

A enfermagem e a promoção da humanização do cuidado à criança hospitalizada com desnutrição: estudo qualitativo

Nursing and the promotion of humanized care for hospitalized children with malnutrition: a qualitative study

Enfermería y promoción de la atención humanizada a niños hospitalizados con desnutrición: un estudio cualitativo

Fernanda Araujo Bastos¹

ORCID: 0000-0002-6368-9373

Patrícia Quintans Cundines

Pacheco²

ORCID: 0000-0002-2256-3491

Izabela da Silva Pinheiro²

ORCID: 0000-0003-1609-7778

Maria Fernanda Souza Penna²

ORCID: 0009-0003-9455-5292

Adriana Teixeira Reis¹

ORCID: 0000-0002-7600-9656

Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira^{1*}

ORCID: 0000-0002-4070-7436

Janaina Luiza dos Santos³

ORCID: 0000-0002-8664-9569

Carine Silvestrini Sena Lima da Silva¹

ORCID: 0000-0002-4631-000X

Livia Fajin de Melo¹

ORCID: 0000-0002-5613-7976

Ana Claudia Moreira Monteiro¹

ORCID: 0000-0002-7803-0061

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

³Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Bastos FA, Pacheco PQC, Pinheiro IS, Penna MFS, Reis AT, Oliveira ASFSR, Santos JL, Silva CSSL, Melo LF, Monteiro ACM. A enfermagem e a promoção da humanização do cuidado à criança hospitalizada com desnutrição: estudo qualitativo. Glob Acad Nurs. 2026;7(4):e593. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200593>

***Autor correspondente:**

alinefontesantarosa@gmail.com

Submissão: 21-06-2026

Aprovação: 30-07-2026

Resumo

Objetivou-se analisar a atuação da equipe de enfermagem na promoção da humanização do cuidado à criança hospitalizada com desnutrição. Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em uma enfermaria pediátrica de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. Participaram dez profissionais de enfermagem, entre enfermeiras, residentes de enfermagem e técnicas de enfermagem. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à Análise de Conteúdo, conforme Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer n.º 7.462.608. Foram identificadas quatro categorias: práticas de humanização no cotidiano da assistência; humanização como estratégia para redução do estresse e fortalecimento do vínculo; repercussões percebidas da humanização na aceitação do cuidado e na evolução clínica; e escuta ativa e individualizada como ferramenta terapêutica. As participantes destacaram o uso de estratégias lúdicas, a comunicação empática, o respeito ao tempo da criança, a participação do acompanhante e a individualização dos cuidados. Na percepção das profissionais, a humanização qualifica a assistência à criança hospitalizada com desnutrição, favorecendo o acolhimento, a segurança, a aceitação do cuidado e o fortalecimento do vínculo entre criança, família e equipe de enfermagem.

Descritores: Humanização da Assistência; Enfermagem Pediátrica; Desnutrição Infantil; Criança Hospitalizada; Cuidados de Enfermagem.

Abstract

The aim was to analyze the nursing team's performance in promoting the humanization of care for hospitalized children with malnutrition. A descriptive and exploratory study with a qualitative approach, conducted in a pediatric ward of a university hospital in the state of Rio de Janeiro. Ten nursing professionals participated, including nurses, nursing residents, and nursing technicians. Data were collected through semi-structured interviews, recorded in full, and subjected to Content Analysis, according to Bardin. The study was approved by the Research Ethics Committee under opinion No. 7,462,608. Four categories were identified: humanization practices in daily care; humanization as a strategy for stress reduction and bond strengthening; perceived repercussions of humanization on care acceptance and clinical evolution; and active and individualized listening as a therapeutic tool. Participants highlighted the use of play strategies, empathic communication, respect for the child's time, caregiver involvement, and individualization of care. In the professionals' perception, humanization qualifies the care of hospitalized children with malnutrition, favoring welcoming, safety, care acceptance, and the strengthening of bonds between the child, family, and nursing team.

Descriptors: Humanization of Care; Pediatric Nursing; Child Malnutrition; Hospitalized Child; Nursing Care.

Resumen

El objetivo fue analizar el desempeño del equipo de enfermería en la promoción de la humanización de la atención a niños hospitalizados con desnutrición. Se realizó un estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo en una unidad de pediatría de un hospital universitario en el estado de Río de Janeiro. Participaron diez profesionales de enfermería, incluyendo enfermeros, residentes de enfermería y técnicos de enfermería. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas en su totalidad, y se sometieron a un análisis de contenido según la metodología de Bardin. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (dictamen n.º 7.462.608). Se identificaron cuatro categorías: prácticas de humanización en la atención diaria; la humanización como estrategia para reducir el estrés y fortalecer los vínculos; repercusiones percibidas de la humanización en la aceptación de los cuidados y la evolución clínica; y la escucha activa e individualizada como herramienta terapéutica. Los participantes destacaron el uso de estrategias lúdicas, la comunicación empática, el respeto por los tiempos del niño, la participación de los cuidadores y la individualización de la atención. Según la percepción de los profesionales, la humanización cualifica la atención a los niños hospitalizados con desnutrición, favoreciendo la acogida, la seguridad, la aceptación de los cuidados y el fortalecimiento de los vínculos entre el niño, la familia y el equipo de enfermería.

Descriptores: Humanización de la Atención; Enfermería Pediátrica; Desnutrición Infantil; Niño Hospitalizado; Cuidados de Enfermería.



Introdução

A desnutrição é uma condição caracterizada pela deficiência de nutrientes essenciais, que pode acarretar alterações significativas nas condições físicas, no funcionamento vital dos órgãos e no estado mental, resultando em desfechos clínicos adversos. Suas causas são multifatoriais, frequentemente interligadas a condições socioeconômicas desfavoráveis, doenças crônicas, idade avançada ou uma combinação desses fatores¹.

A desnutrição infantil constitui um problema de saúde pública de origem multifatorial, relacionado à ingestão insuficiente ou inadequada de nutrientes, às condições clínicas, à insegurança alimentar, às desigualdades sociais e às limitações de acesso aos serviços de saúde. Na infância, pode manifestar-se por baixo peso para a idade ou estatura, baixo peso para a estatura e baixa estatura para a idade, refletindo, respectivamente, diferentes formas e temporalidades do comprometimento nutricional¹.

Embora os indicadores globais de desnutrição infantil tenham apresentado redução nas últimas décadas, a magnitude do problema permanece expressiva. Dados do relatório *Joint Child Malnutrition Estimates* indicaram que, em 2022, aproximadamente 148,1 milhões de crianças menores de cinco anos apresentavam baixa estatura, 45 milhões apresentavam desnutrição aguda e 13,7 milhões apresentavam desnutrição aguda grave em todo o mundo². Esses dados evidenciam a persistência de desigualdades sociais e econômicas que afetam o crescimento, o desenvolvimento e a sobrevivência infantil.

No Brasil, houve redução importante da prevalência de baixo peso e baixa estatura entre crianças menores de cinco anos ao longo das últimas décadas. Entretanto, a permanência de casos e a ocorrência de retrocessos em determinados grupos populacionais demonstram que a desnutrição ainda está associada a condições de vulnerabilidade social, insegurança alimentar e dificuldade de acesso a políticas públicas de proteção e cuidado^{1,3}.

As repercussões da desnutrição na infância podem incluir comprometimento do crescimento, alterações imunológicas, maior suscetibilidade a infecções, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, aumento do risco de hospitalização e maior vulnerabilidade à mortalidade. Além disso, seus efeitos podem prolongar-se até a vida adulta, contribuindo para a manutenção do ciclo intergeracional da pobreza e para a ocorrência de doenças crônicas⁴.

A hospitalização de uma criança com desnutrição representa uma experiência complexa, pois se associa à fragilidade clínica, à ruptura da rotina, ao afastamento do ambiente familiar e à exposição a procedimentos potencialmente dolorosos ou desconhecidos³. A criança pode manifestar medo, ansiedade, irritabilidade, retraimento, resistência aos cuidados e redução da aceitação alimentar. A família, por sua vez, pode vivenciar sentimento de insegurança, culpa, impotência e preocupação com a evolução clínica⁵.

Nesse contexto, a humanização do cuidado não deve ser compreendida como uma ação complementar ou meramente afetiva. Trata-se de uma dimensão ética,

relacional e técnica da assistência, que envolve acolhimento, comunicação adequada, escuta qualificada, respeito à singularidade, participação da família e reconhecimento da criança como sujeito de direitos⁶. O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece a prioridade absoluta dos direitos à vida, à saúde, à alimentação e à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária⁷. Esses direitos impõem aos serviços de saúde e aos profissionais o dever de organizar práticas assistenciais que transcendam a abordagem estritamente biomédica, garantindo uma atenção integral, segura, acolhedora e centrada nas necessidades da criança e de sua família.

Sob essa perspectiva, o direito à saúde previsto no ECA não se restringe ao acesso aos serviços, mas compreende o direito de receber uma assistência qualificada, ética, humanizada e livre de qualquer forma de discriminação, negligência, violência ou tratamento desumano. Assim, a humanização do cuidado constitui um imperativo legal e moral, uma vez que promove o respeito à condição peculiar da criança como pessoa em desenvolvimento, reconhecendo suas necessidades físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais. O ambiente de cuidado deve favorecer a construção de vínculos de confiança entre profissionais, criança e familiares, possibilitando que o processo terapêutico ocorra de maneira mais acolhedora e menos traumática⁷.

Além disso, o ECA reforça o direito da criança de ser tratada com dignidade e respeito, preservando sua identidade, privacidade e integridade física e emocional durante todo o processo de cuidado. Isso implica reconhecer que a criança possui capacidade progressiva de compreensão e expressão, devendo receber informações compatíveis com seu nível de desenvolvimento e ser incentivada, sempre que possível, a participar das decisões relacionadas ao seu tratamento. Tal reconhecimento fortalece o protagonismo infantil e contribui para uma assistência mais ética, participativa e alinhada aos princípios dos direitos humanos⁷.

Outro aspecto fundamental refere-se ao direito à convivência familiar, amplamente assegurado pelo Estatuto. No contexto da atenção à saúde, esse direito fundamenta a permanência e a participação ativa da família durante a hospitalização e demais momentos do cuidado, reconhecendo-a como elemento essencial para o bem-estar, a segurança emocional e a recuperação da criança. A presença familiar reduz sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, favorece a adesão ao tratamento e fortalece a corresponsabilização entre equipe de saúde e cuidadores⁷.

A humanização também pressupõe o compromisso dos profissionais em desenvolver práticas de cuidado pautadas na empatia, no diálogo, na comunicação efetiva e no respeito às diversidades culturais, sociais e familiares. Isso significa considerar as particularidades de cada criança, suas experiências, valores, crenças e contexto de vida, evitando práticas padronizadas que desconsiderem sua individualidade. Dessa forma, o cuidado humanizado concretiza os princípios estabelecidos pelo ECA ao promover uma assistência que respeita a integralidade do ser humano em desenvolvimento e reconhece que a garantia dos direitos



da criança deve orientar todas as ações desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção à saúde⁷.

Nesse sentido, a efetivação dos direitos previstos no Estatuto depende não apenas da existência de dispositivos legais, mas da incorporação desses princípios na prática cotidiana dos serviços de saúde. A humanização torna-se uma estratégia indispensável para assegurar que a criança seja acolhida em sua totalidade, com respeito à sua dignidade, autonomia progressiva, necessidades biopsicossociais e direito de receber um cuidado integral, qualificado e baseado nos princípios da proteção integral e da prioridade absoluta preconizados pelo ECA⁷.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança também orienta práticas voltadas ao crescimento e ao desenvolvimento infantil, à promoção da alimentação adequada, à atenção integral às doenças prevalentes e à proteção das crianças em situação de vulnerabilidade fundamentada nos princípios da integralidade, da equidade e da humanização, a política reconhece que o cuidado à criança deve considerar não apenas os aspectos clínicos relacionados ao processo de adoecimento, mas também as dimensões psicológicas, emocionais, sociais, familiares e culturais que influenciam seu desenvolvimento e sua experiência no percurso do cuidado. Dessa forma, a PNAISC reforça a necessidade de uma assistência centrada na criança e na família, pautada no acolhimento, no vínculo, na escuta qualificada, na comunicação efetiva e no respeito às singularidades de cada indivíduo⁸.

No contexto hospitalar, a implementação dessas diretrizes torna-se ainda mais relevante, uma vez que a hospitalização representa um evento potencialmente estressante e desestruturador para a criança e sua família. O afastamento do ambiente familiar, a ruptura da rotina cotidiana, a exposição a procedimentos invasivos, a presença de dor, o medo do desconhecido, a limitação das atividades próprias da infância e a separação, ainda que temporária, de pessoas e objetos significativos podem intensificar sentimento de insegurança, ansiedade, sofrimento e vulnerabilidade. Dependendo da idade e do estágio de desenvolvimento, a criança pode apresentar dificuldade para compreender a necessidade da hospitalização e dos procedimentos terapêuticos, interpretando-os como ameaças ou punições, o que pode comprometer sua adaptação ao tratamento e repercutir negativamente em seu bem-estar físico e emocional⁸.

Nesse cenário, a criança hospitalizada encontra-se em condição de vulnerabilidade ampliada, decorrente não apenas da doença que motivou sua internação, mas também das fragilidades emocionais, cognitivas e sociais inerentes ao processo de hospitalização. Essa vulnerabilidade exige dos profissionais de saúde uma postura ética, sensível e acolhedora, capaz de reconhecer a criança como sujeito de direitos, com necessidades que transcendem o tratamento da enfermidade. Assim, o cuidado humanizado deve contemplar estratégias que minimizem o sofrimento, reduzam o medo e promovam segurança, conforto e confiança, favorecendo um ambiente terapêutico que respeite a individualidade e preserve o desenvolvimento

infantil, mesmo diante das limitações impostas pela doença⁸.

A humanização do cuidado no ambiente hospitalar pressupõe, portanto, a construção de relações interpessoais baseadas no diálogo, na empatia e no respeito mútuo, valorizando a comunicação adequada à faixa etária da criança e sua participação, sempre que possível, nas decisões relacionadas ao seu cuidado. Também envolve a inserção ativa da família como parceira no processo terapêutico, reconhecendo que sua presença contribui para a estabilidade emocional da criança, fortalece os vínculos afetivos, reduz a ansiedade decorrente da hospitalização e favorece a adesão ao tratamento. A família deixa de ocupar uma posição de mera acompanhante para assumir papel fundamental na construção do cuidado compartilhado, fortalecendo a corresponsabilização entre profissionais, criança e cuidadores⁸.

Além disso, as diretrizes da PNAISC requerem a articulação entre diferentes profissionais de saúde, promovendo uma assistência interdisciplinar capaz de integrar as necessidades biológicas, emocionais, sociais e familiares da criança. A atuação conjunta de enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e demais integrantes da equipe multiprofissional possibilita a elaboração de planos terapêuticos mais abrangentes, que valorizam a integralidade do cuidado e respondem às múltiplas demandas da criança hospitalizada.

Nesse contexto, práticas como o acolhimento qualificado, a utilização do brincar terapêutico, a manutenção da convivência familiar, a oferta de informações claras e compatíveis com o nível de desenvolvimento infantil, o manejo adequado da dor, o respeito à privacidade e à dignidade da criança e a criação de ambientes mais acolhedores constituem importantes estratégias de humanização. Essas ações contribuem para reduzir os impactos negativos da hospitalização, preservar o desenvolvimento infantil e promover uma experiência de cuidado mais segura, respeitosa e centrada nas necessidades da criança e de sua família, em consonância com os princípios da PNAISC e do Sistema Único de Saúde.

No ambiente hospitalar, essas diretrizes requerem a articulação entre os diferentes profissionais e a adoção de práticas capazes de integrar as necessidades biológicas, emocionais, sociais e familiares da criança.

A enfermagem ocupa posição estratégica nesse processo, uma vez que permanece em contato contínuo com a criança e seus familiares. Por meio da observação sistemática, da comunicação, do planejamento do cuidado e da execução de procedimentos, a equipe de enfermagem pode identificar necessidades específicas, reduzir fatores estressores e favorecer a participação da criança e do acompanhante⁹.

Diante do exposto, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: "Como a enfermagem atua na promoção da humanização do cuidado à criança hospitalizada com desnutrição?". Objetivou-se analisar a atuação da equipe de enfermagem na promoção da

humanização do cuidado à criança hospitalizada com desnutrição.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado por meio de pesquisa de campo. A coleta de dados aconteceu entre os meses de abril e maio de 2025. A abordagem qualitativa possibilitou compreender percepções, experiências e significados atribuídos pelos profissionais de enfermagem às práticas de humanização desenvolvidas no cuidado à criança hospitalizada com desnutrição¹⁰. O caráter descritivo permitiu apresentar as práticas relatadas pelas participantes, enquanto o caráter exploratório possibilitou aprofundar a compreensão de um fenômeno ainda pouco investigado em contextos específicos de hospitalização pediátrica^{11,12}.

A pesquisa foi realizada em uma enfermaria pediátrica de um hospital universitário localizado no Estado do Rio de Janeiro. A unidade dispõe de 15 leitos e atende crianças com idade entre 29 dias e 11 anos, 11 meses e 29 dias. O atendimento a adolescentes ocorre em unidade específica, não incluída no cenário deste estudo.

Participaram do estudo dez profissionais de enfermagem que atuavam na enfermaria pediátrica, incluindo enfermeiras, residentes de enfermagem e técnicas de enfermagem. Foram incluídos profissionais dos turnos diurno e noturno, com tempo mínimo de dois meses de atuação na unidade. Foram excluídos profissionais afastados por licença, férias ou outros motivos durante o período de produção dos dados.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com as Resoluções n.º 466/2012 e n.º 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, CAAE 86490125.5.0000.5282, sob parecer n.º 7.462.608 de 25/03/2025.

A realização da pesquisa foi autorizada pela instituição através da assinatura de uma carta de anuência da chefia de enfermagem do serviço e pela direção da instituição. Antes da participação, os profissionais foram informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram assegurados o caráter voluntário da participação, o direito de desistência, o anonimato e a confidencialidade das informações. Para preservar a identidade das participantes, foram utilizados os códigos E1 a E10.

A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, previamente agendadas conforme a disponibilidade das participantes. O roteiro foi composto por duas partes: a primeira destinada à caracterização sociodemográfica e profissional; e a segunda constituída por questões relacionadas à humanização do cuidado, às estratégias utilizadas pela enfermagem e às repercussões percebidas na experiência de hospitalização da criança. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos

e foram gravadas em áudio mediante autorização das participantes e posteriormente transcritas na íntegra.

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo temática¹³. O processo contemplou as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, incluindo inferência e interpretação. Inicialmente, foi realizada a leitura flutuante das transcrições. Em seguida, foram identificadas unidades de significado, realizados procedimentos de codificação e agrupados conteúdos semelhantes. Posteriormente, os códigos foram organizados em categorias temáticas, interpretadas em articulação com a literatura científica e com as políticas públicas relacionadas à saúde da criança, à humanização e à atenção nutricional.

Resultados

Participaram do estudo dez profissionais de enfermagem, todas do sexo feminino, com idades entre 25 e 54 anos. O tempo de atuação profissional variou de um ano e três meses a 34 anos, enquanto o tempo de trabalho na enfermaria pediátrica variou de três meses a 12 anos. Entre as participantes, havia enfermeiras, residentes de enfermagem e técnicas de enfermagem. Quanto à formação, observou-se variação entre ensino médio completo, graduação em enfermagem, especialização e residência em enfermagem pediátrica (Figura 1).

A análise das entrevistas possibilitou a construção de quatro categorias temáticas: Práticas de humanização no cotidiano da assistência, Humanização como estratégia para redução do estresse e fortalecimento do vínculo, Repercussões percebidas da humanização na aceitação do cuidado e na evolução clínica, e escuta ativa e individualizada como ferramenta terapêutica.

As categorias revelam que, para as enfermeiras participantes, a humanização extrapola a execução de técnicas assistenciais, sendo compreendida como uma prática transversal que permeia todas as interações entre profissionais, criança e família. Os relatos evidenciam que o cuidado humanizado é construído por meio de atitudes cotidianas que valorizam o acolhimento, o respeito às necessidades individuais, a comunicação efetiva e a participação familiar, configurando-se como elemento essencial para a qualidade da assistência pediátrica.

Práticas de humanização no cotidiano da assistência

As participantes relataram o uso de estratégias lúdicas, como contação de histórias, brinquedos, desenhos, músicas, conversas e brincadeiras durante a alimentação e os procedimentos. Essas ações foram descritas como recursos para aproximar a criança da equipe e tornar o cuidado menos ameaçador. O brincar apareceu como um instrumento terapêutico capaz de estabelecer comunicação com a criança, respeitando seu estágio de desenvolvimento e favorecendo sua participação no cuidado.

"Contação de história para ajudar eles a se alimentarem" (E2).

"A gente pode alimentar ela numa brincadeira, alimentar o brinquedo e depois a criança" (E2).



Figura 1. Dados dos participantes do estudo: profissionais de enfermagem atuantes na assistência a crianças hospitalizadas com desnutrição. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025

 DADOS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO Profissionais de enfermagem atuantes na assistência a crianças hospitalizadas com desnutrição. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.							
Pseudônimo	Idade (anos)	Grau de escolaridade	Especialização ou residência?	Qual (is)?	Qual a sua profissão no hospital?	Qual seu tempo de profissão?	Há quanto tempo trabalha na enfermaria pediátrica?
E1	35	Ensino superior completo	Não	-	Enfermeira	15 anos	2 anos
E2	25	Ensino superior completo	Cursando	Pediatria	Residente	1 ano e 3 meses	3 meses
E3	34	Ensino superior completo	Cursando	Pediatria	Residente	1 ano e 6 meses	1 ano e 2 meses
E4	26	Ensino superior completo	Residência	Pediatria	Residente	8 anos	3 meses
E5	37	Ensino superior completo	Especialização	Enfermagem do trabalho	Técnica de enfermagem	10 anos	6 meses
E6	35	Ensino superior completo	Especialização	Pediatria e oncologia	Técnica de enfermagem	18 anos	6 meses
E7	35	Ensino superior completo	Especialização	Enfermagem obstétrica	Técnica de enfermagem	7 anos	4 meses
E8	51	Ensino médio completo	Não	-	Técnica de enfermagem	30 anos	12 anos
E9	54	Ensino médio completo	Não	-	Técnica de enfermagem	34 anos	11 anos
E10	43	Ensino superior completo	Especialização	Saúde da mulher	Técnica de enfermagem	15 anos	8 meses

Além das estratégias lúdicas, foram mencionadas práticas relacionadas à proteção física e ao conforto da criança, como o preparo adequado do leito, a prevenção de lesões em proeminências ósseas, o cuidado durante procedimentos invasivos e o respeito ao tempo da criança e de sua mãe. Os depoimentos demonstram que o brincar não é percebido apenas como uma atividade recreativa, mas como uma estratégia clínica que facilita a adesão aos cuidados, fortalece o vínculo entre profissional e criança e contribui para minimizar o sofrimento decorrente da hospitalização. Essa compreensão aproxima-se da perspectiva da humanização defendida nas políticas públicas de saúde, nas quais o cuidado deve considerar as necessidades emocionais e psicossociais da criança, além dos aspectos estritamente biológicos. Outro aspecto recorrente nas entrevistas refere-se à adoção de práticas relacionadas à proteção física, ao conforto e à segurança da criança hospitalizada. As participantes destacaram a importância do preparo adequado do leito, da prevenção de lesões por pressão, da escolha criteriosa dos dispositivos utilizados, da redução do número de manipulações desnecessárias e da realização de procedimentos menos invasivos sempre que possível. Esses cuidados evidenciam que, para as enfermeiras, a humanização também se expressa na excelência técnica e na busca constante pela redução do sofrimento físico.

"Pensar numa punção com calibre menor possível, porque criança desnutrida tem menos tecido adiposo" (E3).

"Evitar o excesso de manuseio [...] dar o colo para a criança, dar o afeto para ela" (E7).

A participação da criança e do acompanhante também foi identificada como componente da humanização. Para as participantes, permitir que a criança escolha, se expresse e participe de determinadas etapas do cuidado favorece a autonomia possível, a confiança e a aproximação com a equipe. Esses relatos revelam uma compreensão ampliada da humanização, na qual competência técnica e sensibilidade não são dimensões opostas, mas complementares. A escolha de dispositivos menos traumáticos, o planejamento criterioso das intervenções e a preocupação em minimizar a dor demonstram que o cuidado humanizado também envolve decisões clínicas fundamentadas em princípios éticos e científicos, direcionadas à preservação da integridade física e emocional da criança.

Observa-se, ainda, que as participantes reconhecem a criança hospitalizada como um sujeito em condição de elevada vulnerabilidade. A doença, a internação, os procedimentos invasivos, a ruptura da rotina, o afastamento do ambiente familiar e o medo do desconhecido tornam a experiência da hospitalização potencialmente geradora de sofrimento. Nesse contexto, pequenas atitudes, como oferecer colo, utilizar linguagem adequada, respeitar o tempo da criança e proporcionar momentos de brincadeira, assumem importante valor terapêutico, pois contribuem para reduzir sentimentos de medo, insegurança e ansiedade.

Outro elemento fortemente presente nos discursos foi a valorização da participação da criança e do acompanhante no processo assistencial. Para as entrevistadas, permitir que a criança faça pequenas escolhas, expresse seus sentimentos, manifeste preferências e compreenda, dentro de suas possibilidades cognitivas, o que será realizado durante os procedimentos representa uma importante estratégia de humanização. Essa participação favorece o desenvolvimento da autonomia progressiva, fortalece o sentimento de segurança e reduz a resistência aos cuidados.

Da mesma forma, os familiares foram reconhecidos como participantes ativos da assistência, deixando de ocupar apenas a posição de acompanhantes para assumirem papel de parceiros da equipe de saúde. As enfermeiras relataram que a presença da mãe ou do cuidador durante procedimentos, a oferta de informações claras e o acolhimento das dúvidas e angústias da família fortalecem a confiança no serviço, melhoram a comunicação e favorecem a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Os relatos também evidenciam que a humanização é construída por meio de ações aparentemente simples, mas que possuem elevado significado para a criança e sua família. O ato de conversar antes de um procedimento, chamar a criança pelo nome, explicar o que será realizado, respeitar momentos de descanso, reconhecer suas emoções e demonstrar disponibilidade para ouvir foram descritos como componentes importantes da prática assistencial. Essas atitudes reforçam que o cuidado humanizado depende menos de tecnologias sofisticadas e mais da qualidade das relações estabelecidas entre profissionais, pacientes e familiares.

De modo geral, esta categoria evidencia que as enfermeiras compreendem a humanização como uma prática integrada ao cotidiano do cuidado, materializada em intervenções técnicas seguras, comunicação acolhedora, utilização do lúdico, valorização da família e respeito à singularidade da criança. Os achados demonstram que a humanização não se restringe a ações pontuais, mas constitui uma postura ética que orienta a assistência pediátrica e contribui para tornar a hospitalização uma experiência menos traumática, mais acolhedora e centrada nas necessidades integrais da criança e de sua família.

Humanização como estratégia para redução do estresse e fortalecimento do vínculo

As entrevistadas reconheceram a hospitalização como uma experiência potencialmente estressante para a criança. No caso de crianças com desnutrição, a vulnerabilidade física pode ser acompanhada por maior fragilidade emocional e menor tolerância aos procedimentos e às mudanças de rotina. As profissionais relataram que conversar sobre filmes, desenhos, brinquedos e outros interesses da criança possibilita estabelecer aproximação e tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor. As entrevistadas reconheceram a hospitalização como uma experiência potencialmente estressante para a criança, caracterizada por mudanças bruscas na rotina, afastamento do ambiente familiar, limitação das atividades próprias da



infância e exposição a procedimentos invasivos, muitas vezes dolorosos e desconhecidos. Nos relatos, esse cenário torna-se ainda mais desafiador quando envolve crianças com desnutrição, uma vez que a vulnerabilidade clínica decorrente do comprometimento nutricional pode estar acompanhada por maior fragilidade emocional, menor tolerância aos procedimentos, irritabilidade, cansaço, apatia e maior necessidade de acolhimento. Nesse contexto, as participantes compreendem que a humanização representa uma estratégia essencial para minimizar os impactos negativos da hospitalização, favorecendo a adaptação da criança ao ambiente hospitalar e promovendo experiências de cuidado mais seguras e menos traumáticas.

As profissionais relataram que estabelecer diálogo sobre temas pertencentes ao universo infantil, como filmes, desenhos animados, personagens, brinquedos, músicas e brincadeiras preferidas, constitui uma estratégia eficaz para iniciar a aproximação com a criança. Ao incorporar elementos familiares ao contexto hospitalar, o profissional reduz a formalidade da relação assistencial, cria oportunidades de interação e favorece a construção de um ambiente mais acolhedor e menos intimidador.

“Quando pergunto para a criança sobre filme, brinquedo ou desenho, e insiro isso na conversa, consigo puxar ela para mim e tornar o ambiente mais acolhedor, já que o hospital é estressante por si só” (E4).

Esse relato evidencia que a comunicação humanizada vai além da transmissão de informações sobre o tratamento, constituindo um recurso terapêutico capaz de estabelecer vínculo e reduzir a ansiedade da criança diante da hospitalização. Ao reconhecer seus interesses, preferências e formas de expressão, o profissional demonstra respeito à individualidade infantil e favorece uma interação baseada na confiança e no acolhimento. Essa prática também contribui para deslocar temporariamente o foco da doença, permitindo que a criança seja reconhecida em sua integralidade e não apenas pela condição clínica que motivou sua internação.

Outro aspecto fortemente evidenciado nas entrevistas refere-se ao vínculo como elemento central da assistência humanizada. As participantes destacaram que o conhecimento da criança, de sua personalidade, de seus medos e de suas preferências possibilita individualizar o cuidado e reduzir a resistência aos procedimentos. O vínculo foi compreendido como uma construção gradual, estabelecida por meio da presença constante, da escuta atenta, do respeito ao tempo da criança e da demonstração de disponibilidade afetiva.

A construção do vínculo foi associada à redução do medo e à maior disponibilidade da criança para participar dos cuidados.

“Quanto mais você conhece a criança, mais ajuda criando certo vínculo [...]. Você consegue ter maior acesso a ela e também não causa esse estresse que normalmente faz elas terem medo da gente” (E4).

As participantes também observaram que a relação de confiança favorece a continuidade do cuidado e a

percepção de segurança por parte da criança. A fala demonstra que a aproximação entre profissional e criança repercute diretamente na qualidade da assistência. Ao diminuir o medo da equipe de saúde, amplia-se a possibilidade de cooperação durante os procedimentos, reduzindo episódios de choro intenso, agitação e resistência ao cuidado. Dessa forma, o vínculo deixa de representar apenas uma dimensão subjetiva da assistência e passa a constituir um componente terapêutico capaz de favorecer a efetividade das intervenções clínicas.

Os depoimentos também evidenciam que a relação de confiança construída ao longo da internação produz repercussões perceptíveis tanto para a criança quanto para os profissionais. As entrevistadas relataram que, quando existe um vínculo consolidado, a criança demonstra maior receptividade à equipe, reconhece os profissionais, procura sua presença e manifesta sentimentos de segurança diante dos cuidados prestados.

“A criança pergunta por você quando você falta [...] e você sente que ela melhora” (E1).

Embora a melhora clínica não possa ser atribuída exclusivamente ao vínculo estabelecido, a percepção das participantes indica que relações interpessoais positivas favorecem um ambiente emocionalmente mais seguro, contribuindo para maior adesão ao tratamento, redução do sofrimento psíquico e fortalecimento da confiança entre criança, família e equipe. Esse aspecto reforça que o cuidado humanizado exerce influência não apenas sobre a experiência subjetiva da hospitalização, mas também sobre a maneira como a criança enfrenta o processo de adoecimento.

Outro elemento importante identificado nas entrevistas foi a valorização da participação da criança no cuidado. As participantes relataram que explicar os procedimentos de forma compatível com a idade, permitir pequenas escolhas e incluir a criança nas decisões possíveis fortalece seu sentimento de autonomia e reduzem a insegurança diante das intervenções assistenciais.

“Quando você inclui a criança no cuidado, você faz com que ela se sinta mais segura [...] melhora a estadia dela durante a hospitalização” (E7).

Evidencia-se que a humanização pressupõe o reconhecimento da criança como sujeito ativo do cuidado, respeitando sua capacidade progressiva de compreensão e participação. Mesmo diante das limitações impostas pela idade ou pela condição clínica, oferecer espaço para que a criança expresse seus sentimentos, manifeste preferências e compreenda o que está acontecendo contribui para diminuir o medo do desconhecido e fortalecer sua confiança na equipe de saúde.

Outro aspecto que emerge dos discursos é que o vínculo não se estabelece apenas entre profissional e criança, mas também envolve a família. Embora esse elemento apareça de forma indireta nas falas, observa-se que o acolhimento dos familiares fortalece a relação terapêutica, amplia a comunicação e favorece a construção

de um cuidado compartilhado. Quando pais e cuidadores percebem disponibilidade, empatia e compromisso por parte da equipe, tornam-se mais seguros para participar das decisões e colaborar com as intervenções propostas, beneficiando igualmente a criança.

No caso específico das crianças hospitalizadas por desnutrição, essa dimensão relacional assume importância ainda maior. Além das repercussões orgânicas da doença, essas crianças frequentemente vivenciam situações de vulnerabilidade social, insegurança alimentar, fragilidade familiar e múltiplas internações, fatores que podem intensificar o sofrimento emocional e comprometer o estabelecimento de relações de confiança. Assim, a construção do vínculo torna-se um recurso terapêutico indispensável para favorecer a adesão ao tratamento nutricional, estimular a participação da família e proporcionar uma experiência assistencial mais acolhedora e menos traumática.

Repercussões percebidas da humanização na aceitação do cuidado e na evolução clínica

Na percepção das profissionais, o acolhimento, a escuta e o envolvimento da criança no cuidado podem favorecer a aceitação da alimentação, dos procedimentos e das terapias propostas. As participantes relataram que crianças mais tranquilas e confiantes tendem a interagir mais com a equipe e demonstrar maior disponibilidade para o cuidado.

“Ela aceitando a dieta, ela diminui o tempo de internação” (E5).

“Às vezes, a criança que estava apática começa a reagir, interagir mais, aceitar melhor os cuidados. Isso influencia muito no quadro clínico dela” (E10).

Embora os depoimentos relacionem a aceitação da dieta à evolução clínica, esses achados devem ser interpretados como percepções das profissionais. O estudo não realizou mensuração do tempo de internação, da evolução antropométrica ou de indicadores clínicos que permitam afirmar uma relação causal direta entre humanização e redução da hospitalização.

Escuta ativa e individualizada como ferramenta terapêutica

A escuta ativa foi apontada como uma das principais estratégias de cuidado. As participantes destacaram a necessidade de conhecer a história de vida, os hábitos, as preferências e a rotina da criança antes da hospitalização. A escuta ativa e individualizada emergiu nas entrevistas como uma importante ferramenta para a construção de um cuidado humanizado e centrado nas necessidades da criança. As participantes destacaram que conhecer a história de vida, os hábitos, as preferências, os comportamentos, a rotina familiar e as formas de comunicação da criança antes da hospitalização constitui uma etapa fundamental para compreender como ela vivencia o adoecimento e a hospitalização. Nesse sentido, escutar não significa apenas ouvir aquilo que a criança ou seu familiar verbaliza, mas estar atento às manifestações verbais e não verbais, aos comportamentos, aos silêncios, às

expressões faciais, ao choro, à recusa e às diferentes formas pelas quais a criança comunica suas necessidades.

“Entender como era a vida dela antes do hospital e como está hoje” (E4).

A fala de E4 evidencia a importância de compreender a criança para além de sua condição clínica atual. A hospitalização pode modificar significativamente sua rotina, alimentação, sono, formas de brincar, relações familiares e possibilidades de interação. Ao buscar conhecer como era a vida da criança antes da doença e quais mudanças ocorreram após a internação, o profissional amplia sua capacidade de interpretar comportamentos e identificar necessidades que poderiam permanecer invisíveis quando a assistência se restringe aos sinais e sintomas clínicos.

Essa perspectiva é particularmente relevante no cuidado à criança com desnutrição, cuja condição pode estar associada a diferentes fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e familiares. A compreensão dos hábitos alimentares anteriores, das preferências, das condições de acesso aos alimentos, da dinâmica familiar e da relação da criança com a alimentação pode contribuir para um cuidado mais individualizado. Assim, a escuta permite que a equipe reconheça que a recusa alimentar, por exemplo, não deve ser automaticamente interpretada como falta de colaboração, mas pode estar relacionada à doença, ao desconforto, à alteração do paladar, à dor, ao medo, à ansiedade, à mudança da rotina ou à própria forma como a alimentação é oferecida no ambiente hospitalar.

Outro elemento destacado pelas participantes foi o respeito ao tempo da criança e de sua família. A compreensão de que cada criança possui um ritmo próprio para estabelecer contato, aceitar determinados profissionais, realizar procedimentos e experimentar novas situações aparece como componente essencial da assistência humanizada.

“Respeitar o tempo dela, o tempo da mãe [...] fazendo os cuidados gerais, mas sempre respeitando” (E7).

Esse depoimento demonstra que a individualização do cuidado não significa deixar de realizar as intervenções necessárias, mas buscar maneiras de executá-las considerando as particularidades e os limites da criança. O respeito ao tempo infantil pode representar uma estratégia para reduzir situações de confronto, medo e resistência, favorecendo a construção gradual de confiança. Da mesma forma, reconhecer o tempo da mãe ou do cuidador significa compreender que a família também vivencia um processo de sofrimento e adaptação diante da hospitalização, necessitando de acolhimento e disponibilidade por parte da equipe.

A escuta ativa, portanto, apresenta-se como uma ferramenta que possibilita transformar informações subjetivas em elementos concretos para o planejamento da assistência. Ao conhecer as preferências e características individuais da criança, o profissional pode adaptar a forma de comunicação, selecionar estratégias lúdicas, escolher o



momento mais adequado para determinadas intervenções e identificar recursos que favoreçam a participação infantil. Dessa maneira, a escuta deixa de ocupar uma posição secundária no processo de cuidado e passa a integrar o próprio processo terapêutico.

A individualização também foi relacionada pelas participantes à maior segurança e aceitação do tratamento. Ao ser reconhecida em sua singularidade e incluída nas ações que lhe dizem respeito, a criança pode desenvolver maior sensação de controle sobre uma experiência marcada pela perda temporária de autonomia e pela submissão a diferentes procedimentos. A individualização do cuidado foi relacionada à maior segurança e aceitação do tratamento.

“É uma melhor aceitação do tratamento. Quando você inclui a criança no cuidado, você faz com que ela se sinta mais segura” (E6).

A fala de E6 reforça a relação entre participação, segurança e aceitação do cuidado. No ambiente hospitalar, a criança frequentemente encontra-se submetida a horários, procedimentos e decisões que fogem ao seu controle. A possibilidade de fazer escolhas simples, expressar preferências e compreender o que será realizado pode contribuir para reduzir a sensação de imprevisibilidade. Dessa forma, a participação infantil constitui não apenas um princípio de respeito à autonomia progressiva, mas também uma estratégia para favorecer a adaptação ao ambiente hospitalar.

Nesse processo, a comunicação deve ser adequada ao nível de desenvolvimento da criança. A linguagem utilizada pelos profissionais precisa ser compreensível, concreta e compatível com a idade, evitando termos que possam gerar interpretações equivocadas ou intensificar o medo. Explicar previamente os procedimentos, permitir perguntas, utilizar recursos visuais e lúdicos e verificar se a criança compreendeu as informações são estratégias que podem fortalecer a confiança e a participação no cuidado.

As entrevistas também evidenciaram que a individualização pode ocorrer por meio da incorporação de elementos pertencentes ao universo da criança. A música, por exemplo, foi mencionada como recurso utilizado para favorecer a alimentação:

“Teve uma criança que não comia de jeito nenhum, mas com música, ela abria a boca” (E9).

Esse relato demonstra como a utilização de uma estratégia simples, associada ao interesse ou à resposta da criança, pode modificar sua interação durante um momento importante do cuidado. A música, nesse contexto, pode funcionar como elemento de distração, conforto e aproximação, tornando a alimentação uma experiência mais agradável. Mais do que a música em si, o achado revela a importância da capacidade do profissional de identificar aquilo que mobiliza positivamente cada criança e incorporar esse elemento à assistência.

A situação relatada por E9 também evidencia que não existe uma única estratégia de humanização capaz de responder às necessidades de todas as crianças. Uma

intervenção que funciona para determinada criança pode não apresentar o mesmo resultado para outra. Por isso, a escuta e a observação contínuas são fundamentais para identificar estratégias individualizadas. O cuidado humanizado pressupõe, portanto, flexibilidade por parte do profissional, que deve ser capaz de adaptar sua abordagem de acordo com as respostas apresentadas pela criança.

Discussão

Os resultados demonstram que a humanização do cuidado foi compreendida pelas profissionais como um conjunto de práticas relacionais, lúdicas, comunicacionais e técnicas. Essa compreensão amplia a ideia de que humanizar consiste apenas em oferecer conforto ou estabelecer uma relação cordial. No contexto pediátrico, humanizar implica reconhecer a criança como sujeito singular, considerar sua etapa de desenvolvimento, respeitar sua capacidade de expressão e incluir a família no planejamento e na execução do cuidado.

A hospitalização modifica a rotina da criança, restringe sua autonomia e a coloca em contato com pessoas, ambientes e procedimentos desconhecidos. Portanto, a forma como a criança percebe os cuidados de enfermagem está diretamente relacionada à maneira como os profissionais se comunicam, explicam os procedimentos e estabelecem relações de confiança. Dessa forma, a comunicação adaptada à idade e ao nível de compreensão da criança constitui uma intervenção de enfermagem, e não apenas uma atitude de cordialidade¹⁴.

As falas evidenciaram a utilização de brincadeiras, histórias, músicas, desenhos e brinquedos durante a assistência. A literatura aponta que o lúdico pode auxiliar a criança na expressão de sentimentos, na elaboração da experiência hospitalar e na redução da ansiedade diante de procedimentos. Destaca-se que atividades lúdicas favorecem a aproximação entre profissionais e crianças e podem tornar o ambiente hospitalar menos ameaçador. Entretanto, é necessário considerar que o uso de recursos lúdicos deve ser planejado de acordo com a idade, o estado clínico, o nível de energia e as preferências da criança¹⁵.

No caso da criança com desnutrição, o planejamento do cuidado lúdico precisa estar associado à avaliação clínica e nutricional. A brincadeira pode favorecer a aceitação da alimentação, mas não substitui a avaliação do estado nutricional, a identificação das causas da desnutrição, a prescrição dietética e o acompanhamento multiprofissional. O cuidado humanizado, portanto, deve atuar de maneira integrada às intervenções da enfermagem, da nutrição, da medicina, da psicologia, do serviço social e de outras áreas envolvidas¹⁵.

A utilização de música ou histórias durante a alimentação, mencionada pelas participantes, demonstra a importância de tornar a refeição uma experiência menos impositiva e mais significativa. Crianças hospitalizadas podem apresentar anorexia, dor, náuseas, fadiga, alterações do paladar, ansiedade e recusa alimentar. A pressão para comer pode aumentar a resistência e comprometer a relação da criança com o alimento. Nesse sentido, respeitar seu tempo, observar sinais de desconforto e estabelecer



uma abordagem acolhedora são medidas que podem contribuir para a aceitação da dieta.

A alimentação, contudo, não deve ser analisada isoladamente. A desnutrição infantil está relacionada a determinantes sociais, econômicos e familiares. A baixa renda, a insegurança alimentar, as dificuldades de acesso aos serviços e as condições inadequadas de moradia podem interferir tanto na origem quanto na continuidade do problema. Estudo realizado no Brasil revela que a desnutrição infantil no país permanece associada a desigualdades estruturais³. Assim, a atuação da enfermagem precisa ultrapassar a orientação individual e articular-se com a rede de atenção à saúde e de proteção social.

A escuta das condições de vida da criança e da família é indispensável para que as orientações de alta sejam viáveis. Recomendações alimentares que desconsideram renda, disponibilidade de alimentos, hábitos culturais e organização familiar podem ser pouco efetivas. A enfermagem pode contribuir para identificar barreiras, fortalecer a comunicação com a família e encaminhar situações de vulnerabilidade aos serviços correspondentes.

Outro aspecto relevante foi a preocupação das profissionais com a proteção física da criança desnutrida. A menção ao uso de menor calibre em punções, à redução do manuseio e à prevenção de lesões em proeminências ósseas demonstra a percepção de que a desnutrição pode aumentar a vulnerabilidade cutânea e dificultar determinados procedimentos. A humanização, nesse caso, articula-se à segurança do paciente, à prevenção de danos e à individualização das técnicas.

O cuidado centrado na criança e na família também apareceu nos depoimentos. A presença do acompanhante pode contribuir para a segurança emocional da criança e oferecer informações importantes sobre seus hábitos, sua comunicação e suas preferências. Sendo assim, cuidado compartilhado entre enfermagem e família favorece a continuidade da assistência e amplia a participação do cuidador no processo terapêutico. Essa participação, entretanto, deve ocorrer de forma orientada e sem transferir à família responsabilidades que pertencem à equipe de saúde¹⁶.

Os relatos sobre escuta ativa reforçam a importância da comunicação terapêutica. Conhecer a vida da criança antes da hospitalização permite compreender comportamentos, preferências alimentares, formas de brincar, estratégias de conforto e modos de expressar dor ou desconforto. A escuta também possibilita identificar mudanças emocionais e comportamentais que podem sinalizar agravamento clínico ou sofrimento psíquico.

As participantes relacionaram a humanização à melhora do quadro clínico, à maior aceitação da dieta e à redução do tempo de internação. Embora essas percepções sejam relevantes, é necessário interpretá-las com cautela. O desenho qualitativo permite compreender os significados atribuídos pelas profissionais, mas não permite estabelecer uma relação causal entre práticas humanizadas e indicadores clínicos objetivos.

Para avaliar essa associação, seriam necessários estudos com acompanhamento da evolução

antropométrica, aceitação alimentar, ocorrência de complicações, duração da hospitalização e reinternações.

Ainda assim, a percepção das profissionais é importante porque evidencia como a humanização pode interferir no cotidiano da assistência. Quando a criança confia na equipe, tende a comunicar melhor suas necessidades, aceitar com maior facilidade determinados procedimentos e participar mais ativamente do cuidado. Esses efeitos relacionais podem contribuir indiretamente para a qualidade da assistência e para a segurança do paciente¹⁴.

A Política Nacional de Humanização orienta a valorização dos sujeitos, a corresponsabilização, a ambiência e a construção compartilhada dos processos de cuidado⁶.

No cenário pediátrico, esses princípios demandam organização institucional, dimensionamento adequado de pessoal, disponibilidade de materiais lúdicos, espaços acolhedores e educação permanente. Não é suficiente responsabilizar individualmente o profissional pela humanização quando as condições de trabalho impedem uma assistência atenta e personalizada.

Nesse sentido, a educação permanente deve abordar comunicação com crianças, brinquedo terapêutico, manejo da recusa alimentar, prevenção de lesões, avaliação nutricional, abordagem familiar e identificação de sinais de sofrimento emocional. A capacitação deve ser acompanhada de mudanças nos processos de trabalho, permitindo que as práticas humanizadas sejam incorporadas à rotina e não dependam apenas da iniciativa pessoal de determinados profissionais.

Os resultados demonstram que a humanização do cuidado foi compreendida pelas profissionais como um conjunto de práticas relacionais, lúdicas, comunicacionais e técnicas, que se articulam no cotidiano da assistência à criança hospitalizada. Essa compreensão amplia a perspectiva de que humanizar consiste apenas em oferecer conforto, carinho ou estabelecer uma relação cordial com o paciente. No contexto pediátrico, humanizar implica reconhecer a criança como sujeito singular, considerando sua etapa de desenvolvimento, suas formas próprias de comunicação, seus medos, desejos e necessidades, bem como sua capacidade progressiva de participação nas decisões relacionadas ao cuidado. Implica, ainda, reconhecer a família como parte constitutiva do processo terapêutico e estabelecer relações baseadas no respeito, na escuta, na corresponsabilização e na valorização das diferentes dimensões que compõem a experiência de adoecimento.

Essa compreensão está em consonância com os princípios da atenção integral à saúde da criança, que pressupõem que as necessidades infantis não podem ser reduzidas ao diagnóstico ou à condição clínica que motivou a hospitalização. A criança hospitalizada permanece sendo uma criança em processo de crescimento e desenvolvimento, com necessidade de brincar, comunicar-se, estabelecer vínculos, manter referências afetivas e participar, dentro de suas possibilidades, das situações que envolvem seu próprio cuidado. Assim, a doença e a hospitalização não devem suspender a infância. Ao



contrário, as práticas assistenciais precisam ser organizadas de modo a preservar, tanto quanto possível, os direitos, a dignidade, a autonomia progressiva e as necessidades próprias dessa etapa da vida.

A hospitalização modifica significativamente a rotina da criança, restringe sua autonomia e a coloca em contato com pessoas, ambientes, equipamentos e procedimentos desconhecidos. A entrada em um ambiente hospitalar pode representar uma ruptura com referências cotidianas importantes, como a casa, a escola, os brinquedos, os amigos, os horários habituais de alimentação e sono e a convivência com familiares. Para a criança, essa ruptura pode ser acompanhada por medo, ansiedade, insegurança, dor e dificuldade de compreender o motivo pelo qual determinados procedimentos precisam ser realizados. Portanto, a forma como a criança percebe os cuidados de enfermagem está diretamente relacionada à maneira como os profissionais se comunicam, explicam os procedimentos e estabelecem relações de confiança.

Nesse sentido, a comunicação adaptada à idade, ao nível de desenvolvimento e às condições clínicas da criança constitui uma intervenção de enfermagem, e não apenas uma atitude de cordialidade¹⁴. Explicar previamente o que será realizado, utilizar palavras compreensíveis, evitar ameaças, permitir perguntas, observar as reações da criança e verificar sua compreensão são estratégias que podem reduzir a imprevisibilidade e favorecer o sentimento de segurança. A comunicação também possibilita que a criança expresse dor, medo, desconforto ou recusa, permitindo à equipe ajustar sua abordagem. Dessa forma, comunicar-se com a criança significa também reconhecê-la como participante do cuidado e não apenas como receptora passiva das intervenções.

Os achados evidenciaram a utilização de brincadeiras, histórias, músicas, desenhos e brinquedos durante a assistência. A literatura aponta que o lúdico pode auxiliar a criança na expressão de sentimentos, na elaboração da experiência hospitalar e na redução da ansiedade diante de procedimentos. As atividades lúdicas favorecem a aproximação entre profissionais e crianças e podem tornar o ambiente hospitalar menos ameaçador¹⁵. O brincar, nesse sentido, constitui uma forma de linguagem própria da infância e pode permitir que a criança comunique experiências que ainda não consegue expressar verbalmente. Por meio do brincar, ela pode representar situações vivenciadas, reproduzir procedimentos, demonstrar medos e experimentar formas de enfrentamento.

A utilização do lúdico também pode modificar a própria relação da criança com os profissionais. Quando o enfermeiro compartilha uma brincadeira, conta uma história ou utiliza um brinquedo para explicar determinado procedimento, ocorre uma aproximação que pode reduzir a distância simbólica entre quem cuida e quem recebe o cuidado. O profissional deixa de ser percebido exclusivamente como aquele que realiza procedimentos potencialmente dolorosos e passa a ser associado também a experiências de acolhimento, proteção e segurança. Essa

mudança pode ser especialmente importante para crianças que vivenciam hospitalizações prolongadas ou repetidas.

Entretanto, é necessário considerar que o uso de recursos lúdicos deve ser planejado de acordo com a idade, o estado clínico, o nível de energia, a capacidade cognitiva e as preferências da criança¹⁵. Uma atividade que representa conforto para uma criança pode ser inadequada para outra. Da mesma forma, em situações de maior gravidade clínica, fadiga, dor ou instabilidade, a criança pode não apresentar disponibilidade para brincar. Dessa maneira, a humanização não deve transformar o lúdico em uma obrigação ou em mais uma tarefa a ser cumprida pela equipe, mas compreendê-lo como um recurso que deve ser utilizado quando fizer sentido para aquela criança e naquele momento do cuidado.

No caso específico da criança com desnutrição, o planejamento do cuidado lúdico precisa estar associado à avaliação clínica e nutricional. A brincadeira pode favorecer a aproximação, diminuir a tensão e, em determinadas situações, contribuir para a aceitação da alimentação, mas não substitui a avaliação do estado nutricional, a identificação das causas da desnutrição, a prescrição dietética e o acompanhamento multiprofissional¹⁵. A complexidade da desnutrição exige que a humanização esteja integrada às intervenções clínicas e nutricionais, evitando que práticas relacionais sejam compreendidas como alternativas às condutas terapêuticas. O cuidado humanizado, portanto, não se opõe à técnica; ao contrário, pressupõe que a competência técnica seja exercida de maneira ética, individualizada e sensível.

A utilização de música ou histórias durante a alimentação, mencionada pelas participantes, demonstra a importância de tornar a refeição uma experiência menos impositiva e mais significativa. A alimentação ocupa lugar central no cuidado da criança com desnutrição, mas pode ser afetada por anorexia, dor, náuseas, vômitos, fadiga, alterações do paladar, desconfortos gastrointestinais, ansiedade e mudanças na rotina. Além disso, a própria hospitalização pode modificar a relação da criança com os alimentos, seja pela apresentação de preparações diferentes daquelas habitualmente consumidas, seja pela associação da alimentação ao ambiente de doença e aos procedimentos terapêuticos.

Nesse contexto, a pressão para comer pode aumentar a resistência e produzir experiências negativas relacionadas à alimentação. Respeitar o tempo da criança, observar sinais de desconforto, identificar preferências, utilizar estratégias de aproximação e estabelecer uma abordagem acolhedora podem contribuir para que a alimentação seja vivenciada de maneira mais positiva. Entretanto, essa abordagem precisa ser individualizada e articulada com a avaliação da equipe de nutrição e demais profissionais envolvidos, especialmente quando há risco nutricional ou necessidade de intervenção específica.

A alimentação, contudo, não deve ser analisada isoladamente. A desnutrição infantil está relacionada a determinantes sociais, econômicos, ambientais e familiares. A baixa renda, a insegurança alimentar, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, as condições inadequadas de



moradia, a escolaridade dos cuidadores e as características do território podem interferir tanto na ocorrência quanto na continuidade do problema. Estudo realizado no Brasil revela que a desnutrição infantil no país permanece associada a desigualdades estruturais³. Assim, responsabilizar exclusivamente a família pela condição nutricional da criança seria insuficiente e poderia reforçar perspectivas individualizantes sobre um fenômeno que apresenta múltiplos determinantes.

Nessa perspectiva, o cuidado humanizado pressupõe compreender a realidade na qual a criança está inserida. A escuta das condições de vida da criança e da família é indispensável para que as orientações de alta sejam viáveis e possam ser incorporadas ao cotidiano. Recomendações alimentares que desconsideram renda, disponibilidade de alimentos, hábitos culturais, preferências, condições de armazenamento, organização familiar e acesso aos serviços podem apresentar baixa efetividade. A enfermagem possui papel estratégico na identificação dessas barreiras, na educação em saúde, na articulação com a equipe multiprofissional e no encaminhamento das situações de vulnerabilidade para os serviços da rede de atenção à saúde e de proteção social.

Essa dimensão social reforça que humanizar não significa apenas melhorar a experiência da criança durante a permanência no hospital, mas também compreender as condições que contribuíram para o adoecimento e aquelas que poderão interferir na continuidade do cuidado após a alta. Nesse sentido, o planejamento da alta deve ser iniciado durante a hospitalização e construído com participação da família, considerando suas possibilidades reais de cuidado. A continuidade da assistência depende da articulação entre hospital, atenção primária, serviços especializados e equipamentos da rede de proteção social, quando necessário.

Outro aspecto relevante foi a preocupação das profissionais com a proteção física da criança desnutrida. A menção ao uso de menor calibre em punções, à redução do manuseio e à prevenção de lesões em proeminências ósseas demonstra a percepção de que a desnutrição pode aumentar a vulnerabilidade física e exigir maior atenção durante a realização dos procedimentos. A perda de tecido adiposo e muscular, a fragilidade cutânea e as condições clínicas associadas podem demandar cuidados específicos para reduzir riscos e desconfortos.

Nesse caso, a humanização articula-se diretamente à segurança do paciente, à prevenção de danos e à individualização das técnicas. A escolha de dispositivos adequados, o planejamento dos procedimentos, a avaliação das condições da pele, a redução de manipulações desnecessárias e o cuidado com o posicionamento são manifestações de um cuidado que reconhece a vulnerabilidade particular daquela criança. Assim, a humanização não deve ser dissociada da qualidade técnico-científica da assistência. Uma prática tecnicamente segura, quando realizada com respeito, comunicação e atenção às necessidades individuais, também constitui uma prática humanizada.

A vulnerabilidade da criança desnutrida, portanto, deve ser compreendida de forma multidimensional. Não se limita ao comprometimento nutricional ou à maior suscetibilidade a complicações clínicas, mas envolve também aspectos emocionais, familiares e sociais. A criança pode vivenciar simultaneamente os efeitos da doença, a hospitalização e condições sociais que dificultam a recuperação e a continuidade do cuidado. Reconhecer essas diferentes dimensões é fundamental para evitar uma assistência fragmentada e favorecer uma abordagem integral.

O cuidado centrado na criança e na família também apareceu nos depoimentos. A presença do acompanhante pode contribuir para a segurança emocional da criança e oferecer informações importantes sobre seus hábitos, sua comunicação, suas preferências, seus medos e suas estratégias de conforto. A família constitui uma importante fonte de conhecimento sobre a criança e pode auxiliar a equipe na interpretação de comportamentos que, em determinados momentos, podem não ser facilmente compreendidos pelos profissionais.

Assim, o cuidado compartilhado entre enfermagem e família favorece a continuidade da assistência e amplia a participação do cuidador no processo terapêutico¹⁶. Entretanto, essa participação deve ocorrer de forma orientada e respeitosa, sem transferir à família responsabilidades que pertencem à equipe de saúde. Humanizar não significa delegar o cuidado profissional ao acompanhante, mas construir uma parceria na qual cada sujeito tenha seu papel reconhecido. A equipe permanece responsável pelo cuidado técnico e pelas decisões assistenciais, enquanto a família pode colaborar a partir de seus conhecimentos sobre a criança e de sua disponibilidade afetiva e participativa.

Os relatos sobre escuta ativa reforçam a importância da comunicação terapêutica. Conhecer a vida da criança antes da hospitalização permite compreender comportamentos, preferências alimentares, formas de brincar, estratégias de conforto e modos de expressar dor ou desconforto. Essa dimensão da escuta amplia a capacidade do profissional de individualizar o cuidado, pois permite compreender a criança para além do diagnóstico registrado no prontuário.

A escuta também possibilita identificar mudanças emocionais e comportamentais que podem sinalizar sofrimento psíquico ou alterações no estado clínico. Uma criança que habitualmente interage e passa a permanecer excessivamente quieta, por exemplo, pode estar expressando dor, fadiga, medo, tristeza ou agravamento da condição clínica. Da mesma forma, uma recusa alimentar persistente pode demandar investigação de fatores físicos, emocionais e ambientais. A observação associada à escuta qualificada, portanto, constitui importante recurso para a avaliação integral da criança.

Essa perspectiva reforça o papel do enfermeiro como profissional que permanece próximo à criança e acompanha diferentes momentos do processo de hospitalização. A proximidade favorece a identificação de mudanças sutis e permite estabelecer relações de confiança



que facilitam a comunicação. Entretanto, para que isso ocorra, é necessário que a organização do trabalho possibilite tempo e disponibilidade para o encontro com a criança, evitando que a assistência seja reduzida ao cumprimento de tarefas e procedimentos.

As participantes relacionaram a humanização à melhora do quadro clínico, à maior aceitação da dieta e à redução do tempo de internação. Embora essas percepções sejam relevantes e expressem a experiência das profissionais no cotidiano assistencial, é necessário interpretá-las com cautela. Para avaliar essa associação, seriam necessários estudos com delineamentos específicos e acompanhamento de indicadores como evolução antropométrica, aceitação alimentar, ocorrência de complicações, duração da hospitalização, necessidade de suporte nutricional, recuperação funcional e reinternações.

Ainda assim, a percepção das profissionais é importante porque evidencia como a humanização pode interferir no cotidiano da assistência. Quando a criança estabelece relação de confiança com a equipe, pode comunicar melhor suas necessidades, demonstrar menor resistência a determinados procedimentos e participar de forma mais ativa do cuidado. Esses efeitos relacionais podem contribuir indiretamente para a qualidade da assistência, para a segurança do paciente e para uma experiência hospitalar menos traumática¹⁴. Portanto, ainda que não se possa afirmar causalidade sobre desfechos clínicos, os achados sustentam a relevância da dimensão relacional como componente da qualidade do cuidado pediátrico.

Nesse sentido, os achados permitem ampliar a discussão para além da responsabilidade individual do profissional. Embora atitudes como ouvir, conversar, brincar e acolher dependam da postura de cada trabalhador, sua continuidade e qualidade estão relacionadas às condições institucionais. Sobrecarga de trabalho, insuficiência de profissionais, elevada demanda assistencial, falta de materiais, ausência de espaços adequados e pressão por produtividade podem limitar a possibilidade de estabelecer relações mais individualizadas. Assim, a humanização precisa ser compreendida também como responsabilidade institucional e política, e não apenas como atributo pessoal dos profissionais.

A educação permanente constitui, nesse cenário, uma estratégia fundamental. Os processos formativos devem abordar comunicação com crianças, escuta qualificada, brinquedo terapêutico, manejo da recusa alimentar, avaliação das necessidades da criança desnutrida, prevenção de lesões, segurança durante procedimentos, abordagem familiar, direitos da criança e identificação de sinais de sofrimento emocional. Entretanto, capacitar os profissionais não é suficiente se as mudanças não forem acompanhadas de revisão dos processos de trabalho. É necessário criar condições para que aquilo que é aprendido possa efetivamente ser incorporado à prática cotidiana.

A educação permanente também pode favorecer espaços de reflexão sobre situações concretas vivenciadas pela equipe. Discussões de casos, rodas de conversa, análise de situações de conflito, construção coletiva de protocolos e

compartilhamento de experiências podem contribuir para que os profissionais identifiquem barreiras e potencialidades para a humanização. Essa perspectiva valoriza o conhecimento produzido no cotidiano do trabalho e permite que a equipe desenvolva estratégias contextualizadas para as necessidades da população atendida.

Outro ponto que emerge da análise é a necessidade de compreender a humanização como processo contínuo e não como conjunto de ações isoladas. Contar uma história, oferecer um brinquedo ou utilizar uma música pode representar uma prática humanizada, mas sua efetividade depende da relação estabelecida com a criança e da articulação com as demais dimensões do cuidado. Uma assistência não pode ser considerada humanizada apenas porque utiliza recursos lúdicos se, simultaneamente, desconsidera a dor, não respeita a privacidade, limita a participação da família ou realiza procedimentos sem comunicação adequada.

Dessa maneira, os resultados apontam para uma concepção ampliada de humanização, na qual dimensão afetiva, competência técnica, segurança, comunicação, participação infantil, presença familiar e articulação multiprofissional são elementos indissociáveis. Essa concepção é particularmente pertinente diante da criança desnutrida, cuja condição de vulnerabilidade demanda um olhar que ultrapasse o tratamento da deficiência nutricional e contemple as condições que envolvem seu processo de adoecimento e recuperação.

A análise também permite reconhecer que o cuidado humanizado pode funcionar como elemento articulador entre diferentes profissionais e saberes. A identificação de dificuldades alimentares, por exemplo, pode demandar a atuação conjunta da enfermagem, nutrição, medicina, psicologia e serviço social. A enfermagem, pela proximidade e continuidade do contato com a criança, pode atuar como importante articuladora dessas necessidades, compartilhando informações relevantes e contribuindo para a construção de um plano de cuidado integrado.

Portanto, os resultados reforçam que humanizar o cuidado da criança hospitalizada com desnutrição significa reconhecer sua vulnerabilidade sem reduzi-la à doença, preservar sua condição de criança, respeitar seus direitos e singularidades e construir estratégias assistenciais que considerem sua história, sua família e seu contexto social. A humanização não substitui o cuidado técnico e científico, mas qualifica a forma como esse cuidado é realizado. Trata-se de integrar ciência, técnica, ética e sensibilidade em uma prática que reconheça que cada procedimento ocorre sobre um corpo que possui história, sentimentos, relações e direitos.

Desta forma, é possível compreender que a humanização pode ser considerada uma dimensão transversal da qualidade da assistência pediátrica. Sua efetivação exige não apenas profissionais sensibilizados, mas também instituições comprometidas com condições adequadas de trabalho, formação permanente, participação da família, ambientes acolhedores e organização dos processos assistenciais. No caso da criança com desnutrição,



esse compromisso deve ser ainda mais abrangente, articulando cuidado clínico e nutricional, proteção dos direitos, redução das vulnerabilidades e fortalecimento da rede de atenção. Assim, a humanização deixa de ser compreendida como um componente complementar da assistência e passa a constituir um princípio orientador do cuidado integral, seguro, ético e centrado na criança e em sua família.

Considerações Finais

Este estudo permitiu compreender que, na percepção das profissionais de enfermagem, a humanização constitui parte essencial do cuidado à criança hospitalizada com desnutrição. As práticas relatadas envolveram o uso de recursos lúdicos, a comunicação empática, a escuta ativa, o respeito ao tempo da criança, a participação do acompanhante e a adoção de medidas destinadas à proteção física e emocional.

A hospitalização pode ser uma experiência marcada por medo, ansiedade, afastamento da rotina e perda temporária de autonomia. Quando associada à desnutrição e às condições de vulnerabilidade social, torna-se ainda mais complexa. Nesse cenário, a enfermagem desempenha papel fundamental na construção de relações de confiança, na identificação das necessidades da criança e na articulação do cuidado com a família e os demais profissionais. Os depoimentos sugerem que o acolhimento e a atenção individualizada podem favorecer a aceitação da alimentação, dos procedimentos e do tratamento. Entretanto, tais repercussões devem ser compreendidas como percepções das participantes, não sendo possível afirmar, com base neste estudo, que a humanização isoladamente reduza o tempo de internação ou determine a recuperação clínica.

Conclui-se que a humanização não deve ser tratada como complemento da assistência, mas como componente

ético, técnico e terapêutico do cuidado de enfermagem. Para sua efetivação, são necessárias políticas institucionais, educação permanente, condições adequadas de trabalho e atuação multiprofissional articulada, garantindo à criança hospitalizada com desnutrição um cuidado digno, seguro, acolhedor e centrado em suas necessidades.

Reforça-se a importância da enfermagem na construção de um cuidado pediátrico humanizado, seguro e individualizado. A escuta, o acolhimento, o uso de estratégias lúdicas, a comunicação adequada e a participação da família podem contribuir para tornar a hospitalização menos ameaçadora e favorecer a aceitação dos cuidados. O estudo também oferece subsídios para a elaboração de ações de educação permanente voltadas à humanização, à atenção nutricional e ao cuidado centrado na criança e na família.

Recomenda-se que as instituições desenvolvam protocolos e estratégias assistenciais que contemplem a avaliação nutricional, a prevenção de lesões, o manejo da recusa alimentar, o uso terapêutico do brincar e a articulação com a rede de atenção após a alta.

Este estudo apresenta como limitação a realização em uma única enfermaria pediátrica de um hospital universitário, o que restringe a transferência dos achados para outros contextos institucionais. O número reduzido de participantes também deve ser considerado, embora seja compatível com a natureza qualitativa da investigação.

A produção dos dados baseou-se no relato das profissionais de enfermagem, não tendo incluído a perspectiva das crianças, dos familiares ou de outros integrantes da equipe multiprofissional. Além disso, não foram analisados indicadores clínicos ou nutricionais capazes de mensurar objetivamente a relação entre as práticas de humanização e a evolução da criança.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. Instrutivo sobre cuidado às crianças com desnutrição na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [citado em 26 ago 2024]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_cuidado_crianças_desnutricao.pdf
2. United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO), International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2023 edition [Internet]. New York: UNICEF; 2023 [citado em 28 ago 2024]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023/>
3. Albuquerque MP, Ibelli PME, Sawaya AL. Child undernutrition in Brazil: the wound that never healed. J Pediatr (Rio J). 2024;100(Suppl 1):S74-S81. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2023.09.014>
4. Silva M, Fernandes MTC, Quadros AD. Perfil epidemiológico das reinternações de crianças de um hospital público relacionadas à vulnerabilidade social. Rev Enferm Atual In Derme. 2022;96(38):e-021249. <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1377>
5. Bezerra JB, Barbosa LCS, Silva LC, Oliveira LL, Santos AVS, Silva GB. Assistência da enfermagem à desnutrição infantil na primeira infância: revisão integrativa. Res Soc Dev. 2022;11(16):e497111638510. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38510>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [citado em 28 nov 2024]. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://sis.univs.edu.br/uploads/12/HumanizaSUS_Documento_base_para_gestores_e_trabalhadores_do_SUS.pdf
7. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1990 [citado em 16 out 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm



8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado em 15 out 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_crianca_orientacoes_implementacao.pdf
9. Ribeiro LB, Santos IBC, Santos PFC, Silva DF. A humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada no olhar materno. REVISA. 2021;10(2):358-67. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/411>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2009.
11. Sampaio TB. Metodologia de pesquisa [Internet]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2022 [citado em 7 nov 2024]. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/26138/MD_Metodologia_da_Pesquisa.pdf
12. Lösch S, Rambo CA, Ferreira JL. A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação. Rev Ibero-Am Estud Educ. 2023;18:e023141. <https://doi.org/10.21723/riaee.v18i00.17958>
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Santos PM, Silva LF, Depianti JRB, Cursino EG, Ribeiro CA. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. Rev Bras Enferm. 2016;69(4):646-53. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>
15. Costa VFS, Queiroz MDB, Andrade SS, Silva VS, Santos MCL, Lima FC, et al. A humanização na pediatria por meio de atividades lúdicas: uma revisão da literatura. RECIMA21. 2022;3(10):e3101921. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i10.1921>
16. Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehr MB, Mota MS, Cardoso LS, Cecagno S. Criança hospitalizada: perspectivas para o cuidado compartilhado entre enfermagem e família. Rev Enferm UFSM. 2017;7(3):350-62. <https://doi.org/10.5902/2179769227535>

