

## O acolhimento ao cuidador de crianças internadas

### Humanized reception to caregivers of hospitalized children

**Fabiola Hermes Chesani<sup>1</sup>, Márcia Aparecida Miranda de Oliveira<sup>2</sup>, Rafaela Regina Oechsler da Costa<sup>3</sup>, Bernardo Portela<sup>4</sup>, Ellen de Souza Azeredo<sup>5</sup>, Letícia Corrêa Ferreira<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Autora para correspondência. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, Santa Catarina, Brasil. ORCID: 0000-0002-4518-470X. fabiola.chesani@univali.br

<sup>2</sup>Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, Santa Catarina, Brasil. ORCID: 0000-0003-4226-4082. marciaoliveira3@terra.com.br

<sup>3</sup>Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, Santa Catarina, Brasil. ORCID: 0000-0001-8743-6197. rafaelacosta@univali.br

<sup>4</sup>Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, Santa Catarina, Brasil. ORCID: 0000-0001-8385-9547. bernardoportela@edu.univali.br

<sup>5</sup>Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, Santa Catarina, Brasil. ORCID: 0000-0002-1566-5297. azeredo\_ellen@hotmail.com

<sup>6</sup>Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, Santa Catarina, Brasil. ORCID: 0000-0003-0739-0200. leticia.correa002@hotmail.com

**RESUMO** | A presença dos cuidadores/familiares no hospital é reconhecida como um fator que potencializa a melhora do paciente. Este artigo objetiva conhecer as percepções dos cuidadores de crianças internadas sobre as atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão Educar e Humanizar em saúde. A metodologia adotada foi qualitativa na perspectiva da concepção freiriana de educação. O Círculo de Cultura foi formado pelos cuidadores das crianças internadas e acadêmicos dos cursos de Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. Estas avaliações foram abordadas categoricamente da seguinte maneira: O acolhimento ao cuidador; compartilhando vivências, a troca de saberes; e tirando o foco da doença, conversas que modificam. O processo de hospitalização revela sentimentos de angústia, solidão, tristeza e expectativas. As estratégias utilizadas pelos alunos trouxeram resultados positivos como diminuição dessas tensões onde eles relatam sentimentos de alívio, confiança, motivação e descontração.

**Palavras-chave:** Humanização. Educação em saúde. Cuidadores.

**ABSTRACT** | The presence of caregivers / relatives in the hospital is recognized as a factor that enhances the patient's improvement. This article aims to understand the perceptions of the caregivers of hospitalized children about the activities developed by the Educate and Humanize extension project in health. The methodology adopted was qualitative from the perspective of the Freirean conception of education. The Circle of Culture is formed by the caregivers of children hospitalized and academics of the courses of Physical Therapy, Nutrition and Psychology. These assessments were addressed categorically as follows: Reception to the caregiver; sharing experiences, the exchange of knowledge; and taking the focus of the disease, conversations that modify. the hospitalization process reveals feelings of anguish, loneliness, sadness and expectations. The strategies used by the students have brought positive results as a decrease in these tensions where they report feelings of relief, confidence, motivation and relaxation.

**Keywords:** Humanization. Health education. Caregivers.

## Introdução

Dependendo da fase do desenvolvimento em que a criança se encontra, irá reagir de maneiras diferentes para se adequar ao meio. A criança é um ser imaturo e dependente em constante processo de crescimento e desenvolvimento. Um episódio de doença ou de hospitalização pode causar certo atraso ou até mesmo uma interrupção nesse processo. Durante a hospitalização, fica vulnerável a vários estressores, podendo gerar traumas passageiros ou mesmo permanentes (Vieira & Linhares, 2011).

A internação é caracterizada como uma árdua experiência, apresentando grande impacto na vida de qualquer pessoa. No caso da criança, pode-se configurar como uma experiência traumática trazendo a imagem do hospital como um local de dor, afastando-a de sua vida cotidiana e do ambiente familiar e a colocando em um mundo desconhecido, com suas rotinas, equipamentos e pessoas fazendo com que a criança perca suas referências por estar longe de casa (Campos & Silva-Sobrinho, 2015; Gomes, Queiroz, Bezerra & Souza, 2012).

A criança quando adocece fica mais chorosa e, dependendo de como vivencia o processo de hospitalização, seu quadro emocional tende a piorar por conta do afastamento da sua casa e de seus familiares. O ambiente hospitalar e os procedimentos médicos também influenciam no quadro da criança. No processo de hospitalização, a criança fica restrita ao leito, na maior parte do tempo, cercada de estranhos, submetida a passividade frente aos procedimentos médicos, agulhas, cortes, imagens, cheiros, que muitas vezes são comuns ao profissional da saúde, fatores estes que podem ser ameaçadores e tornar ainda mais confuso o entendimento para a criança (Gonzaga, Resende, Passos, & Simões, 2016).

O enfrentamento da hospitalização infantil para a criança pode apresentar diversas dificuldades, o que preconiza a atenção e cuidados com a mesma. Durante o processo de internação as crianças são submetidas aos procedimentos invasivos e não invasivos de vários profissionais. Na maior parte do tempo de hospitalização a criança fica restringida a uma cama, submetida à passividade, cercada de pessoas estranhas que, para ela, trazem mais dor e sofrimento. A dor é representada pelas agulhas, cortes, medicações que ardem na pele, entre outros procedimentos desagradáveis, até mesmo para um adulto. As imagens, cheiros e sons

estranhos no hospital, comuns para os profissionais de saúde, podem ser ameaçadores e confusos para as crianças (Lopes, 2012).

Menezes (2010) caracteriza algumas situações às quais a criança que nunca enfrentou o processo de hospitalização é submetida: dietas alimentares, imposição à dor física, justificando-se pelo processo de melhoria da criança, pessoas que constantemente verificam como esta reage ao tratamento por meio de aparelhos desconhecidos, sons emitidos por dispositivos diferentes, bem como a restrição do contato com familiares, colegas de escola, suscitando em alguns casos, a falta de adesão ao tratamento e comportamentos regredidos.

O ambiente hospitalar é uma experiência bastante difícil apresentando um grande impacto para o paciente, que traz a imagem do hospital como um local de dor, juntamente ao medo de crianças com locais estranhos onde o apoio para suportar esta situação é representada pela presença dos cuidadores. A presença dos cuidadores/ familiares no hospital é reconhecida como um fator que potencializa a melhora do paciente e auxilia na diminuição dos sentimentos referentes à ruptura com as atividades que fazem parte da rotina de vida da pessoa (Jorge & Toldrá, 2017).

No entanto, esta presença também pode expor os familiares às circunstâncias de fragilidade e vulnerabilidade. Elementos que rondam o cenário hospitalar e, geralmente, remetem o cuidador à privação da vida social e da liberdade para realizar suas atividades de autocuidado. Essa realidade aponta para a necessidade de ações voltadas aos cuidadores/familiares, pois em geral não possuem preparo ou suporte para lidar com os sentimentos e as obrigações decorrentes do cuidar. Ademais, estas pessoas também vivem transformações nas suas rotinas, que passam a se organizar em torno da pessoa hospitalizada e da rotina hospitalar, esquecendo-se do autocuidado (Jorge & Toldrá, 2017).

Assumir o papel de cuidador implica na construção e ressignificação do vínculo com o sujeito de cuidado e, conseqüentemente, na elaboração de um cuidador sensível às problemáticas do outro, ou melhor, um cuidador que se propõe a sentir o processo de hospitalização e o sofrimento do familiar adoecido. A ausência dessa disponibilidade em conjunto com a falta de experiências prévias do cuidador com situações de cuidado no hospital e as preocupações com o

familiar adoecido, podem favorecer o surgimento do sentimento de vulnerabilidade por parte do cuidador.

A valorização da presença da família, principalmente da mãe, no cuidado ao filho traduz-se num processo educativo, informativo, de mão dupla, entre acompanhante e equipe, condição indispensável ao alcance de uma prática assistencial realmente humanizada e humanizadora. Desta forma, é primordial compreender a criança no seu contexto social e familiar, estimulando a participação dos pais e responsáveis no cuidado infantil, oferecendo-lhes a oportunidade de expressar suas inquietações por meio da escuta ativa como recurso importante para uma infância saudável (Marques, Lima, Malaquias, Waidman, & Higarashi, 2014).

Diante da política nacional de extensão, a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) desenvolve vários projetos de extensão e um dos projetos visava realizar humanização e educação em saúde com cuidadores de crianças e adolescentes hospitalizados no Hospital Universitário Pequeno Anjo (HUPA). Este projeto aconteceu desde o ano de 2001 até 2018 e era constituído por uma equipe interdisciplinar, contando com discentes e docentes dos cursos de Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. O projeto se desenvolvia por meio do acolhimento dos cuidadores das crianças internadas no hospital pediátrico por meio de rodas de conversa onde havia uma troca de saberes e experiências entre cuidadores, docentes e discentes. Teve como embasamento o princípio de Paulo Freire, onde há uma valorização do conhecimento popular considerando a horizontalidade, onde profissional e usuário podem aprender mutuamente valorizando o diálogo.

A universidade optou pela extensão, porque esta é uma ponte entre a comunidade e a universidade, onde os acadêmicos encontram oportunidades de vivenciar a realidade prática da profissão, aprimorando suas vivências e adquirindo experiência. O que favorece o tripé de ensino, pesquisa e extensão. Esse tripé foi formado para quebrar a visão unicamente científica e tecnológica onde eram desconsideradas as necessidades sociais e éticas. Esses três pilares são indissociáveis para a formação de um universitário autônomo, competente e ético (Chesani et al., 2017; Daltro, Bôas, Garcia, & Menezes, 2017).

Uma das atividades do projeto de extensão era realizar no final da roda de conversa com os cuidadores

uma avaliação por meio da escala hedônica facial e um espaço para inserir comentários das atividades do projeto. Diante disto, pergunta-se quais os resultados desta escala de avaliação facial hedônica? E quais as percepções dos cuidadores de crianças internadas sobre as atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão Educar e Humanizar em saúde. Portanto, este artigo objetiva conhecer as percepções dos cuidadores de crianças internadas sobre as atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão Educar e Humanizar em saúde.

## Metodologia

Para atingir o objetivo optou-se pela realização de um estudo descritivo, de caráter exploratório, a partir de elementos de pesquisa qualitativa, utilizada quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação (Minayo, 2010).

A metodologia do projeto de extensão segue a perspectiva da Educação Popular em Saúde na concepção freiriana de educação, pois entende-se como conhecimento todo o saber popular a partir da experiência do sujeito em comunidade, suas compreensões históricas e culturais. Esse conhecimento ao ser compartilhado com os demais amplia a consciência do sujeito sobre si mesmo e sobre o mundo a sua volta. Parte-se da concepção Freiriana de que todo conhecimento é válido e deve ser considerado para que haja transformação da realidade vivida. No campo da saúde por vezes entende-se que somente o profissional da saúde possui conhecimento sobre o processo saúde-doença, suas vivências e hábitos. Através da emancipação do sujeito que é visto como parte da construção de sua saúde, é possível contribuir para a promoção da saúde, recuperação e prevenção de doenças. A partir do diálogo busca-se a superação das relações de poder e a descentralização do saber (Freire, 2005).

A metodologia das atividades do projeto apoia-se na concepção Freiriana de educação, mais especificamente o Círculo de Cultura, o qual busca a participação do sujeito, o diálogo e a escuta humanizada. O Círculo de Cultura é uma unidade de ensino que substitui a escola tradicional, formado por um grupo de pessoas para discutir seu trabalho, as quais têm uma situação existencial em comum, mas não por

meio da concepção bancária, mas sim pela tese de que existem dois que sabem coisas distintas e que podem aprender mutuamente (Freire, 2005).

A discussão de uma situação em comum é muito importante para o crescimento das pessoas que nele estão envolvidas, não sendo somente uma pessoa detentora de toda verdade assim como cita Freire (1998, p.127) “Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles”.

A organização e o funcionamento dos Círculos de Cultura propõem um trabalho sistematizado desencadeando a possibilidade de uma reflexão individual e uma construção do conhecimento compartilhada e calcada na troca de experiências. Era fundamental, na reflexão crítica dos dados registrados em cada Círculo finalizado, valorizar falas, gestos e expressões e apreender a leitura de mundo dos participantes nos vários momentos que compuseram a realização de cada um dos Círculos de Cultura (Monteiro & Vieira, 2010).

Os Círculos de Cultura podem ser realizados com um número reduzido e irregular de participantes, visto que é um método dinâmico, flexível e que oportuniza a aproximação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa, tornando o tema de interesse do investigador uma possibilidade de interesse coletivo. O rigor epistemológico é garantido, diante de uma reflexão profunda e íntegra da realidade, desenvolvendo a autonomia do sujeito no processo (Durand & Heidemann, 2013).

A proposta de Círculo de Cultura de Paulo Freire é aqui aplicada no ambiente hospitalar, voltada a compreensão de que todos são protagonistas do saber através da ênfase no diálogo horizontal que gera reflexão-ação. O presente trabalho considera as rodas de conversas uma estratégia política libertadora, que favorece a emancipação humana, política e social de coletivos historicamente excluídos. Ele filia-se à pedagogia crítica do educador Paulo Freire, tendo como objetivo central contribuir com a fundamentação epistemológica, teórica e metodológica das rodas de conversa, possibilitando sua melhor instrumentalização (Sampaio, Santos, Agostini, & Salvador, 2014).

Inicialmente é realizado um convite aos cuidadores em cada quarto do hospital para participarem da roda de conversa que ocorre na brinquedoteca, após convite os cuidadores são aguardados na brinquedoteca com cadeiras dispostas em formato de círculo de modo que facilite a interação com todos os participantes. O Círculo de Cultura é formado pelos cuidadores e um ou mais facilitadores, que são alunos extensionistas do projeto, este aluno mediador tem a função de mediar os saberes comuns, pois no Círculo de Cultura todos aprendem e ensinam. A roda de conversa é iniciada com a apresentação de todos os participantes, utiliza-se muitas vezes de estratégias de dinâmica de grupo, como o uso de técnicas quebra gelo para descontração e formação de vínculo entre o grupo. A partir disso, busca-se a interação livre entre os cuidadores e as temáticas provêm dos próprios participantes, de acordo com o que tem vivenciado, esta etapa é chamada de investigação temática. Em seguida, ocorre a tematização do que foi levantado, através da codificação e decodificação, buscando significados pessoais para compreensão, tomando assim consciência. A problematização vem em seguida, através do pensar crítico sobre o que foi tomado consciência para que assim haja a transformação, ou seja, a construção de novos saberes (Silveira, Neves, Zamberlan, Pereira, Arrué, & Pieszak, 2012).

Por exemplo: Quando o cuidador traz ao grande grupo as ansiedades quanto a hospitalização da criança, cansaço físico e emocional busca-se que os demais participantes compartilhem também pensamentos quanto a este sentimento. A partir disso o mediador estimula reflexões sobre as questões a respeito da ansiedade, estratégias para manter-se tranquilo, fortalecimento de vínculos durante a hospitalização, participação da rede de apoio ou família extensa para auxiliar o cuidador durante este período. Além disso, são assuntos recorrentes nas rodas de conversa, o desenvolvimento infantil, a alimentação, a gestação, a amamentação, o período escolar, as dúvidas quanto ao diagnóstico e prognóstico e os demais temas que são levantados pelo grupo.

O encontro é finalizado com a entrega de um instrumento de avaliação da roda de conversa que se trata de uma escala hedônica facial mista com um campo livre para comentários no qual os cuidadores são convidados a fazer a avaliação, ou seja, não é obrigatório o preenchimento do instrumento de avaliação. A escala possui os itens BOM, MÉDIO ou RUIM e a

opção de uma questão aberta para escrever comentários sobre o encontro.

Os dados que emergiram da questão aberta do instrumento de avaliação foram avaliados através da análise de conteúdo Temática de Bardin (2011), que a descreve como um método para o tratamento das informações coletadas capaz de destacar a multidimensionalidade dos fenômenos, através das falas proferidas pelos atores envolvidos, permitindo um desvelar crítico.

Conforme Bardin (2011), o tratamento descritivo constitui a primeira fase do procedimento. Neste sentido, foi possível, não apenas sistematizar os dados para a análise, mas contribuir para que houvesse melhor interpretação e entendimento do pensamento exteriorizado através das falas dos participantes.

Na pré-análise, buscou-se identificar os aspectos de maior significância no discurso das participantes e elementos com a mesma concordância de ideias. Na exploração do material examinou-se, separadamente as respostas das questões, as mesmas de forma individual e posteriori, em coletivo, com a finalidade de perceber a existência de confirmação da primeira leitura, evitando viés quanto à interpretação das informações. Após reafirmou-se os elementos da mesma significância e que apareceram diversas vezes nos discursos de cada cuidador. Esta etapa possibilitou classificar os resultados em categorias que foram interpretados e discutidos a partir do referencial teórico disponível sobre a temática.

O artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com o número de parecer 1.499.851 e CAAE: 54193716.0.0000.0120. Os participantes seguiram todas as condições preconizadas no Conselho Nacional de Saúde 466/2012, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), os dados coletados permaneceram em sigilo e o anonimato foi mantido.

## Resultados e discussões

O local do estudo se deu em um hospital infantil universitário, durante o período entre agosto a novembro de 2017, onde as intervenções eram feitas predominantemente nos quartos do hospital, em que eram permitidas a entrada sem equipamentos de proteção individual. Os participantes da pesquisa foram os

mesmos participantes das rodas de conversa, ou seja, os cuidadores (familiares ou não) de crianças hospitalizadas que estavam no papel de acompanhantes da criança durante a hospitalização.

Ao final de cada intervenção, era proposto aos participantes a realização de uma avaliação do encontro, por meio do instrumento já citado anteriormente, o qual não contém identificação dos sujeitos. Era explicado que esse processo não era obrigatório, ficando assim, a critério dos cuidadores realizá-lo ou não. Alguns destes comentários foram selecionados para a análise dos autores para compreender os sentimentos que cercam o processo de hospitalização e o impacto da intervenção do projeto de roda de conversa neste processo.

Durante os quatro meses de atuação do projeto, foram contabilizadas 170 avaliações das intervenções caracterizadas somente como "BOM", não houveram avaliações consideradas "MÉDIO" ou "RUIM". De 170 avaliações, 62 duas avaliações possuíam conteúdo exposto, trazendo a percepção dos participantes a respeito dos encontros, os quais foram objeto de análise deste estudo.

O processo de análise de conteúdo originou três categorias a posteriori: O acolhimento ao cuidador; compartilhando vivências, a troca de saberes; e tirando o foco da doença, conversas que modificam.

### O acolhimento ao cuidador

Nesta categoria se encontram todas as avaliações feitas pelos participantes das rodas de conversa que, de alguma forma, transparece o sentimento de acolhimento devido a atenção dada pelos estudantes, ressaltando as características da equipe interdisciplinar no projeto de extensão. Foi possível identificar o impacto da atenção, apoio e acolhimento como forma de cuidado do paciente e acompanhante, resultando no bem-estar deles, como podemos ver nas narrativas a seguir:

*"Achei muito interessante mostra que se importam com os pacientes e acompanhantes".*

*"Muito bom motiva nós pais a nunca desistir. Por mais singelo que seja as perguntas".*

*"Me senti muito confiante por saber que temos pessoas como vocês ao nosso lado".*

*“Muito proveitosa e o acolhimento no momento que passamos é muito importante. Parabéns pelo trabalho”.*

Atendendo as necessidades essenciais do ser, a família é como uma instituição, responsabilizando-se a cuidar e criar seus membros, incluindo obrigações como a alimentação, higiene, vestuário e moradia, além de ter uma relação de proximidade e confiança com a criança. Essa relação se estende ao ambiente hospitalar quando a criança está internada (Milbrath, Siqueira & Motta, 2012). Os familiares e cuidadores tornam-se intermediadores do cuidado infantil durante a hospitalização, facilitando a comunicação entre a criança e a equipe de enfermagem. O período de internação pode-se tornar algo traumático quando tem a ausência da família, onde produz insegurança na criança, retardando assim o processo de recuperação e alta. O ambiente hospitalar, particularmente, apresenta-se como algo extremamente ameaçador aos olhos da criança, seja em função das pessoas estranhas e estranhamente vestidas que “habitam” esse lugar, seja por suas características físicas e organizacionais. Nestas circunstâncias, não raramente a criança sente-se desprotegida, castigada, desamparada, diante da privação de sua rotina de vida, de seus amigos, de seus ancoradouros de segurança e bem-estar. Como facilitador deste processo de transição neste momento, a presença da família é essencial. Para este novo cenário apresentar-se menos hostil e traumatizando à criança se faz necessário a presença de um familiar significativo, em especial da mãe, acompanhando e partilhando com o filho este enfrentamento. A enfermagem reconhece a necessidade do acompanhamento da família na internação da criança, como fonte de apoio essencial ao bem-estar físico e psicológico (Marques, Lima, Malaquias, Waidman & Higarashi, 2014).

Tendo como enfoque a universalidade e equidade, o acolhimento enquanto política do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma postura ética, estética e política, sustentada pela Política Nacional de Humanização (PNH) e deve ser posto em prática junto à outras diretrizes que visam a mudança do Sistema (SUS). Tendo como objetivo proporcionar aos usuários uma atenção em saúde humanizada e descentralizada de poder, a postura que deve ser adotada por todos os profissionais do SUS busca a inclusão desse usuário na corresponsabilidade pelo seu cuidado, promovendo assim uma melhor relação entre ele e o profissional (BRASIL, 2009; BRASIL, 2008).

Referindo-se a questão prática, o acolhimento visa o “estar em relação” e, mais que isso, perceber os impactos que essa postura pode ocasionar, tendo como viés ocasionador, a escuta qualificada. Iniciando pelo campo ético, o acolhimento é visto como uma confirmação de que o outro é uma pessoa diferente, em “seus modos de viver, sentir e estar na vida” (BRASIL, 2009, p.11), cabendo ao profissional de saúde entender e aceitar essa diferença.

A partir de uma postura criativa frente a uma situação, a estética diz ao profissional que deve-se criar uma relação que contribua de forma significativa na vida do usuário a ponto de possibilitar um respeito pela vida e pelo viver. Já o campo político refere-se ao assumir o compromisso social de buscar estar e estabelecer esse tipo de relação com o outro, permitindo assim mais encontros e com isso um maior respeito pela vida e o viver (BRASIL, 2013; BRASIL, 2009).

Esses conceitos podem ser notados na realização das rodas de conversa do projeto. Muitas vezes, os cuidadores, adotam de início, uma postura passiva diante dos estudantes, como se não houvesse conhecimento por parte deles a serem agregados na conversa. Apesar disso, pode-se observar que diante de uma postura de acolhimento por parte dos estudantes, ou seja, uma atitude de pôr-se em relação, de, através da escuta, perceber e entender o mundo do outro e se comprometer a resolver seus problemas, essa atitude acaba por fazer com que os cuidadores queiram compartilhar suas experiências, essa troca mútua torna a conversa significativa, tanto para os cuidadores como também para os estudantes. Como ressaltado nesta avaliação feita de forma anônima por um cuidador que participou de uma das rodas de conversa:

*“Adorei vocês conosco. Vocês mostram que não estamos sozinhos nessa jornada, e que sempre há uma esperança”.*

O modo de se fazer o acolhimento pelo projeto tem como objetivo um atendimento mais humanizado e um modo diferenciado de satisfazer as necessidades em saúde e é coerente com Takemoto e Silva (2007) que propõe, que seria a busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las.

A empatia por parte dos estudantes do projeto é outra característica que se faz presente, segundo

as avaliações feitas pelos participantes das rodas de conversa. Definida por Carl Rogers (1999) a empatia é como a entrada no mundo alheio, com sensibilidade suficiente para entender os significados que a pessoa traz consigo, buscando entender seus anseios e dores, assim como também suas felicidades. Ou seja, ser empático é tentar entender os sentimentos do outro do modo que eles surgem como ressaltam Moreira e Torres (2013). Essa postura por parte dos estudantes do projeto fica nítida com base nesta outra avaliação, também feita de forma anônima por um cuidador que participou de uma das rodas de conversa:

*“Muito bom, pessoas inteligentes que compreendem nossas necessidades”.*

Vale ressaltar ainda que a empatia é um processo de valor terapêutico (Takaki & Sant’ana, 2004), o que faz com que a pessoa se sinta segura dentro da relação empática, possibilitando assim uma conversa mais verdadeira e com isso, mais eficaz, tanto para os alunos quanto para os cuidadores.

Para o sucesso das ações cuidativas percebemos que as relações interpessoais que se efetivam no ambiente hospitalar são imprescindíveis. A relação dialógica torna-se um verdadeiro ancoradouro de afetos, não mais existindo apenas como um encontro fortuito, impessoal, desprovido de afetividade e emoção. Para a família, a internação hospitalar da criança apresenta-se como a interrupção do previsto, a desordem do costumeiro, a urgência do enfrentamento do duvidoso, do temível, do desconhecido. Instalando-se, quase sempre, uma crise, determinando um momento complicado na vida de qualquer um (Lutosa, 2007). Desse modo, torna-se fundamental que a mesma receba um cuidado terapêutico humanizado dos profissionais da equipe de saúde.

A interação humanizada, no hospital, dá-se através do cuidado terapêutico, sem romper com as necessárias tecnologias, que é expresso e embasado na competência técnica e legal, na busca por um agir ético, estético, sob uma concepção transformadora e emancipadora, ajudando de forma humana o homem a ser e manter-se em relações, ou seja, humanizando-se. Um cuidado terapêutico humanizado necessita que a equipe utilize um espírito de camaradagem, isto é, uma forma companheira, alegre, descontraída, bem-humorada e familiar, capaz de tornar o ambiente hospitalar um local talvez não mais feliz,

mas menos triste (Wagner, Thofern, Amestoy, Porto & Arrieira, 2009).

### **Compartilhando vivências, a troca de saberes**

Esta categoria apresenta a troca de saberes que aconteceram durante as rodas de conversa por meio das avaliações, a troca que ocorreu não somente enquanto conhecimento, mas também enquanto apoio e fortalecimento. Os participantes ressaltaram muitas vezes, como um momento em que puderam conversar e desabafar, como visto nestas avaliações anônimas:

*“Legal a conversa, poder interagir e dividir a nossa história”.*

*“Gostei bastante, uma conversa bem construtiva”.*

*“Foi bom, importante saber a opinião dos pais, expectativas e angústias”.*

*“Gostei, muito interessante e ajuda a conversar e expressar”.*

Os participantes permitiam-se compartilhar suas experiências com os demais criando assim um vínculo durante as rodas de conversa pelos aspectos em comum vivenciados por todos. Pode-se perceber que as mudanças devido a experiência hospitalar não implicam somente para a criança, mas também para aquele que a acompanha, seu cuidador. As mudanças ocasionadas na rotina familiar são vistas como de grande impacto para os envolvidos, seja ele um familiar ou alguém próximo que se responsabiliza pelo cuidado da criança. Ao longo dos encontros e das rodas de conversa é possível proporcionar um espaço de diálogo, escuta e acolhimento aos cuidadores que trazem em sua fala as experiências vividas pela hospitalização, ou seja, suas preocupações quanto à recuperação da criança, ansiedade quanto ao recebimento de alta ou eficácia do tratamento ou muitas vezes compartilham entre si a experiência de não saber o que está acontecendo, sua impotência diante da situação, de vulnerabilidade (Gomes et al., 2014).

O espaço da roda de conversa acontece a partir da escuta sensível, de forma lúdica até a fala crítica, agregando ainda que estes diálogos entre os participantes ocorram através da leitura do seu cotidiano, seu modo de vida, conforme Sampaio et al. (2014). Esse formato da roda de conversa favorece o

envolvimento e a confiança dos cuidadores, conforme pode ser visto nos relatos abaixo:

*“Muito bom, pois podemos interagir com os outros companheiros de quarto, experiencia de cada um”.*

*“Achei ótimo poder conversar com pessoas diferentes”.*

*“É bom porque a gente se abre mais, porque eu estava muito insegura e fiquei mais aliviada”.*

A partir da troca, a roda de conversa ocorre como uma engrenagem para a produção de conhecimento, mas acima de tudo, no contexto hospitalar através do espaço de escuta e mediação, a roda de conversa age como um produtor de cuidado, quando um cuidador coloca suas angústias ou até mesmo suas estratégias de enfrentamento, outro cuidador pode contribuir e outro pode se beneficiar, portanto, através da troca formam-se novas formas de vivenciar a hospitalização. As rodas de conversas criam possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos partícipes através dos encontros dialógicos. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade, baseando-se na horizontalização das relações de poder. Dissolve-se então a figura do mestre, como centro do processo, e emerge a fala como atribuição de valores, normas, cultura, práticas e discurso. Num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, o espaço da roda de conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais”, dando um novo sentido a respeito de possuir conhecimento. Sampaio et al. (2014) ressalta que pelo fato de o diálogo ser posto como aberto e igualitário não necessariamente significa dizer que essas negociações sejam tranquilas, visto que, nesses espaços, estão postos jogos de poderes e questionamentos às hegemonias.

Para o mesmo autor, somente é possível estabelecer uma comunicação legítima que produz algo novo quando o vínculo é colocado como algo essencial, pois é este que liga os sujeitos envolvidos. A roda de conversa é o espaço que possibilita a formação de vínculos, superando as relações mecanizadas e tecnicistas, o que implica na autonomia do sujeito e na sua capacidade de gerenciamento do que está acontecendo.

Além disso, a roda de conversa exerce papel também no tratamento hospitalar e posteriormente no tratamento domiciliar, haja vista que o cuidador que acompanha todo o tratamento logo após a alta será o responsável pela continuidade. É essencial a instrumentalização do cuidador para a continuidade do tratamento domiciliar, efetuando o cuidado também através de estratégias que visem a prevenção de doenças e a recuperação da criança. Desta forma, notamos a importância da educação em saúde no contexto hospitalar, através do esclarecimento de dúvidas ou até mesmo da tomada de consciência de que os cuidadores podem expressar suas dúvidas aos médicos, tentando quebrar a barreira de quem detém o conhecimento e quem não. Segundo Silveira et al. (2012) através do período saúde e doença da criança é possível refletir sobre e multiplicar ações que impactam a promoção da saúde de toda a família, por meio de ações educativas que permitam a instrumentalização dos familiares para o cuidado, prevenção, considerando suas vivências, cultura e hábitos, como pode ser vista na fala deste participante:

*“Muito produtivo e interessante, faz com que dividimos experiencias nos acrescentando em conhecimento”.*

As estratégias de educação em saúde devem ser utilizadas não somente com o paciente em estado de enfermidade, mas também junto as famílias que podem contribuir com o processo de recuperação através do resgate cultural e de seus saberes pessoais para recuperação da saúde, como relata o estudo de Saraiva, Santos, Landim e Teixeira (2007).

A partir das informações recebidas da equipe de saúde que a atende no hospital, o cuidador/familiar poderá ser mais autônomo. Através dessas informações os profissionais da saúde podem instrumentalizá-las para cuidar a criança, auxiliando-as a desenvolverem habilidades e competências para o cuidado. Quanto mais diálogo a respeito do diagnóstico, tratamento e quadro clínico da criança, maior será a possibilidade dela perceber precocemente suas alterações. Para isso, precisa ser incentivada pelos profissionais da equipe de saúde a participar no cuidado à criança dando suporte às suas ações e orientando-lhes os cuidados necessários (Gomes & Oliveira, 2012).



## Tirando o foco da doença, conversas que modificam

Pode-se perceber ao longo dos encontros que nem sempre os cuidadores traziam consigo aspectos relacionados a doença e que nem sempre era esse o conteúdo que gostariam de compartilhar com os demais, portanto, esta última categoria tem como enfoque as avaliações por parte dos participantes que destacaram a roda de conversa como um momento diferente dentro da rotina do ambiente hospitalar, muitas vezes por ser um momento de “distração”, como mencionado na avaliação:

*“Muito interessante para a gente distrair”*

Ou ainda como uma possibilidade de tirar o foco da doença, do momento que se está passando, como mencionado por esta avaliação:

*“Foi uma experiencia boa, faz nós pensarmos um pouco, saímos desse momento”.*

Sampaio et al. (2014) coloca que a estratégia de rodas de conversa atua junto a proposta de promoção em saúde quando visa a autonomia dos sujeitos através do diálogo, do envolvimento, vínculo e participação. As rodas de conversa surgem como estratégias metodológicas das ações de promoção da saúde, sendo um espaço de escuta cuidadosa, que produz o desenvolvimento de capacidade individual e coletiva. Além disso, também é considerada uma intervenção comunitária designada tendo como resultado as trocas e o aprendizado por um método que possibilita a discussão, expressão de desejos e desabaços. Em síntese, considera-se que esta estratégia reproduz um espaço de cuidado e que permite o desenvolvimento de atividades que pontua a promoção da saúde (Costa, Filho & Medeiros, 2015).

O foco na promoção de saúde ocorre enquanto uma proposta de fortalecer hábitos já saudáveis, como o fortalecimento do vínculo entre familiares, reconhecimento de estratégias positivas de alimentação ou até mesmo a criação de redes de apoio dentro do contexto hospitalar através de dinâmicas de grupo, conforme coloca esta participante:

*“Estiveram aqui no quarto nº 5 as meninas que fizeram uma dinâmica que descontraíu foi ótimo”*

*“Pra mim foi ótima a visita de vocês, conversamos, rimos, foi muito bom, gostei muito de vocês. Continuem assim”*

Além disso o acolhimento também se dá quando o cuidador traz consigo suas angústias e frustrações. Uma forma de superar o sofrimento psíquico vivenciado pelo cuidador é através das conversas, ao conversar os cuidadores compartilham preocupações e acabam se aproximando por identificação, criando redes de apoio dentro do hospital, já que vivem aspectos comuns como coloca Milanesi, Collet, Oliveira & Viera, (2006). Os autores afirmam que através do desabaço, da conversa, acontece uma maneira de desviar o pensamento, de distrair-se e de perceber que não são os únicos naquela situação, causando assim conforto e aceitação, conforme podemos ver na fala das participantes:

*“Foi uma experiencia boa, faz nós pensarmos um pouco, saímos desse momento”*

*“Muito bom, realmente distrai, anima e a gente desabaça”*

*“Esse projeto é bem legal pois nada como uma boa conversa para tirar a tristeza”*

Adquire-se novas formas de enfrentamento pela utilização de estratégias de distração como conversas, sair do quarto de internação para encontrar-se com outras pessoas onde há uma forma de afastar-se do problema por algum tempo e de lidar melhor com ele segundo Milanesi et al. (2006). Permitindo que os cuidadores exponham através dos diálogos suas vivências e mostrem outras situações que não sejam a da hospitalização, descentralizando o foco na doença, percebe-se no ambiente hospitalar uma atmosfera de leveza, como pode ser visto nestes relatos:

*“Boa, gostei bastante pois deixa a gente bem mais à vontade”*

*“Porque sorri muito”*

O que corrobora com a fala de Milanesi et al. (2006) ao dizer que a possibilidade de ser criativo e vivenciar novas experiências e conhecimentos durante sua experiência como cuidador hospitalar promove a saúde da família. Para Chesani et al. (2018) as famílias devem ser consideradas parte integrante do processo de hospitalização e participar ativamente de todo o período de hospitalização. A socialização, a relação

interpessoal e a busca por suporte social fazem parte da vida humana e propiciam os sentimentos de proteção, apoio, acolhimento e proximidade entre os indivíduos. Enfatizando a importância de espaços que permitem as famílias refletirem sobre a hospitalização, que possibilita que a internação seja menos sofrida (Milanesi et al., 2006).

## Conclusões

Nesse estudo o processo de hospitalização revela sentimentos de angústia, solidão, tristeza e expectativas, como podemos perceber com as falas dos cuidadores, o que corroboraram com os demais estudos encontrados sobre o assunto. Devido os serviços de saúde de alta complexidade exigirem maior conhecimento técnico, cria-se uma visão centralizada na doença e com base em procedimentos técnicos, distanciados do homem em sua integralidade o que reflete na deficiência da assistência integral do ser humano, essa deficiência leva à uma reflexão crítica a cerca de medidas para abranger o olhar humanizado e sociocultural tanto para o paciente quanto para os demais que o cercam, já que os mesmos acabam também por sofrer o impacto da internação hospitalar.

As estratégias utilizadas pelos alunos trouxeram resultados positivos para os cuidadores, como a diminuição de tensões e relatos de sentimentos como alívio, confiança, motivação e descontração. Também revelaram a importância da conversação horizontal para o compartilhamento desses sentimentos e aflições, onde eles conseguem ter a percepção que não estão sozinhos, podendo compartilhar seus saberes, sentindo-se à vontade em levantar dúvidas e entender na prática o real significado de acolhimento e humanização. Levando ainda essa prática para seu domicílio e círculos sociais, sendo um multiplicador no processo do saber e desmitificando o “domínio do conhecimento” superando a relação de poder.

Houveram circunstâncias que limitaram a participação de alguns cuidadores e conseqüentemente os resultados da pesquisa. Como exemplo, pode ser citado o espaço pequeno na brinquedoteca onde inicialmente ocorriam os encontros. Além disso o fato da existência de quartos sob isolamento de gotícula, que por suas vezes eram em grande quantidade, o que impedia a saída dos cuidadores dos quartos com as crianças e tendo em mente a impossibilidade

de deixar crianças pequenas sozinhas pelas próprias condições hospitalares em que elas se encontravam. Isso tudo acabou impedindo que cuidadores que se mostraram interessados pudessem participar das rodas de conversa. Porém, em contra partida, os acolhimentos e rodas de conversa eram realizados nos quartos que eram permitido o acesso sem equipamento de proteção, não deixando assim, essas pessoas desamparadas, tentando alcançar o máximo de pessoas possível.

Assim, o projeto também desenvolveu para os acadêmicos a prática da escuta qualificada, humanização, estratégias de educação em saúde e pensamento crítico de forma que eles desenvolveram uma sensibilidade para o cuidado com o outro impactando também no futuro profissional que pode estar atuando na prática, seja no âmbito hospitalar quanto ambulatorial.

## Agradecimentos

Este artigo é resultado de pesquisa aprovada para apresentação no 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa – CIAIQ, realizado de 10 a 13 de julho de 2018 em Fortaleza, Ceará, Brasil.

## Contribuições dos autores

Todos os autores contribuíram para concepção, delineamento, busca e análise de dados da pesquisa, bem como a interpretação dos resultados e redação do artigo científico.

## Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

## Referências

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Campos, R. B., & Silva-Sobrinho, R. A. (2014). O lúdico e a educação em saúde no cotidiano da pediatria de um hospital público. *Revista Pleiade*, 8(16), 37-41.

- Chesani, F. H., Oliveira, M. A. M., Costa, R. R. O., Portela, B., Azeredo, E. S., & Ferreira, L. C. (2018, julho). Nada como uma boa conversa para tirar a tristeza. *CIAIQ, Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, Fortaleza, CE, Brasil, 7. Recuperado de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1919>
- Chesani, F. H., Wachholz, L. B., Oliveira, M. A. M., Silva, C., Luz, M. E., Fabris, F. A., & Engel, B. (2017). A indissociabilidade entre a extensão, o ensino e a pesquisa: o tripé da universidade. *Revista Conexão UEPG*, 13(3), 452-461. Recuperado de <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/download/9646/5967>. doi: [10.5212/Rev\\_Conexao.v.13.i3.0008](https://doi.org/10.5212/Rev_Conexao.v.13.i3.0008)
- Costa, R. R. O., Bosco Filho, J., Medeiros, S. M., & Silva, M. B. (2015). As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. *Revista de Atenção à Saúde*, 13(43), 30-36. Recuperado de [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/download/2675/pdf\\_1](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/download/2675/pdf_1). doi: [10.13037/rbcs.vol13n43.2675](https://doi.org/10.13037/rbcs.vol13n43.2675)
- Bôas, L. M. V., Daltro, M. R., Garcia, C. P., & Menezes, M. S. (2017). Educação médica: desafio da humanização na formação. *Saúde em redes*, 3(2), 172-182. Recuperado de [http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/download/816/pdf\\_74](http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/download/816/pdf_74). doi: [10.18310/2446-4813.2017v3n2p172-182](https://doi.org/10.18310/2446-4813.2017v3n2p172-182)
- Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. (2008). *Dicas de Saúde: acolhimento*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/dicas/167acolhimento.html>.
- Durand, M. K., & Heidemann, I. T. S. B. (2013). Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 288-295. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/03.pdf>. doi: [10.1590/S0080-62342013000200003](https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200003)
- Freire, P. (2004). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Gomes, G. C., Leite, F. L. L. M., Souza, N. Z., Xavier, D. M., Cunha, J. C., & Pasini, D. (2014). Estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança no hospital. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(2), 434-442. Recuperado de <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20989/17260>. doi: [10.5216/ree.v16i2.20989](https://doi.org/10.5216/ree.v16i2.20989)
- Gomes, G. C., & Oliveira, P. K. (2012). Vivências da família no hospital durante a internação da criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 165-171. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n4/21.pdf>. doi: [10.1590/S1983-14472012000400021](https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400021)
- Gomes, I. L. V., Queiroz, M. V. O., Bezerra, L. L. A. L., & Souza, N. P. G. (2012). A Hospitalização no Olhar de Crianças e Adolescentes: Sentimentos e Experiências Vivenciadas. *Cogitare Enfermagem*, 17(4), 703-709. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/30378/19654>. doi: [10.5380/ce.v17i4.30378](https://doi.org/10.5380/ce.v17i4.30378)
- Gonzaga, P. M. A. S., Resende, J. W. R., Passos, V. O. A., & Simões, P. R. F. (2016). A Influência da Ludicidade para a Aprendizagem de Crianças em Regime de Internação Hospitalar. *Revista de Educação do Vale do São Francisco*, 6(11), 125-145. Recuperado de <http://periodicos2.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/850/640>
- Jorge, C. F., & Toldrá, R. C. (2017). Percepção dos cuidadores sobre a experiência de cuidar dos familiares e a relação com a equipe profissional no contexto da hospitalização. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 28(3), 271-280. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/117475/137998>. doi: [10.11606/issn.2238-6149.v28i3p271-280](https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i3p271-280)
- Lopes, M. G. C. (2012). *Estudo da Saúde e da Qualidade de Vida Percebida pela Criança Hospitalizada* (Tese de doutorado). Faculdade de Educação, Departamento de Didática, Organização e Métodos de Investigação, Universidad de Salamanca, Salamanca, Espanha. Recuperado de [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121142/1/DDOMI\\_CostaLopesMariaGorette\\_Tesis.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121142/1/DDOMI_CostaLopesMariaGorette_Tesis.pdf)
- Lustosa, M. A. (2007). A família do paciente internado. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10(1). Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Marques, C. D. C., Lima, M. F., Malaquias, T. S. M., Waidman, M. A. P., & Higarashi, I. H. (2014). O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(3), 541-548. Recuperado de [http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/22133/pdf\\_227](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/22133/pdf_227). doi: [10.4025/cienccuidsaude.v13i3.22133](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i3.22133)
- Menezes, M. (2010). *A criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103271/284898.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Milanesi, K., Collet, N., Oliveira, B. R. G., & Viera, C. S. (2006). Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 769-774. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a09.pdf>. doi: [10.1590/S0034-71672006000600009](https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600009)
- Ministério da Saúde (2009). *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde (2013). *Política Nacional de Humanização - PNH*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Monteiro, E. M. L. M., & Vieira, N. F. C. (2010). Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 397-403. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a08v63n3.pdf>. doi: [10.1590/S0034-71672010000300008](https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300008)
- Moreira, V., & Torres, R. B. (2013). Empatia e redução fenomenológica: possível contribuição ao pensamento de Rogers. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(2), 181-197. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbpl/v65n2/03.pdf>
- Milbrath, V. M., Siqueira, H. C. H., Motta, M. G. C., & Amestoy, S. C. (2012). Família da criança com paralisia cerebral: percepção sobre as orientações da equipe de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 921-928. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/24.pdf>. doi: [10.1590/S0104-07072012000400024](https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400024)
- Minayo, M. C. S. (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (29a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Rogers, C. R. (1999). *Tornar-se Pessoa* (5a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Sampaio, J., Santos, G. C., Agostini, M., & Salvador, A. S. (2014). Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Suppl. 2), 1299-1311. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf>. doi: [10.1590/1807-57622013.0264](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264)
- Silveira, A., Neves, E. T., Zamberian, K. C., Pereira, F. P., Arrué, A. M., & Pieszak, G. M. (2012). A família de crianças/adolescentes hospitalizados: o grupo como estratégia de cuidado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(2), 402-407. Recuperado de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/19613/pdf>. doi: [10.4025/cienccuidsaude.v11i2.19613](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i2.19613)
- Saraiva, K. R. O., Santos, Z. M. S. A., Landim, F. L. P., & Teixeira, A. C. (2007). Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: Análise com base na educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(2), 263-270. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a08v16n2.pdf>. doi: [10.1590/S0104-07072007000200008](https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000200008)
- Takemoto, M. L. S., & Silva, E. M. (2007). Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. *Caderno de Saúde Pública*, 23(2), 331-340. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf>. doi: [10.1590/S0102-311X2007000200009](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200009)
- Takaki, M. H., & Sant'ana, D. M. G. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 79-83. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/1708/1416>. doi: [10.5380/ce.v9i1.1708](https://doi.org/10.5380/ce.v9i1.1708)
- Vieira, M. E. B., & Linhares, M. B. M. (2011). Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. *Jornal de Pediatria*, 87(4), 281-291. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n4/v87n04a03.pdf>. doi: [10.1590/S0021-75572011000400003](https://doi.org/10.1590/S0021-75572011000400003)
- Wagner, L. R., Thofehrn, M. B., Amestoy, S. C., Porto, A. R., & Arrieira, I. C. O. (2009). Relações interpessoais no trabalho: Percepção de técnicos e auxiliares de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 14(1), 107-113. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/14123/9494>. doi: [10.5380/ce.v14i1.14123](https://doi.org/10.5380/ce.v14i1.14123)