite às condições estabelecidas pela rotina hospitalar e pela equipe de saúde, pois teme ser punida com falta de cuidado à criança. Essa situação gera desconforto e torna a permanência da família, no hospital, uma experiência desgastante⁷.

Percebe-se, dessa maneira, a urgente necessidade de a equipe de saúde estabelecer relação dialógica com os familiares, pois tal conduta colabora para o respeito mútuo, empatia e acolhimento, e demonstra atenção e acolhimento da família, contribuindo para superar a assistência impessoal, fragmentada e desumana^{5,21,23}. Destaca-se, ainda, que para cuidar integralmente da família é preciso considerar o que ela diz, sente e pensa²⁴.

Nessa perspectiva, intervenções de enfermagem devem ser direcionadas às reais demandas das famílias, visando tornar a doença e a hospitalização da criança uma experiência menos traumática e fatigante^{10,25}, prevenindo e revertendo desequilíbrios, por meio de uma assistência ao ser humano direcionada ao atendimento de suas necessidades básicas¹⁶.

Estratégias, tais como o atendimento em grupo, em que há promoção de socialização, compartilhamento de sentimentos e experiências, e estímulo à integração entre as pessoas, ajudam a família no processo de enfrentamento da doença e a vivenciar a hospitalização de um ente querido de modo menos traumático¹⁹.

A comunicação efetiva também é descrita como recurso que permite aos profissionais de saúde compreender e atender às reais necessidades dos pais e da criança, contribuindo para o cuidado centrado na família e resultados positivos para sua saúde^{8,21}. No contexto de humanização da assistência, cabe ao profissional de saúde a responsabilidade de oferecer informação e apoio emocional à família, para que ela encontre forças para superar a experiência de ter e conviver com uma criança em situação de doença e hospitalização^{6,26}. Desse modo, a equipe de saúde deve se comprometer a disponibilizar momentos do seu dia para ouvir as queixas e dificuldades da família, e também oferecer treinamento para o cuidado da criança^{4,7}.

Para cuidar da família indica-se o uso de atividades de educação e promoção da saúde, elas favorecem o acolhimento da família e da criança no contexto hospitalar, contribuem para manter a força e a esperança entre as pessoas, fornecem espaço e ambiente propício à aprendizagem e ao compartilhamento de informações, e configuram-se em rede de apoio entre profissionais de saúde e clientes²⁷.

A família é uma unidade complexa com diversas necessidades, interesses, contradições e com forte influência nos comportamentos de saúde^{5,20}. Por isso, a equipe de saúde deve estabelecer relação cordial e de empatia com essa clientela, pois ela sente dificuldade em lidar com o sofrimento da criança e, também, com seu próprio sofrimento, requerendo apoio para vivenciar e superar os momentos de dificuldades^{2,23}.

A interação e a construção de vínculo afetivo corrobora a prestação do cuidado de enfermagem com potencial para diminuir traumas gerados pela hospitalização⁴.

CONCLUSÃO

O levantamento dos DE e IE, à luz das Teorias das Necessidades Humanas Básicas, mostrou-se estratégia eficaz, qualificada e segura, para descrever as verdadeiras demandas das famílias e favorecer a implementação de atividades capazes de cuidar integralmente dessa clientela.

Os DE identificados, nesta pesquisa, indicam que famílias, ao experienciar a situação de ter e de conviver com criança doente e hospitalizada, apresentam várias demandas, tais como receber informações sobre diagnóstico e quadro clínico da criança, manter diálogo e interagir com a equipe de saúde, e receber apoio de familiares e amigos.

As IE selecionadas evidenciam que é possível a equipe de saúde implementar atividades capazes de acolher a família e tornar a experiência de hospitalização da criança menos traumática e estressante.

Sugere-se que os cursos de graduação, na área da saúde, incluam o estudo da assistência à família na grade curricular, possibilitando aos estudantes oportunidades de trabalhar com familiares que vivenciam situações de dor, sofrimento e doença. É preciso instrumentalizá-los para o cuidado humanizado das famílias, no ambiente hospitalar, a fim de que eles possam compreender a importância da inclusão dessa clientela no plano de cuidados.

Adentrar na vida da família, como quem vive a experiência e não somente como espectador, leva o profissional a compreender o verdadeiro impacto da doença na dinâmica familiar e o sensibiliza para valorizar as experiências humanas e ter compaixão pela dor do outro, fortalecendo seu compromisso com a responsabilidade social e a humanização da assistência.

Apresenta-se como limitação desta pesquisa o fato de não ter sido possível avaliar o impacto das IE nas famílias, especialmente pela rotatividade de participantes no GRAPP.

REFERÊNCIAS

1. Khangura SD, Karaceper MD, Trakadis Y, Mitchell JJ, Chakraborty P, Tingley K et al. Scoping review of patient- and family-oriented outcomes and measures for chronic pediatric disease. *BMC Pediatr.* 2015; 15(9):1-9.

2. Colesante MFL, Gomes IP, Morais JD, Collet N. Impacto na vida de mães cuidadoras de crianças com doença crônica. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(4):501-6.
3. MoraisRCM, Souza TV, Oliveira ICS. A (in)satisfação dos acompanhantes acerca da sua condição de permanência na enfermaria pediátrica. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(3):401-8.
4. Gomes GC, Xavier DM, Pintanel AC, Farias DHR, Lunardi VL, Aquino DR. Meanings attributed by family members in pediatrics regarding their interactions with nursing professionals. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015; 49(6):953-9.
5. Santos LF, Oliveira LMAC, Munari DB, Barbosa MA, Peixoto MKAV, Nogueira ALG. When the communication is harmful in the encounter between health professional and family of hospitalized child. *Enferm. glob*. 2015; 14(37):192-203.
6. Gomes GC, Erdmann AL, Oliveira PK, Xavier DM, Santos SSC, Farias DHR. A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(2):234-240.
7. Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Siqueira KM, Peixoto MKAV. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(4):473-8.
8. Foster M, Whitehead L, Maybee P. The Parents', Hospitalized Child's, and Health Care Providers' Perceptions and Experiences of Family-Centered Care Within a Pediatric Critical Care Setting: A Synthesis of Quantitative Research. *J Fam Nurs*. 2015; 1(1):1-67.
9. Wells N, Bronheim S, Zyzanski S, Hoover C. Psychometric Evaluation of a Consumer-Developed Family-Centered Care Assessment Tool. *Matern Child Health J*. 2015; 19:1899-1909.
10. Seliner B, Wattinger A, Spirig R. Erfahrungen und bedürfnisse von eltern hospitalisierter kinder mit behinderung und den in der betreuung verantwortlichen medizinischen fachpersonen – eine systematische review. *Pflege*. 2015; 28(5):263-76.
11. Conselho Federal de Enfermagem (Br). Resolução nº 358/2009: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem; 2009.
12. Furtado LG, Nóbrega MML. Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(4):1197-204.
13. Leon PAP, Nóbrega MML. NANDA-I nursing diagnosis in hospitalized children: a case study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2012;11(1).
14. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre (RS): Artmed; 2013.
15. Dochterman J, McCloskey B, Glória M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Tradução de Regina Machado Garcez. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
16. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
17. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Griffith-Kenney JW, Christensen PJ, organizadoras. *Nursing process application of theories, frameworks, and models*. 2ª ed. Saint Louis (MO): Mosby; 1986. p.124-51.
18. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(3):321-6.
19. Oliveira LMAC, Santos LF. Trabalhando com grupos na assistência a familiares em UTI. Curitiba (PR): Appris; 2015.
20. Montefusco SRA, Bachion MM, Nakatani AYK. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o Modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(1):72-80.
21. Corrêa AR, Andrade AC, Manzo BF, Couto DL, Duarte ED. The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(4):629-34.
22. Machado NA, SousaMLXF, Silva MEA, Coutinho SED, Reichert APS, Collet N. Dificuldades para a efetivação do acolhimento hospitalar durante a internação de crianças com doença crônica. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(4):556-61.
23. Okido ACC, Zago MMF, Lima RAG. Care for technology dependent children and their relationship with the health care systems. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(2):291-8.
24. Silva TP, Silva MM, Alcantara LM, IR Silva, Leite JL. Establishing action/interaction strategies for care delivery to hospitalized children with chronic conditions. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(2):279-85.
25. Craig JW, Glick C, R Phillips, Hall SL, Smith J, Browne J. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *J Perinatol*. 2015; 35(Suppl 1):5-8.
26. Svavarsdottir EK, Siquardardottir AO. Benefits of a brief therapeutic conversation intervention for families of children and adolescents in active cancer treatment. *Oncol Nurs Forum*. 2013; 40(5):E346-E57.
27. Santos LF, Oliveira LMAC, Munari DB, Peixoto MKAV, Silva CC, Ferreira ACM et al. Grupo de suporte como estratégia para assistência de enfermagem à família de recém-nascidos hospitalizados. *Rev Eletr Enf*. 2012; 14(1):42-9.