

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE ACOMPANHANTES DE
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UTI PEDIÁTRICA**

Recife, Dezembro de 2019

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

MARINA PEDROSA DANTAS

Pesquisa apresentada como requisito
para obtenção do título de Graduação
em Psicologia na Faculdade
Pernambucana de Saúde

Orientadora: Prof^a. Clarissa Barros

Coorientadora: Prof^a. Cybelle Accioly

Recife, Dezembro de 2019

MARINA PEDROSA DANTAS

E-mail: mamapdantas@gmail.com

CLARISSA MARIA DUBEUX LOPES BARROS

Orientadora da pesquisa. Possui graduação em Psicologia, especialização e mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco e doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba, com período sanduíche no Instituto de Ciências Sociais – Universidade de Lisboa. Psicoterapeuta em consultório particular e tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde, no curso de graduação em Psicologia e pós-graduação em Psicologia da Saúde. E-mail: claramabarros@gmail.com. Telefone: (81) 98891-8552. Endereço da faculdade: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861- Imbiribeira, Recife – PE, 51210-902.

CYBELLE CAVALCANTI ACCIOLY

Mestre em Educação na área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS, na linha de pesquisa Planejamento, Gestão e Avaliação de processos educacionais. Especialista em Psicologia Clínica Hospitalar (FPS, 2015). Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho (FAFIRE, 2010). Graduada em Psicologia (UFPE, 2008). Psicologia Clínica Hospitalar nas enfermarias de Clínica Cirúrgica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). E-mail: cybelleaccioly@gmail.com. Telefone: (81) 98793-9576. Endereço da faculdade: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 – Imbiribeira, Recife – PE, 51210-902.

Resumo

Cenário: O processo de hospitalização é muito delicado para a criança e para sua família e conseqüentemente há uma quebra na rotina, pois passam a viver dentro do hospital. **Objetivo:** Investigar a compreensão da vivência dos familiares cuidadores frente à hospitalização infantil, notadamente em identificar as estratégias de enfrentamento dos familiares cuidadores frente aos seus sentimentos. **Método:** Pesquisa qualitativa que envolveu 11 acompanhantes de pacientes internados na UTI Pediátrica de um Hospital Geral de Referência do Nordeste do Brasil, tendo sido iniciada após a aprovação do comitê de ética, atendendo a Resolução CNS 466/12. Os dados analisados seguiram a metodologia de análise temática de conteúdo. **Resultados e Discussão:** Toda a família é afetada pela hospitalização de uma criança, mas ainda é a mãe que assume o papel principal de cuidar do filho. E muitas famílias contam com a fé como estratégia de enfrentamento. **Considerações Finais:** Diante disto, é perceptível uma influencia significativa entre o processo de adoecimento e as pessoas envolvidas, bem como a importância de estabelecer um equilíbrio e o melhoramento da qualidade de vida do paciente e dos familiares. Além disso, deve-se considerar a interação com a equipe multidisciplinar, visando o bem-estar destas pessoas.

Palavras-chave: cuidadores, hospitalização, família.

Abstract

Scenario: The hospitalization process is very delicate for the child and his family and consequently there is a break in the routine, as they start to live inside the hospital. **Objective:** To investigate the understanding of the experience of family caregivers facing child hospitalization, notably in identifying the coping strategies of family caregivers facing their feelings. **Method:** Qualitative research involving 11 caregivers of patients admitted to the Pediatric ICU of a Referral General Hospital of Northeast Brazil, which was initiated after the approval of the ethics committee, in compliance with Resolution CNS 466/12. The data analyzed followed the thematic content analysis methodology. **Results and Discussion:** The whole family is affected by a child's hospitalization, but it is still the mother who takes on the primary role of caring for the child. And many families rely on faith as a coping strategy. **Final Considerations:** Given this, a significant influence between the disease process and the people involved is perceived, as well as the importance of establishing a balance and improving the quality of life of the patient and family. In addition, the interaction with the multidisciplinary team should be considered, aiming at the well-being of these people.

Keywords: caregivers, hospitalization, family.

Introdução

A hospitalização é um acontecimento que traz diversos sentimentos aos membros da família e ao paciente influenciando na vida das pessoas que são afetadas diretamente pela doença. O processo de adoecimento muitas vezes é acompanhado pela necessidade de hospitalização, que pode ser considerada uma situação difícil, delicada e incômoda em qualquer fase da vida na criança (Macedo et al, 2009).

O internamento de uma criança mexe com toda dinâmica da sua família, assim, gerando uma mudança na rotina dela e da própria família. A ansiedade é com frequência encontrada no ambiente do hospital, sabendo que é um lugar desconhecido e ameaçador, além de qualquer doença em um ente querido trazer muitas angústias e, por isso, é importante a presença dos pais ou qualquer outro membro da família auxiliando na sua recuperação (Faquinello et al, 2007).

Colaborando com a discussão sobre o internamento de uma criança, tem o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que foi criado em 1990, pouco depois da Convenção Internacional, visando sempre a integridade do outro e a segurança. O ECA é um marco importante na proteção das crianças e adolescentes em todos os âmbitos, incluindo também no ambiente hospitalar/UTI. Com isso, torna-se necessário esse olhar integral, visando seu bem-estar, já que se está fazendo alusão à uma criança ou um adolescente passando por um processo de hospitalização (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).

Também há a Política Nacional de Humanização que atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, visando cada vez mais tornar benévolo ou afável esse processo que pode ocorrer em várias áreas, não só na saúde como também nas Ciências Sociais, exatas, entre outras (Brasil, 2013).

Então, em situações de sofrimento e de necessidade de internamento, a família de certo modo é convocada a participar, o que leva a pensar no conceito de família refere que “a família, como unidade primária de cuidado é um espaço social, no qual seus membros, interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apoiam-se mutuamente e envidam esforços na busca de soluções” (Bielemann, 2003, p. 133). A família ajuda para a formação da cidadania dos seus integrantes, oferecendo estrutura, alimentação, sentimentos de afetividade, valores éticos e morais (Macedo et al, 2009).

A internação para a família do paciente torna-se bem estressante, pois a partir do momento que começam a frequentar o hospital, este ambiente passa a ameaçar seu senso de segurança e competência e desta forma, muitas das famílias que convivem nesta situação restringem sua vida social e familiar. Diante disto, leva-se em consideração a viabilização do auxílio e o cuidado não só ao paciente, mas à família (Urizzi et al, 2008).

Os pais ou cuidadores podem acompanhar o tratamento; auxiliar na adaptação a nova condição, assim, permitindo que a criança fale sobre seus sentimentos e medos (Quintana et al, 2011). Pode acontecer das consequências sociais e psicológicas da criança hospitalizada sejam mais debilitantes do que a própria doença em si (Menezes et al, 2007; Patistea, 2005).

Durante este processo de internação, a criança e a família enfrentam problemas, como: reinternações frequentes, terapêuticas agressivas, dificuldades de separação dos membros da família, alteração no cotidiano, limitações na compreensão do diagnóstico, desajuste financeiro, angústia, dor, sofrimento e medo constante da morte (Nascimento et al, 2005). Neste processo de internamento podem surgir vários sentimentos, ações e pensamentos que demonstram a dificuldade para lidar com este processo, como: nervosismo, choro incessante, falta de apetite e outras alterações comportamentais (Pinto et al, 2005).

Com frequência, as mulheres se colocam neste papel de cuidar do filho, assumindo tarefas vinculadas ao manuseio do corpo, a conversas de estímulos, a amparos emocionais, entre tantas outras tarefas que ela se coloca como a principal responsável. Nos casos em que a mãe tem mais de um filho, é comum que o filho saudável se sinta excluído por não estar recebendo tanta atenção quanto o que está internado, assim, causando uma sensação de perda de filiação, que é quando a mãe se distancia dos outros filhos para se dedicar ao que está doente. Esta dificuldade de relacionamento com pessoas da mesma família não ocorre só com os filhos, mas entre o casal, pois a mãe, geralmente é vista como a principal responsável, como foi dito acima, e passa a dedicar-se, integralmente, apenas ao seu filho doente. Com isso, ela diminui sua vida social ou de lazer (Quintana et al, 2011).

É fundamental saber que as adversidades influenciam na vida familiar. Ao falar sobre doença e incapacidade refere-se aos problemas psicossociais que surgem, principalmente quando ocorre a hospitalização. Todas as famílias passam por momentos positivos e por momentos negativos durante este processo. Os aspectos negativos estão relacionados às alterações que ocorrem no cotidiano tanto da criança quanto da família, o cansaço físico e emocional e por último, problemas financeiros. Um dos aspectos positivos é que os cuidadores têm a sensação de satisfação em poder ajudar o membro da família (Passos et al, 2015).

Uma das principais dificuldades dos pais é o fato de ter que ficar com seu filho diariamente no hospital, pois a vontade de estar perto e cuidar torna-se mais importante; existem as regras do hospital que os acompanhantes precisam obedecer como entradas e saídas (Passos et al, 2015).

Muitas vezes o acompanhante das crianças passa a cuidar mais do outro do que dele mesmo, porém é muito valioso que a pessoa que esteja com o paciente no momento tenha

tempo para si próprio, pois é extremamente difícil passar a ter um cotidiano dentro do hospital com um dos filhos internados. Mãe, pai ou qualquer outro parente da família acaba fazendo isso por amor e preocupação ao filho e principalmente quando se trata de uma doença séria. Há também muito desgaste emocional do familiar, estresse, o parente familiar pode ficar sem vida social, sem tempo para lazer e isso pode prejudicar no processo de cuidar do seu próprio filho, pois o familiar não vai ter capacidade para estar perto do paciente (Passos et al, 2015).

Percebe-se dentro deste contexto do acompanhante e seu ente querido hospitalizado, que não há um período definido de internação, pois isso vai de acordo com a necessidade da doença do paciente. Sendo as Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) criadas e desenvolvidas com o objetivo de atender às necessidades de cada paciente, voltadas para aqueles que necessitam de vigilância constante, oferecendo o cuidado ideal as crianças, tentando achar a cura ou cuidados paliativos para as doenças e também ajudar no crescimento para se ter uma vida útil com pleno desenvolvimento das suas potencialidades (Molina et al, 2009).

Diante deste cenário, a boa comunicação é muito importante para o ato de cuidado, visando o bem-estar do outro e a melhora na qualidade de vida. Através dela se pode compreender e compartilhar informações e conhecimentos que interferem de forma direta nas pessoas durante o momento da comunicação, sendo possível identificar as necessidades da criança, informar sobre procedimentos ou situações, realizar educação em saúde, trocar experiências e promover mudanças de comportamento (Pontes et al, 2014).

Uma má comunicação ou uma comunicação com ruídos pode desencadear situações que geram um estresse. O termo “estresse” passou a ser comum, é usado para a causa ou explicação para diversos acontecimentos que interferem na vida humana moderna (Pinto et al, 2005).

É essencial o desenvolvimento e a estruturação de estratégias para estabelecer e manter a união familiar, evitando conflitos e assim poder dar apoio recíproco. Alguns cuidadores podem buscar ajuda em outras famílias que estão em situação semelhante. O sentimento que os familiares experimentam ao saber da situação do filho, não se refere só ao medo da morte, mas também às várias transformações estruturais que o tratamento da doença causa. O processo de luto e a elaboração de perdas provisórias são necessários para que possa ser assimilado a nova condição familiar (Quintana et al, 2011).

Diante disto, é preciso que sejam criadas e desenvolvidas formas de intervenções dentro do hospital, voltadas para as crianças, como por exemplo, o brincar, que auxilia para amenizar os riscos ao seu desenvolvimento, deixando que ela e sua família estimulem recursos adequados para lidar com a situação. Além de ajudar para o tratamento médico também. Percebe-se que muitas vezes, essas intervenções vêm acompanhadas de uma avaliação psicológica apropriada, tendo como objetivo adaptar e adequar os procedimentos e técnicas psicológicas estendendo ao contexto hospitalar (Motta et al, 2010).

Diante deste contexto referindo-se à essas pessoas envolvidas dentro do hospital, fica a pergunta de como é essa experiência, para os acompanhantes, ou seja, de como eles lidam com esse cotidiano, pois sabe-se que é um processo bem delicado e cheio de mudanças. Por isso, apresenta-se aqui sobre esta vivência dos familiares, pois, os impactos da internação interferem de forma direta tanto nos pacientes quanto nos familiares, pois fazem parte de núcleo familiar baseado na afetividade, ou seja, a família. O estudo procurou tratar de compreender a vivência dos familiares cuidadores face à hospitalização infantil, tendo como objetivo específico identificar as estratégias de enfrentamento dos familiares cuidadores frente aos seus sentimentos.

Método

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, de corte transversal, desenvolvida no período de Setembro e Outubro/2019, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Para tal, foi utilizada uma entrevista semi-estruturada com perguntas disparadoras frente à vivência no processo da hospitalização do familiar como: Como você se vê neste papel de cuidador com seu filho (a)?; Como você vê esses cuidados que oferece para seu filho (a)?; Quais são os sentimentos mais frequentes que surgem durante a hospitalização?; Algo tem ajudado você a lidar com esta situação? e, conseqüentemente, identifica-se como os cuidadores se veem nesta posição durante a hospitalização de uma criança.

Para participar do presente estudo foram incluídos familiares cuidadores de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do referido hospital, de ambos os sexos, maior de 18 anos, que estivessem exercendo o papel de cuidador principal, onde seus filhos/netos/sobrinhos estavam internados. Nos critérios de exclusão têm-se os familiares cujas funções cognitivas não estivessem preservadas e/ou com deficiência auditiva ou qualquer outro tipo de dificuldade que impossibilitasse a comunicação verbal clara e compreensível. Nessa pesquisa, a amostragem se deu pelo método de saturação de conteúdo de Minayo (2017), na qual chega um momento em que os resultados tornam-se repetitivos, por isso utilizou esse método. Os dados das entrevistas foram audiogravados, transcritos e processados em um banco de dados para posterior análise; os participantes foram identificados por nomes fictícios de modo a preservar o sigilo e confidencialidade sobre a sua identidade. Em princípio utilizou-se de questionário sociodemográfico para coletar os dados dos participantes, antes da realização da entrevista propriamente dita.

Esta pesquisa obedeceu às diretrizes e normas regularizadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, regida pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e teve seu projeto submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa de um hospital escola referência na cidade de Recife e aceito (CAAE: 85886218.7.0000.5201).

Resultados e Discussão

O presente artigo será submetido pela Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH).

A pesquisa envolveu 11 acompanhantes de pacientes internados na UTI Pediátrica de um Hospital Geral de Referência do Nordeste do Brasil. Os participantes tinham entre 23 e 58 anos de idade. De 11 entrevistas, 10 delas os acompanhantes tem o Ensino Médio Completo. As acompanhantes que são mães resultam em 9; 1 avô e uma tia avó da paciente. Todos os nomes apresentados são fictícios.

A análise das entrevistas resultou em três categorias: (1) o papel do cuidador, (2) os sentimentos mais frequentes e, por último, (3) as estratégias de enfrentamento que foram utilizadas pelos familiares. O conteúdo será exposto por categoria e a partir de cada uma delas os recortes de fala, a reflexão dos autores e a articulação com o aporte teórico da Psicologia Hospitalar serão apresentadas.

Categoria 1: O papel do cuidador

A partir do papel do cuidador, percebeu-se que a família do paciente se preocupa e que está constantemente no hospital cuidando, principalmente as mães, pois se sentem como responsáveis pelo seu filho. Muitas das mães relatam ser um processo difícil e delicado

conviver dentro do hospital com seu filho (a) internado(a), pois surgem diversos sentimentos e medos.

Há um caso em que uma mãe, Cíntia, se vê muito protetora com seu filho e diz que mãe tem que cuidar mesmo e proteger. *“Acho que não tem que deixar sozinho, não. Tem que ficar até o fim. Eu acho que me vejo uma mãe protetora pra ele assim, e eu não sou de deixar ele só, fica comigo”*.

A participante Juliana relata que se acha forte, pois nunca imaginou passar por isso. Diz ela: *“Eu me vejo forte porque nunca pensei em passar por isso, primeiro filho já, criança passar por cirurgia grande e eu cuidando, eu que tinha medo de cuidar de recém-nascido aprendi aqui no hospital”*.

Já a participante Manuela diz que o papel de cuidador é aprender a amar o próximo. *“Sei lá....aprender a cuidar do próximo. Cuidar dele é tão bom, eu gosto dele, de cuidar dele. Aprender realmente como amar uma pessoa.”*

Essa nova condição de vida, faz com que cause uma mudança na rotina das pessoas envolvidas. Essa atenção oferecida aos filhos é resultado da grande dedicação partindo dos pais ou familiares, isso faz com que esses acompanhantes não tenham tempo para cuidar de si mesmos (Lima et al, 2013). Essa dedicação traz uma dificuldade para realizar tarefas pelo fato de que muitas pessoas não tem o conhecimento sobre o cuidado com a criança e também porque traz uma carga emocional muito grande, principalmente quando uma única pessoa realiza-o. Frente a esta realidade, é necessário se doar ao seu filho, e conseqüentemente com isso, a pessoa não tem tempo para viver sua própria vida e isto causa um sofrimento psíquico, interferindo na estrutura e na dinâmica da família (Del Bianco Faria et al, 2010).

O cuidado é subjetivo, é diferente e está sujeito a fatores internos e externos ao sujeito (Simsen et al, 2004).

Vale ressaltar que estas situações causam sentimentos negativos para a família porque ela se sente vulnerável, incapaz de conseguir se dedicar ao filho e tudo isso vem acompanhado de estresse, angústia, medo e desespero. Além disso, é importante mostrar também a influencia nas questões financeiras, pois há um gasto grande com o tratamento do filho (Lima et al, 2013). As mães que passam por isso, podem desenvolver sintomas depressivos e também instabilidade na família (Toly et al, 2012). É importante, ainda, dizer que a família necessita do apoio dos profissionais de saúde, e não apenas dos parentes ou amigos, pois são casos bem delicados que precisam de pessoas que tenham conhecimento sobre a doença, contribuindo para o bem-estar como um todo e não apenas da criança, mas dos familiares e pessoas próximas que estabelecem uma relação de afetividade (Lima et al, 2013).

Categoria 2: Sentimentos mais frequentes

Durante a hospitalização surgem diversos sentimentos e isto vai de acordo com a vivência de cada paciente e acompanhante.

A participante Bruna compartilha dos mesmos sentimentos da maioria dos acompanhantes. Ela diz assim: *“Eu sinto angústia porque não posso pegar ele, angústia de tá longe dos meus filhos que eu também tenho saudade mas pro bem dele é importante.”*

Em outro caso, a mãe Rosemary fala sobre seu sentimento e desejo de voltar para casa e de ver sua filha ativa como antes. *“De tá em casa só, vontade de casa, de ver ela novamente ativa né como era antes né.”*

A participante Carla fala muito emocionada dos seus sentimentos, em que é possível perceber sua saudade de casa e de cuidar dos seus outros filhos que estão com o pai: *“Tem horas que bate o desespero, a pessoa num suporta, num aguenta”*.

Apesar de perceber na maioria dos casos os sentimentos negativos diante do cuidado em UTI, um dos participantes traz no relato um sentimento positivo por poder cuidar da neta. Este caso que chamou atenção foi de um avô de uma paciente, o senhor Caio. Ele fala que são os avós paternos que acompanham a neta que está internada, pois os pais da menina são separados e a mãe dela comenta que não tem tempo de ver a filha porque tem muito trabalho. Ele ainda diz que sua vida mudou completamente depois da chegada da neta e que agora só vive para a família.

“Olha, é um sentimento de alegria, né, porque a gente sabe que a gente tá cuidando dela e sabe também que Deus está na frente de todos né, ele está à frente de nossos trabalhos, à frente da nossa saúde, mantendo a gente em pé pra a gente poder cuidar dela todos os dias.” (Caio).

De acordo com Machado (2008), a pessoa que cuida passa por uma experiência de angústia, medo, desesperança e desamparo. Diante desta realidade, os sentimentos que surgem causam sofrimento, quando o caso traz um familiar da pessoa que está internada, este sofrimento aumenta porque existe afeto entre essas pessoas. Deve-se falar ainda que muitas vezes o acompanhante, que geralmente é a mãe, deixa outros filhos em casa, assim, fazendo com que estes últimos não recebam tanta atenção quanto o que está doente, influenciando assim de forma direta na relação da mãe com seus outros filhos, e conseqüentemente na relação dela com seu parceiro também (Silva et al, 2010).

Diante deste processo de hospitalização, é comum o surgimento do estresse, ele é visto como um processo complexo na qual são envolvidos aspectos bioquímicos, físicos e

psicológicos. É caracterizado por um conjunto de reações que o organismo passa quando é exposto a situações ou estímulos que quebram sua homeostase (Carnier, Luciana et al, 2012).

Alguns fatores que podem gerar o estresse têm relação com doenças agudas, crônicas e tratamentos médicos. Além disso, quando o paciente se submete a uma cirurgia, causa uma carga emocional grande, partindo dos acompanhantes, e isso pode gerar e agravar sintomas de estresse e ansiedade. Com isso, pode-se perceber que nos contextos do hospital são necessárias intervenções educativas ou psicológicas (Chorney e Kain, 2010; Del Bianco Faria e Cardoso, 2010).

Categoria 3: Estratégias de enfrentamento

Dentro deste tópico, trata-se de estratégias de enfrentamento que muitos acompanhantes possuem, como exemplo a fé, a família e as amizades, como formas de lidar com esses momentos.

A fala de Rafaela diz assim: *“Sim, amigas, fiz muitas amizades aqui porque já pensei em ir embora e deixar ele aqui, mas eu vou ficar, acho que por conta da fé em Deus que me dá força”*.

Isabela comenta sobre sua relação com sua mãe como forma de lidar com a hospitalização de seu filho:

“Algumas coisas sim, tipo... eu bato muito de frente com minha mãe e quando ele tá assim a gente se aproxima de uma maneira que eu mesma fico pensando que não teria como, se ele não tivesse acontecido, nada não teria como eu voltar a falar com ela, essas coisas assim, se aproximar”.

Neste caso, percebe-se o apoio da família e amigos com Luana: *“Deus, só ele. Primeiramente Deus, segundo minha família, né que ajuda muito, os amigos que sempre mandam mensagem, dando força”*.

Assim como outros acompanhantes, a fala de Alice é semelhante: *“Só muita fé mesmo, ter muita fé pra poder ficar aqui, ter fé que vai ficar bem e sair daqui e ir logo pra casa”*

Por último tem a fala de Tereza, mostrando a dificuldade da paciente em se adaptar à doença: *“Muita fé em Deus. É sempre tem assim, cada um dá o melhor pra ela né porque ela quase pegava uma depressão, ela não aceita as comidas, não aceita ficar no hospital”*

Com o momento da internação, inicia-se uma crise e “a família precisa reorganizar-se rápida e eficientemente, modificando sua organização habitual para uma estrutura de crise” (Rolland, 2001). De acordo com Bousso e Angelo (2003), o essencial para os familiares é a vida da criança e a preservação da unidade familiar. A hospitalização pode causar uma quebra na dinâmica da família, em todos os contextos, principalmente a distância física, surgindo a ausência da criança ou ausência de um dos membros adultos da família, causando uma quebra na condição (Nieweglowski, 2004).

É necessário que os pais encontrem formas de enfrentar esta crise, modificando sua representação dos eventos e utilizando novas estratégias de enfrentamento. De acordo com Spear, Leef, Cpps e Locke (2002), é importante estar atento para as maneiras de enfrentamento, pois é muito influenciada pelo estresse e por sintomas depressivos. Caso essas estratégias de enfrentamento não sejam eficientes, causará problemas que interferem na qualidade de vida das pessoas que estão envolvidas. Mitchell, Courtney e Coyer (2003), percebem que a principal característica destas famílias é a incerteza e isto reduz a habilidade de enfrentar os problemas estressores.

Considerações Finais

Sabe-se que o contexto hospitalar é uma situação difícil e complicada que surge na vida de uma pessoa, necessitando assim de auxílios como, por exemplo, de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de saúde, e também visando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento como o uso da fé, da família e amizades como maneiras ou formas de se adaptarem à doença, de passar por esta situação, que tem como objetivo ajudar na adaptação da doença para a criança e seus familiares. É comum, diante desta situação, surgir sentimentos negativos como: angústia, medo, tristeza, insegurança, desamparo, desespero, estresse, entre outros. Os profissionais de saúde, incluindo psicólogos, trabalham pensando na singularidade de cada pessoa e nas suas necessidades que vem junto com a doença. Com isso, é possível perceber a importância deste cuidado e deste olhar integral ao outro, principalmente a criança, pois, se trata de um sujeito muito sensível. Além disso, percebe-se também que a fé influencia bastante nos valores e crenças das pessoas que estão passando por isso, sendo Deus visto como uma fonte de poder sobre o universo na qual ele pode trazer a cura para estas doenças. Vale ressaltar que é fundamental estabelecer uma boa relação entre os indivíduos envolvidos, principalmente porque trata-se de algo sério como uma doença e é preciso que os acompanhantes ou familiares saibam da condição da criança.

Referências

- Bielemann, V.L.M. (2003). A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (2), 133-137.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000200004>.
- Bousso, R.S.; & Angelo, M. (2013). The Family in the Intensive Care Unit: living the Possibilit of Losing a Child. *Journal of Family Nursing. Rev. esc. enferm. USP v.47 no.5 São Paulo Oct.*
- Brasil, (1990). Lei Federal n.8069, de 13 de julho de 1990. ECA_ Estatuto da Criança e do Adolescente.
- Brasil, (2013). Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Biblioteca virtual em saúde. www.saude.gov.br/bvs.
- Carnier, L. E.; Rodrigues, O. M. P.R.; & Padovani, F. H. P. (2012). Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. *Estudos de Psicologia. Estud. Psicol. (Campinas)*, 29 (3), 315-325. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000300002>.
- Chorenny, J.M.; & Kain, Z.N. (2010). Family-centered pediatric perioperative care. *Anesthesiology Trusted Evidence : Discovery to Practice*, 112:751-5.
- Del Bianco Faria, A.M.; & Cardoso, C.L. (2010). Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. *Estudos de Psicologia (Campinas). Estud. psicol. (Campinas)*, 27 (1), 13-20. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100002>.

- Faquinello, P.; Higarashi, I. H.; & Marcon, S. S. (2007). O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, Out-Dez; 16 (4): 609-16.
- Lima, A.S.; Silva, V.K.B.A; Collet, N.; Reichert, A.P.S.; & Oliveira, B.R.G. (2010). Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. *Texto contexto Enferm*, Florianópolis, Out-dez; 19 (4): 700-8.
- Lima, M.F.; Arruda, G. O. Vicente.; J.B.; Marcon, S.S.; & Higarashi, I. H. (2013). Crianças dependentes de tecnologia: desvelando a realidade do cuidador familiar. *Technology dependent child: unveiling the reality of the Family caregiver. Niños tecnologicamente dependientes: descubriendo l realidade del cuidador familiar. Rev Rene.*; 14 (4):665-73.
- Macedo, C.R.; Hoffmann, M.V.; Barbosa, T.R.; Andrade, P.R.; Silva, F.A.C. (2009). Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. *Esc. Anna Nery Rev Enferm* abr-jun; 13 (2): 334-41.
- Menezes, C.; Passarali, P.; Drude, F.; & Santos, M. (2007). Câncer infantil: Organização familiar e doença. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 7(1), 191-210.
- Minayo, C.Z. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa* . São Paulo (SP), v.5, n. 7, p.01-12, abril.
- Mitchell, M.L.; Courney, M; & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nurs Health Sci. Sep.*; 5 (3): 207-17.
- Motta, A. B.; Perosa, G. B.; Barros, L.; Silveira, K. A.; Silva, A.S.L.; Carnier, L. E.; Hostert, P. C. C. P.; & Capral F. R. (2015). Comportamentos de coping no contexto da hospitalização

infantil. Estudos de Psicologia (Campinas), 32(2), 331-341. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200016>.

- Molina, R. C. M. Fonseca, E. L. Waidman, A. P.; & Marcon, S. S. (2009). A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. Rev. esc Enferm USP; 43 (3): 630-8.

- Nascimento, V. F.; Maciel, M. M; Terças, A. C. P.; Lemes, A. G.; Hattori, T.Y.; Nascimento, V.F.; Demarchi, R.F.; Silva, G.M.; Lima, S.S.; & Fonseca, P.I.M.N. (2015). Apreensões e sentimentos de fé de familiares no ambiente de cuidado intensivo. Revista Eletrônica Gestão e Saúde. Vol.06, Nº.03, p. 2639-55.

- Nascimento, VF. (2013). Indivíduos frequentadores de UTI em um município no interior do Brasil. Revista Eletrônica Gestão e Saúde Vol.04, Nº 01, p.1445-1460.

- Nascimento, L.C.; Rocha, S.M.M.; Haynes, V.H.; Lima, A.G. (2005). As crianças com câncer e suas famílias. Rev Esc Enferm USP; 39 (4): 469-74.

- Nieweglowski, V.H. (2004). Unidade de terapia intensiva pediátrica: vozes e vivências da família. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de pós-graduação em psicologia. Curso de mestrado.

- Passos, S. S.; Pereira, A.; & Nitschke, R.G. (2015). Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. Acta Paulista de Enfermagem, 28 (6), 539-545.

- Patistea, E. (2005). Description and adequacy of parental coping behaviors in childhood leukaemia. International Journal of Nursing Studies. Vol 42, Issue 3, March, Pages 283-296.

- Pinto, I.D.; Padovani, F.H.P.; & Linhares, M.B.M. (2009). Ansiedade e Depressão Materna e Relatos sobre o Bebê Prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (1), 75-83.
- Pinto, J.P.; Ribeiro, C.A.; Silva, C.V. (2005). Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (6), 974-981. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600009>.
- Quintana, A. M.; Wottrich, S.H.; Camargo, V.P.; Cherer, E.Q.; & Ries, P.K. (2011). Lutos e lutas: Reestruturação familiares diante do câncer em uma criança/adolescente. *Psicologia Argumento*, 29 (65), 143-154.
- Silva, M.A.S.; Collet, N.; Silva, K.L.; & Moura, F.M. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (3), 359-365. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300008>.
- Simsen, C., D., Crossetti, M.G.O. (2004). O significado do cuidado em uti neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, 25 (2): 231-42.
- Spear, M.L; Leef, K; Epps, S; & Locke, R. (2002). Family Reaction During Infants. Hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit. *American Journal of Perinatology*. *Am J Perinatol*; 19 (4): 205-214.
- Toly, V.B.; Mursil, C.M.; & Carl, J.C. (2012). A longitudinal study of families with technology-dependent children. *Res Enfermeira Saúde*; 35 (1): 40-54.
- Urizzi, F.; Carvalho, L.M.; Zampa, H.B.; Grion, C.M.C.; & Cardoso, L.T.Q. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 370-375. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400009>.

Anexo

Objetivo e política editorial: A Rev. SBPH tem como objetivo a publicação de trabalhos originais na área de Psicologia, com ênfase para trabalhos que fazem articulação com as áreas específicas da Psicologia Clínica, Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, nas diversas abordagens, de modo a valorizar a interface da Psicologia com as demais Ciências Humanas, Médicas e Sociais.

A revista busca apresentar à comunidade científica textos que reflitam contribuição significativa para a área, inclusive valorizando o aspecto interdisciplinar, e está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional.

São aceitos trabalhos que se enquadram nas seguintes categorias: relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura, relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica e resenhas. Notícias também podem ser publicadas, a critério do Editor.

Passos para a submissão: A submissão eletrônica de trabalhos segue dois passos: e-mail de encaminhamento e apresentação formal, descritos a seguir no Passo 1. Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do trabalho e poderão acompanhar o processo de editoração eletrônica utilizando seu nome de usuário e senha. O processo editorial somente terá início com o cadastramento de TODOS os autores no sítio da Revista, com seus respectivos e-mails.

Passo 1: O(a) autor(a) principal envia um e-mail de encaminhamento ao Editor-Chefe (editor.sbph@gmail.com), com cópia para todos os autores:

- a) Manifestando seu interesse de submissão do trabalho e apreciação do mesmo pela Comissão Editorial da Rev. SBPH, indicando a categoria à qual o trabalho pertence (relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura científica, relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica ou notícia);
- b) Autorizando o início do processo editorial de seu trabalho, responsabilizando-se pelos aspectos éticos, atestando que o trabalho não fere as normas éticas da profissão;
- c) Responsabilizando-se por sua autoria e declarando que todos os autores mencionados participaram do trabalho;
- d) Declarando que o trabalho não está tramitando em outro periódico ou em qualquer outro tipo de publicação;
- e) Cedendo seus direitos autorais à Rev. SBPH, em caso de publicação.

Esse e-mail substitui a folha de rosto identificada, portanto, deve informar também:

- f) título do trabalho em português e em inglês (máximo de 15 palavras);
- g) nome e afiliação institucional (nome da instituição por extenso) de cada um dos autores;

- h) nomes dos autores como devem aparecer em citações;
- i) informação sobre apoio institucional (se houver)
- j) informação sobre apoio financeiro (se houver)
- k) endereço de correspondência do(a) autor(a) principal com o(a) qual o Editor-Chefe poderá se corresponder (recomendamos que sejam utilizados endereços institucionais);
- l) observações, se necessário.

TODOS os autores devem dar ciência à editora-chefe, em resposta ao e-mail do(a) autor(a) principal, de sua concordância com a submissão do trabalho.

Neste e-mail, o(a) autor(a) principal não deve enviar o trabalho como anexo. O trabalho deve ser submetido apenas eletronicamente (conforme Passo 2, descrito abaixo).

Passo 2: Apresentação formal do trabalho. Os textos originais deverão ser submetidos via internet mediante cadastro do(a) autor(a) no site da revista (<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/>). No caso dos autores de relatos de pesquisa, deve ser anexado uma cópia da aprovação do projeto correspondente por um Comitê de Ética em Pesquisa, quando pertinente. Como a revisão dos trabalhos é cega quanto à identidade dos autores, é responsabilidade dos autores verificarem que não haja elementos capazes de identificá-los em qualquer parte do trabalho, inclusive nas propriedades do arquivo. O e-mail com os dados dos autores não será encaminhado aos consultores ad hoc.

Preparação do trabalho: O trabalho submetido a este periódico não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro lugar.

Normas para a publicação

Todas as submissões de trabalhos devem seguir as Normas de Publicação da APA: Publication Manual of the American Psychological Association (5ª edição, 2001), no que diz respeito ao estilo de apresentação do trabalho e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. Quando pertinente, a cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa deve ser encaminhada na ocasião da submissão do trabalho, para que se possa dar início ao processo editorial. Os manuscritos devem ser redigidos em português, em inglês, em espanhol ou em francês. Para um guia rápido em português, consulte uma Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA. Para exemplos de seções do manuscrito (em inglês), sugere-se *Psychology Whith Style: A Hypertext Writing Guide (for the 5th edition of the APA Manual)*.

Formatação:

Arquivo e número de página

Os trabalhos devem estar em formato doc e não exceder o número máximo de páginas (iniciando no Resumo como página 1 e incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto) indicado para cada tipo de trabalho aceito, a saber:

- relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura: 15 a 25 páginas.
- Relatos de experiência profissional: 10 a 15 páginas.
- Carta ao editor, nota técnica e resenhas: 3 a 10 páginas.

b) papel: tamanho A4 (21 x 29,7 cm).

c) fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo Referências, Notas de Rodapé, Tabelas, etc.

d) margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

e) espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o trabalho, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, etc.

f) alinhamento: esquerda

g) recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

h) Numeração das páginas: no canto direito superior

i) Cabeçalho de página: as primeiras duas ou três palavras do título devem aparecer cinco espaços à esquerda do número da página.

j) endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos.

k) Ordem dos elementos do trabalho: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

3) ELEMENTOS DO TRABALHO

a) Folha de rosto sem identificação: título em português (máximo 15 palavras, maiúsculas e minúsculas, centralizado) e o título em inglês compatível com o título em português.

b) Resumos em português e inglês: Parágrafo com no máximo 200 palavras (relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura) ou 150 palavras (relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica e resenhas), com o título e o resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula), preferencialmente derivadas da Terminologia em Psicologia, da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia. O resumo em inglês (abstract) deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve

preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. Rev. SBPH tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do abstract, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Isto é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O abstract deve ser seguido das keywords (versão em inglês das palavras-chave).

c) Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Análise dos Dados).

As palavras Figura, Tabela, Anexo que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Sublinhados, Itálicos e Negritos: Sublinhe palavras ou expressões que devam ser enfatizadas no texto impresso, por exemplo, "estrangeirismos", como self, locus, etc e palavras que deseje grifar. Não utilize itálico (menos onde é requerido pelas normas de publicação), negrito, marcas d'água ou outros recursos que podem tornar o texto visualmente atrativo, pois trazem problemas sérios para editoração.

Dê sempre crédito aos autores e às datas de publicação de todos os estudos referidos. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2001, 5ª edição) para verificar as normas para outras referências.

- Citação de artigo de autoria múltipla:

Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido:

Magtaz e Berlinck (2012) referem-se à temática da oralidade na melancolia (...)

A questão da oralidade na melancolia (Magtaz & Berlink, 2012) (...)

Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores só na primeira citação e nas seguintes cite o primeiro autor seguido de et al., data:

Sobre a avaliação do modelo de organização de uma unidade de emergência Santos, Scarpelini, Brasileiro, Ferraz, Dallora e Sá (2013) apontam (...)

Este assunto foi descrito em outro artigo (Santos et al., 2003) (...)

Artigo com seis ou mais autores: cite no texto apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data.

Porém, na seção de Referências Bibliográficas todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

- Citações de obras antigas e reeditadas

Segundo Foucault (1980/2011) (...)

A respeito da história das práticas institucionais (Foucault, 1980/2011) (...)

Na seção de referências, citar

Foucault, M. (2011). O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense. (Trabalho original publicado em 1980)

- Citações diretas

Citações diretas com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citação com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 5 espaços da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações devem ser feitos entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA (2001, 5ª edição).

d) Referências Bibliográficas

Inicie uma nova página para a seção de Referências Bibliográficas, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA (veja alguns exemplos abaixo). Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2001, 5ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do(a) mesmo(a) autor(a), utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Exemplos de referências:

- Artigo de revista científica

Rosa, M. D. (2013) Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clinicopolíticas. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 41, 29-40.